

INFLUÈNCIA DELS ESDEVENIMENTS DE LA VIDA EN EL COMPORTAMENT CLÍNIC I ASSISTENCIAL DE LA MALALTIA

A. ADAM DONAT, I. MONTERO PIÑAR I M. GÓMEZ BENEITO

La connexió entre els canvis ambientals i els canvis en la nostra salut es planteja des de molt antic, però no és fins fa uns anys que s'hi para atenció en la literatura científica; d'aquesta manera actualment comptem amb l'evidència suficient per a admetre una relació entre aquests canvis. Deixant de banda els estudis referits a la influència dels factors ambientals com l'habitatge, la contaminació atmosfèrica, el clima, i centrant-nos en la importància dels *factors psico-socials*—en el sentit de l'estatus socio-econòmic, aïllament social, dificultats o canvis de la vida quotidiana...—, podem dir, d'acord amb Cassel (1974), que els esmentats factors juguen un paper en l'inici, curs i evolució de les malalties, no solament de les psíquiques sinó també de les somàtiques.

Aquests factors psico-socials, segons Jenkins i Shepherd (1983), podem classificar-los en tres grans apartats: per un costat les dificultats socials cròniques o mantingudes —atur, emigració, status socio-econòmic...—, per un altre el suport social amb què compta l'individu, i finalment les dificultats socials hagudes o esdeveniments de la vida, referint-nos en aquest cas als fets de la vida quotidiana amb forta càrrega stressant i propers en el temps a l'inici de la malaltia.

L'estudi d'aquests últims factors en relació amb el procés d'emmalaltir rep cada vegada més atenció dintre la literatura científica des que Holmes i Rahe publicaren el seu treball en 1967, encara que, com manifesta Dohrenwend (1981), no es coneix ben bé aquesta relació. Amb el fi d'especificar millor el paper etiològic d'aquests factors es plantegen diferents hipòtesis, entre les quals caldria aclarir aquella que indica una relació causal directa entre l'stress derivat dels esdeveniments i la malaltia. Altres hipòtesis proposen que les característiques personals i les condicions socials que envolten el subjecte farien aquest més o menys vulnerable a l'stress de tals esdeveniments. També es defén que la malaltia duria l'individu a viure amb més stress, el qual, a la vegada, exacerbaria la malaltia (Cfr. Dohrenwend i Dohrenwend, 1981).

Així, doncs, que dels esdeveniments es deriva stress i que aquest pot arribar a produir canvis en la salut és un fet acceptat generalment.

Per contra, el concepte d'esdeveniment varia d'uns autors a d'altres, que centren l'atenció bé en el canvi o reajustament social, bé en les emocions que poden provocar els esdeveniments, o bé en la desitjabilitat d'aquests. D'aquestes diferències conceptuais es deriva el disseny i ús de distints instruments per a identificar i

mesurar els esdeveniments de la vida, i ens trobem amb instruments que mesuren valors diferents, la qual cosa és un obstacle important a l'hora de comparar resultats.

Els instruments normalment utilitzats en investigació donen un valor estàndard als diversos esdeveniments, el qual fet està criticant-se últimament, ja que un mateix esdeveniment no afecta d'igual manera tots els individus; tampoc no es té en compte el suport social. L'únic instrument que no empra esdeveniments suposadament stressants per a tota la població és l'elaborat per Brown i Harris (1978). Aquest instrument consisteix en una entrevista semiestructurada que recull la informació referida a distints fets de la vida quotidiana als quals, posteriorment, s'atribueix la categoria d'esdeveniment i els quals qualifiquen com a *severs* i *no severs*. També es tenen en compte les possibles variacions individuals i la presència de suports socials.

La consideració d'aquest últim factor és de gran importància, ja que actualment es planteja que els suports socials de la persona podrien disminuir la incidència de la malaltia, bé per ells mateixos, bé perquè aquests suports frenarien l'impacte de l'stress dels esdeveniments.

Nosaltres hem modificat lleugerament la metodologia proposada per Brown i Harris convertint l'instrument en un qüestionari autoaplicable i entrevistant el pacient, posteriorment, respecte a cadascun dels ítems que havia contestat afirmativament, amb la finalitat de valorar el fet i atribuir-hi o no la categoria d'esdeveniment.

D'aquesta manera hem estudiat la influència dels esdeveniments de la vida en el comportament clínic i assistencial de 99 malalts ingressats, per primera vegada, a l'Hospital Clínic Universitari de València. La distribució de la mostra per sexe i edat és bastant homogènia, com pot veure's a la taula 1. Quant als diagnòstics, els hem agrupats per aparells o sistemes, considerant-los també en malalties psico-somàtiques i no psico-somàtiques; aquesta distribució queda reflexada en la taula 2.

Dels resultats obtinguts només ressaltarem allò de més significatiu. Així, encara que aquests resultats no permeten d'establir una relació causal entre els esdeveniments de la vida i la malaltia, sí que voiem ressaltar la major freqüència d'esdeveniments severs en els 6 mesos previs a l'inici de la malaltia entre els subjectes amb trastorns més aguts –de menys d'un mes de durada– (taula 3).

TAULA 1. *Determinants socio-demogràfics de la mostra*

Mostra total	99 (100,0 %)
Sexe:	
Home	47 (47,5 %)
Dona	52 (52,5 %)
Edat:	
15-30	35 (35,4 %)
31-50	32 (32,3 %)
51-65	32 (32,3 %)
Estat civil:	
Solter	28 (28,3 %)
Casat	65 (65,7 %)
Altres	6 (6,0 %)
Nivell educatiu:	
Mitjà i superior	21 (21,2 %)
Mitjà-baix	24 (24,3 %)
Baix	54 (54,5 %)

TAULA 2. *Distribució de la mostra en grups diagnòstic i en diagnòstics psico-somàtics i no psico-somàtics*

	F. abs.	F. rel
Cardiocirculatoris	25	25,3 %
Digestius	31	31,3 %
Respiratoris	14	14,1 %
Altres	22	22,2 %
N.C.	7	7,1 %
Total	99	100,0 %
	F. abs.	F. rel
Psico-somàtic	37	37,4 %
No psico-somàtic	49	49,5 %
Psiquiàtric	6	6,1 %
N.C.	7	7,1 %
Total	99	100,0 %

TAULA 3. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per temps d'aparició d'esdeveniments severos i durada de la malaltia*

	≤ 1 mes	1 m.-1 any	≥ 1 any	
0-6 m.	37	12	18	67
	55,2	17,9	26,9	77,9
	82,2	63,2	81,8	
	43,0	13,9	20,9	
6-12 m.	8	7	4	19
	42,1	36,8	21,1	22,1
	17,8	36,8	18,2	
	9,3	8,1	4,6	
	45	19	22	86
	52,4	22,1	22,6	100,0

$$\chi^2 = 2,93 \quad \text{g.l.} = 2 \quad p = \text{N.S.}$$

D'altra banda, com es posa de manifest en la taula 4, s'estableix una relació significativa entre la presència de més de 3 esdeveniments severos en els 12 mesos previs a l'ingrés i una evolució desfavorable de la malaltia després de l'alta hospitalària; la qual relació que no es dona en analitzar els grups diagnòstic, la qual cosa ens duu a atribuir un paper important als esdeveniments severos en l'evolució de la malaltia. També trobem més falta de suport social entre els subjectes que evolucionen pitjor i observem que són els pacients barons, de més edat i amb malalties més cròniques, els qui presenten un suport social més dolent. Com que no s'ha vist cap relació entre

TAULA 4. Resultat de l'anàlisi estadística dels factors psico-socials en relació amb l'evolució posterior de la malaltia

	2	g. ll.
Nombre d'esdeveniments	3,57	1
Esdeveniments severs	8,69	1**
Suport social	3,92	1*
Grups d'edat	5,23	4
Cronicitat	3,28	4
Grups diagnòstic	0,92	6
Diagnòstics	0,44	1
Estat emocional	0,69	1
Sexe	3,37	1

* p < 0,05.

** p < 0,01.

TAULA 5. Taula de contingència de la distribució de freqüències per esdeveniments severs a l'àrea laboral i grups diagnòstic

	Cap	1-2	≥ 3	
Cardio.	13	8	4	25
	52,0	32,0	16,0	27,2
	21,0	32,0	80,0	
	14,1	8,7	4,3	
Digest.	20	10	1	31
	64,5	32,3	3,2	33,7
	32,3	40,0	20,0	
	21,7	10,9	1,1	
Respir.	13	1	0	14
	92,9	7,1	0,0	15,2
	21,0	4,0	0,0	
	14,1	1,1	0,0	
Altres	16	6	0	22
	72,7	27,3	0,0	23,9
	25,8	24,0	0,0	
	17,4	6,5	0,0	
	62	25	5	92
	67,4	27,2	5,4	100,0

$\chi^2 = 12,31$ g. ll. = 6 p < 0,05.

els esdeveniments de la vida i el suport, creiem que ambdues variables es comporten de forma independent i ens decanem per la primera de les dues grans alternatives que actualment es proposen per a explicar la relació suports-stress dels esdeveniments (Gore, 1981).

TAULA 6. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per nombre total d'esdeveniments i diagnòstic*

	Psico.	No psico.	
≤ 10	22	30	52
	42,3	57,7	60,5
	59,5	61,2	
	25,6	34,9	
≥ 10	15	19	34
	44,1	55,9	39,5
	40,5	38,8	
	17,4	22,1	
	37	49	86
	43,0	57,0	100,0

 $\chi^2 = 0,03$ g. ll. = 1 p = N.S.
TAULA 7. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per esdeveniments severs i diagnòstic*

	Psico.	No psico.	
1-2	18	22	40
	45,0	55,0	51,9
	51,4	52,4	
	23,4	28,6	
≥ 3	17	20	37
	45,9	54,1	48,1
	48,6	47,6	
	22,1	26,0	
	35	42	77
	45,5	54,5	100,0

 $\chi^2 = 0,02$ g. ll. = 1 p = N.S.

Així mateix, trobem una major freqüència d'esdeveniments severs relacionats amb l'àrea laboral entre els subjectes diagnosticats de trastorns cardíocirculatoris (taula 5), resultats corroborats per altres estudis on s'arriba a trobar que fins un 95 % de pacients amb IAM presentaven esdeveniments relacionats amb la seua professió (Bloch i cols., 1979, Haynes i Feinleib, 1980). Aquests resultats plantegen una possible relació entre determinats esdeveniments i malalties específiques. En aquest sentit Paykel i cols. (1969) ja apuntaven la vinculació causal entre esdeveniments de pèrdua i depressió. Contra el que caldria esperar, no s'ha trobat cap diferència entre les malalties psico-somàtiques i no psico-somàtiques (taules 6 i 7), la qual cosa ens fa pensar que l'stress seria un factor de gran importància en qualsevol tipus de tras-

TAULA 8. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per edat i durada de l'estada hospitalària*

	≤ 1 setm.	1-4 setm.	≥ 1 mes	
15-30	13	19	3	35
	37,1	54,3	8,6	35,4
	37,1	35,8	27,3	
	13,1	19,2	3,0	
31-50	17	14	1	32
	53,1	43,8	3,1	32,3
	48,6	26,4	9,1	
	17,2	14,1	1,0	
51-65	5	20	7	32
	15,6	62,5	21,9	32,3
	14,3	37,7	63,6	
	5,1	20,2	7,1	
	35	53	11	99
	35,4	53,5	11,1	100,0

$$\chi^2 = 12,84 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p < 0,01$$

TAULA 9. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per durada de la malaltia i durada de l'ingrés*

	≤ 1 setm.	1-4 setm.	> 1 mes	
≤ 1 mes	21	30	2	53
	39,6	56,6	3,8	53,5
	60,0	56,6	18,2	
	21,2	30,3	2,0	
1 mes-1 any	6	13	2	21
	28,6	61,9	9,5	21,2
	17,1	24,5	18,2	
	6,1	13,1	2,0	
> 1 any	8	10	7	25
	32,0	40,0	28,0	25,3
	22,9	18,9	63,6	
	8,1	10,1	7,1	
	35	53	11	99
	35,4	53,4	11,1	100,0

$$\chi^2 = 10,88 \quad \text{g.l.} = 4 \quad p < 0,02$$

TAULA 10. *Taula de contingència de la distribució de freqüències per esdeveniments severa i estat emocional*

	≤ 9	≥ 10	
No sev.	10	3	13
	76,9	23,1	13,1
	21,7	5,7	
	10,1	3,0	
Sí sev.	36	50	86
	41,9	58,1	86,9
	78,3	94,3	
	36,3	50,5	
	46	53	99
	46,5	53,5	100,0

$$\chi^2 = 4,32 \quad g.l. = 1 \quad p < 0,05$$

torn i no només en els considerats clàssicament com a psico-somàtics. Aquest factor, per altra banda, no deuria deixar-se de costat davant les dades clíniques i biològiques en el malalt no psico-somàtic.

Pel que fa a la durada de l'ingrés, els esdeveniments de la vida no semblen influir al respecte, si bé cobren significació en aquest cas la cronicitat del trastorn i l'edat del subjecte, atès que s'observa que són els individus de més edat (taula 8) i amb malalties més cròniques (taula 9) els qui presenten ingressos més llargs. També hem detectat pitjor suport social entre aquests pacients.

Junt als esdeveniments de la vida hem estudiat també l'estat emocional del subjecte mesurat pel Qüestionari de Salut General de Goldberg de 60 ítems en versió castellana validada per Muñoz (1978). Així, hem pogut establir una relació significativa entre la presència d'esdeveniments severa –sense tenir-ne en compte el nombre– i el trastorn emocional (taula 10).

Probablement una exposició tan condensada no done una idea bastant clara de la importància d'aquests factors en el comportament clínic i assistencial de la malaltia. De totes maneres creiem que si es dedicàs més atenció als aspectes psico-socials de l'individu i es prestàs una assistència més d'acord amb el model mèdic actual, es podrien evitar algunes evolucions insidioses i estades hospitalàries innecessàriament perllongades.

Bibliografia

1. ADAM DONAT A. (1984). Aspectos psicosociales de la enfermedad somática: Acontecimientos de la vida. Tesis de licenciatura. No publicada.
2. BLOCH A. i cols. (1979). Facteurs de risque et facteurs psycho-sociaux dans l'infarctus myocardique de l'homme jeune. *Schweiz Med. Wschr.*, 109, 1963-1966.
3. BROWN G.W., HARRIS T.O. (1978). *Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women*. London, Tavistock Public.

4. CASSEL J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease aetiology. *Am. J. Public. Health*, 64, 11, 1.040-1.043.
5. DOHRENWEND B.S., DOHRENWEND B.P. (1981). Life stress and illness: Formulation of the issues. En: Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. (Ed.). *Stressful Life Event and their contexts*. New-York, Prodist, pp, 1-27.
6. HAYNES S., FEINLIB M. (1980). Women, Work and coronary heart disease: Prospective finding from the Framingham Heart Study *A.J.P.H.*, 70, 133-141.
7. HOLMES T., RAHE R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.*, 41, 213-218.
8. JENKINS R., SHEPHERD M. (1983). Mental illness and General practice. En: Bean Ph. (Ed.). *Mental illness: Changes and Trends*. London, Wiley and Sons Ltd., pp. 379-409.
9. MUÑOZ P.E., i cols. (1978). Study of ther validity of Goldberg's 60 items G.H.Q. in the Spanish version. *Social Psychiat* 13, 99-104.
10. PAYKEL E.S. i cols. (1969). Life events and Depression. A controlled study. *Arch. Gen. Psychiat.*, 21, 753-760.