

## Contribución del Neuroticismo, Rasgos Patológicos de Personalidad y Afrontamiento en la Predicción de la Evolución Clínica: Estudio de Seguimiento a los 5 Años de una Muestra de Pacientes con Trastorno Adaptativo

Beatriz Vallejo-Sánchez<sup>a</sup> y Ana M. Pérez-García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España; <sup>b</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 11 de diciembre de 2017

Aceptado el 7 de febrero de 2017

Online el 25 de abril de 2018

#### Palabras clave:

Personalidad  
Afrontamiento  
Trastorno adaptativo  
Estudio longitudinal

### RESUMEN

Numerosos estudios han demostrado que tanto la personalidad como las estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar el estrés tienen un papel importante en el desarrollo de problemas de salud mental, entre los que se encuentra el trastorno adaptativo (TA). El objetivo de este estudio fue, en primer lugar, analizar las diferencias entre neuroticismo, comorbilidad y afrontamiento en un grupo de pacientes diagnosticados de TA con evolución clínica favorable ( $n = 58$ ) y otro grupo con evolución desfavorable ( $n = 20$ ); en segundo lugar, se comprobó si estas variables permitían predecir la evolución clínica a los 5 años. El grupo con evolución clínica desfavorable presentó un mayor neuroticismo, más presencia de rasgos comórbidos de personalidad patológica y un afrontamiento más desadaptativo. Además, los principales factores del riesgo de pertenecer al grupo con peor evolución fueron mayor neuroticismo, presencia de comorbilidad y uso del afrontamiento de negación, mientras que las estrategias de planificación y de apoyo instrumental redujeron dicho riesgo.

### Contribution of neuroticism, pathological personality traits comorbidity, and coping to the prediction of clinical evolution: A five-year follow-up study of a sample of patients with adjustment disorder

### ABSTRACT

Numerous studies have found that both personality and the coping strategies used to manage stress have an important role in the development of mental health problems, particularly adjustment disorder (AD). The aim of this study was, firstly, to analyze differences in neuroticism, comorbidity and coping between a group of patients with AD with a favorable clinical course ( $n = 58$ ) and another with unfavorable evolution ( $n = 20$ ); and secondly, to analyze whether these variables could predict clinical evolution 5 years later. The group with unfavorable clinical evolution showed a greater neuroticism, more presence of comorbid personality pathological traits, and a greater use of maladaptive coping strategies. Furthermore, the main risk factors to belong to the group with unfavorable evolution were greater neuroticism, presence of comorbidity and the use of denial coping, whereas the use of planning and instrumental support strategies lowered this risk.

La excesiva presión asistencial en los dispositivos de salud públicos exige a los profesionales la labor de priorizar la asistencia a aquellos casos más graves, o al menos a aquellos que no siéndolo presentan características asociadas a una peor evolución. El 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, 2013), suele estar asociado a un buen pronóstico (Diefenbacher y Strain,

2002). No obstante, con mucha frecuencia deriva en un cuadro crónico o en un trastorno psiquiátrico mayor, especialmente cuando el estresor o sus consecuencias persisten (Azocar y Greenwood, 2006) y suele asociarse a una elevada morbimortalidad, pudiendo complicar el curso de una enfermedad médica o asociarse a un aumento del riesgo de suicidio (Gradus et al., 2010). Además, según la APA (2013), el TA se da un 50% en poblaciones especiales que han sufrido un acontecimiento estresante, encontrándose en las personas que consultan

Para citar este artículo: Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A. M. (2018). Contribución del neuroticismo, rasgos patológicos de personalidad y afrontamiento en la predicción de la evolución clínica: estudio de seguimiento a los 5 años de una muestra de pacientes con trastorno adaptativo. *Clínica y Salud*, 29, 58-62. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a9>

Correspondencia: [bvallejo@sescam.jccm.es](mailto:bvallejo@sescam.jccm.es) (B. Vallejo-Sánchez).

ISSN: 1130-5274/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

los servicios de salud mental índices de prevalencia que oscilan entre un 7 y un 36% (Shear et al., 2000). No obstante, existen muy pocos estudios longitudinales que analicen qué variables predicen una mejor o peor evolución en estas personas, lo que podría ser importante de cara a priorizar la intervención en aquellas muestras de sujetos más vulnerables.

Algunos de los factores más consistentemente asociados al desarrollo de psicopatología son la personalidad y el afrontamiento, que, aunque muy relacionadas, son relativamente independientes en la predicción de ésta (Mirmics et al., 2013). En concreto, existe gran consenso en cuanto a que las estrategias de afrontamiento más adaptativas se relacionan con mayor bienestar y salud mental, mientras que aquellas más desadaptativas predicen un peor ajuste (Carver y Connor-Smith, 2010). En cuanto al estudio de la personalidad, en los últimos años numerosos autores han defendido una perspectiva más dimensional frente a la clásica categorial, encontrándose dentro del modelo de los “cinco grandes” que el neuroticismo es el rasgo de personalidad más consistentemente asociado a psicopatología (Lahey, 2009). No obstante, algunos autores consideran que algunas dimensiones patológicas de personalidad no están adecuadamente representadas en los modelos dimensionales existentes (p. ej., la dependencia o el psicoticismo), por lo que resultaría conveniente una valoración que integrase ambos modelos (Widiger, Livesley y Clark, 2009), considerando por tanto también el estudio de los rasgos de personalidad patológicos incluidos tradicionalmente en modelos categoriales y su asociación con la salud mental.

El objetivo principal de este estudio fue analizar la capacidad predictiva del rasgo de neuroticismo, de la presencia comórbida de rasgos de personalidad patológicos y del afrontamiento sobre la evolución (favorable o desfavorable) a los 5 años de un grupo de pacientes diagnosticados de TA.

## Método

### Participantes

El estudio fue realizado con 78 sujetos (53 mujeres y 25 hombres), con una edad media de 36.33 años ( $DT = 13.54$ , rango entre 18 y 65), 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), descartándose otros trastornos del eje I. Con respecto a las características sociodemográficas, el 69.2% tenía pareja estable, el 23.1% estaba en situación laboral activa y en cuanto a su nivel educativo, el 48.7% tenía estudios primarios, el 34.6% medios y el 16.7% superiores.

### Variables e Instrumentos

Se utilizó la escala de Neuroticismo del *Big Five Inventory-35* (Soto y John, 2009), que mide a través de 6 ítems la presencia de emocionalidad negativa, incluyendo sentimientos frecuentes de tristeza y ansiedad. El índice de fiabilidad (alfa de Cronbach) de la escala fue adecuado ( $\alpha = .71$ ).

Para medir el afrontamiento, se aplicó el *Brief COPE* (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008), que consta de 28 ítems y 14 escalas, aunque en nuestro caso solo se consideraron 12 de estas, referidas a distintas estrategias de afrontamiento situacional: activo (puesta en marcha de acciones directas para la eliminación o reducción del estresor), planificación (planteamiento de estrategias de acción, pasos, etc.), reevaluación positiva (búsqueda de aspectos positivos del problema), aceptación (de la realidad de lo que ocurre), apoyo emocional (búsqueda de apoyo emocional, simpatía y comprensión de otros), apoyo instrumental (búsqueda de ayuda concreta, consejo o información), humor (búsqueda del lado cómico de los problemas, haciendo bromas de éstos), religión (apoyarse en creencias religiosas

para la superación de los problemas), negación (no aceptación de los problemas, comportándose como si éstos no existiesen), desahogo (expresión o descarga hacia otros de los sentimientos de malestar), abandono (renuncia al esfuerzo para afrontar el estresor) y autculpa (tendencia a criticarse y culpabilizarse). No se consideraron las escalas consumo de sustancias y autodistracción por su carácter problemático e inestable, respectivamente. La fiabilidad promedio obtenida en esta muestra fue adecuada ( $\alpha = .67$ ).

Finalmente, las variables comorbilidad y evolución fueron recogidas a través de los datos de la historia clínica de los participantes, definiéndose dos valores en ambos casos. En el primer caso los valores fueron presencia vs. ausencia de rasgos desadaptativos de personalidad, medidos a través de entrevista clínica por parte de un especialista en Psicología Clínica. En cuanto a la evolución, se consideró favorable cuando tanto el profesional como el propio sujeto informaban de una mejoría significativa a lo largo del seguimiento (con reducción importante de sintomatología) o desfavorable en caso de no mejoría.

### Procedimiento

Todos los sujetos diagnosticados de TA e incluidos en el estudio realizaron tratamiento en la USM, bien psicológico ( $n = 36$ , 46.15%), bien psiquiátrico ( $n = 8$ , 10.26%) o bien ambos ( $n = 34$ , 43.59%), aunque la duración del tratamiento varió en función del caso, siendo el tiempo medio de seguimiento de 17.75 meses (rango de 1 a 60). A los 5 años (en 2017), independientemente del tipo de tratamiento, se recogieron datos sobre la evolución. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 21). Se realizaron análisis preliminares para analizar las diferencias entre los grupos según su evolución –favorable o desfavorable– en características sociodemográficas y psicológicas, utilizando  $\chi^2$  para las variables categoriales y pruebas de  $t$  para las continuas. Posteriormente, se analizó la capacidad predictiva de las variables (neuroticismo, estrategias de afrontamiento y comorbilidad) sobre la evolución a través de análisis de regresión logística binaria con el método de pasos hacia adelante (Wald).

## Resultados

### Diferencias entre los Grupos con Buena y Mala Evolución

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables sociodemográficas medidas: edad, estado civil, nivel educativo, sexo y situación laboral (en todos los casos,  $p > .05$ ). En cuanto a la variable clínica medida, se encontró que entre los que tenían una evolución favorable, había más pacientes sin comorbilidades (86%) ( $\chi^2 = 4.31$ ,  $p = .04$ ,  $V$  de Cramer = .24).

En cuanto a las variables psicológicas (Tabla 1), los pacientes con evolución favorable presentaban puntuaciones más bajas en neuroticismo, hacían un menor uso de estrategias de afrontamiento de negación y recurrían en mayor medida a estrategias activas, de planificación y de apoyo instrumental que los pacientes con evolución desfavorable. Estos resultados indican tamaños del efecto importantes, entre el nivel medio y el grande ( $d \geq 0.50$ ).

### Análisis de la Capacidad Predictiva de las Variables Analizadas (Afrontamiento, Neuroticismo y Comorbilidad) sobre la Evolución Clínica

El análisis de regresión logística binaria, tomando como criterio la evolución a los 5 años (favorable-desfavorable), considerando como variables predictoras la comorbilidad, el neuroticismo y el afrontamiento, arrojó un modelo significativo,  $\chi^2_{(5)} = 34.75$ ,  $p < .001$ , con índices  $R^2$  elevados, Cox y Snell = .36; Nagelkerke = .53. Estos datos indican que se puede predecir la formación de los grupos a partir de

la combinación lineal de estas variables entre el 36% y el 53% aproximadamente de explicación de la varianza. En concreto, se encontró (Tabla 2) que un menor uso de las estrategias de planificación y búsqueda de apoyo instrumental, gran uso de la negación, mayor puntuación en neuroticismo y presentar comorbilidad se asociaban con evolución desfavorable. A partir de estas variables se predecía en el 94.8% de los casos (55 de 58) la pertenencia al grupo con buena evolución y en el 60% la pertenencia al grupo con mala evolución (12 de 20).

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y análisis de las diferencias entre grupos (evolución favorable vs. desfavorable) en neuroticismo y afrontamiento

	Evolución favorable (n = 58)	Evolución desfavorable (n = 20)	t	d
Neuroticismo	19.40 (4.56)	22.85 (4.00)	-3.01**	-0.80
Afrontamiento				
Activo	3.79 (1.72)	2.75 (1.58)	2.38*	0.63
Planificación	3.64 (1.78)	2.45 (1.79)	2.57**	0.67
Reevaluación positiva	3.09 (1.91)	2.15 (1.93)	1.88	0.49
Aceptación	2.90 (1.75)	2.35 (1.72)	1.21	0.32
Apoyo emocional	3.65 (1.79)	3.25 (1.74)	0.88	0.23
Apoyo instrumental	3.88 (1.79)	2.90 (1.55)	2.18*	0.59
Negación	1.86 (1.83)	2.80 (1.94)	-1.95*	-0.50
Desahogo	2.62 (1.78)	2.40 (1.46)	0.50	0.14
Abandono	1.38 (1.51)	1.80 (1.64)	-1.05	-0.27
Autoculpa	2.79 (1.71)	3.20 (2.07)	-0.87	-0.22
Humor	0.79 (1.10)	0.35 (0.93)	1.61	0.43
Religión	1.71 (2.01)	2.25 (2.40)	-0.99	-0.24

Nota. t = prueba t de Student para muestras independientes; d = prueba de Cohen para calcular el tamaño del efecto.

\*p < .05, \*\*p < .01.

**Tabla 2.** Resultados del análisis de regresión sobre la evolución a los 5 años del diagnóstico inicial (N = 78)

Predictores	Coef.	Error estándar	Chi² Wald	Odds ratio	IC 95%
Planificación	-0.49	0.23	4.44*	0.61	0.38-0.97
Búsqueda de apoyo instrumental	-0.72	0.29	6.24*	0.49	0.28-0.86
Negación	0.74	0.25	9.05**	2.11	1.30-3.44
Neuroticismo	0.30	0.10	9.03**	1.35	1.11-1.64
Presencia de comorbilidad	2.39	0.97	6.51*	10.89	1.74-68.15

\*p < .05, \*\*p < .01.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar algunos factores de vulnerabilidad personal que influyen en la evolución de la psicopatología, en concreto de los TA.

En primer lugar se analizaron las diferencias entre grupos en las variables sociodemográficas y psicológicas. Con respecto a las primeras, no se encontraron diferencias en la evolución en función de la edad, género, estado civil, nivel educativo y situación laboral. Aunque en la literatura se ha encontrado que la prevalencia de TA varía en función de las características sociodemográficas, pudiendo resultar factores de vulnerabilidad en su aparición, no obstante algunos autores también han encontrado que estas características no influyen en la evolución del TA una vez éste ha aparecido (Del Valle-López y Bermúdez, 2016). Con respecto a las variables psicológicas, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en neuroticismo, comorbilidad y en cuatro de las doce estrategias de afrontamiento analizadas, todas ellas con importante tamaño del efecto. En concreto, el

grupo con peor evolución presentó un mayor neuroticismo al inicio del seguimiento, más presencia de rasgos comórbidos de personalidad patológica, menor uso de estrategias de afrontamiento activo, uso de la planificación y de búsqueda de apoyo social instrumental y mayor negación. Estos resultados resultan compatibles con los encontrados en la literatura previa, anteriormente comentados (Lahey, 2009; Mirnics et al., 2013).

En segundo lugar, se estudiaron las variables que predecían una peor o mejor evolución, encontrándose que un menor uso del afrontamiento de planificación y búsqueda de apoyo instrumental, mayor uso de la negación, mayor neuroticismo y el hecho de presentar rasgos desadaptativos de personalidad predecían la pertenencia al grupo con peor evolución. Aproximadamente en un 60% de casos se podía predecir la pertenencia al grupo con mala evolución y hasta en casi un 95% de casos se predecía la pertenencia al grupo con buena evolución. Más concretamente, con respecto al afrontamiento, tres estrategias resultaron predictores significativos de la evolución. Así, el uso de estrategias de planificación y de apoyo instrumental redujo la probabilidad de pertenecer al grupo con mala evolución en un 39 y 51%, respectivamente, resultando ser factores de protección en la evolución, mientras que el uso de la negación aumentó en dos veces el riesgo de presentar una evolución más desfavorable. Por otra parte, el neuroticismo aumentó en 1.5 veces la probabilidad de pertenecer al grupo con peor evolución, siendo la presencia de comorbilidad el factor más predictivo, que incrementó en casi once veces el riesgo de formar parte de este grupo.

## Conclusiones

En base a los resultados encontrados, se puede concluir que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas y algunas características de personalidad como el neuroticismo y la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad pueden considerarse factores de vulnerabilidad para una peor evolución. Por tanto, deberían ser consideradas tanto en la evaluación como en el desarrollo de estrategias preventivas o de intervención, que deberán priorizarse en los sujetos con TA que presenten estas características.

La principal aportación de este estudio es su carácter longitudinal, con un intervalo de cinco años, ya que en muestras con TA son muy escasos. Además, supone una contribución importante de cara a la elaboración de protocolos de evaluación y tratamiento para estos trastornos que, como apuntan algunos autores, son muy escasos (Domínguez-Rodríguez, Prieto-Cabras y Barraca-Mairal, 2017). No obstante, no se han considerado en el análisis otras posibles variables psicosociales importantes que pueden influir en la evolución de la psicopatología, como otros recursos psicológicos, el apoyo social o los estresores vividos durante el periodo analizado, entre otras.

## Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.
- Azocar, F. y Greenwood, G. (2006). Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report. *The Internet Journal of Mental Health*, 4(2), 1-6.
- 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. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Del Valle-López, P. y Bermúdez, E. (2016). Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en las consultas de salud mental. *Norte de Salud Mental*, 13, 11-18.
- Diefenbacher, A. y Strain, J.J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, 24, 249-256. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00182-2](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00182-2)
- Domínguez-Rodríguez, I., Prieto-Cabras, V. y Barraca-Mairal, J. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por

- situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>
- Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E. y Lash, T. L. (2010). The association between adjustment disorders diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2, 23-28. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S9373>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Mirnic, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A., ... Juhasz, G. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: Mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danubina*, 25, 379-88.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Madrid, España: UNED.
- Shear, K. M., Greeno, C., Kang, J. M., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H. A. y Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of non-psychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry*, 157, 581-587. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.581>
- Soto, C. J. y John, O. (2009). Ten facet scales for the Big Five Inventory: Convergence with NEO PI-R facets, self-peer agreement, and discriminant validity. *Journal of Research in Personality*, 43, 84-90. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.10.02>
- Widiger, T. A., Livesley, W. J. y Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21, 243-255. <https://doi.org/10.1037/a0016606>
- World Health Organization (WHO). (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva, Switzerland: WHO.