

Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales

Luis de la Revilla^a, Ana María de los Ríos Álvarez^b y Juan de Dios Luna del Castillo^c

Objetivo. Investigar variables personales y familiares que intervienen en la aparición de problemas psicosociales (PPS). Conocer el papel de los acontecimientos vitales estresantes (AVE) y la red y apoyo social en su génesis, y construir un perfil del paciente con PPS.

Diseño. Estudio transversal, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de Salud de Almanjaya, Granada.

Participantes. Muestreo sistemático de 314 pacientes mayores de 18 años.

Mediciones principales. Cada paciente cumplimentó el GHQ-28 (las puntuaciones ≥ 8 se consideraron indicativas de PPS), el test Apgar familiar, la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe, el cuestionario Duke-UNC, Red Social y se determinaron la estructura y la etapa del ciclo vital familiar, el nivel socioeconómico y cultural, la actividad y los ingresos. Para determinar qué categorías se asociaban de manera independiente con las puntuaciones altas de GHQ se hizo un análisis multivariable.

Resultados. Tener una edad entre los 30 y los 59 años, ser mujer, y ser trabajador no cualificado conlleva mayor riesgo de PPS. En el mismo sentido actúan la estructura familiar monoparental, la percepción de disfunción familiar, los altos grados de estrés (*odds ratio* [OR] = 3,02; intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,76-5,18) y el bajo apoyo social.

Conclusiones. El perfil de paciente con PPS en nuestro medio sería el de una mujer de mediana edad que forma parte de una familia monoparental y/o disfuncional, que ha presentado importantes AVE y que no tiene suficiente apoyo social.

Palabras clave: Problemas psicosociales. Acontecimientos vitales estresantes. Apoyo social. Estructura familiar. Ciclo vital familiar.

FACTORS UNDERLYING PSYCHOSOCIAL PROBLEMS

Objective. To investigate personal and family variables involved in the appearance of psychosocial problems (PSP) and the role of stressful life events (SLE) and Social Network and Support in its genesis; and to construct a profile of a PSP patient.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Almanjaya Health Centre, Granada, Spain.

Participants. Three hundred fourteen patients over 18 selected by systematic sampling in on-demand consultation.

Main measurements. Every patient had an interview, filling in the GHQ-28 (with scores ≥ 8 considered indicative of PSP), the family Apgar test (Family Function study), the Holmes-Rahe Social Readjustment Scale (SLE in the last year), the DUKE-UNC questionnaire (Social Support), and Social Network (number of people). The Structure and Stage of the Family Life Cycle, social-economic and cultural level, work and income were also determined. A descriptive analysis of each variable and its association with the GHQ-28 through the χ^2 test were also conducted. To find what categories were associated independently with high scores on the GHQ, a multivariate analysis was carried out.

Results. Categories of age (between 30 and 59 years old), gender (being a woman) and social-economic level (unskilled workers) entail greatest risk of PSP. Similarly, single-parent families, perception of family dysfunction, high levels of stress (OR=3.02; 95% CI, 1.76-5.18), and low social support affect PSP.

Conclusions. The profile of a PSP patient in our setting is of a middle-aged woman forming part of a single-parent and/or dysfunctional family, who has suffered major SLEs and has insufficient social support.

Key words: Psychosocial problems. Stressful life event. Social support. Family structure. Family life cycle.

^aFundación para el Estudio de la Atención a la Familia. Programa de Atención Familiar en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada. España.

^bMedicina de Familia. Centro de Salud Cartuja. Granada. España.

^cDepartamento Bioestadística. Facultad de Medicina. Granada. España.

Correspondencia:
A.M. de los Ríos Álvarez.
Centro de Salud del Valle de Lecrín.
Pavanas, 5, 3.ª A. 18009 Granada.
España.
Correo electrónico:
anamdelosrios@yahoo.es

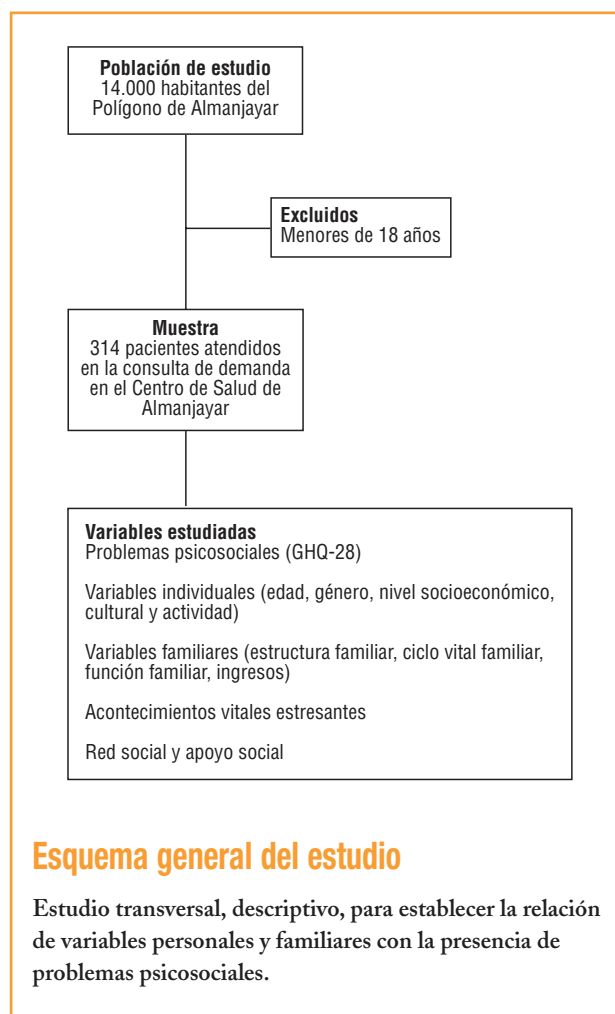
Manuscrito recibido el 24-8-2006.
Manuscrito aceptado para su
publicación el 18-12-2006.

Introducción

Muchos estudios han documentado la alta incidencia de problemas psicosociales (PPS) entre los pacientes de atención primaria. La frecuencia estimada se sitúa entre el 24 y el 45%^{1,2}. En un estudio previo, De los Ríos et al³ constataron una prevalencia del 56%, similar a la encontrada por Rabinowitz et al⁴. Sorprendentemente, los PPS, a pesar de su gran frecuencia, son «la cenicienta» en el proceso de la toma de decisiones clínicas que, siguiendo el método científico, permitiría su identificación. Gulbrandsen et al⁵ refieren que menos de la mitad de los pacientes con PPS, que acuden a su médico con un problema somático, son correctamente identificados. La dificultad radica en que los médicos, con su larga tradición en el tratamiento de alteraciones biomédicas, no cuentan con una cultura holística e integradora de los problemas de salud, ni con instrumentos que permitan reconocer el peso de los problemas sociales y familiares en la producción de síntomas psíquicos, físicos o psicosomáticos. Como señaló De la Revilla⁶, es la causa, la etiología, lo que define los PPS. Así, son los acontecimientos vitales estresantes (AVE), las transiciones, los cambios y las dislocaciones de las etapas del ciclo vital familiar (CVF) los que en el ámbito individual producen un conjunto de respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas en un intento de adaptarse a la nueva situación causada por el factor estresante; esto puede originar cambios en la salud, la aparición de enfermedades o el agravamiento de las preexistentes. Pero al mismo tiempo estos factores repercuten en la familia, lo que da lugar a una reacción más o menos intensa que ocasiona crisis o disfunciones familiares. En estos últimos años ha aumentado el número de investigaciones que han puesto de manifiesto que la red y el apoyo social tienen un efecto protector sobre los procesos de salud y enfermedad. Como afirma Blake et al⁷, parece claro que el peor nivel de salud física y el menor apoyo social son dos fenómenos relacionados, y según Williams et al⁸, hay una estrecha relación entre los PPS y el apoyo social. En este estudio intentamos conocer: a) qué variables familiares intervienen en la aparición de PPS; b) cuál es el papel que desempeñan los AVE y la red y el apoyo social en su génesis, y c) construir un perfil del paciente con PPS que nos permita mejorar su identificación.

Métodos

El estudio se realizó en el Centro de Salud de Almanjayar (Granada). Aceptando un riesgo alfa de 0,05 para una precisión de $\pm 0,05$ unidades porcentuales en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0,5, se precisa una muestra aleatoria poblacional de 376 sujetos, asumiendo que la población es de 15.000 sujetos, aproximadamente. Durante la recogida de la



muestra se llegó a un total de 380 pacientes. De ellos, no se pudo obtener datos completos de 66 (no completaron todos los cuestionarios, faltaban datos en su historia personal, etc.), por lo que la muestra finalmente quedó constituida por 314 individuos seleccionados por muestreo sistemático en la hoja de cita previa. Se realizó una entrevista personal de unos 15 min de duración en la que se evaluaron en cada caso la presencia de PPS, la edad, el sexo, la actividad laboral, el nivel socioeconómico y cultural, los ingresos, la estructura y el ciclo vital familiar, la función familiar, los acontecimientos vitales estresantes, la red social y el apoyo social. Se excluyó a los individuos menores de 18 años. Para recabar esos datos se usaron los siguientes instrumentos: para identificar los PPS hemos utilizado, siguiendo el criterio de De la Revilla et al⁹, el Cuestionario GHQ-28 de Goldberg, considerando que las puntuaciones ≥ 8 del GHQ-28 indicaban la presencia de PPS. Para el estudio de las variables dependientes se han utilizado las siguientes técnicas y criterios:

1. Actividad del caso índice. Se han considerado los siguientes grupos: trabajador, parado, jubilado, estudiante.
2. Indicador del nivel socioeconómico. Se utiliza la Clasificación Nacional de Ocupación que, según el nivel de cualificación laboral, incluye al individuo en uno de los 6 grupos socioeconómicos¹⁰.

TABLA 1 Relación de las puntuaciones del GHQ (problemas psicosociales) con el sexo y la edad de los individuos entrevistados

Puntuación GHQ			Total
	< 8	≥ 8	
	N (%)	N (%)	
Sexo ^a			
Varones	50 (52)	46 (48)	96
Mujeres	86 (39)	132 (61)	218
Total	136	178	314
Edad (años) ^b			
18-29	35 (55,6)	28 (44,4)	63
30-59	80 (39,6)	122 (60,4)	202
> 60	21 (43)	28 (57)	49
Total	136	178	314

^ap = 0,0379.

^bp = 0,0828.

3. Indicador del nivel cultural. Según los estudios que el paciente ha podido completar, dentro de 7 apartados (desde analfabeto [1] hasta estudios universitarios [7])¹¹.

4. Ingresos. Esta variable se ha dividido en las siguientes categorías: ingresos mensuales < 500, 500-1.000 y > 1.000 €/mes.

5. Estructura familiar. Se ha utilizado la Clasificación Demográfica de la familia, presentada por Revilla et al¹².

6. Ciclo vital familiar (CVF). Se utiliza el CVF de la Organización Mundial de la Salud¹³ modificado¹⁴.

7. Función familiar. Se utilizó el test de Apgar familiar¹⁵.

8. Acontecimientos vitales estresantes (AVE): para evaluar los AVE se utilizó la Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (ERS)¹⁶.

9. Red y apoyo social. Se realizan dos preguntas abiertas sobre el número de personas a las que puede solicitar ayuda y la calidad de relaciones que mantiene con ellos, que expresan si el individuo tiene red social y si cuenta con apoyo dentro y fuera del entorno familiar. El apoyo social se mide con el Cuestionario Duke-UNC¹⁷.

Método estadístico

Para estudiar la asociación de los PPS con el resto de variables se empleó el test de la χ^2 para cada una de las tablas de contingencia, y cuando éste no era apropiado, el test exacto de Fisher para tablas 2 x 2 o su generalización para el caso rxc. Para determinar qué factores se asocian con una puntuación alta del GHQ, de manera independiente, se llevó a cabo el ajuste mediante análisis de regresión logística del modelo en el que se consideran todas las variables. La bondad de ajuste del modelo se confirmó con el test de Hosmer-Lemeshow, que no fue significativo. Los resultados del ajuste se presentan en forma de *odds ratio* (OR), con intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

Edad y sexo

El mínimo de edad fue 20 años y el máximo, 78. La media $\pm$ desviación estándar fue de 42,3 $\pm$ 13,85 años; 96 (30,6%) eran varones y 218 (69,4%), mujeres.

TABLA 2 Relaciones de las puntuaciones de GHQ (problemas psicosociales) con la actividad, el nivel socioeconómico y cultural de los individuos entrevistados

Puntuación GHQ			
	< 8	> 8	
	N (%)	N (%)	
Actividad			
Trabaja	63 (45)	76 (55)	139
Paro	49 (42,6)	66 (57,4)	115
Estudia	– (–)	1 (–)	1
Jubilado	24 (41)	35 (59)	59
Socioeconómico ^a			
I	–	– (–)	–
II	3 (75)	1 (25)	4
III	14 (58)	10 (42)	24
IV	105 (44,5)	131 (55,5)	236
V	14 (28)	36 (72)	50
Cultural ^b			
1	3 (13,6)	19 (86,4)	22
2	40 (38,5)	64 (61,5)	104
3	74 (47)	82 (53)	156
4	17 (68)	8 (32)	25
5	1 (20)	4 (80)	5
6	2 (–)	– (–)	2

^ap < 0,05.

^bp < 0,001.

Actividad

El 44,3% es trabajador, el 36,7% está en el paro y el 18,8% está jubilado.

Nivel socioeconómico y cultural

El 75% de los encuestados estaba en el nivel IV; un 15% era no cualificado y ocupaba el nivel mas bajo (V); 155 individuos (49,4%) completaron estudios primarios y 104 (33,1%) sabían leer y escribir. El 7% era analfabeto.

Ingresos

El 57,6% de encuestados declara percibir en su familia ingresos mensuales de 500-1.000 €. El 12% percibe menos de 500 €.

Estructura familiar

El 77% pertenecía a familias nucleares: 200 (63,7%) con parientes próximos (FNCP) y 39 (12,42%) sin parientes próximos (FNSPP). Hay 47 pacientes que forman parte de familias monoparentales.

Ciclo vital familiar

Predominan la familia en extensión, 107 (34,1%), y final de la extensión.

Función familiar

En total, 205 (65%) de los entrevistados tenían una percepción normal de su función familiar y, en otro extremo, 35 (11%) percibían una disfunción grave.

TABLA 3

GHQ	< 8	≥ 8	Total
	n %	n %	
Ingresos familiares (euros)			
< 500	11 (29)	27 (71)	38
500-1.000	75 (41)	106 (59)	181
> 1.000	50 (53)	45 (46)	95
$p = 0,03315; \chi^2 = 6,81346$			
Estructura familiar			
Familia extensa	8 (40)	12 (60)	20
Familia nuclear con parientes próximos	100 (50)	100 (50)	200
Familia nuclear sin parientes próximos	15 (38)	24 (62)	39
Personas sin familia	1 (12,5)	7 (87,5)	8
Familia monoparental	12 (26)	35 (74)	47
$p = 0,01319; \chi^2 = 10,74418$			
Etapas del ciclo vital familiar			
Formación	4 (57)	3 (43)	7
Extensión sin adolescentes	44 (62)	27 (38)	71
Extensión con adolescentes	15 (41,7)	21 (58,3)	36
Final de la extensión	41 (38)	67 (62)	108
Contracción	16 (28,6)	40 (71,4)	56
Final de la contracción	14 (63,6)	8 (36,4)	22
Disolución	2 (14,3)	12 (85,7)	14
$p = 0,0002; \chi^2 = 26,15316$			

TABLA 4

Relación entre las puntuaciones de GHQ (problemas psicosociales) y la puntuación de APGAR familiar

GHQ	DFG (≥ 3)	DFL (4-7)	FFN (≥ 8)	TOTAL
	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 7	3 (2,2)	13 (9,6)	120 (88,2)	136
≥ 8	32 (18)	61 (34)	85 (48)	178
Total	35	74	205	314

DFG: disfunción familiar grave; $p = 0,0000$.
DFL: disfunción familiar leve; $\chi^2 = 56,53292$
FFN: función familiar normal.

Acontecimientos vitales estresantes

El 47% refería un número de AVE en el año anterior cuya suma era ≥ 150 UCV.

Red social y apoyo social

El 15% de los entrevistados refiere no tener red social. El apoyo social es normal en 216 (69%) y bajo en 98 (31%).

Análisis univariante

Relación de las variables individuales y los problemas psicosociales

1. Edad y sexo. Se observa un porcentaje algo más elevado de individuos entre 30 y 59 años y de mujeres que

TABLA 5

Relación entre las puntuaciones del GHQ (problemas psicosociales) con la red social, el apoyo social y las puntuaciones de la Escala de Reajuste social: acontecimientos vitales estresantes

GHQ	< 8	≥ 8	Total
	n (%)	n (%)	
Existencia de red social			
No hay red social	8 (19)	38 (81)	46
Sí hay red social	128 (48)	140 (52)	268
$p = 0,00012; \chi^2 = 14,74857$			
Red Social Intrafamiliar			Total
No hay red social intrafamiliar	18 (26)	51 (74)	69
Sí hay red social intrafamiliar	118 (48)	127 (52)	245
$p = 0,00108; \chi^2 = 10,68658$			
	n (%)	n (%)	Total
Red social extrafamiliar			
No hay red social extrafamiliar	81 (39)	125 (61)	206
Sí hay red social extrafamiliar	55 (51)	53 (49)	108
$p = 0,04867; \chi^2 = 3,88680$			
Apoyo social			Total
< 33	17 (17,3)	81 (82,7)	98
≥ 33	119 (55)	97 (45)	216
$p = 0,0000; \chi^2 = 39,11870$			
AVE			Total
≤ 149	95 (57)	72 (43)	167
≥ 150	41 (28)	106 (72)	147
$p = 0,0001; \chi^2 = 26,77$			

presentan PPS, sin alcanzar significación estadística (tabla 1).

2. Actividad del entrevistado. No hay diferencias significativas entre grupos (tabla 2).

3. Nivel socioeconómico y cultural. Parece que hay relación entre la pertenencia a un grupo socioeconómico bajo (IV y V) y la presencia de PPS. Se observa que al aumentar el nivel cultural decrece el riesgo (tabla 2), considerándose una variable protectora.

Relación de las variables familiares y los problemas psicosociales

1. Ingresos. Hay significación estadística, aunque las diferencias entre grupos son pequeñas (tabla 3), de forma que cuanto mayores son los ingresos menor es la probabilidad de tener PPS.

2. Estructura familiar. Las familias monoparentales son las que tienen más PPS (tabla 3). También se observan diferencias entre las familias nucleares con y sin parientes cercanos.

3. CVF. Hay diferencias entre los porcentajes de los individuos que pertenecen a familias en extensión con adolescentes y familias en contracción, que presentan más PPS (tabla 3).

4. Función familiar. Las familias disfuncionales son más propensas a presentar PPS, especialmente las que el Apgar incluye como disfunciones familiares graves (tabla 4).

TABLA 6
Razones del producto cruzado del análisis multivariante

Variable	Categorías	OR	IC del 95%
Edad	30-59 años	2,73	1,37-5,43
	> 59 años	1,31	0,48-3,51
Género	Mujer	2,04	1,12-3,74
Actividad	No trabaja	1,06	0,59-1,89
Nivel socioeconómico	IV	1,51	0,54-4,26
	V	2,20	0,61-7,93
Nivel cultural	2	0,70	0,22-2,25
	3	0,88	0,26-2,99
	> 3	1,06	0,22-5,03
Ingresos	500-1.000 euros	1,12	0,45-2,82
	> 1.000 euros	1,13	0,40-3,18
Estructura familiar	Monoparental	2,17	0,92-5,14
	Nuclear sin parientes próximos	1,72	0,71-4,21
Ciclo vital	Extensión	1,11	0,50-2,50
	Contracción	1,13	0,54-2,36
Función familiar	DF leve (4-6)	3,11	1,19-8,09
	DF grave (≤ 3)	5,47	1,33-22,50
AVE	≥ 150	3,02	1,76-5,18
Red social	Con red	1,17	0,42-3,25
Red familiar	Sí	0,72	0,37-1,40
Apoyo social	≥ 33	0,50	0,25-1,03

DF: disfunción familiar; OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza;
AVE: acontecimientos vitales estresantes.

Relación entre grado de estrés detectado, la red, el apoyo social y los problemas psicosociales

Las personas que tienen UCV elevadas (han experimentado un número importante de AVE) tienen más PPS. Así, el 72% de los pacientes con 150 o más UCV tenían puntuaciones elevadas en el GHQ (tabla 5). La mayor parte de los encuestados que refieren no tener red social presentan PPS (tabla 5). Las personas que presentan bajo nivel de apoyo tiene una proporción significativamente mayor de PPS (tabla 5).

Análisis multivariante (tabla 6)

Variables individuales

La edad muestra un efecto claro, de forma que los individuos entre 30 y 59 años tienen un riesgo 2,73 veces mayor de tener PPS (IC del 95%, 1,37-5,43). En cuanto al sexo, las mujeres tienen una probabilidad mayor de tener PPS (OR = 2,04; IC del 95%, 1,12-3). Por el contrario, la actividad profesional no presenta ningún efecto. En el nivel socioeconómico, la categoría del nivel mayor que IV (trabajadores no cualificados) tiene un riesgo de 2,20 que, aunque no llega a ser significativo, muestra un efecto bastante importante. El efecto del nivel cultural parece haber sido englobado por otras variables y queda muy debilitado como efecto independiente.

Lo conocido sobre el tema

- Los problemas psicosociales, por su frecuencia e implicaciones, deben ser reconocidos por el médico de familia.
- Resulta difícil llegar a conocer la naturaleza de los procesos psicosociales. Por ello, es importante profundizar en el estudio y manejo de este tipo de pacientes.
- Para lograrlo, podemos contar con instrumentos, como el GHQ-28, que faciliten la aproximación a la realidad compleja de cada paciente.

Qué aporta este estudio

- El hecho de pertenecer a una familia monoparental y la presencia de alteraciones funcionales en el seno familiar se relacionan con la presencia de problemas psicosociales.
- La acumulación de acontecimientos vitales estresantes, sin contar con suficiente red social, y apoyo social favorece la aparición de problemas psicosociales.

Variables familiares

Los ingresos familiares, que en el análisis bruto mostraban un efecto protector claro, cuando se ha considerado el conjunto de variables prácticamente han desaparecido como efecto independiente sobre los PPS. En la estructura familiar, los individuos que viven en familias monoparentales muestran un riesgo de presentar PPS de 2,17. Al analizar el CVF, las familias en extensión con adolescentes o las familias en contracción tienen unos riesgos prácticamente de 1 (OR = 1,11 y OR = 1,13, respectivamente). En cuanto a la función familiar en la disfunción moderada, la probabilidad de tener PPS es 3,11 veces mayor que en los que tienen una familia normofuncional, y en las disfunciones graves el riesgo es 5,47 veces mayor. Los individuos con exceso de AVE en el último año tienen una probabilidad 3,02 veces mayor de presentar PPS que las que tienen niveles más bajos (IC del 95%, 1,76-5,18). El efecto de las variables de red social ha perdido prácticamente toda su importancia, con una *odds ratio* cercana a 1. El apoyo social continúa teniendo un efecto protector leve (OR = 0,50; IC del 95%, 0,25-1,03), que muestra una asociación en el sentido de que los individuos con una puntuación en el cuestionario > 33 puntos tienen un riesgo de experimentar PPS 0,50 veces inferior al de los individuos con menos de 33 puntos.

Discusi3n

Tras el an3lisis interesa comentar los resultados que nos pueden acercar al reconocimiento de los pacientes que presentan PPS. Con respecto a la edad, comprobamos que son las personas que est3n entre los 30 y 59 a3os las que presentan m3s PPS. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Verhaak¹⁸, que apreci3 que el mayor n3mero de pacientes con estos problemas se encontraba entre los 35 y 45 a3os. Al estudiar el sexo y su relaci3n con los PPS hemos encontrado que 3stos se producen con m3s frecuencia en las mujeres, datos que coinciden con los descritos por Verhaak¹⁸ y V3zquez Barquero et al¹⁹. En cuanto a la actividad laboral, no encontramos diferencias entre actividades a pesar de tener una tasa de paro muy elevada (40%) y ser 3sta, junto con la incapacidad laboral, las dos situaciones que m3s se relacionan con la aparici3n de PPS²⁰. Esto puede deberse a que en nuestra muestra hay un porcentaje muy elevado de individuos parados, lo que deja a otros grupos de actividad con poca representaci3n. Por el contrario, hemos comprobado que los pacientes que se encuentran en los niveles socioecon3micos m3s bajos (IV y V) tienen mayor riesgo de presentar PPS. Esto puede deberse, como se3alan Sinn et al²¹, a que las peores condiciones de vida hacen a las personas de clase m3s baja m3s propensas a enfermar, as3 como a presentar AVE. Al estudiar el efecto del nivel cultural en la aparici3n de PPS hemos podido comprobar que, al aumentar 3ste, el riesgo de PPS disminuye¹⁹.

Al relacionar la estructura familiar y los PPS apreciamos que son las familias monoparentales y, en menor medida, las FNSPP las que presentan m3s PPS. El aumento de riesgo se debe a que la monoparentalidad surge como consecuencia de un AVE (viudedad, abandono, separaci3n, etc.), lo que da lugar, como se3alan Cafferata et al²², Horwitz et al²³ y Steinman et al²⁴, a problemas econ3micos, sobrecarga de roles del adulto custodio, tensiones por la toma de decisiones en solitario, soledad, p3rdida de amigos y cambios organizativos en el cuidado de los hijos. La mayor frecuencia de PPS en las FNSPP puede relacionarse con la importancia que tienen las familias de origen en el aporte de recursos a las familias de procreaci3n, sobre todo en momentos de crisis²⁵. La familia tiene que adaptarse a las nuevas situaciones que se originan en cada etapa del CVF y en la transici3n entre una y otra. En este proceso de continuidad y cambio, las dificultades son inevitables. En los an3lisis univariable y multivariable hemos apreciado que las etapas del ciclo vital que m3s se relacionan con los PPS son la IIB de extensi3n y contracci3n. En cuanto a la funci3n familiar, en el an3lisis univariable y multivariable se aprecia que la disfunci3n leve y, sobre todo, la grave incrementan significativamente el riesgo de experimentar PPS. Esto ha sido constatado tambi3n por otros investigadores^{26,27}.

Analizamos al mismo tiempo los AVE y el apoyo social porque se trata de dos factores muy relacionados en el desencadenamiento de los PPS, aunque tengan un car3cter antag3nico. As3, Oakley et al²⁸ comprobaron que los pacientes que experimentaban un n3mero elevado de AVE y ten3an un d3ficit de apoyo presentaban m3s PPS. En nuestro estudio, al igual que en el de Ferrara et al², Zimmerman et al²⁹ y De la Revilla et al³⁰, comprobamos una estrecha relaci3n entre el n3mero elevado de AVE y los PPS. En lo que respecta al apoyo social, se constata que los pacientes que tienen un buen apoyo presentan menos PPS, posiblemente porque el apoyo funciona como un sistema protector. A similar conclusi3n llegan tambi3n Blake et al⁷, Williams et al⁸, Sherbourne et al³¹ y Krantz et al³². A partir de los datos recogidos podemos construir un perfil del paciente con PPS que nos permita conocer qu3 s3ntomas som3ticos o ps3quicos de los consultantes tienen su origen en el estr3s social. Cuando realizamos el an3lisis individualizado, variable a variable, llegamos a configurar un perfil muy indicativo, de tal forma que las personas sospechosas de presentar PPS tendr3an estas caracter3sticas: ser mujer, con una edad entre 30 y 59 a3os, y un bajo nivel socioecon3mico y educativo. Los rasgos familiares que destacan ser3an tener una estructura familiar monoparental, encontrarse en las etapas de extensi3n con adolescentes o de contracci3n del CVF, y tener mala percepci3n de la funci3n familiar. Por 3ltimo, el rasgo m3s importante que cabe destacar ser3a el de haber experimentado una acumulaci3n importante de AVE sin contar con red y apoyo social suficiente. Al evaluar el an3lisis multivariable, el perfil se modifica y constri3ne, quedando fuera varios de los factores individuales y familiares, de forma que el perfil de una persona con PPS ser3a una mujer de mediana edad, que forma parte de una familia monoparental y disfuncional que ha experimentado mucho estr3s y no cuenta con suficiente apoyo social. Se intenta aproximar a los m3dicos de familia a un tema complejo, que es la interacci3n de los problemas psicosociales en la cl3nica y en la vida de los pacientes, mediante la realizaci3n de un ejercicio de concretar la complejidad recogiendo indicadores que nos aportan datos sobre la situaci3n de los pacientes. Se trata de un punto de partida sobre el que comenzar a investigar quiz3 con una metodolog3a diferente, m3s cualitativa, que nos permita individualizar los casos y extraer mejores conclusiones que nos ayuden a abordar la situaci3n de estos pacientes.

Bibliograf3a

1. Olfson M, Weissman MM, Leon AC, et al. Psychological management by family physicians. *J Fam Pract.* 1995;41:543-50.
2. Ferrara M, Meloni D, Cairra D, et al. Common mental disorders in primary care: prevalence and determinants of a general health questionnaire as a screening tool. *Epidemiol Prev.* 2004;28:338-45.

3. De los Ríos A. Los procesos psicosociales, características clínicas, individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis Doctoral, Facultad de Medicina, Universidad de Granada.
4. Rabinowitz J, Shayevitz D, Hornik T, Feldman D. Primary care physicians' detection of psychological distress among elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:773-80.
5. Gulbrandsen P, Fugelli P, Hjortdahl P. Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Fam Pract*. 1998;15:1-8.
6. De la Revilla L. Modelos explicativos de la atención familiar. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
7. Blake RL y Mcckay DA. A single-item measure of social supports as a predictor of morbidity. *J Fam Pract*. 1986;22:824.
8. Williams P, Tarnopolsky A, Hand D, Shepherd M. Minor psychiatric morbidity and general practice consultation: The West London Survey. *Psychol Med*. 1986; Suppl. 9.
9. De la Revilla L, De los Ríos A, Luna J. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) para la detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 2004;33:427-33.
10. Domingo Salvany A, Marcos Alonso J. Propuesta de un indicador de la clase social basado en la ocupación. *Gacet Sanit*. 1989;3:320-6.
11. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Madrid, 1988.
12. De la Revilla L, Moreno A, Carrasco M, Fleytas L, Puertas F, Bailón E. Medicina familiar y práctica familiar. Libro de Ponencias del III Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Granada, 1989.
13. Índices estadísticos de salud de la familia. Serie de Informes técnicos, 587. Geneva: OMS; 1976.
14. De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital de la familia. En: De la Revilla L, editor. *Conceptos e Instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
15. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *J Fam Pract*. 1982;15:303-11.
16. Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1976;11:213-8.
17. Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy FW, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*. 1988;26:709-14.
18. Verhaak PFM. Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychol Med*. 1995;25:95-104.
19. VázquezBarquero JL, Wilkinson G, Williams P, et al. Mental health and medical consultation in primary care setting. *Psychol Med*. 1990;20:681-94.
20. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*. 1996;153:63644.
21. Synn L, Berkman L. Social class, susceptibility and sickness. En: Conrad P, Kern R, editores. *The sociology of health and illness*. New York: St. Martin's Press; 1981.
22. Cafferata GL, Kasper JD. Family structure and children's use of ambulatory physician services. *Med Care*. 1985;23:350-60.
23. Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary-care-pediatric practices. *Pediatrics*. 1992;89:480-5.
24. Steinman S, Petersen V. The impact of parental divorce for adolescents: a consideration of intervention beyond the crisis. *Adolesc Med*. 2001;12:493-507.
25. Sweet DE. Family resources. En: Taylor RB, editor. *Family medicine: principles and practice*. New York: Springer; 1983.
26. Blanchard LT, Gurka MJ, Blackman JA. Emotional, developmental, and behavioral health of American children and their families: a report from the 2003 National Survey of Children's Health. *Pediatrics*. 2006;117:e1202-12.
27. Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Escobar L, Castro AL. Characteristics of eating disorders in a university hospital-based Spanish population. *Eur J Clin Nutr*. 2005;59:459-62.
28. Oakley A, Rigby AS, Hickey D. Life stress, support and class inequality explaining the health of women and children. *Eur J Publ Health*. 1994;4:8191.
29. Zimmermann-Tansella C, Domini S, Lattanzi M, Siciliani O. Life events, social problems and physical health status as predictors of emotional distress in men and women in a community setting. *Psychol Med*. 1991;21:505-13.
30. De la Revilla L, Aybar R, Ríos A, Castro JA. Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*. 1997;19:133-7.
31. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32:70514.
32. Krantz G, Ostergren PO. Common symptoms in middle aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in Swedish setting. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:192-9.