

# Relación entre el estrés psicosocial y la patología psíquica: un estudio comunitario

VILLAVERDE RUIZ, M. L.\*; GRACIA MARCO, R.\*\* y MORERA FUMERO, A.\*\*

\* Departamento de Enfermería. \*\* Departamento de Medicina Interna y Psiquiatría. Universidad de La Laguna. Tenerife.

## *Relationship between psychosocial stress and mental disease: a study the community*

### Resumen

**Introducción:** *En este trabajo investigamos la relación entre acontecimientos de vida estresantes y patología psíquica en una muestra de población urbana mayor de 16 años en la isla de Tenerife.*

**Material y método:** *El estudio ha sido realizado en dos fases. En la primera fase se entrevistaron 660 personas con el GHQ-28 como instrumento de screening y la valoración de los agentes estresantes se realizó siguiendo la clasificación DSM-III-Eje IV. En la segunda fase se entrevistaron, con la entrevista clínica CIS, a todas las personas que puntuaron positivo (cinco puntos) y a un número similar de personas que puntuaron negativo (menos de cinco puntos) en el GHQ-28.*

**Resultados:** *La prevalencia total de estrés psicosocial es del 36,5% y la de patología psíquica del 12,90%, del 3,3% entre las personas que no refieren estrés psicosocial y del 29,5% entre las personas que si refieren estrés psicosocial.*

**Conclusiones:** *Se confirma una relación significativa entre haber sufrido el efecto de algún acontecimiento de vida estresante y la presencia de enfermedad mental en ambos sexos.*

**Palabras clave:** *Estresores psicosociales. Acontecimientos de vida. Morbilidad psiquiátrica.*

### Summary

**Introduction:** *We investigate the relationship between life events stress and psychiatric disorders in a random sample of urban population older than 16 in the Tenerife Island.*

**Method:** *A two-stage cross-sectional study was conducted. In the first stage 660 persons were interviewed using the GHQ-28 as a screening questionnaire and the DSM-III-Axis IV for the psychosocial stressors valuation. In the second stage were interviewed all persons screening positive on the GHQ and similar number of the screening negative ones, using the Clinical Interview Schedule.*

**Results:** *The psychosocial stressors prevalence was 36,5% and the pathology psychiatric prevalence was 12,90%: among 3,3% of the people who do not refer psychosocial stress and 29,5% of the people who do refer.*

**Conclusion:** *We confirmed a significant relationship between psychosocial stress and psychiatric disorders in both sexes.*

**Key words:** *Life events. Psychosocial stressors. Psychiatric morbidity.*

Los acontecimientos de vida son conceptualizados como hechos importantes de la vida, a los que todo el mundo está expuesto, y que son percibidos como amenaza, requieren un esfuerzo de adaptación mayor del habitual, son inesperados, no deseados, incontrolables y/o cargados de consecuencias negativas (1).

Durante la década de los cincuenta los acontecimientos vitales empezaron a ser considerados como factores que contribuían en el establecimiento y la severidad de enfermedades somáticas y muchas investigaciones lo atestiguan (2-5). En base a estos descubrimientos se impuso la necesidad de cuantificar esta relación observada, de modo que a finales de los años cincuenta se empezaron a perfilar los matices metodológicos que marcarían las investigaciones posteriores con el desarrollo de listas y escalas de acontecimientos externos.

Haciendo uso de estos métodos, muchos estudios han confirmado una correlación significativa entre acontecimientos de vida estresantes y patología mental, así como entre la intensidad de la sintomatología y la cantidad de eventos vividos (6-12).

A pesar de la existencia de una voluminosa literatura que refleja la relación entre estrés psicosocial y patología mental, no parece haber acuerdo respecto a la importancia de estas circunstancias de la vida en relación con la enfermedad mental y sigue persistiendo el interrogante sobre si existe una conexión, un eslabón causal, así como algunos problemas metodológicos y conceptuales, tales como la confección de las escalas, la forma de aplicación de las mismas, los tipos de eventos evaluados, durante cuánto tiempo estos eventos tienen una acción estresante (13-17) y hasta qué punto éstos

TABLA I Muestras de la primera y segunda fase del estudio según puntuaciones en el GHQ

Edad	Primera fase						Segunda fase					
	Hombre		Mujer		Total		Hombre		Mujer		Total	
	0-4	±5	0-4	±5	0-4	±5	0-4	±5	0-4	±5	0-4	±5
16-24	75	7	78	9	153	16	14	7	12	9	26	16
24-34	62	11	57	18	119	29	13	10	12	18	25	29
35-44	49	7	39	18	88	25	12	7	10	17	22	25
45-54	39	4	33	14	72	18	10	4	10	14	20	18
55-64	25	8	22	15	47	23	8	7	8	14	16	23
±65	27	6	30	7	57	13	8	6	8	7	16	13
Total	277	43	259	81	536	124	65	41	60	79	125	120

fueron independientes de la condición psicológica del sujeto (18-21).

Al margen de estos inconvenientes, la importancia de los factores exógenos de estrés en psiquiatría es un hecho constatado, de forma que incluso las clasificaciones psiquiátricas más actuales los incluyen en la propia formulación diagnóstica y la DSM-III (22) incorpora un eje exclusivo para la valoración de los factores estresantes.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

**Diseño del estudio:** El estudio es de tipo transversal y ha sido realizado en dos fases, una primera fase de detección de patología psíquica utilizando el GHQ-28 como instrumento de screening (23) y una segunda fase de evaluación psicopatológica utilizando el CIS como entrevista clínica (24).

**Área de estudio:** La comunidad estudiada comprende los núcleos urbanos del Municipio de La Laguna en la isla de Tenerife. La población de derecho del área estudiada en este Municipio, según el Padrón Municipal, es de 47.181 habitantes mayores de 16 años de edad.

**Muestras:** La muestra de la primera fase se elaboró con carácter aleatorio y estractificado por sexo y edad entre las personas con una edad igual o superior a 16 años. La muestra estudiada comprende 660 personas (320 hombres y 340 mujeres) (tabla I).

La muestra de la segunda fase se elaboró considerando las puntuaciones obtenidas en el instrumento de screening (GHQ-28) utilizado en la primera fase del estudio. Los criterios de inclusión fueron:

1. Todos los sujetos con puntuaciones iguales o superiores a cinco puntos, «probables casos psíquicos».

2. Un número similar de sujetos con puntuaciones inferiores a cinco puntos, «probables no casos psíquicos», seleccionados al azar. La muestra estudiada está compuesta de 245 personas, 120 GHQ positivos y 125 GHQ negativos (tabla I).

## Instrumentos de medida y definición de conceptos

**Primera fase:** Como instrumento de screening se utilizó la versión española del *General Health Question-*

*naire* (GHQ-28 ítems) (25). El criterio de «probable caso psíquico» estará definido en base a una puntuación igual o superior a cinco puntos en el cuestionario.

La valoración de los estresores psicosociales se realizó siguiendo el Eje IV de la clasificación diagnóstica DSM-III-R (22), especialmente diseñada para este fin. La valoración del estrés se realiza en base a la duración del acontecimiento estresante en *agudo*: duración seis meses, y *crónico*: duración mayor de meses, y a la intensidad del mismo en ausente, leve, moderado, grave, extremo y catastrófico.

**Segunda fase:** Como entrevista clínica de evaluación se utilizó la versión española del *Clinical Interview Schedule* (CIS) (26). El criterio de «caso psíquico» está determinado por una puntuación igual o superior a dos puntos en la sección II de esta entrevista. Los diagnósticos clínicos se emitieron siguiendo los criterios diagnósticos de la clasificación DSM-III-R (22).

**Análisis estadístico:** Para analizar la relación existente entre patología psíquica y factores de estrés psicosocial se realizaron tablas de contingencia y se utilizó el estadístico chi cuadrado, un valor de  $p < 0,05$  nos indicará una relación de significatividad.

## RESULTADOS

### Prevalencia de patología psíquica

En la primera fase del estudio detectamos 124 probables casos psíquicos según los resultados obtenidos en el cuestionario de screening GHQ-28 (tabla I) y en la segunda fase de evaluación clínica se confirmaron 85 casos psíquicos (28 hombres y 57 mujeres), siendo la proporción de prevalencia no ponderada de patología psíquica de un 12,90% (8,75% en hombres y 16,76% en mujeres) (tabla II).

### Estresores psicosociales

De las 660 personas que constituyen la muestra de la primera fase del estudio, 241 (36,5%: 38,4% hombres y 34,7% mujeres) refieren estar bajo la presión de algún acontecimiento de vida estresante.

**TABLA II Casos psíquicos, evaluados con la entrevista CIS, y puntuaciones en el GHQ en la muestra de la segunda fase por sexo**

Puntuaciones CIS	Puntuaciones GHQ						Total	
	Hombre			Mujer			Núm	%
	0-4	±5	Total	0-4	±5	Total		
No casos (CIS < 2)	62	16	78	55	27	82	160	87,1
Casos psíquicos (CIS ≥ 2)	3	25	28	5	52	57	85	12,9

### Patología psíquica y estrés psicosocial

La prevalencia de patología psíquica entre las personas que no refieren estrés psicosocial es del 3,3% (2% hombres y 4,5% mujeres) y entre las personas que sí refieren estrés psicosocial del 29,5% (19,5% hombres y 39,8% mujeres). Estos resultados confirman una relación significativa entre haber sufrido el efecto de algún agente estresor y la presencia de psicopatología en ambos sexos ( $\chi^2$  90,7; df 1;  $p > 0,001$ ; hombres:  $\chi^2$  26,8%, df 1;  $p > 0,001$ ; mujeres:  $\chi^2$  66,3, df 1;  $p < 0,001$ ) (tabla III).

Respecto a la duración del agente estresor, no observamos correlación entre la duración del mismo, agudo o crónico, y la patología psíquica.

Para analizar la relación entre la intensidad de los agentes de estrés psicosocial y la psicopatología hemos incluido los eventos severos, extremos y catastróficos dentro de una misma categoría, comprobándose que existe una relación significativa entre los eventos de intensidad severa y la morbilidad psiquiátrica en ambos sexos ( $\chi^2$  68, df 2,  $p < 0,001$ ; hombres:  $\chi^2$  24,86, df 2,  $p < 0,001$ ; mujeres:  $\chi^2$  37,37, df 2,  $p < 0,001$ ) (tabla IV).

### DISCUSIÓN

Nuestros resultados respecto a la correlación entre presencia de agentes de estrés psicosocial y patología psíquica son coincidentes con los de otros estudios, lo cual confirma la importancia clínica de tales acontecimientos (6-8, 10, 11, 27-30).

**TABLA III Presencia de acontecimientos estresantes y casos psíquicos por sexo**

Sexo	Estrés psicosocial	Total	Núm. casos	Prevalencia (%)
Hombre	No	197	4	2,0
	Sí	123	24	19,5
Mujer	No	222	10	4,5
	Sí	118	47	39,8
Total	No	419	14	3,3
	Sí	241	71	29,5

$\chi^2$  90,7, df 1,  $p < 0,001$ ; Hombres:  $\chi^2$  26,8, df1,  $p < 0,001$ ; Mujeres:  $\chi^2$  66,3, df 1,  $p < 0,001$ .

Aunque los eventos estresantes pueden tener un efecto sobre la psicopatología en general, algunos en particular parecen tener una mayor relación con determinados tipos de trastornos (31). En esta línea algunos autores encuentran que los eventos que implican amenaza severa durante largo tiempo presentan mayor relación con trastornos depresivos (32, 33) mientras que otros correlacionan los eventos de pérdida con depresión y los de amenaza con ansiedad (28, 29, 34).

Respecto a la intensidad de los agentes estresores nuestros resultados coinciden con los de otros autores que al igual que nosotros valoran la intensidad del estrés haciendo uso de la misma metodología y detectan que los eventos de intensidad severa se correlacionan de forma significativa con la psicopatología (35, 36). Otros estudios sugieren que los eventos de intensidad severa están relacionados con retrasos en la recuperación o mejoría de los casos (37-39).

Aunque la influencia de los factores externos de estrés sobre la enfermedad mental ha sido ampliamente documentada, también es evidente que no todos los sujetos que los sufren enferman, ni todos necesitan de la misma cantidad de estrés en sus vidas para que la enfermedad se desencadene en ellos. En base a esto, algunos autores han argumentado que la influencia de los eventos puede depender más de la vulnerabilidad del sujeto que de su impacto (20, 38, 40-43).

**TABLA IV Intensidad del acontecimiento estresante y casos psíquicos**

Sexo	Intensidad agente estresante	Total	Núm. casos	Proporción (%)
Hombre	Ligera	43	3	7,0
	Moderada	67	12	17,9
	Severa	13	9	69,2
Mujer	Ligera	52	9	17,3
	Moderada	37	13	35,1
	Severa	29	25	86,2
Total	Ligera	95	12	12,6
	Moderada	104	25	24,0
	Severa	42	34	81,0

$\chi^2$ : 68, df 2,  $p < 0,001$ ; Hombres:  $\chi^2$  24,87, df 2,  $p < 0,001$ ; Mujeres:  $\chi^2$  37,37, df 2,  $p < 0,001$ .

## CONCLUSIONES

1. Existe una relación significativa entre haber sufrido el efecto de algún acontecimiento de vida estresante y la presencia de enfermedad mental.
2. La duración del acontecimiento estresante no guarda relación con la psicopatología.
3. El riesgo de padecer algún trastorno mental aumenta de forma significativa con la intensidad del agente estresante, de forma que a mayor intensidad del agente mayor riesgo de sufrir psicopatología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera S. Acontecimientos de vida y trastornos psiquiátricos. Ponencia XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría. Valladolid; 1981.
2. Wolff HG. Life stress and bodily disease -A formulation-. Res Publ Ass Nerv Ment Dis 1950;29:1059-94.
3. Williard HN, Swan RC, Wolff HG. Life situations, emotions and dyspnea. Res Publ Ass Nerv Ment Dis 1950;29:583.
4. Holmes TH, Treuting T, Wolff HG. Life situations, emotions and nasal disease: evidence on summative effects exhibited in patients with «hay fever». Psychosom Med 1951;13:71-82.
5. Holmes TH, Wolff HG. Life situations, emotions and backache. Psychosom Med 1952;14:18-33.
6. Myers JK, Lindenthal JL, Pepper MP. Life events and mental status: a longitudinal study. J Hlth Soc Behav 1972;13:398-406.
7. Paykel ES, Prusoff BA, Myers JK. Suicide attempts and recent life events: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 1975;32:327-33.
8. Brown GW, Harris TO, Peto J. Life events and psychiatric disorders: Part 2: nature of causal link. Psychol Med 1973;3:159-76.
9. Costello CG. Social factors associated with depression: a retrospective community study. Psychol Med 1982;12:329-39.
10. Tennant C. Life events and psychological morbidity: the evidence from prospective studies. Psychol Med 1983;483-6.
11. Brown GW, Harris TO. Stressor, vulnerability and depression: a question of replication. Psychol Med 1986;16:739-44.
12. Parry G, Shapiro DA. Social support and life events in working-class women: stress buffering or independent effects? Arch Gen Psychiatry 1986;148:373-85.
13. Brown GM. Meaning, measurement, and stress life events. En: Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, eds. Stressful life event: their nature and effects. New York: Willey-Interscience; 1974.
14. Andrews G, Tennant C. Life events stress and psychiatric illness. Psychol Med 1978;8:545-9.
15. Brown GW, Harris TO. Fall-off in the reporting of events. Soc Psychiatry 1982;17:23-8.
16. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP, Dodson M, Shorouth PE. Symptoms, hassles, social support, and life events: problems of confounded measures. J Abnormal Psychol 1984;93:222-30.
17. Paykel ES. Methodological aspects of life events research. J Psychosom Res 1983;27:341-52.
18. Brown GW, Sklair F, Harris TO, Birley JLT. Life events and psychiatric disorders. Part I: Some methodological issues. Psychol Med 1973;1:195-211.
19. Dohrenwend BSA. Life events as stressors: a methodological inquiry. J Hlth Soc Behav 1973;14:167-75.
20. Cochrane R, Sobol M. Personal distress and mental disorders. En: Feldman MP, Oxford JE, eds. The social psychology of psychological problems. London: Wilwy; 1980.
21. Miller PMCC, Dean C, Ingham JG, et al. The epidemiology of life events and long term difficulties, with some reflections on the concept of independence. Br J Psychiatry 1986;148:686-96.
22. American Psychiatric Association. DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1989.
23. Goldberg DP, Hillier VE. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979;9:139-45.
24. Goldberg DP, Cooper B, Eastwood MR, Kedward HB, Shepherd M. A standardized psychiatric interview for use in the community surveys. Br J Prev Soc Med 1970;24:18-23.
25. Lobo A, Pérez-Echevarría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychol Med 1986;16:135-40.
26. Lobo A. Estudio de la entrevista psiquiátrica estructurada CIS en pacientes españoles. Com Psiquiat 1984;XI:4-60.
27. Benjaminsen S. Stressful life events preceding the onset of neurotic depression. Psychol Med 1981;11:369-78.
28. Brown GW, Prudo R. Psychiatric disorders in a rural and an urban population: Aetiology of depression. Psychol Med 1981;11:581-99.
29. Finlay Jones-Burvill PW. Women, work and minor psychiatric morbidity. Soc Psychiatry 1979;14:803-15.
30. Cooke DJ. Life events and syndromes of depression in the general population. Soc Psychol 1981;16:81-6.
31. Cooke DJ, Hole DJ. The aetiological importance of stressful life events. Br J Psychiatry 1983;143:397-400.
32. Brown GW, Harris TO. The social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock; 1978.
33. Brown GW, Bifulco A, Harris TO. Life events, vulnerability and onset of depression. Br J Psychiatry 1987;150:30-42.
34. Prudo R, Harris TO, Brown GW. Psychiatric disorders and an urban population: Social integration and the morphology of affective disorder. Psychol Med 1984;14:327-45.
35. Mezzich JE, Cofman GA, Goodpastor SM. A format of DSM-III diagnostic formulation: experience with

- 1.111 consecutive patients. *Am J Psychiatry* 1982; 139:591-6.
36. Zimmermann M, Pfohl B, Stangle D, Coryell W. The validity of DSM-III axis IV (severity of psychosocial stressors). *Am J Psychiatry* 1985;142:1437-41.
37. Surtees PG, Ingham JG. Life stress and depressive outcome: application of a dissipation model to life events. *Soc Psychiat* 1980;15:21-31.
38. Miller MPCC, Ingham JG, Kreitman PG, et al. Life events and other factors implicated in onset and remission of psychiatric illness in women. *J Affect Dis* 1987;12:73-88.
39. Brown GW, Adler Z, Bifulco A. Life events, difficulties and recovery from chronic depression. *Br J Psychiatry* 1988;152:487-98.
40. Myers JK, Lindenthal JL, Pepper MP. Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *J Hlth Soc Behav* 1975;16:421-7.
41. Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W. Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test. *J Hlth Soc Behav* 1979;20:108-19.
42. Andrews G. A prospective study of life events and psychological symptoms. *Psychol Med* 1981;11: 795-801.
43. Miller PMCC, Ingham JG. Dimensions of experience. *Psychol Med* 1983;13:417-29.

Correspondencia:  
M<sup>a</sup> Luz Villaverde Ruiz.  
Departamento de Enfermería  
Universidad de La Laguna  
Campus de Ofra, s/n  
38071 Tenerife (España)