

Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos

Work stress, coping, emotional sensitivity, physical and psychological symptoms in Venezuelan physicians

LISBETH BETHELMY RINCÓN*

Universidad Católica Andrés Bello. Caracas, Venezuela

LETICIA GUARINO**

Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo predecir los síntomas físicos y psicológicos percibidos de médicos venezolanos en función de su estrés laboral, estilos de afrontamiento, sensibilidad emocional y características demográficas. La muestra estuvo conformada por 130 médicos que trabajan en unidades críticas de hospitales públicos de Caracas (Venezuela), a quienes se evaluaron los factores psicosociales indicados para determinar el patrón de relación de los mismos y su capacidad de predecir el estatus de los síntomas físicos y psicológicos autoreportados por los galenos. Los resultados de las regresiones múltiples indicaron que el uso del afrontamiento emocional y el ser residente incrementan los niveles de síntomas físicos; adicionalmente, los síntomas psicológicos fueron predichos por el uso del afrontamiento emocional, la condición de ser médico residente, mujer y el poco uso del desapego emocional. Por su parte, la característica de personalidad de mayor presencia en los médicos es la sensibilidad interpersonal positiva, involucrando la expresión y manifestación de sentimientos positivos. Finalmente, el modelo de estrés laboral de Karasek y Theorell permitió la clasificación de los profesionales de la medicina venezolanos en el cuadrante de aprendizaje activo.

Palabras clave: afrontamiento, sensibilidad emocional, estrés laboral, síntomas físicos y psicológicos en médicos

Abstract

This research aimed at predicting the perceived health of Venezuelan physicians based on their work stress, coping styles, emotional sensitivity and sociodemographic characteristics. Sample was 130 physicians working in critical units of public hospitals in Caracas, Venezuela, who were evaluated on the mentioned psychosocial factors in order to determine their interrelationship and their ability to predict the health status of the physicians. Results from multiple regressions analyses suggested that physical symptoms are predicted for using emotional coping and being resident. Also, using emotional coping, but low emotional detachment, being medical resident and woman, predicted increased psychological symptoms. On the other side, the positive interpersonal sensitivity was the most consistent personality characteristic of the physicians, involving the expression of positive affects. Finally, the Karasek and Theorell's model of work stress allowed classifying the Venezuelan physicians on the active learning block.

Keywords: coping, emotional sensitivity, work stress, physicians

RECIBIDO 8 DE MAYO DE 2008 ACEPTADO 24 DE JULIO DE 2008

* lbethelm@ucab.edu.ve

** Dpto. de Ciencia y Tecnología del Comportamiento.

EL MODELO DE estrés laboral de Karasek y Theorell (1990) ha sido empleado para predecir la influencia de la tensión laboral sobre la salud de los trabajadores, arrojando evidencia empírica de la relación entre los niveles de estrés laboral y la aparición de enfermedades, especialmente de tipo coronaria (Karasek *et al.*, 1988; Landsbergis, Schnall, Schwartz, Warren, & Pickering, 1995). De igual forma ha sido utilizado para clasificar diversas ocupaciones laborales de acuerdo con el grado de estrés laboral encontrado en varios tipos de poblaciones y en diversos países y culturas (Karasek, 1998; O'Connor, O'Connor, White, & Bundred, 2000; Pelfrene, *et al.* 2001).

La combinación de diversas condiciones estructurales del trabajo, tales como altas y bajas demandas laborales, y control decisional producen cuatro escenarios diferentes que originan consecuencias distintas para los trabajadores en términos de salud y aprendizaje. La primera situación es denominada *Tensión Laboral*, en la cual las demandas laborales son altas y el control en la decisión es bajo, constituyendo la hipótesis principal del modelo; la segunda es llamada situación *Activa*, cuando la demanda laboral es alta y el control en la decisión también es alto; la tercera situación es la *Baja Tensión*, con una demanda psicológica baja y alto control en la decisión; y finalmente, la situación *Pasiva*, constituida por una baja demanda psicológica y bajo control decisional. Específicamente, se plantea una asociación significativa entre elementos o situaciones laborales que son psicológicamente demandantes e incontrolables y el incremento en la probabilidad del desarrollo subsecuente de enfermedades. Así, una persona con altas demandas laborales en el trabajo y bajo control decisional en la tarea, tiene una mayor posibilidad de desencadenar reacciones psicológicas adversas, tales como fatiga, ansiedad y depresión, así como enfermedades físicas en general (Karasek, 1998; O'Connor *et al.*, 2000; Pelfrene *et al.*, 2001).

En este sentido, Karasek *et al.* (1988) encontraron, en una muestra de 6,672 hombres estadounidenses con empleo y entre los 18 y 79 años, que la prevalencia de infartos al miocardio se diferenciaba de acuerdo a los tipos de trabajo u ocupación laboral y a los niveles de estrés laboral encontrados en cada uno. Los profesionales de la medicina se encontraron en el cuadrante activo del modelo, mientras que aquellos de trabajo pesado, tales como técnicos, obreros, entre otros similares, clasificaron en el de estrés laboral. Karasek *et al.* (1988) también reportaron una mayor prevalencia de aparición de infartos al miocardio en las personas con alto estrés laboral y que los riesgos de pertenecer a este cuadrante aumentan en la medida en que la edad también se incrementa.

Sin embargo, O'Connor *et al.* (2000), sugieren que hoy en día las distribuciones de las ocupaciones laborales han ido cambiando como resultado de crisis económicas y sociales que modifican los niveles de demanda y control en algunas profesiones, específicamente en investigaciones realizadas en países como los Estados Unidos y algunos europeos (tales como Noruega, Finlandia, Suecia, España, Inglaterra, entre otros). Muy especialmente, señalan a los profesionales de la medicina como un ejemplo de esa movilización al cuadrante de estrés laboral. Aunado a lo anterior, Chacón y Grau (2004), De las Cuevas (2003), Mingote, Moreno y Gálvez (2004), y Moreno, González y Garrosa (2001) también sugieren la necesidad de establecer los niveles de salud y estrés en los profesionales de la medicina, debido a que se les considera actualmente como una población vulnerable a padecer enfermedades físicas y psicológicas originadas del estrés laboral en el ejercicio de su profesión (Gjerløw, 2001; Pilowski & O'Sullivan, 1989; Primeras Jornadas Europeas PAIMM, 2001).

Para observar los niveles de estrés laboral en los médicos y su relación con los estados de salud, es necesario revisar la influencia de otras variables que intervienen en dicha relación; tales como los estilos de afrontamiento, los cuales determinan las estrategias que utilizan las personas para hacer frente a las situaciones de estrés, bien incrementándolo y poniendo en mayor riesgo la salud o bien reduciéndolo, actuando como una barrera protectora para su bienestar (Folkman & Lazarus, 1985; Lazarus & Folkman, 1986; Lazarus, 1999, Lazarus, 2000; Steptoe, 1991).

Otra de las variables propuestas como intervinientes en la relación estrés-salud es la personalidad, la cual de acuerdo a varios autores es planteada tanto como mediadora (Furhham & Heaven, 1999) como moderadora (Cohen & Edwards, 1989) de dicha relación. Entre los constructos más estudiados se encuentran el neuroticismo (Wistow, Wakefield, & Goldsmith, 1990), la personalidad tipo A (Beech, Burns, & Sheffield, 1884), el pesimismo/optimismo (Iwanaga, Yokoyama, & Seiwa, 2004; Scheier & Carver, 2002) y la empatía. A este respecto, Guarino (2004; 2005) realizó una revisión de los constructos de neuroticismo y empatía, proponiendo uno nuevo más integrador que los anteriores denominado sensibilidad emocional (Guarino & Roger, 2005), constituido por tres dimensiones: sensibilidad egocéntrica negativa, sensibilidad interpersonal positiva y distanciamiento emocional, y determinando el rol de cada una de ellas en la moderación de la relación entre el estrés y el estado de salud. Esta sensibilidad emocional fue probada por Guarino (2004) en estudiantes ingleses para determinar la influencia del estilo emocional en la relación entre el estrés y la salud; proponiendo a la sensibilidad emocional como variable de personalidad moderadora de dicha relación. La muestra estuvo compuesta por 177 estudiantes (para una primera medida T1) y 152 estudiantes (para una segunda medida T2) del primer año de la Universidad de York (excluyendo de estos a los registrados en la escuela de psicología) que participaron de manera voluntaria en la investigación, encontrándose que aquellas personas que mostraron altos niveles de estrés y de sensibilidad negativa, también reportaron altos niveles de síntomas físicos y psicológicos. La sensibilidad interpersonal positiva no tuvo un efecto directo sobre la salud, sin embargo, mostró ejercer una influencia positiva cuando actuaba en interacción con el estilo de afrontamiento de desapego emocional.

Posteriormente, Guarino y Roger (2005) encontraron en una muestra de 419 estudiantes de la universidad Simón Bolívar de Caracas, de primer año, que los reporte de sensibilidad emocional se diferenciaban de acuerdo con el sexo, siendo los varones los que reportaron mayores niveles de sensibilidad negativa y distanciamiento emocional y las mujeres, mayores niveles de sensibilidad interpersonal positiva. Adicionalmente, altos valores de sensibilidad negativa estuvieron relacionados con el reporte de síntomas físicos y psicológicos.

También se ha reportado en la literatura que en la manifestación del estrés laboral de los médicos intervienen, además del afrontamiento y la personalidad, el cargo ejercido para el momento de la evaluación y la unidad de servicio a la cual están adscritos. Al parecer, los residentes son más propensos a experimentar altos niveles de estrés laboral y a utilizar estilos de afrontamiento inadecuados para proteger el estado de salud, en comparación con los jefes y adjuntos (Takakuwa, Ernst, & Weiss, 2002; Vitaliano *et al.*, 1988; Yayli, Yaman, & Yaman, 2003). De igual forma, existen unidades médicas catalogadas como de alto riesgo (unidades críticas), que por su propia definición y campos de

acción conducen a los médicos a desarrollar altos niveles de estrés y a utilizar determinadas estrategias de afrontamiento (Bergman, Ahmad, & Stewart, 2003); éstas son medicina interna, cardiología, oncología, cirugía, nefrología y terapia intensiva (Arminio, comunicación personal, Febrero de 2005; Calvanese, comunicación personal, Noviembre 2004; Dorzt, Novara, Sica, & Sanavio, 2003; Mingote *et al.* 2004).

Otra de las variables importantes a considerar la constituye el sexo. Varios reportes de la literatura indican que ésta introduce variabilidad en los niveles de estrés laboral (Karasek & Theorell, 2000), salud (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Mirowsky & Ross, 1995; Almeida & Kessler, 1998), estilos de afrontamiento (Roger, Jarvis, & Najarian, 1993; Matud, 2004) y sensibilidad emocional (Guarino, 2005). Las mujeres suelen reportar más síntomas depresivos, peor estado de salud general, mayores tensiones crónicas y mayores niveles de rumiación que los varones (Carrasquel, 1997; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1999). Específicamente, Matud (2004) encontró diferencias por género en cuanto a los estilos de afrontamiento, la salud y el estrés en una muestra española de 2.816 residentes de las Islas Canarias. Concretamente, las mujeres reportaron significativamente mayores niveles de estrés crónico, estresores diarios menores, síntomas somáticos y distrés psicológico que los hombres. Con respecto a los tipos de afrontamiento y al estilo emocional adoptado, la autora encontró que los hombres utilizaron significativamente en mayor medida que las mujeres la estrategia de afrontamiento racional, la de desapego, e inhibición emocional. Por su parte, las mujeres mostraron mayores niveles de afrontamiento emocional y evitación que los hombres. No se encontraron diferencias significativas de género en cuanto a la rumiación.

Rout (1999) también observó diferencias de sexo en la percepción del estrés laboral, las estrategias de afrontamiento y la salud en 250 médicos generales del noroeste de Inglaterra. Sin embargo, fueron los hombres médicos quienes presentaron significativamente más síntomas de depresión y ansiedad, en contraposición a las mujeres quienes arrojaron más síntomas de salud positiva y bienestar con su grupo normativo. Con respecto al estrés, las mujeres mostraron niveles mayores en los problemas relacionados con los pacientes (acoso sexual, problemas de lenguaje y prejuicios raciales de los pacientes). En cuanto a los estilos de afrontamiento, las mujeres prefieren hablar con las personas acerca de sus sentimientos, mientras que los hombres prefieren evitar más a las personas. No se encontraron diferencias de sexo en cuanto a la personalidad Tipo A, la satisfacción laboral y las conductas de fumar y beber alcohol. Ambos sexos revelaron altos niveles de insatisfacción laboral, referidos a desacuerdos en el sueldo recibido y sobrecarga en las horas de trabajo.

Bergman *et al.* (2003) también reportaron diferencias de género en las unidades de servicio médico en cuanto al estrés laboral, la salud física y mental (síntomas somáticos), cargas laborales, afrontamiento al estrés laboral, apoyo social cuando se experimenta estrés, satisfacción laboral, estado civil y estilos de vida saludable. La muestra estuvo constituida por 474 médicos activos en hospitales universitarios de Canadá y para fines comparativos distribuyeron estas unidades en tres grupos: especialidades quirúrgicas, especialidades médicas (medicina interna a la cabecera) y otras. Para ambos sexos, los síntomas somáticos estuvieron significativamente relacionados con el tiempo dedicado al trabajo, la salud mental, la satisfacción laboral, la carga laboral, los estilos de vida saludable, las habilidades de afrontamiento y el apoyo en las situaciones de estrés. Como resultado del análisis de

regresión simple se obtuvo que para las mujeres, la varianza de síntomas somáticos es explicada por el apoyo de los colegas en situaciones de estrés y por la carga laboral. Para los hombres, los síntomas somáticos estuvieron explicados por el estilo de vida saludable, la salud mental, el apoyo social cuando se está estresado y la carga laboral. Independientemente del sexo, los médicos reportan altas demandas o cargas laborales.

En cuanto a las diferencias en las unidades de servicio médico, Bergman *et al.* (2003) reportan que las mujeres en el grupo de medicina interna se sienten más confortables y reportan menos síntomas somáticos que las mujeres del grupo de cirugía o de otras unidades ($F=5,91$; $p<0,01$). Así, mujeres en el grupo de especialidades quirúrgicas reportan mayor carga laboral, menor satisfacción laboral y menos apoyo social que sus colegas cuando están en situaciones de estrés. A su vez, los hombres en las especialidades quirúrgicas reportan iguales niveles de apoyo social en situaciones de estrés que sus colegas en medicina interna, y estos últimos fueron menos propensos a manifestar problemas de salud mental ($F=3,1$; $p=0,05$). No hubo diferencias en cuanto al estado civil en los hombres, tampoco para las mujeres.

Tal como se ha observado, muchas de estas investigaciones han sido realizadas en poblaciones foráneas, en su mayoría anglosajonas, pero se desconoce cómo ocurre el fenómeno de estrés laboral en médicos venezolanos y cuál sea la contribución de algunos factores psicosociales y sociodemográficos en la predicción del estatus de salud de este grupo profesional, por lo cual se plantea como objetivo de la presente investigación determinar el modelo predictivo de salud, tomando en cuenta las relaciones entre el sexo, el cargo, el estrés laboral, los estilos de afrontamiento y la sensibilidad emocional en una muestra de profesionales de la medicina (residentes y especialistas) de unidades críticas de hospitales públicos del área metropolitana de Caracas - Venezuela.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 130 médicos que participaron de manera voluntaria, de los cuales 75 fueron mujeres y 55 varones, seleccionados a partir de un muestreo no probabilístico propositivo (Kerlinger & Lee, 2002), pertenecientes a diferentes categorías laborales: residentes (70,8%), adjuntos (22,3 %) y jefes de servicio (6,9%), distribuidos en las unidades críticas de medicina interna (50%), cardiología (19,2%), nefrología (16,2%), cirugía general (7,7%), oncología (3,8%) y terapia intensiva (3,1%), pertenecientes a cuatro hospitales del área metropolitana de la ciudad de Caracas: Hospital Dr. Domingo Luciani (40%), Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño (32,3%), Hospital Vargas (21,5%) y Hospital Clínico Universitario (6,2%), homogeneizando así las condiciones laborales a las cuales se encuentran sometidos. Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 25 y los 63 años, con una media de 35 años ($Dt=9,3$); el tiempo trabajando en la unidad estuvo comprendido por un rango de cinco (5) a 25 años, con una media aproximada de cinco años ($Dt=6,25$), siendo evaluados mediante el auto-reporte individual en el cuadernillo de instrumentos, suministrado personalmente o en grupos de médicos citados para tal fin.

Instrumentos

Lista de Chequeo del Estado de Salud (Health Status Checklist. Meadows, 1989), versión adaptada y validada por Guarino (2004; 2005). Permite medir la salud física

y psicológica autopercebida. Los participantes deben indicar los cambios que han experimentado en el último mes con respecto a una lista predeterminada de síntomas, señalando si su estado de salud se ha mantenido, empeorado o mejorado con respecto a los últimos 6 meses, según la siguiente escala: “completamente mejor”, “mucho mejor”, “un poco mejor”, “un poco peor”, “mucho peor”, “completamente peor”, “no aplica”. El instrumento comprende 2 dimensiones: a) Síntomas psicológicos y dolencias crónicas (10 ítems, $\alpha=0,81$, $N=419$); y b) Síntomas físicos y dolencias agudas (7 ítems, $\alpha=0,68$, $N=419$) (ver Guarino, 2005). Igualmente es importante destacar que existen 2 ítems que sólo son aplicables a mujeres, por lo que hay diferencias en la corrección e interpretación de este inventario para ambos sexos.

Escala de Sensibilidad Emocional —ESE— (Guarino & Roger, 2005), esta escala mide la responsividad o reactividad emocional de los individuos a través de 45 ítems agrupados en tres dimensiones, a saber: *Sensibilidad Egocéntrica Negativa* —SEN— (22 ítems), *Distanciamiento Emocional* —DE— (10 ítems) y *Sensibilidad Interpersonal Positiva* —SIP— (13 ítems). La escala SEN describe la tendencia a reaccionar negativamente con emociones de aprehensión, rabia, desesperanza, vulnerabilidad y autocrítica ante los cambios ambientales y situaciones estresantes. Por su parte, la escala DE describe la tendencia de los individuos a evitar las reacciones emocionales negativas de los otros, manteniéndose distantes de aquellos que puedan estar experimentando circunstancias difíciles. Finalmente, la escala SIP describe la tendencia a orientarse emocionalmente hacia los otros, lo cual se caracteriza por la habilidad para reconocer con facilidad las emociones de otros y mostrar preocupación y compasión por aquellos que sufren o atraviesan circunstancias difíciles. Los autores reportan índices test-retest para las tres dimensiones de entre $r^t=0,65$ y $r^t=0,72$, mientras que las consistencias internas se ubican en $\alpha=0,824$ para SEN; $\alpha=0,742$ para DE y $\alpha=0,71$ para SIP, para una muestra de $N=419$ sujetos, respectivamente.

Cuestionario de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire —CSQ— Roger *et al.*, 1993) versión adaptada y validada a la población venezolana por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007). Este cuestionario mide cuatro diferentes dimensiones de afrontamiento, a saber: emocional —EMO (11 ítems), racional —RAC (11 ítems), evitación —EVI (5 ítems) y desapego emocional —DES (13 ítems). El instrumento adaptado consta de 40 ítems y los índices de consistencia interna resultaron bastante aceptables para esta versión (EMO $\alpha=0,78$; RAC $\alpha=0,76$; EVI $\alpha=0,65$; y DES $\alpha=0,73$ para $N=292$, respectivamente).

Cuestionario de Estrés Laboral de Karasek y Theorell, traducido al español y adaptado por Pérez (1997) de la versión original del año 1990. El cuestionario mide la percepción personal del ambiente laboral, cantidad de trabajo realizado, satisfacción con el trabajo, apoyo del supervisor y compañeros. Para la presente investigación sólo se analizaron las subescalas de Demandas Laborales ($\alpha=0,55$), y Control Decisional ($\alpha=0,73$), componentes del estrés laboral por definición.

Procedimiento

Se solicitó inicialmente el permiso respectivo en cada una de las unidades de servicio de los hospitales estudiados, a través de visitas y entrevistas a los jefes de servicio de cada unidad, así como a algunos de los subdirectores de los hospitales. Aceptada la petición de llevar a cabo la investigación en la unidad, se pautaron fechas para la aplicación de los instrumentos a la mayor cantidad de médicos posibles por sesión, a quienes se les

aplicó el cuadernillo de instrumentos en su mismo lugar y horario de trabajo hospitalario, cuadernillo que contuvo una breve introducción en la que se expuso y aclararon los objetivos del estudio, el carácter anónimo de la información, la utilización de los resultados para fines de investigación y la libertad de que cada médico decidiera no participar si así lo consideraba oportuno. La participación fue voluntaria y anónima, las instrucciones fueron dadas de manera homogénea por el investigador a los participantes, aclarando que no había preguntas correctas o incorrectas y acentuando la importancia de sinceridad de las mismas. Además, el cuadernillo incluía la especificación de datos descriptivos (nombre del hospital, unidad, tiempo trabajando en la unidad, cargo, sexo, edad y estado civil), así como instrucciones estandarizadas para cada instrumento.

Resultados

Se hicieron análisis descriptivos, comparativos y de regresión múltiple para cumplir con los objetivos de la investigación. En la Tabla 1 se pueden observar los resultados descriptivos para las variables bajo estudio. En el caso de la sensibilidad egocéntrica negativa, los médicos mostraron bajos puntajes, mientras que se consideraban medios para el distanciamiento emocional, y altos para la sensibilidad interpersonal positiva, en función de los rangos de cada escala. Con respecto al afrontamiento, los médicos utilizaban de manera regular el emocional y el de desapego emocional, con una alta frecuencia el afrontamiento racional y uso medio-alto del afrontamiento por evitación.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variables	Media	Dt	As	K	Rango posible	Rango obtenido
Síntomas Psicológicos Mujeres	16,5	13,36	0,83	0,11	0-51	0-60
Síntomas Psicológicos Hombres	10,75	10,13	1,15	1,12	0-42	0-54
Síntomas Psicológicos Total	13,6	11,65	0,87	0,16	0-47	0-54
Síntomas Físicos	5,41	6,99	1,55	1,97	0-31	0-42
Sensibilidad Egocéntrica Negativa	6,96	4,8	0,64	-0,48	0-20	0-22
Distanciamiento Emocional	4,04	2,92	0,18	-0,72	0-10	0-10
Sensibilidad Interpersonal Positiva	7,59	2,55	-0,54	-0,11	1-13	0-13
Afrontamiento Emocional	21,9	3,86	0,95	1,76	13-36	12-48
Afrontamiento Racional	30,7	4,42	0,04	-0,48	20-40	10-40
Afrontamiento por Desapego Emocional	28,9	5,5	0,70	1,15	18-51	12-52
Afrontamiento de Evitación	11,8	3,1	0,15	-0,38	5-20	05-20
Demanda Laboral	34,3	5	0,27	0,57	18-48	12-48
Control	38,3	4,87	-0,82	0,37	23-45	15-45

Además, los médicos percibían estar sometidos a altas demandas laborales y a un alto control, en función de la media del grupo evaluado (media=34) y de los rangos mínimos y máximos obtenidos (ver Tabla 1). Sólo 19 médicos resultaron bajo la condición extrema de estrés laboral utilizando la fórmula propuesta por Pérez (1997) basado en el modelo demanda-control, según la cual se seleccionan sólo aquellos puntajes por encima de la mediana de demandas laborales y por debajo de la mediana de control.

Si se compara por especialidades, el 17% de los médicos pertenecientes a medicina interna y el 16% de los de cardiología reportaron tener estrés laboral. Los de nefrología escasamente llegaron al 14% (3 médicos de los 25 en nefrología) y sólo un cirujano de los 9 encuestados reportaron estrés laboral. Ninguno de los médicos de oncología y terapia intensiva puntuaron para la categoría de estrés laboral.

En general, las mujeres reportaron mayores niveles de síntomas físicos ($t=-2,111$, $p=0,037$) que los hombres, y no difirieron estadísticamente en las tres dimensiones de sensibilidad emocional, ni en las de afrontamiento (t de student no significativas).

De acuerdo al estado civil, se observó que los hombres solteros manifestaron significativamente mayores síntomas psicológicos ($t=1,9$, $p=0,058$) y mayor distanciamiento emocional ($t=2,11$, $p=0,036$) que los casados. Y en general, las personas solteras hacían mayor uso de la estrategia de afrontamiento emocional ($t=2,166$, $p=0,032$) y las casadas mostraron mayores niveles de control ($t=-2,497$, $p=0,014$).

Para el cargo, las mujeres residentes reportaron significativamente más síntomas psicológicos que las supervisoras ($t=2,66$, $p=0,009$). De igual forma, se muestra que los residentes reportaron mayores niveles de síntomas físicos que sus supervisoras ($t=3,03$, $p=0,003$). No se observan diferencias entre los reportes de los síntomas psicológicos de los hombres, tanto para los residentes como para los supervisoras. Ambos grupos de médicos utilizaban de la misma forma el afrontamiento emocional, racional, desapego y de evitación; sin embargo, los supervisoras tuvieron mayores demandas laborales ($t=-2,559$, $p=0,012$) y control más elevado ($t=-3,46$, $p=0,01$) que los residentes.

Como procedimiento previo al análisis de regresión, se procedió al cálculo de la matriz de correlaciones entre las variables, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson con el fin de conocer las correlaciones significativas entre todas las variables y de evaluar la presencia o no de multicolinealidad entre las variables independientes del estudio. Para ello, en el cálculo de las correlaciones se incluyó la muestra completa de la investigación, es decir, los 130 médicos evaluados. Las relaciones pueden observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Matriz de correlaciones del estudio

Variables	Síntomas Físicos	Síntomas Psicológicos	SEN	DE	SIP
	r	r	r	r	r
Sensibilidad Egocéntrica Negativa (SEN)	,27*	,45**	-	-	
Distanciamiento Emocional (DE)	,11	,04			
Sensibilidad Interpersonal Positiva (SIP)	-,11	,01			
Afrontamiento Emocional	,28**	,53**	,71**	,14	,11
Afrontamiento Racional	-,21*	,22*	,32**	,05	-,06
Afrontamiento por Desapego	-,08	-,18*	-,14	,31**	-,17
Afrontamiento por Evitación	-,15	,22**	,28**	,26**	,11
Demanda Laboral	-,15	-,30*	-,14	,03	,21*
Control	-,06	-,02	,00	-,00	,06
Sexo ^a	,18*	,21*	,03	,05	-,02
Cargo ^o	-,26*	-,28**	-,8	-,14	,16

** significativo al 0,01

* significativo al 0,05

^a sexo: hombres=1, mujeres=2

^o cargo: residentes=1, supervisoras=2

Se observa que los síntomas psicológicos están asociados significativamente y de manera positiva con el afrontamiento emocional ($r=0,534$, $p<0,01$), la sensibilidad egocéntrica negativa ($r=0,446$, $p<0,01$) y el afrontamiento por evitación ($r=0,227$, $p<0,01$), y por otro lado, se asocian de manera negativa con el afrontamiento racional ($r=-0,222$, $p<0,05$) y el afrontamiento por desapego emocional ($r=-0,185$, $p<0,05$). Adicionalmente, ser mujer y ejercer el cargo de residente está relacionado con la manifestación de

los síntomas psicológicos ($r=0,213$, $p<0,05$; $r=0,283$, $p<0,01$, respectivamente). Como puede apreciarse, mayores valores en sensibilidad egocéntrica negativa están asociados a mayores niveles en afrontamiento emocional ($r=0,717$, $p<0,001$) y evitación ($r=0,282$, $p<0,001$), mostrando una correlación muy alta, con presencia de multicolinealidad (correlaciones por encima de $r=0,70$).

Es importante resaltar que para las evaluaciones de los modelos de regresión en el cual se estudian todas las variables independientes, se excluyó a la variable sensibilidad egocéntrica negativa, debido a que presenta una alta multicolinealidad con el afrontamiento emocional. Se escogió esta última variable debido a que presenta una mayor correlación con síntomas físicos ($r=0,284$, $p<0,001$) y muestra además mayores niveles de predicción significativa de los síntomas físicos y psicológicos, no así la sensibilidad egocéntrica negativa, tal y como se explica a continuación en los resultados.

El análisis de regresión múltiple se conduce estudiando cada componente de la variable dependiente por separado; primero se introduce el modelo con todas las variables independientes mediante el método paso a paso para determinar cuál de estas variables predice mejor cada uno de los síntomas físicos, por un lado, y los síntomas psicológicos, por el otro. Las variables predictoras a considerar fueron introducidas en el siguiente orden: distanciamiento emocional, sensibilidad interpersonal positiva, afrontamiento emocional, racional, desapego y de evitación, demandas laborales y control (componentes del estrés laboral), cargo (residente y supervisor) y sexo. En la Tabla 3 se muestran los resultados del cálculo del análisis de regresión paso a paso entre todas las variables independientes y los síntomas físicos.

Tabla 3. Regresión entre variables independientes y síntomas físicos

		VD: Síntomas Físicos						
Modelo		β	t	P	R	R ²	F	sig
1	Afrontamiento Emocional	0,28	3,35	0,001**	0,28	0,08	11,23	0,001**
2	Afrontamiento Emocional	0,27	3,20	0,002*	0,37	0,14	10,05	0
	Cargo	-0,24	-2,87	0,005*				

**significativo a $p<0,01$

* significativo a $p<0,05$

El indicador de síntomas físicos es explicado solamente por el afrontamiento emocional en primer lugar, con el 8,1% de la varianza total e indicando una correlación baja entre las variables ($R^2=0,081$, $F=11,23$, $p=0,001$). En segundo lugar, la variable cargo en conjunto con el afrontamiento emocional aporta significativamente a la predicción de síntomas físicos, aumentando la varianza explicada total a 13,7%, con un coeficiente de correlación múltiple de 0,37; indicando que los residentes tienen una mayor tendencia a reportar síntomas físicos.

Por su parte, la Tabla 4 muestra los resultados del modelo de regresión paso a paso de las variables independientes consideradas (distanciamiento emocional, sensibilidad interpersonal positiva, estilos de afrontamiento, demanda laboral, control, sexo y cargo), con respecto a síntomas psicológicos de todos los integrantes de la muestra.

Se observa que la variable afrontamiento emocional es la que tiene una mayor predicción significativa sobre la aparición de síntomas psicológicos ($R=0,534$) con una

Tabla 4. Regresión entre variables independientes y síntomas psicológicos

		VD: Síntomas Psicológicos						
Modelo		β	t	P	R	R ²	F	sig
1	Afrontamiento Emocional	0,53	7,15	,00**	,53	,29	51,16	,00**
2	Afrontamiento Emocional	0,52	7,14	,00**	,59	,34	33,2	,00**
	Cargo	-0,24	-3,35	,00**				
3	Afrontamiento Emocional	0,51	7,18	,00**	,61	,37	24,6	,00**
	Cargo	-0,22	-3,17	,00*				
	Sexo	0,16	2,28	,02*				
4	Afrontamiento Emocional	0,49	7,02	,00**	,63	,39	20,23	,00**
	Cargo	-2,3	-3,26	,00**				
	Sexo	0,17	2,35	,02*				
	Afrontamiento por Desapego	-0,16	-2,21	,03*				

**significativo a $p < 0,01$ * significativo a $p < 0,05$

varianza explicada de 28,6%; así altos valores contribuyen significativamente con la manifestación de dichos síntomas. El segundo modelo de predicción, además del afrontamiento emocional, incorpora el cargo ($R=0,586$; varianza explicada de 34,3%); de tal forma que la condición de ser residente predispone a las personas a reportar una mayor cantidad de síntomas psicológicos ($\beta=-2,401$, $p<0,01$). El sexo también explica los síntomas psicológicos ($\beta=0,163$, $p<0,05$), siendo las mujeres las que mayor predisposición tienen de reportar dichos síntomas (varianza explicada de 36,9% y $R=0,608$). Además, el poco uso del afrontamiento por desapego, en conjunto con el uso del afrontamiento emocional, el ser residente y mujer, disminuyen significativamente los reportes de síntomas psicológicos ($\beta=-0,155$; $p<0,05$), explicando el 39,3% de la varianza, con un coeficiente alto de correlación múltiple ($R=0,627$).

Discusión

Uno de los objetivos del presente estudio fue analizar el modelo predictivo de la aparición de síntomas físicos y psicológicos en una muestra de médicos venezolanos, tomando en cuenta variables como sexo, cargo, estrés laboral, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional.

Así, los síntomas físicos de los médicos pueden ser significativamente predichos a partir del uso del afrontamiento emocional ante los eventos estresantes, aunado a la condición de ejercer el cargo de residente, hacer poco uso del afrontamiento por desapego emocional y ser mujer.

Estos resultados aportan nueva evidencia acerca de las implicaciones que tiene sobre la salud el hacer uso frecuente del estilo de afrontamiento emocional para lidiar con las situaciones estresantes (Lazarus, 2000; Matud, 2004; Roger *et al.*, 1993). Previamente, Roger *et al.* (1993) habían reportado que el estilo de afrontamiento emocional, junto con el estilo de afrontamiento por evitación, constituyen las formas de afrontamiento más desadaptativas que pueden asumir los individuos, las cuales facilitan el desarrollo de síntomas perjudiciales para la salud. Asimismo, Steptoe (1991) plantea que el afrontamiento emocional es la estrategia que facilita el desencadenamiento de las consecuencias negativas de los eventos estresantes y desbordantes, así como el reporte de síntomas físicos y psicológicos. A su vez, el afrontamiento por desapego emocional muestra un comportamiento protector del estado de salud psicológica de los médicos evaluados, brindando

así un soporte empírico a la noción de la función adaptativa del desapego emocional y la desadaptativa del afrontamiento emocional (Guarino & Roger, 2005).

El resultado que señala a los médicos residentes como los más vulnerables a experimentar enfermedades es apoyado por Mingote *et al.* (2004), Takakuwa *et al.* (2002) y Yayli *et al.* (2003). Para estos autores, los residentes están cargados de mayor presión laboral, sobrecargas de turnos y exigencias propias del proceso de formación académica características de la especialización, dentro de una dinámica de interrelación continua con el paciente. Este perfil es diferente al de los supervisores médicos de la muestra estudiada, ya que, a pesar de manifestar altas demandas laborales, estos también percibieron un mayor control en la toma de decisiones y mayor apoyo social.

Con respecto a la correlación entre las variables independientes, se consiguió que aquellas más relacionadas entre sí fueron la sensibilidad egocéntrica negativa y el estilo de afrontamiento emocional. Esto también fue encontrado por Guarino (2004) en estudiantes universitarios británicos; siendo muy probable que ambas variables se refieran a un constructo de significado teórico similar. En este sentido, Lazarus (2000) planteó la existencia de una *relación* entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento, señalando que las divergencias entre ambas son muy sutiles y que no es posible diferenciarlas mediante una sola medición transaccional, sino en un proceso de evaluación continua que distinguiera al afrontamiento como un comportamiento situacional, pero global, y a la personalidad dentro de uno más permanente.

Otro de los objetivos específicos de la investigación fue determinar los niveles característicos de las variables en los profesionales estudiados. Es decir, describir las manifestaciones de la salud autopercebida, estrés laboral, estilos de afrontamiento y sensibilidad emocional en la muestra, estableciendo además las comparaciones y el comportamiento de los médicos con respecto a cada una de las variables del estudio.

El bajo reporte de síntomas físicos y psicológicos en los médicos contradice los altos niveles encontrados en otras investigaciones (De las Cuevas, 2003; Dorz *et al.*, 2003; Primeras Jornadas Europeas, PAIMM, 2000; Mingote *et al.*, 2004; Moreno *et al.*, 2001; Pilowski & O'Sullivan, 1989; Takakuwa *et al.*, 2002; Vitaliano *et al.*, 1988). Algunas de las explicaciones posibles proviene de De las Cuevas (2003) y Gjerløw (2001), quienes indican que los médicos son personas con dificultades para reconocer algún síntoma de enfermedad o de disfunción física en ellos mismos, con el agravante de que son aún más resistentes a buscar la ayuda respectiva, debido a que tratan de evitar situaciones que los hagan abiertamente vulnerables ante sus compañeros de gremio y ante las demás personas en general. Así, el reporte de síntomas expresado por los participantes de este estudio podría no ser reflejo exacto de su condición, sino más bien el resultado de fenómenos de deseabilidad social que deberían corregirse a través de la utilización de medidas objetivas de salud.

Otro de los resultados importantes a resaltar es que hubo diferencias de sexo en cuanto a la manifestación de síntomas físicos y psicológicos, siendo las mujeres las más propensas a reportar altos niveles de dichos síntomas, físicos de manera general y psicológicos cuando las mujeres ejercen el cargo de residentes. Estos hallazgos apoyan los estudios que señalan a las mujeres como las más propensas a experimentar y percibir

tales síntomas (Matud, 2004; Mirowsky & Ross 1995; Nolen-Hoeksema, 1999) y más aún en las mujeres que ejercen la profesión de la medicina, que además de las sobrecargas laborales se les agregan aquellas referidas al hogar y las propias del rol de madre o cuidadora (Carrasquel, 1997). Por otro lado, se contradicen los hallazgos de Rout (1999), en los que se encontraron que son los hombres médicos quienes mostraron mayores síntomas de ansiedad y depresión comparados con una muestra normativa; no así las mujeres, quienes no arrojaron diferencias con su muestra normativa correspondiente.

Con respecto al estrés, se resalta el escaso número de médicos que calificaron para el cuadrante de tensión laboral de Karasek y Theorell (1990). Contrariamente a lo esperado, sólo 19 de los 130 médicos percibieron altos niveles de demanda laboral y bajos niveles de control decisional. Este resultado se contrapone a la idea de que los médicos constituyen una población vulnerable a experimentar estrés laboral, debido a las condiciones laborales, a las crisis económicas, exigencias psicosociales, relación médico-paciente, competencia profesional y mayores demandas en la atención de pacientes; dentro de un ambiente de escasos recursos materiales y asistenciales y con un sueldo cada vez menos acorde con el esfuerzo realizado (Freundenberger, 1974; Capilla, 2000; De las Cuevas, 2003; Gjerløw, 2001). Además, contradicen los resultados que muestran a los médicos como grupos profesionales con un alto estrés laboral (Arnetz, 2001; Bergman *et al.*, 2003; Mingote *et al.*, 2004; Moreno *et al.*, 2001; Simpson & Grant, 1991; Yayli *et al.*, 2003).

A diferencia de lo anterior, los médicos del presente estudio perciben altas demandas laborales, pero también elevado control decisional, de acuerdo con el modelo de Karasek y Theorell (1990). En su lugar, se apoya la hipótesis de que los médicos se ubican en el cuadrante activo de dicho modelo, manifestando altas demandas laborales pero también altos niveles de control en la tarea que realizan (Karasek *et al.*, 1988; Karasek & Theorell, 1990; Pelfrene *et al.*, 2001). Esta percepción permite la acción de los beneficios característicos del aprendizaje activo propuesto por el modelo de Karasek (1998) y Karasek *et al.* (1985). Dentro de estos beneficios señalan el perfeccionamiento en la tarea, el involucramiento en otras actividades destinadas a la recreación en el tiempo libre y una movilización activa de la energía para aminorar los estresores laborales. Además, se observan las acciones protectoras de percibir las situaciones como desafiantes, que de acuerdo con Lazarus (2000) son utilizadas para el enriquecimiento y el aprendizaje laboral y personal.

Con el objeto de profundizar mucho más en la comprensión de este resultado, se revisaron los ítems de las subescalas de demanda laboral y control del instrumento utilizado, observándose que aquellos ítems que miden la dimensión de control no son sensibles a la escasez de recursos económicos y materiales presentes en los hospitales latinoamericanos —especialmente venezolanos—, ni al deterioro, cada vez mayor, de las condiciones de dichos centros asistenciales. Esto sugiere la necesidad de utilizar en posteriores estudios otras medidas que logren captar dichas deficiencias, así como también la percepción de los médicos ante tal realidad laboral.

En cuanto a los estilos de afrontamiento al estrés reportados por los médicos, se encontró que la presente muestra utilizaba en mayor medida la estrategia de afrontamiento racional, lo cual resulta altamente adaptativo, pero contrario a lo reportado en

otras culturas. Por ejemplo, Yayli *et al.* (2003) mostraron en sus estudios que los médicos de hospitales públicos de Turquía utilizaban en mayor medida el afrontamiento por sumisión. Esta divergencia puede estar señalando diferencias culturales en la adopción de los estilos de afrontamiento utilizados en las situaciones hospitalarias. La adopción de tales estilos de afrontamiento por parte de los médicos venezolanos podría también explicar el bajo nivel de estrés laboral encontrado en esta muestra, lo cual refuerza los hallazgos sobre el valor protector que estas formas de afrontamiento al estrés tienen para la salud (p. e. Roger *et al.*, 1993).

En la presente investigación no se encontraron diferencias de sexo en cuanto a la adopción de los estilos de afrontamiento al estrés; contraponiéndose a lo reportado por Matud (2004) quien reportó que los hombres tienden a afrontar de manera racional y por desapego; mientras que las mujeres lo hacen por medio del afrontamiento emocional y de evitación, aplicando el mismo instrumento de estilos de afrontamiento (CSQ). De igual forma, Rout (1999) también mostró que los hombres médicos utilizaban en mayor medida el afrontamiento por evitación que sus colegas mujeres. Sin embargo, sí se apoyan los resultados de Roger *et al.*, (1993), adoptando así la concepción de la igualdad de sexo en la construcción de estrategias de afrontamiento homogéneas para hacer frente a las situaciones percibidas como estresantes, prevaleciendo específicamente la estrategia de afrontamiento racional en el grupo de profesionales de la medicina venezolanos. Además, Felsten (1998) argumentó que es muy poco probable conseguir diferencias de sexo en aquellos grupos de personas que comparten los mismos roles y responsabilidades y para la presente investigación, médicos y médicas cumplen con las mismas funciones y exigencias que les demanda el entorno hospitalario.

En cuanto a la sensibilidad emocional, los médicos se caracterizaron por presentar altos niveles de sensibilidad interpersonal positiva, en comparación con los puntajes obtenidos en las escalas de sensibilidad egocéntrica negativa y de distanciamiento emocional. Este es un hallazgo novedoso, ya que no se tenían medidas de los componentes de la sensibilidad emocional en una muestra de médicos de hospitales públicos, sino sólo de estudiantes universitarios. Estos resultados apoyan la suposición de Guarino (2004) de que la sensibilidad interpersonal positiva es una característica que debería estar presente en personas con profesiones de ayuda, tales como los trabajadores sociales, los psicólogos, los médicos, los bomberos y policías. Firth-Cozens (2001) también manifiesta que esta característica de preocupación por los otros, además de deseada por la sociedad, es absolutamente necesaria para el buen cumplimiento del rol de médico, y del desarrollo armónico y óptimo de la relación médico-paciente.

Tampoco se encontraron diferencias de sexo significativas en las dimensiones de sensibilidad emocional. A este respecto, se apoyan los resultados de Guarino (2005) referidos a la igualdad de sexo en cuanto a la manifestación de la sensibilidad egocéntrica negativa. Así, no son las mujeres quienes obtienen mayores puntajes de neuroticismo y expresión emocional negativa, como lo han señalado otros autores (Costa, Terraciano, & McCrae, 2001); sino que ambos géneros obtienen valores similares en este tipo de emocionalidad. Se apoya además la consideración de que el instrumento de sensibilidad emocional de Guarino (2004; Guarino & Roger, 2005) minimiza la posibilidad de que ciertos ítems estén asociados a algún sexo en particular (DIF), aumentando así el valor psicométrico de esta nueva propuesta de medida de la Sensibilidad Emocional.

En síntesis, es posible inferir que los bajos reportes de síntomas físicos y psicológicos y de estrés encontrados en este estudio se deben a la tendencia de los médicos a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas (racional y desapego) para lidiar con las situaciones laborales, constituyendo éstas excelentes herramientas de protección para aminorar los efectos negativos generados en el ambiente de trabajo de la profesión de la medicina, ejercida además bajo los parámetros y exigencias de los hospitales públicos del área metropolitana de Caracas. De esta forma, se observa en la presente investigación la integración de los modelos de Karasek y Theorell (1990), el de Roger et ál, (1993) respecto a los estilos de afrontamiento y el de Guarino (2004), para dar explicación al comportamiento de los médicos respecto al cuidado de su salud, dada su profesión y el ambiente en el cual laboran.

Referencias

- Almeida, D. & Kessler, R. (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 670-680.
- Arnetz, B. (2001). Psychological challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52, 203-213.
- Beech, H., Burns, L., & Sheffield, B. (1984). *Occupational stress and stress Reactions. A behavioral approach to the management of stress*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Bergman, B., Ahmad, F., & Stewart, D. E. (2003). Physician health, stress and gender at a University Hospital. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 171-178.
- Capilla, P. R. (2000). El Síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación (Facultad de Medicina)*, 58, 56-58.
- Carrasquel, Y. (1997). *Cualidad de rol, relación familia-trabajo, género y salud en profesionales médicos*. Trabajo de Grado de Maestría no publicado, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Chacón, M. & Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14, 67-78.
- Cohen, S. & Edwards, J. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En R. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Costa, P., Terraciano, A., & McCrae, R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331.
- De Las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 107-113.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C., & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18, 677-684.
- Felsten, G. (1998). Gender and coping: Use of distinct strategies and associations with stress and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 289-309.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 215-222.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-166.
- Furnham, A. & Heaven, P. (1999). *Personality and Social Behaviour*. Oxford University Press.
- Gjerløw, O. (2001). Introduction: The physician role in transition: is Hippocrates sick? *Social Science and Medicine*, 52, 171-173.

- Guarino, L. (2004). *Emocional Sensitivity: A new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de York, Inglaterra.
- Guarino, L. (2005). Sensibilidad emocional: Su rol moderador en la relación estrés-enfermedad. *Psicología Conductual*, 13, 217-230.
- Guarino, L. & Roger, D. (2005). Construcción y validación de la escala de sensibilidad emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17, 465-470.
- Guarino, L., Sojo, V., & Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del CSQ (Coping Style Questionnaire). *Psicología Conductual*, 15, 173-189.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H., & Seiwa, H. (2004). Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36, 11-22.
- Karasek, R. (1998). Demand/Control Model: A Social, Emotional, and Physiological Approach to Stress Risk and Active Behavior Development. En ILO *Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (4th edition). Geneva: ILO.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: BasicBooks, Inc.
- Karasek, R., Theorell, T., Schwartz, J., Schnall, P., Pieper, C., & Michela, J. (1988). Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US health examination survey (HES) and the health and nutrition examination survey (HANES). *American Journal of Public Health*, 78, 910-918.
- Landsbergis, P., Schnall, P., Schwartz, J., Warren, K., & Pickering, T. (1995). Job strain, hypertension, and cardiovascular disease: Empirical evidence, methodological issues, and recommendations for future research. En S. Sauter & L. Murphy (Eds.), *Organizational risk factors for job stress*. Washington: APA.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion. A new synthesis*. London: Free Association Books.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Matud, P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415.
- Mingote, J., Moreno B., & Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: Revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123, 265-270.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (1995). Sex differences in distress: Real or Artifact? *American Sociological Review*, 60, 449-468.
- Moreno, B., González, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Ed.), *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121
- O'Connor, D., O'Connor, R., White, B., & Bundred, P. (2000). The Effect of job strain on british general practioners' mental health. *Journal of Mental Health*, 9, 637-654.
- Pelfrene, E., Vlerick, R., Mak, R., De Smet, M., Kornitzer, M., & De Backer, G. (2001). Scale reliability and validity of the Karase job demand-control-support' model in the belstress study. *Work & Stress*, 15, 297-313.
- Pérez, C. (1997). Actividades recreativas y características laborales en pacientes con infarto al miocardio. Trabajo de Grado de Maestría no publicado, Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.
- Pilowski, L. & O'Sullivan, G. (1989). Mental illness in doctors. *British Medical Journal*, 298, 269-270.

- Primeras Jornadas Europeas PAIMM. (2001). Conclusiones. Recuperado en enero 26, 2005, de <http://www.paimm.net>.
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rout, U. (1999). Gender differences in stress, satisfaction and mental wellbeing among general practitioners in England. *Psychology, Health & Medicine*, 4, 345-354.
- Scheier, M. & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-112.
- Simpson, L. & Grant, L. (1991). Sources of magnitude of job stress among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 27-41.
- Stephens, A. (1991). Psychological coping, individual differences and psychological stress responses. En C. L. Cooper & R. Payne. *Personality and Stress: Individual differences in the stress process*. London: John Wiley & Sons.
- Takakuwa, K., Ernst, A., & Weiss, S. (2002). Residents with disabilities: A national survey of directors of emergency medicine residency programs. *Southern Medical Journal*, 95, 436-440.
- Vitaliano, P., Maiuro, R., Russo, J., Mitchell, E., Carr, J., & Van Citters, R. (1988). A biopsychosocial model of medical student distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 311-331.
- Wistow, D., Wakefield, J., & Goldsmith, W. (1990). The relationship between personality, health symptoms and disease. *Personality Individual Differences*, 11, 717-723.
- Yayli, G., Yaman, H., & Yaman, A. (2003). Stress and work-life in a university hospital in Turkey: Evaluation of the brief symptom inventory and ways of coping inventory in hospital staff. *Social Behaviour and Personality*, 31, 91-100.