

INSATISFACCION LABORAL, PATRON A DE COMPORTAMIENTO, ESTRES LABORAL Y ESTADO DE SALUD EN MEDICOS (*)

**Abilio Reig Ferrer
Agustín Caruana Vañó**

Departamento de Psicología de la Salud.
UNIVERSIDAD DE ALICANTE

(*) Investigación subvencionada por la Consellería de Cultura, Educación y Ciencia de la Generalidad Valenciana

RESUMEN

En este trabajo hemos analizado el grado de satisfacción laboral, las fuentes de estrés laboral, el patrón A de comportamiento, y el estado de salud en dos colectivos de profesionales de la medicina de la provincia de Alicante, médicos que trabajan en hospitales y médicos titulares o rurales.

Han participado un total de 180 médicos, de los que 71 son titulares y 109 trabajan en hospitales del Servicio Valenciano de Salud. Todos ellos completaron una amplia encuesta enviada por correo.

Hemos encontrado un 42% de médicos satisfechos con su trabajo frente a un 39% de insatisfechos, una prevalencia de tipo A del 60% frente al 40% de tipo B, y una valoración del estado de salud como buena del 79% frente al 21% como regular o mala. No existen diferencias entre estos dos grupos profesionales en patrón A de comportamiento, ni tampoco en estado de salud, aunque sí en satisfacción laboral. Los médicos titulares aparecen con una mayor insatisfacción laboral. Mediante análisis de regresión múltiple hemos encontrado que determinados agentes de estrés ocupacional (estrés emocional), pertenecer al grupo profesional de médicos titulares y la elección de estrategias de afrontamiento emocionales

y de evitación predicen mayores niveles de insatisfacción. Contrariamente, la elección de estrategias de afrontamiento activas y directas, dirigidas al problema se perfila como un predictor negativo. La puntuación global en insatisfacción resulta, por otra parte, el predictor positivo más potente de la valoración negativa de la propia salud.

Palabras Clave: Profesionales de la medicina, satisfacción laboral, estrés laboral, patrón A de comportamiento y estado de salud.

SUMMARY

In this study we have analyzed the level of job dissatisfaction, sources of occupational stress, type A behavior and health status in two group of doctors working in Alicante province. We mailed a package of questionnaires which collect data on those aspects.

The sample comprised 180 physicians, 71 were rural doctors and 109 were working in hospitals. Taken together most of the physicians had job satisfaction (42%), reported a favorable opinion on their health status (79%), and the prevalence of type A was 60%. Rural doctors showed significantly more dissatisfaction than their counterpart in hospitals. Multivariate analysis disclosed a set of job stressors and coping strategies (emotional coping) as predictors of high levels of dissatisfaction, and a set of coping strategies (active coping, focused on problem) as negative predictors of dissatisfaction. Levels of dissatisfaction appear to be the most powerful predictor of a worst report on their health status.

Key Words: Medicine professionals, job satisfaction, occupational stress, type A behavior and health status.

INTRODUCCION

El estudio de la satisfacción laboral en profesionales de la salud así como el de sus determinantes, sean estos propios o ajenos al trabajo desempeñado, está suscitando el interés de numerosos investigadores en los últimos años. El estrés profesional, y los agentes de estrés que lo producen, ocupan un lugar preferente en muchos de estos estudios por el importante papel que se les atribuye en la determinación, desarrollo o perpetuación de los niveles de insatisfacción laboral

(Cooper, Rout & Faragher, 1989; Linn, Yager, Cope & Leake, 1985).

Algunas situaciones relacionadas con los niveles de satisfacción laboral de los médicos en diversos estudios son los siguientes: el número de horas de trabajo (Yogev & Harris, 1983), la falta de tiempo libre, el excesivo papeleo, y las pocas horas de sueño en médicos residentes (Sparr, Gordon, Hickam & Girard, 1988), la diversidad de pacientes, el apremio de tiempo, tratar con pacientes difíciles y la ansiedad sobre el futuro (Linn, Yager, Cope, & Leake, 1985), el número de pacientes (Linn, Brook, Clark, Ross, Fink & Kosecoff, 1985), la mejoría de los pacientes, sentirse competente profesionalmente, realizar juicios clínicos acertados, y la camaradería de los colegas (Gordon, Girard, & Hickam, 1987), las exigencias inesperadas, intromisiones, retrasos, y estar de guardia (Rankin, Serieys y Elliot-Binns, 1987), el tiempo disponible para dedicarlo a los pacientes (Linn, Yager, Cope & Leake, 1986), las exigencias del trabajo, las expectativas de los pacientes, la relación entre el mundo laboral y familiar, y desempeñar tareas administrativas (Cooper, Rout & Faragher, 1989). Las actitudes de los médicos residentes hacia los pacientes también se han asociado a sus niveles de satisfacción (Anderson, Rakowski & Hickey, 1988) llevando a algunos autores a la conclusión de que "la percepción que los residentes tienen de la relación médico-paciente es un barómetro sensible para medir su satisfacción laboral" (Sparr, Gordon, Hickam & Girard, 1988). Finalmente Breslau et al. (1987) encontraron una sólida relación entre características de la organización - en la medida en que permita mayor o menor autonomía al médico en su trabajo - y el nivel de satisfacción en médicos de atención primaria.

Probablemente una de las más poderosas razones para prestar atención al nivel de satisfacción laboral de estos profesionales es la de evaluar las consecuencias que ello pueda tener para la salud y satisfacción de los pacientes, pero también para su propia salud.

En algunos estudios (Linn, Brook, Clark, Ross, Fink & Kosecoff, 1985) se ha puesto de manifiesto una compatibilidad significativa entre la puntuación de los pacientes en satisfacción y la de los médicos responsables de su cuidado. Aunque esta asociación correlacional no permita deducir una relación de causalidad, sí que parece plausible la idea de que incrementando los niveles de satisfacción de los médicos pueda incrementarse la de los pacientes como sugieren estos autores. En este mismo estudio se vió que los pacientes se mostraban más satisfechos cuando tenían que esperar menos tiempo para ser recibidos por el médico, y cuando tanto el médico como el personal sanitario en general, dedicaba más tiempo al contacto personal con ellos. Contrariamente, para desánimo de arquitectos y decoradores, la valoración objetiva del aspecto agradable del hospital, salas de consulta, etc. no parece influir en gran medida en la satisfacción de los pacientes, ni en la de los médicos, según los resultados del mismo estudio.

En otro trabajo (Murphy-Cullen y Larsen, 1984) los pacientes se mostraron más satisfechos con médicos más jóvenes, residentes que no prescribían medicación en sus consultas. Los autores argumentan que estos médicos que entran por primera vez en contacto con los pacientes desarrollan su labor con un entusiasmo del que carecen los médicos más veteranos. Por ello concluyen que el "intercambio humano es, aún, la consideración más importante en la determinación de la satisfacción del paciente". Hall y Dornan (1988) tomando conjuntamente los resultados de 221 trabajos sobre satisfacción de los pacientes, proponen explicaciones adicionales al hecho de que estos se muestren más satisfechos cuando los médicos que les atienden están en periodo de formación (residentes). Parece claro que estos médicos se implican, en mayor medida que los médicos más veteranos, en conductas que promueven satisfacción en los pacientes. Los autores se preguntan si ello se debe a que los médicos jóvenes tienen una formación mejor, más reciente; a que se esfuerzan más dado que deben ser evaluados por sus superiores; a que tienen que atender un menor número de pacientes, o, quizás, a que aún no están 'quemados' (burn-out), lo que significaría lo mismo que decir que sus niveles de satisfacción son más altos que los de sus colegas más veteranos.

En sentido similar a lo visto hasta ahora Gerace y Sangster (1987) encontraron 3 variables que determinaban la satisfacción de los pacientes: en primer lugar considerar que el tiempo que les dedicaban y las explicaciones que les ofrecían sobre su salud eran satisfactorias; en segundo lugar que se les permitiera expresar abiertamente sus preocupaciones al personal que les asiste; y en tercer lugar sentir la accesibilidad / disponibilidad del médico que les atiende. Igualmente, Sutherland et al. (1989) encontraron que la 'continuidad de la supervisión médica', (definida como ver al mismo médico preferido en todas las visitas médicas) fue el aspecto que los pacientes consideraron más importante. DiMatteo et al. (1986), hilando mucho más fino han encontrado que la "comunicación no verbal" del médico correlacionaba con la satisfacción del paciente.

No es por tanto una cuestión banal el dedicar la atención que merece al estudio de la satisfacción de los médicos dada su consistente relación con la satisfacción de los pacientes, y con mucho mayor motivo cuando ello puede suponer un riesgo para estos últimos. Estudios como el de Melville (1980) presentan una asociación evidente entre baja satisfacción laboral del médico y su estilo de prescripción: los médicos con niveles más bajos de satisfacción se mostraban más dispuestos a permitir que el personal de enfermería extendiera recetas, que ellos rubricaban posteriormente, de fármacos con altos niveles de peligrosidad.

Finalmente, los niveles de estrés y satisfacción laboral se han asociado a la salud mental y física de los médicos. Linn, Yager, Cope & Leake (1985) encontraron puntuaciones compatibles con depresión importante en el 4% de los

médicos, y ansiedad entre moderada y grave en el 13%. Asimismo encontraron que el 27% de los médicos de su estudio habían padecido, o padecían, entre 2 y 5 de los problemas de salud que les presentaron en un listado, aunque en general se mostraron satisfechos con su salud. Young (1987) encontró que más de la mitad de los residentes de su muestra reconocieron tener problemas emocionales, y 1 de cada 6 mujeres y 1 de cada 10 hombres consideraba que estos problemas eran lo suficientemente graves como para necesitar ayuda profesional. Rankin et al. (1987), observaron que los médicos que estaban de guardia, en comparación con los que no estaban, presentaban un estado de ánimo más bajo, un aumento del nivel tensional, y un incremento del grado de frustración. Gordon et al. (1987) encontraron una asociación negativa entre los niveles de depresión y de satisfacción, y Linn et al. (1986) la encontraron entre el nivel de salud mental y satisfacción. Quizás la magnitud del problema no sea alarmante, está por averiguar en nuestro país, ni podemos establecer con exactitud la dirección causal de este proceso (salud mental y física <--> satisfacción), pero lo cierto es que esta relación se presenta consistentemente en los estudios.

Por ello abordamos en este trabajo el estudio de los niveles de insatisfacción laboral y el papel que desempeñan los factores o agentes de estrés, las estrategias de afrontamiento del estrés preferentemente utilizadas, y características del patrón A de comportamiento junto con las demográficas y laborales en la predicción del nivel de insatisfacción laboral y en la autoevaluación del estado de salud en médicos.

METODO

Instrumentos

Hemos diseñado y enviado una amplia encuesta de 250 variables (Reig y Caruana, 1987a) en donde se incluyen diversos cuestionarios que miden estrés ocupacional, estrategias de afrontamiento del estrés, hábitos de salud, patrón A de conducta, apoyo social percibido, satisfacción laboral y estrategias de relajación junto con un amplio grupo de preguntas sobre datos sociodemográficos y profesionales. En este trabajo presentamos únicamente datos sobre el grado de insatisfacción laboral, estresores profesionales estrategias de afrontamiento del estrés y patrón A de comportamiento junto con las variables sociodemográficas. Además haremos referencia únicamente a los resultados de los médicos de hospital y titulares. Los resultados obtenidos con personal de enfermería han sido presentados con anterioridad (Reig y Caruana, 1989a).

Variables del estudio

1. Cuestionario de estresores profesionales.

Hemos utilizado un cuestionario diseñado por nosotros (Reig y Caruana, 1987a) a partir de una versión inicial de 157 estresores o situaciones que se habían mostrado como importantes fuentes de estrés en diversos trabajos (Bates y Moore, 1975; Bates 1982; Krakowski, 1982a y b; Linn, Yager, Cope y Leake, 1985; Gray-Toft y Anderson, 1981a, b y 1985; Cross y Fallon, 1985; Linn, Linn y Stein, 1983; Hingley y Cooper, 1986; Cooper, 1983).

Tras los estudios piloto realizados (Reig y Caruana 1987b, 1988; Reig, Caruana y Peralba 1989) y considerando las sugerencias de los encuestados, perfilamos una versión más reducida del cuestionario con 125 potenciales situaciones de estrés que ha sido la utilizada en este estudio. Los médicos que decidieron voluntariamente participar debían valorar en qué medida cada situación supone una fuente de estrés (tensión o irritabilidad) en su trabajo actual, disponiendo para ello de 5 alternativas de respuesta (1 = no me produce tensión, 2 = tensión leve, 3 = tensión moderada, 4 = bastante tensión, 5 = mucha tensión). El sumatorio de las puntuaciones otorgadas a todas las situaciones del cuestionario se utilizó como un Indicador de Estrés Total del sujeto (I.E.T.).

Tras realizar en este cuestionario de 125 ítem un análisis factorial exploratorio (componentes principales, rotación varimax), en una población de 487 profesionales la salud, y tras seleccionar sólo aquellos factores con más de 4 ítem encontramos 7 factores que agruparon 67 ítems, que explican el 48% de la varianza total. La consistencia interna de estos siete factores es aceptable oscilando entre 0.75 y 0.90 (Tabla 1).

2. Variables sociodemográficas.

Estudiamos las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, número de hijos, profesión, años que llevan ejerciendo la misma (experiencia profesional) y experiencia en su actual puesto de trabajo (años que trabaja en el mismo), localidad y centro donde trabaja, categoría profesional (nivel jerárquico de su puesto de trabajo), horas que trabajan por semana, número de pacientes que atiende por día, tamaño del hospital donde trabaja, turno de trabajo, si tiene plaza fija o no, si tiene especialidad o no y, en caso de tenerla cual es, servicio o departamento donde trabaja, y guardias que realiza al mes.

3. Insatisfacción laboral.

A partir de la escala inicial de Satisfacción Laboral de Hingley y Cooper

(1986) de 6 ítems, diseñamos un cuestionario de 12 ítems adaptado a la población española. El ítem número 3 se eliminó con el fin de poder comparar las puntuaciones con las de médicos titulares para quienes se había anulado el ítem número 3, quedando conformado definitivamente la escala por 11 ítems.

El cuestionario presenta una consistencia interna alta (alfa de Cronbach=0.88) en una muestra más amplia de profesionales de la salud donde se aplicó (N= 487) y que supone el marco de referencia del presente estudio. Este valor cumple sobradamente los criterios de fiabilidad necesarios para instrumentos en estadios iniciales de la investigación (Nunnally, 1978).

Los 11 ítems del cuestionario presentaban afirmaciones relativas a la satisfacción en el trabajo y para cada ítem se ofrecía una escala tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta desde (1) "totalmente en desacuerdo", hasta (5) "totalmente de acuerdo". Los ítems utilizados fueron 'estoy satisfecho con mi trabajo', 'con frecuencia pienso en buscar un puesto de trabajo en otro hospital o ciudad', 'con frecuencia pienso en encontrar otra ocupación distinta a la actual', 'me siento deprimido en mi trabajo', 'me siento frustrado por mi trabajo', 'me paso todo el tiempo esperando los días libres y las vacaciones', 'me supone un gran esfuerzo incorporarme al trabajo cada día', 'este trabajo no es como yo esperaba cuando estaba estudiando', 'mi trabajo actual me ofrece pocas oportunidades de aplicar mis conocimientos o habilidades', 'a veces pienso que lo que hago no merece la pena', y 'suelo volver de mal humor a casa después del trabajo'. Una puntuación alta en la escala global es indicativa de insatisfacción laboral.

4. Estrategias de afrontamiento

Diseñamos un cuestionario de afrontamiento, de 34 ítems donde hemos procurado recoger las principales estrategias de afrontamiento que aparecen en la bibliografía especializada (Lazarus y Folkman, 1986; Hingley y Cooper, 1986; Etzion y Pines, 1986; Billings y Moos, 1981): estrategias dirigidas al problema, dirigidas a la emoción, cognitivas, conductuales, directas e indirectas. Pedíamos a los médicos que señalaran con qué frecuencia utilizaban cada estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes eligiendo una de las 5 alternativas de respuesta (1 = nunca, 2 = pocas veces, 3 = algunas veces, 4 = a menudo y 5 = siempre). Una vez realizado el análisis factorial de 2º orden, con una población de 487 profesionales de la salud, las distintas estrategias de afrontamiento se agruparon en 4 factores. Los indicadores de consistencia interna de los factores (Theta de Carmines y de Cronbach) no son tan satisfactorios como los encontrados en el cuestionario de estrés (tabla 2).

5. Patrón A de comportamiento.

Hemos utilizado la versión del cuestionario Tipo A de Bortner (Bortner y Rosenman, 1967; Bortner, 1969) utilizada por Hingley y Cooper en 1986 para profesionales de la salud. La conducta tipo A se caracteriza por competitividad, hostilidad, agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, estado de hiperalerta, forma explosiva de hablar, tensión en los músculos faciales, y sentimiento de estar apremiado o escaso de tiempo. El cuestionario Tipo A de Bortner consiste en 14 ítems bipolares con puntuaciones continuas que van desde 1 a 11. Los ítems que miden diferentes aspectos de esta conducta son los siguientes: 'soy informal frente a siempre soy puntual en mis citas', 'no soy competitivo frente a soy muy competitivo', 'me anticipo a lo que otros van a decir frente a soy buen oyente', 'nunca tengo sensación de prisa frente a siempre la tengo', 'soy paciente mientras espero frente a soy impaciente', 'soy despreocupado frente a me empeño en conseguir que se hagan las cosas', 'hago una cosa detrás de otra frente a intento hacer varias cosas a la vez', 'soy lento y reflexivo al hablar frente a enérgico y tajante', 'quiero que sea reconocido un trabajo bien hecho frente a sólo me importa estar satisfecho conmigo mismo', 'soy rápido haciendo las cosas frente a soy lento', 'tengo buen carácter frente a soy difícil de tratar', 'oculto mis sentimientos frente a los expreso', 'muchos intereses fuera de mi trabajo y familia frente a pocos', y 'no soy ambicioso frente a soy muy ambicioso'. Obtuvimos una puntuación global de tipo A de forma que puntuaciones más altas indican un mayor número de características de la conducta tipo A. Con este inventario podemos identificar 4 categorías a lo largo de un continuo, a saber: tipo A1 (puntuaciones entre 108 y 154), tipo A2 (de 93 a 107), tipo B3 (de 64 a 92), y tipo B4 (de 14 a 63) (Hingley & Cooper, 1986). La escala presenta una consistencia interna aceptable (r de Cronbach = 0.77) para instrumentos en estadios iniciales de la investigación (Nunnally, 1978).

6. Percepción del estado de salud

En base a los objetivos del estudio ideamos un cuestionario de 14 preguntas relativas a diversos aspectos de la conducta en relación a la percepción del estado de salud. Una de esas preguntas solicitaba una evaluación del estado de salud del participante durante el último año, ofreciendo las siguientes categorías de respuesta: muy bueno (1), bueno (2), regular (3), malo (4) o muy malo (5).

Análisis estadísticos

Para analizar la relación entre las variables del estudio utilizamos, a parte de la descripción estadística básica (medias y desviaciones típicas), el análisis

correlacional (Correlación producto-momento de Pearson), estudio de las diferencias entre medias (prueba t de Student, y ANOVA), y la prueba Chi² para comparar proporciones. Por último utilizamos el análisis de regresión múltiple paso a paso ya que posibilita el logro de la mejor ecuación de predicción lineal entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes (Dixon, 1985). El programa específico del BMDP elimina la variable con la F más pequeña si dicha F es menor del límite preestablecido (en este caso 3.90). En cada paso la variable con mayor F se incluye en la ecuación siempre que esa F sea superior a 4. El proceso se detiene cuando ninguna F es superior a 4. Si en cualquier momento la F de una variable ya introducida cae por debajo del límite de 3.90 se elimina. En este estudio utilizamos la puntuación global en insatisfacción laboral como variable dependiente (frente a tipo A, I.E.T. factores de estrés, factores de afrontamiento, estado de salud y variables demográficas relevantes) y como variable independiente (junto con esas mismas variables) frente a la percepción del estado de salud. Los datos se analizaron en el Centro de Proceso de Datos de la Universidad de Alicante utilizando el paquete de programas BMDP.

Procedimiento

Enviamos los cuestionarios durante los meses de abril y mayo de 1988 tras obtener los listados de médicos, de plantilla y residentes, de todos los hospitales del S.V.S. de la Provincia de Alicante (Alicante, Elche, Elda, Villajoyosa, Denia y Alcoy). El cuestionario se acompañó de una carta que exponía los objetivos de la investigación, se insistía en la importancia de su participación, se detallaba la forma de devolver el cuestionario a la vez que se garantizaba la confidencialidad y anonimato de los participantes.

La encuesta se envió por correo a un total de 521 (72% de la población total) médicos de hospital que figuraban en los listados, seleccionados sucesivamente mediante la aplicación de un programa informático de números aleatorios. Se adjuntó un sobre de franqueo pagado para que pudieran devolverlo una vez cumplimentado. En un plazo aproximado de 3 meses tras el envío del cuestionario remitimos una carta recordatoria donde explicamos de nuevo los objetivos del estudio, garantizando la confidencialidad y ofrecimos un informe de los resultados a los médicos que estuvieran interesados en el estudio.

La relación actualizada de médicos titulares (antes A.P.D.) la solicitamos y obtuvimos del Registro de Personal Sanitario en la Consellería de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana. Enviamos el cuestionario por correo a todos los médicos titulares de la Provincia de Alicante (173) siguiendo el procedimiento descrito anteriormente.

MUESTRA

De los 521 cuestionarios enviados a médicos de hospital recibimos 125 lo que supone una tasa de respuesta del 24%. De esos cuestionarios, 16 no estaban debidamente cumplimentados, permaneciendo 109 estadísticamente útiles. Por lo que respecta a médicos titulares, recibimos 73 cuestionarios lo que supone una tasa de respuesta del 42.2%. Dos cuestionarios fueron eliminados por cumplimentación incompleta quedando 71 estadísticamente útiles. En total han participado en el estudio 180 médicos, 71 médicos titulares, y 109 médicos de hospital.

La mayor parte de los médicos que han contestado el cuestionario son de sexo masculino (94.4% M.T y 83.5% M.H), están casados (87.3% M.T y 75.2% M.H.), y presentan una edad media de 42.73 (d.t. = 11.27) años para los médicos titulares y de 34.48 años (d.t. = 7.74) para los médicos de hospital. Por grupos de edad la mayor parte de los médicos, ya sean de hospital (53.3%) o titulares (52.1%) tienen entre 31 y 40 años. Sin embargo, mientras en el caso de los médicos de hospital la distribución por edades resulta diferente, con significación estadística ($\chi^2 = 53.48$, niv. sig. = 0.001) de la que se da en la población de referencia, no sucede lo mismo entre los médicos titulares. Por lo que se refiere a la variable sexo ambas muestras no presentan diferencias significativas con la población de referencia. Una exposición más detallada sobre la tasa de participación y la representatividad de la muestra las hemos presentado en otro trabajo (Reig y Caruana, 1990).

Los médicos titulares que han participado llevan un promedio de 17.11 años (d.t. = 10.62) ejerciendo su profesión, y los médicos de hospital un promedio de 11.22 (d.t. = 7.10). En su actual puesto de trabajo los médicos titulares llevan un promedio de 8.20 años (d.t. = 8.91), y los médicos de hospital 5.53 (d.t. = 5.22).

Por otra parte, los médicos titulares informan que llevan a cabo una jornada de trabajo, frente a los de hospital, más prolongada (más de 60 horas semanales el 47%), realizan un mayor número de guardias al mes (media de 9.78 frente a 5.65), y atienden a un mayor número de pacientes a diario (Media M.T = 48.83, d.t. = 23.67; Media M.H. = 16.16, d.t. = 14.13).

RESULTADOS

Estrés ocupacional

Las situaciones de estrés que se perciben asociadas a mayores niveles de tensión las presentamos en las tablas 3 y 4. El grupo de situaciones que se asocian a niveles más bajos de tensión entre los médicos de hospital y titulares las presentamos en la tabla 5.

Patrón A de Comportamiento

El 27.5% de los M.H. y el 25% de los M.T. presentan puntuaciones que les incluyen en el grupo A1. El 32.1% de los M.H. y el 35.2% de los M.T. pertenecen al grupo A2. En el grupo B3 quedan integrados el 37.6% de los M.H. y el 36.8% de los M.T. Por último el 2.8% de los M.H. y el 2.9% de los M.T. pertenecen al grupo B4. Aplicando el estadístico χ^2 no hemos encontrado diferencias significativas en la distribución de los médicos titulares y de hospital en los distintos tipos ($\chi^2 = 1.6875$, prob. entre .50 y .70). Tampoco hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las puntuación globales promedio de ambos grupos de médicos en la escala de Bortner (ANOVA, $F = 1.8786$; prob. = 0.1727) (tabla 6).

Puntuaciones altas en esta escala correlacionan significativamente con la edad (Pearson $r = 0.24$, $p = 0.1\%$), sexo ($r = -0.19$; $p = 0.5\%$), los años de ejercicio profesional ($r = 0.29$, $p = 0.01\%$) y el cuarto factor de afrontamiento (afrontamiento cognitivo dirigido a la emoción) ($r = 0.20$, $p = 0.01\%$). No hemos encontrado asociación correlacional significativa entre tipo A y estrés laboral (I.E.T.) ni con la puntuación en insatisfacción laboral (tabla 6).

Insatisfacción laboral

Por lo que respecta a las fuentes de insatisfacción el 64.8% de los M.T. frente al 46.3% de los M.H. ($\chi^2 = 21.80$, prob. = 0.002) consideran que el trabajo que realizan no es como esperaban cuando estaban estudiando, siendo esta la afirmación de la escala de insatisfacción con la que mayor número de médicos se muestra de acuerdo. Además, un grupo mucho mayor de M.T. (57.7%) que de M.H. (14.2%) ($\chi^2 = 44.71$, prob. = 0.0) opina que su trabajo no les permite aplicar sus conocimientos y habilidades. El 45.1% de los M.T. y el 17.8% de los M.H. ($\chi^2 = 21.64$, prob. = 0.0002) se sienten frustrados por su trabajo. También el 45.1% de los M.T. frente al 26.4% de los M.H., ($\chi^2 = 8.92$, prob. = 0.0632) piensa que lo que hacen no merece la pena. El 32.7% de los M.H. y el 28.6% de los M.T. ($\chi^2 = 1.75$, prob. = 0.7824) piensan con frecuencia en buscar otro puesto de trabajo en otro hospital o ciudad. El 24.6% de los M.T. se sienten deprimidos en su trabajo frente al 19.7% de los M.H. ($\chi^2 = 2.68$, prob. = 0.6127) El 13% de los M.H. y el 15.5% de los M.T. ($\chi^2 = 2.26$, prob. = 0.6887) encuentran muy costoso incorporarse al trabajo cada día, y, por último el 16.8% de los M.H. y el 21.2% de los M.T. ($\chi^2 = 10.33$ prob. = 0.0352) piensan con frecuencia en encontrar una ocupación distinta a la actual. En la tabla 7 presentamos los ítems de esta escala ordenados según sus puntuaciones medias, así como el resultado de la aplicación de la prueba t entre las puntuaciones de ambos grupos de médicos.

En general los médicos titulares alcanzan una puntuación media en la escala de insatisfacción laboral superior, con significación estadística, a la de los M.H. ($t = 4.20$, $p = 0.001$). Por otro lado el 32.4% de los M.H. se muestra en desacuerdo con la afirmación "estoy satisfecho con mi trabajo" frente al 49.3% de los M.T. (figura 1).

En el análisis correlacional encontramos que los médicos con especialidad muestran menores niveles de insatisfacción. Quizás el hecho de que haya menor número de especialistas (35.3% frente a 91.5%) entre los médicos titulares, y dado que estos se muestran más insatisfechos, sea ésta la explicación de dicha asociación. El número de pacientes (pearson, $r = 0.26$, $p = 0.01$), el indicador de estrés total (I.E.T., $r = 0.35$, $p = 0.001$), y una autocalificación menos favorable del estado de salud ($r = 0.24$, $p = 0.01$), también han presentado asociaciones correlacionales significativas con la puntuación en la escala de insatisfacción. En cuanto al patrón A de comportamiento únicamente dos características del mismo (soy muy competitivo, $r = -0.23$, $p = 0.01$; y me empeño en conseguir que se hagan las cosas, $r = -0.20$, $p = 0.01$) presentan asociaciones correlacionales significativas, de signo negativo, con insatisfacción. Seis de los siete factores de estrés presentan asociaciones correlacionales significativas, de signo positivo, con la puntuación de insatisfacción (factor II. Relación con el paciente y sus familiares, $r = 0.27$, $p = 0.001$; factor III. Relación con los superiores, $r = 0.35$, $p = 0.001$; factor IV. Situaciones urgentes y graves, $r = 0.22$, $p = 0.01$; factor V. Aspectos carenciales, $r = 0.47$, $p = 0.001$; factor VI. Estrés emocional, $r = 0.28$, $p = 0.01$; y factor VII. Sobrecarga laboral, $r = 0.16$, $p = 0.05$).

Al realizar el análisis de regresión múltiple paso a paso tomando como variable dependiente la puntuación global en la escala de insatisfacción y como variables independientes las señaladas en la tabla 8, encontramos que el factor VI de estrés (estrés emocional), pertenecer al grupo profesional de médicos titulares y la elección de estrategias de afrontamiento emocionales y de evitación resultaron predictores positivos de insatisfacción. El segundo factor de afrontamiento (af. activo dirigido al problema) se perfiló como predictor negativo de insatisfacción. Estas variables explican el 41% de la varianza (R^2) (tabla 8).

Evaluación del estado de salud

La mayoría de los médicos de hospital (82.6%) y de los médicos titulares (73.2%) consideran que su salud durante el último año ha sido buena o muy buena. Únicamente una pequeña parte de la muestra (0.9% M.T.; 4.2% M.H.) informan un estado de salud malo o muy malo. No hemos encontrado diferencias en la distribución porcentual de ambos grupos de médicos en las distintas categorías de respuesta ($\chi^2 = 7.861$, n.s.) ni en su puntuación promedio en esta pregunta (ANOVA, $F = 3.2769$, prob. = 0.0724) (tabla 9).

Algunas características del patrón A de comportamiento (p. ej. soy muy competitivo, $r = -0.22$, $p < 0.01$; y soy enérgico al hablar- rápido y tajante-, $r = -0.17$, $p < 0.05$) se asocian negativamente con un peor informe sobre la propia salud. La puntuación global en insatisfacción, ya comentada, junto con los factores VI (estrés emocional, $r = 0.22$, $p < 0.01$) y IV de estrés (situaciones urgentes y graves, $r = 0.17$, $p < 0.05$) presentan asociaciones correlacionales de signo positivo con peor consideración de su estado de salud (tabla 9).

Realizamos el análisis de regresión múltiple paso a paso tomando como variable dependiente la autoevaluación del estado de salud y como variables independientes las detalladas en la tabla 10. De esta forma encontramos que el nivel de insatisfacción es la única variable seleccionada como predictor positivo de un informe menos favorable sobre el propio estado de salud. La cantidad total de varianza explicada (R^2) es, no obstante, pequeña (10%).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Tomados en conjunto el 41.9% de los médicos se considera satisfecho con su trabajo. Los médicos titulares se muestran más insatisfechos que los de hospital. El 53.6% de los médicos considera que sus expectativas profesionales, lo que esperaban de su ejercicio profesional, no coincide con la realidad profesional que encuentran. Como señalamos en un trabajo anterior (Reig y Caruana, 1989b), subrayando lo comentado por otros autores (Bentony y Schroeder, 1984, Rankin et al. 1987), buena parte de la insatisfacción en el ejercicio de la medicina se origina en el propio médico cuando este alberga expectativas irreales. Situaciones tales como seguir preocupado en casa por cosas del trabajo, tomarse demasiado en serio su trabajo, y comprometerse emocionalmente en el mismo, entre otras de marcado matiz emocional, conforman el factor que mejor predice una puntuación elevada en insatisfacción. En otros estudios, Cooper et al. (1989) encontraron, sin embargo, que los niveles más bajos de satisfacción derivaba de lo que vinieron a llamar "factores extrínsecos" (el reconocimiento que recibe por su trabajo, la paga, las horas de trabajo, etc.), las oportunidades futuras de promoción y/o éxito, y la posibilidad de mantenerse al día (Linn, Yager, Cope & Leake, 1985), trabajar en un centro hospitalario que facilitara su aprendizaje (Linn, Brook, Clark, Ross, Fink & Kosecoff, 1985). En nuestro estudio el V factor de estrés (aspectos carenciales, fuentes de insatisfacción) que incluye situaciones que también podemos denominar "extrínsecas" (sueldo insuficiente, no ver los frutos de su esfuerzo, escasa promoción, incongruencia del estatus, falta de formación continuada, etc.) presenta una importante asociación correlacional significativa con insatisfacción laboral ($r = 0.47$, $p < 0.001$), si bien al practicar el análisis de regresión no resultó incluida entre los mejores predictores de insatisfacción tal como la hemos medido en este trabajo.

Otro aspecto importante en la determinación del nivel de insatisfacción laboral se refiere al tipo de estrategias de afrontamiento del estrés que los médicos dicen utilizar preferentemente. En este sentido, y según nuestros resultados, la utilización de estrategias de afrontamiento activas-directas, dirigidas a la solución del problema (por ej. intento analizar el problema desde un punto de vista objetivo, intento averiguar más aspectos del problema, emprendo acciones para resolverlos, etc.) parecen tener un efecto protector frente a la insatisfacción laboral. Por el contrario la elección de estrategias emocionales y de evitación conduce a mayores niveles de insatisfacción. Etzion y Pines (1986) también encontraron que la elección de estrategias activas-directas resultaron más eficaces para afrontar el estrés que comportamientos pasivos-indirectos. Este tipo de estrategias denominadas "adaptativas" no tuvieron, no obstante, incidencia sobre el nivel de estrés en otro estudio (Parasuraman & Cleek, 1984), aunque encontraron que la utilización de estrategias "no adaptativas" sí que modulaba la relación entre estresores y satisfacción laboral.

Considerando los resultados con la precaución que merecen podemos concluir que existe una relación consistente entre determinados aspectos del estrés laboral y el nivel de insatisfacción en línea similar a otros trabajos (Cooper, Rout & Faragher, 1989; Linn, Yager, Cope & Leake, 1986). Por otro lado, nuestros resultados apoyan la idea de que en el contexto del ejercicio de la medicina la elección de estrategias activas-directas y dirigidas al problema (sean conductuales o cognitivas) resulta protector frente a la insatisfacción laboral, lo contrario de lo que sucede cuando se eligen preferentemente estrategias afrontamiento emocionales y/o de evitación.

Por lo que respecta al estado de salud hay que señalar que los médicos estiman tener una buena salud coincidiendo con lo documentado en otros estudios (Linn, Yager, Cope, & Leake, 1985). Nuestros resultados sugieren que el nivel de insatisfacción laboral incide negativamente sobre la percepción del estado de salud. Dado que la autoevaluación del estado de salud no ha resultado una variable relevante a la hora de predecir el nivel de insatisfacción podemos aventurar la hipótesis de que es la insatisfacción laboral la que actuaría sobre el estado de salud y no al contrario. En cualquier caso la intensidad y matices de esta relación está aún por determinar haciendo necesaria la realización de investigaciones con una metodología más refinada.

TABLA 1. ANALISIS FACTORIAL DE PRIMER ORDEN DE ESTRESORES LABORALES PARA PROFESIONALES DE LA SALUD (N= 487)

Items	saturación
FACTOR I. CONTACTO CON EL DOLOR Y LA MUERTE	
Ver morir a un paciente "especial"	.721
La muerte del paciente	.715
Ver sufrir a los pacientes	.660
Los pacientes con enfermedades dolorosas	.626
Tener que aplicar tratamientos dolorosos	.595
Las consecuencias de mis errores para el paciente	.577
Que fracase el tratamiento	.573
Tener que consolar a los familiares cuando muere el paciente	.557
Tener que dar una mala noticia	.555
Que surjan complicaciones en el tratamiento	.512
No ser capaz de adivinar lo que los pacientes necesitan	.406
No poder dedicar más tiempo a aquellos pacientes que lo necesitan	.400
Los errores (diagnósticos o terapéuticos) de otros médicos que afectan a mis pacientes	.399
Los pacientes crónicos	.276
(Theta de Carmines= 0.90. Valor propio (VP)= 6.16. Varianza explicada (VE)= 25%)	
FACTOR II. CONFLICTOS CON PACIENTES Y SUS FAMILIARES	
Los pacientes exigentes	.696
Los pacientes que cuestionan mi preparación competencia o profesionalidad	.681
Los pacientes histéricos	.598
Los familiares de los pacientes exigentes y preguntones	.582
Que amenacen con denunciarme	.554
Los pacientes que no cooperan	.528
Tratar con gente agresiva	.498
Quejas de los pacientes (sobre el trato o servicios que reciben)	.466
Los pacientes desobedientes	.441
Que sólo me digan lo que hago mal	.432
Que me hagan perder el tiempo	.300
Tratar con gente pasiva	.273
Tratar con los familiares del paciente	.272

(Theta de Carmines= 0.86.(VP)= 4.83. (VE)= 7%)

Items	saturación
-------	------------

FACTOR III. CONFLICTOS CON LOS SUPERIORES

Falta de apoyo de los superiores	.741
Tener un superior incompetente	.622
Los conflictos con los superiores	.621
Que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde "arriba" sin mi conocimiento ni participación	.590
Escasez de recursos esenciales	.557
No trabajar en base a una planificación coherente	.484
Carecer de libertad y autonomía para realizar mi trabajo	.479
Insatisfacción laboral	.468
Que personal incompetente interfiera con mi trabajo	.458

(Theta de Carmines= 0.84.(VP)= 4.57. (VE)= 4%)

FACTOR IV. SITUACIONES URGENTES Y GRAVES

Afrontar situaciones nuevas	.699
Tomar decisiones drásticas en casos urgentes	.649
Asistir a un caso urgente	.615
La excesiva responsabilidad de mi trabajo	.519
Tener que aparentar seguridad ante el paciente cuando no la tengo	.483
Pacientes graves	.468
Pacientes difíciles (cuya enfermedad es complicada)	.465
No poder resolver los problemas que se me plantean	.385
No tener a quien recurrir cuando tengo un problema	.316

(Theta de Carmines= 0.86.(VP)= 4.09. (VE)= 3%)

FACTOR V. ASPECTOS CARENCIALES (fuentes de insatisfacción)

Ganar poco dinero para disfrutar de un buen nivel de vida	.717
Recibir un sueldo no acorde con las responsabilidades de mi trabajo	.702

Items	saturación
FACTOR V. ASPECTOS CARENCIALES (fuente de insatisfacción) (continuación).	
Pocas perspectivas de ascenso o promoción	.673
Que mi trabajo sea el mismo todos los días (rutinario) y ofrezca pocas oportunidades de aprender cosas nuevas.	.527
No ver los frutos de mi esfuerzo	.445
Estar en un puesto de trabajo que no equivale a mi capacidad y preparación	.429
Que no estén claramente establecidas cuales son mis competencias	.423
Falta de educación continuada al personal sanitario. Se ofrecen pocas oportunidades de formación, asistencia a cursos, etc.	.414
Que no se reconozca mi esfuerzo por hacer bien mi trabajo	.391
Tener que realizar tareas que no son de mi competencia	.295
(Theta de Carmines= 0.84.(VP)= 3.96. (VE)= 3%)	
FACTOR VI. ESTRES EMOCIONAL	
Llevarme los problemas del trabajo a casa (seguir preocupado en casa por cuestiones relacionadas con el trabajo)	.677
Excesivo compromiso emocional en mi trabajo	.665
Tener que realizar muchas y variadas tareas	.520
Tomarme demasiado en serio mi trabajo	.464
Que tareas de poca importancia interfieran mi ejercicio profesional	.444
(Theta de Carmines= 0.75.(VP)= 3.14. (VE)= 3%)	
FACTOR VII. SOBRECARGA LABORAL	
Falta tiempo para hacer las cosas	.814
Ir retrasado respecto al horario o plan de trabajo previsto	.511
Escasez de personal	.475
Deficientes condiciones físicas de trabajo	.396
Que me requieran en vario sitios a la vez	.396
El trabajo que realizo es físicamente agotador	.365
(Theta de Carmines= 0.80.(VP)= 3.04. (VE)= 3%)	

TABLA 2. ANALISIS FACTORIAL DE SEGUNDO ORDEN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PROFESIONALES DE LA SALUD (N= 487)

FACTOR I. AFRONTAMIENTO EMOCIONAL Y DE EVITACION

(Theta de Carmines= 0.60; de Cronbach= 0.53)

Me preparo para lo peor

Me deprimó

Me pongo a llorar

Me enfado con la persona o cosa causante del problema

Culpo a los demás o a las circunstancias

Deseo poder evitar lo que está ocurriendo

Exteriorizo mis sentimientos de algún modo

Descargo mi enfado sobre alguna/s persona/s ajenas al problema

FACTOR II. AFRONTAMIENTO ACTIVO-DIRECTO.DIRIGIDO AL PROBLEMA.(Theta de Carmines= 0.76; de Cronbach= 0.71)

Intento ver el problema desde un p.d.v. objetivo

Intento averiguar más aspectos del problema

Emprendo acciones para resolverlos

Intento ver el lado positivo del asunto

Me concentro en lo que debo hacer a continuación

Tomo precauciones para que no ocurra de nuevo

Busco la solución en experiencias anteriores

Rezo

FACTOR III. AFRONTAMIENTO ACTIVO-INDIRECTO.DIRIGIDO AL PROBLEMA.(Theta de Carmines= 0.69; de Cronbach= 0.65)

Oculto mis sentimientos (negativo)

Me siento culpable (negativo)

Hablo con un compañero de trabajo

Hablo con un amigo

Busco ayuda de un profesional que pueda hacer algo al respecto

Evito estar con la gente en general (negativo)

Hablo con mi conyuge o pareja

Hablo con un familiar

FACTOR IV. AFRONTAMIENTO COGNITIVO DIRIGIDO A LA EMOCION

(Theta de Carmines= 0.61; de Cronbach= 0.61)

Duermo menos

Duermo más (negativo)

No me preocupo, pienso que ya se solucionará (negativo)

Me niego a pensar demasiado en ello (negativo)

Sigo como si nada hubiera pasado (negativo)

No me tomo en serio la situación (negativo)

Me consuelo pensando que aún podía haber sido peor (negativo)

Me mantengo todo el tiempo ocupado (me vuelco en mi trabajo o en otra actividad) (negativo)

Le doy vueltas al problema tratando de entenderlo y solucionarlo

TABLA 3. ESTRESORES MAS IMPORTANTES PARA MEDICOS TITULARES

Porcentajes categorías bastante y/o Estresor	Media (d.t.)	muchísima tensión
- Las consecuencias de mis errores para el paciente	4.27 (0.94)	83.1
- Que la Administración ignore las necesidades reales de los médicos titulares	4.24 (1.06)	77.4
- La deficiente política sobre los médicos titulares	4 (1.13)	74.7
- Considerar que la Administración desconoce los problemas de los médicos titulares	3.97 (1.26)	70.4
- Que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde "arriba" sin mi conocimiento ni participación	3.80 (1.17)	66.2
- Insatisfacción laboral	3.73 (1.18)	64.3
- Recibir un sueldo no acorde con las responsabilidades de mi trabajo	3.73 (1.21)	63.4
- Que personal incompetente interfiera con mi trabajo	3.73 (1.17)	62
- Hacer guardias	3.63 (1.41)	61.7
- Tengo poca confianza en la Administración	3.63 (1.43)	60.5

TABLA 4. ESTRESORES MAS IMPORTANTES PARA MEDICOS DE HOSPITAL

Estresor	Media (d.t.)	Porcentajes categorías bastante y/o mucha tensión
- Las consecuencia de mis errores para el paciente	4.26 (0.88)	83.3
- Que la dirección ignore las necesidades reales de mi servicio o departamento	3.83 (1.12)	65.1
- Ver morir a un paciente "especial"	3.83 (1.09)	64.8
-Sobrecarga de trabajo	3.82 (0.99)	66.9
- Que personal incompetente interfiera con mi trabajo	3.81 (1.13)	65.1
- Que las decisiones y cambios que me afectan se tomen desde "arriba" sin mi conocimiento ni participación	3.68 (1.14)	56.9
- Escasez de recursos esenciales	3.65 (1.05)	58.3
- Falta de apoyo de los superiores	3.64 (1.20)	59.9
- Tratar con gente agresiva	3.62 (1.17)	57.8
- Que me requieran en varios sitios a la vez	3.64 (1.14)	55

TABLA 5. ESTRESORES MENOS IMPORTANTES.

Estresores	Media (d.t.)	Porcentaje en categorías ninguna y/o leve tensión
MEDICOS DE HOSPITAL		
- Mis relaciones con las auxiliares	1.74 (0.93)	80.7
- Preocupación por el excesivo número de médicos que sale cada año	1.93 (1.06)	74.1
- Mis relaciones con las ATS/DE	2 (1.05)	71.3
- Los pacientes desagradecidos	2.14 (1.08)	69.8
- Mis relaciones con otros médicos	2.19 (1.12)	64.2
MEDICOS TITULARES		
- Relaciones con el farmacéutico del pueblo	1.25 (0.63)	93
- Que los pacientes pregunten sobre el diagnóstico tratamiento y pronóstico	1.45 (0.73)	91.5
- Mis relaciones con las/os ATS/DE	1.59 (0.92)	83.1
- La integración en las costumbres locales del pueblo	1.67 (1.00)	81.4
- Que mi esposa e hijos tengan que relacionarse con gente de bajo nivel cultural	1.83 (1.24)	76.1
- Los conflictos con los ATS/DE	1.84 (1.09)	73.2
- Trato diario en la calle con los pacientes	1.90 (1.08)	76.1
- Tener que enviar a mis pacientes a otros centros cuando surgen complicaciones	1.97 (1.10)	70.4

Tabla 6. Patrón A de comportamiento (Escala de Bortner): análisis comparativo de la distribución y puntuación media de los médicos. Asociaciones correlacionales más importantes

Tipo (1)	M.H.		M.T.		Total		Población general (2) (%)
	n	%	n	%	n	%	
B4	3	2.8	2	2.9	5	2.8	10
B3	41	37.6	26	36.8	67	37.2	40
A2	35	32.1	20	35.2	55	30.6	40
A1	30	27.5	23	25.1	53	29.4	10

Chi²= 0.577; prob= 0.9016

PUNTUACION GLOBAL EN LA ESCALA DE BORTNER

	M.H.	M.T.	ANOVA
Media	97.54	97.21	F= 1.8786
d.t.	18.92	17.9	(n.s.)

ANALISIS RELACIONAL

Variable	r	nivel de significación
- Sexo	-0.19	_ 0.05
- Edad	0.24	_ 0.01
- Años de ejercicio	0.29	_ 0.001
- Años en actual puesto	0.16	_ 0.05
- Factor IV afront.	0.21	_ 0.01

M.H.=Médicos de hospital; M.T.: Médicos titulares

(1) B4: puntuación _ 63; B3: 64 - 92

A2: 93 - 107; A1:puntuación _ 108 (Hingley & Cooper, 1986)

(2) Davidson & Cooper (1983), citado en Hingley & Cooper (1986).

TABLA 7. ITEMS DE LA ESCALA DE INSATISFACCION LABORAL ORDENADOS SEGUN SU PUNTUACION MEDIA EN MEDICOS

Item	TOTAL Media (d.t.)	M.T. Media (d.t.)	M.H. Media (d.t.)	t	prob
- Este trabajo no es como yo esperaba cuando estaba estudiando	3.13 (1.34)	3.79 (1.17)	3 (1.36)	4.10	0.001
- Estoy satisfecho con mi trabajo (puntuación invertida)	3.05 (1.12)	3.41 (1.17)	2.82(1.02)	4.40	0.0
- A veces pienso que lo que hago no merece la pena	2.75 (1.25)	3.07 (1.28)	2.54 (1.18)	2.68	0.0076
- Mi trabajo actual me ofrece pocas oportunidades de aplicar mis conocimientos y habilidades	2.75(1.26)	3.51 (1.14)	2.24 (1.06)	7.22	0.0000
- Con frecuencia pienso en buscar otro puesto de trabajo en otro hospital o ciudad	2.67 (1.37)	2.64 (1.39)	2.69 (1.36)	0.047	n.s.
- Me siento frustrado por mi trabajo	2.62 (1.25)	3.15 (1.21)	2.27 (1.15)	4.82	0.000
- Suelo volver de mal humor a casa después del trabajo	2.54 (0.99)	2.72 (0.91)	2.42 (1.02)	2.16	0.0312
- Me siento deprimido por mi trabajo	2.47 (1.15)	2.56 (1.17)	2.40 (1.13)	1.09	n.s.
- Me paso todo el tiempo esperando los días libres y las vacaciones	2.44 (1.10)	2.66 (1.17)	2.29 (1.04)	2.058	0.0401
- Me supone un gran esfuerzo incorporarme al trabajo cada día	2.20 (1.06)	2.30 (1.05)	2.13 (1.05)	1.137	n.s.
- Con frecuencia pienso en encontrar otra ocupación distinta a la actual	2.10 (1.26)	2.15 (1.40)	2.06 (1.16)	0.316	n.s.

distinta a la actual 2.10 (1.26) 2.15 (1.40) 2.06 (1.16) 0.316 n.s.

Tabla 8. Análisis de regresión múltiple paso a paso, tomando como variable dependiente la puntuación global en la escala de insatisfacción y como variables independientes las que a continuación se especifican

Paso	Variab ^l es Independientes INCLUIDAS NO INCLUIDAS (F to enter)	Coef. B	R ²
1	Profesión (19.93) (1=M.H.; 3=M.T.) Factor AF.III.(0.37) Factor AF.IV. (2.29) Fac. Estrés I.(1.01) " " IV.(3.30) " " VII.(3.88) Tipo A (1.38) Especialidad (1.75) Nº pacientes (1.94)	0.44	0.19
2	Factor IV de Estrés (10.68) Factor Af.I. (3.79) I.E.T. (0.37) Salud (2.32) Fac Estrés II.(0.33) " " III.(2.18) " " V.(0.63)		
3	Factor II Afrontamiento (6.35)	-0.24	0.36
4	Factor I Afrontamiento (5.62)	0.23	0.41

Razón F global= 11.69; g.l.=4

Valor máximo aceptable para eliminar la F= 3.90

Valor mínimo aceptable para introducir la F= 4.00

M.H.= Médicos de hospital; M.T.= Médicos titulares

AF= Afrontamiento.

I.E.T.= Indicador de estrés total.

Tabla 9. Autoevaluación del estado de salud: análisis comparativo de la distribución y puntuación media de los médicos. Asociaciones correlacionales más importantes.

	M.H.		M.T.		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muy Buena	29	26.6	12	16.9	41	22.8
Buena	61	56	40	56.3	101	56.1
Regular	18	16.5	16	22.5	34	18.9
Mala	0	0.0	3	4.2	3	1.7
Muy mala	1	0.9	0	0.0	1	0.6

Chi²= 7.861; prob.:0.0968

Anova, F=3.276; prob.: 0.0724

M.H.= Médicos de hospital; M.T.= Médicos titulares

ANÁLISIS RELACIONAL

Variable	r	nivel de significación
Especialidad	-0.18	_ 0.05
Número de pacientes	0.17	_ 0.05
Escala de Insatisfacción	0.24	_ 0.01
Factor IV de Estrés	0.17	_ 0.05
Factor VI de Estrés	0.22	_ 0.01

Tabla 10. Análisis de regresión múltiple paso a paso, tomando como variable dependiente la autoevaluación del estado de salud y como variables independientes las que a continuación se especifican

Paso	Variab ^l es Independientes INCLUIDAS NO INCLUIDAS (F to enter)	Coef. B	R ²
1	Escala de Insatisfacción Laboral (puntuación glo- bal)(F= 8.23)	0.32	0.10
	Especialidad (1.26)		
	Nº pacientes (1.29)		
	Edad (0.14)		
	Sexo (0.32)		
	I.E.T. (0.65)		
	Factor AF.I. (0.05)		
	'' '' II. (0.23)		
	'' '' III. (0.59)		
	'' '' IV. (0.69)		
	Fac.Estrés I.(0.31)		
	'' '' II.(0.07)		
	'' '' III.(0.40)		
	'' '' IV.(1.20)		
	'' '' V.(0.47)		
	'' '' VI.(2.48)		
	'' '' VII.(1.88)		
	Tipo A (2.76)		

Razón F global= 8.23; g.l.= 1.

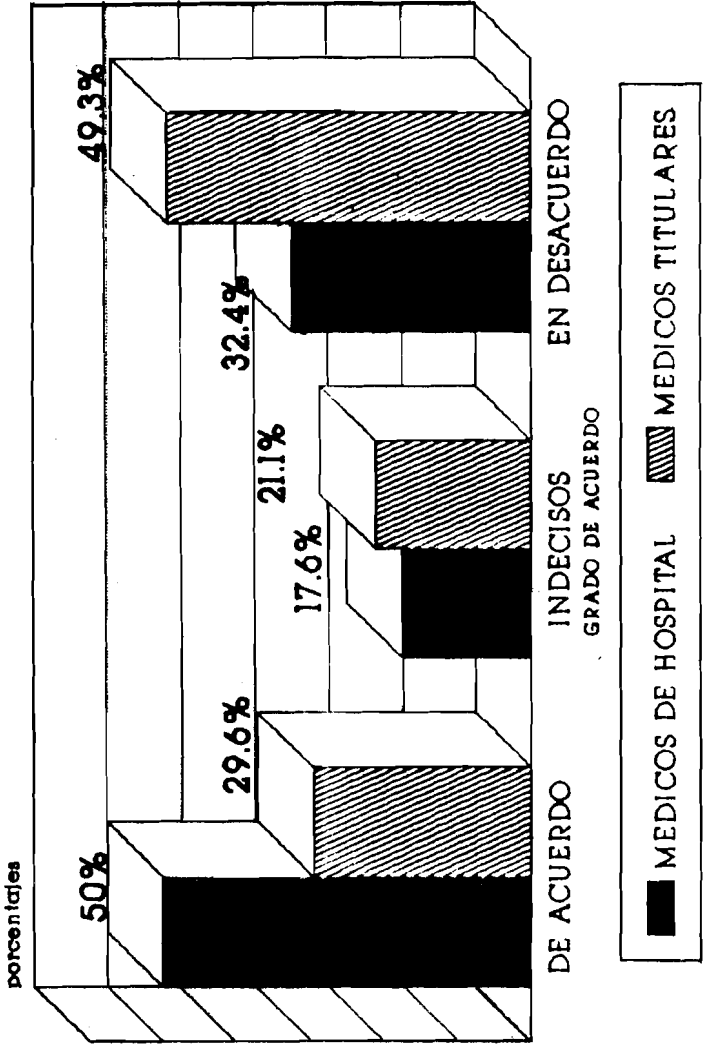
Valor máximo aceptable para eliminar la F= 3.90

Valor mínimo aceptable para introducir la F= 4.00

AF= Afrontamiento.

I.E.T.= Indicador de estrés total.

Figura 1. Estoy satisfecho con mi trabajo



BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, L.A., RAKOWSKI, W., & HICKEY (1988). Satisfaction with clinical encounters among residents and geriatric patients. *J. of Medical Education*, 63, 447-455.
- BATES, E.(1982). Doctors and their spouses speak: stress in medical practice. *Sociology of Health & Illness* 4 (1): 25-39.
- BATES, E., & MOORE, B. (1975). Stress in hospital personnel. *Med. J. Aust.*, 2:765-767.
- BENTON, J. Y SCHROEDER, D. (1984): *Physicians stress: a handbook for coping*. University Park Press. Baltimore.
- BILLINGS, A.G. Y MOOS, R.H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events *J. of Behavioral Medicine*, 4 (2), 139-157.
- BORTNER, R.W. Y ROSENMAN, R.H. (1967): The measurement of pattern A behaviour. *J. Chron. Dis.*, 20, 525-533.
- BORTNER, R.W. (1969). A short rating scale as a potential measure of pattern A behavior. *J. Chronic Disease* 22: 87-91.
- BRESLAU, N., NOVACK, A.H. & WOLF, G. (1978). Work setting and job satisfaction. A study of primare care physicians and paramedical personnel. *Medical Care*, XVI (10), 850-862.
- COOPER, C.L., ROUT, U., & GARAGHER, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioner. *British Medical Journal*, 298, 366-70.
- COOPER, C.L. (1983): Identifying stressors at work. Recent research developments. *J. of Psychosomatic Research*, 27 (5), 369-376.
- CROSS, D.G. & FALLON, A. (1985). A stressor comparison of four specialty areas. *The Australian J. of Advanced Nursing* 2 (3): 24-38.
- DiMATTEO, M.R., HAYS, R.D. & PRINCE, L.M. (1986). Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patients satisfaction, appointment, noncompliance, and physician workload. *Health Psychology*, 5 (6), 581-594.
- DIXON, W.J. et al. (Ed.) (1985). *BMDP Statistical Software Manual* (1985 Reprinting). University of California Press. Berkeley.
- ETZION, D. Y PINES, A. (1986): Sex and culture in burnout and coping among human service professionals. A Social Psychological perspective. *J. of Cross-Cultural Psychology*, 17 (2), 191-209.
- GERACE, T.M. & SANGSTER, J.F.(1987). Factors determining patients' satisfaction in a family residency teaching center. *J. of Medical Education*, 62, 485.

- GORDON, G.H. GIRARD, D.E. & HICKAM, D.H. (1987). Comparison of mood changes and satisfaction among first-year medical residents in three programs. *J. of Medical Education*, 62, 428-430.
- GRAY-TOFT, P. & ANDERSON, J.G. (1981a). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *J. of Behavioral Assessment* 3 (1): 11-23.
- GRAY-TOFT, P. & ANDERSON, J.G. (1981b). Stress among hospital nursing staff: Its causes and affects. *Soc. Sci. Med.* 15 (A): 639-647.
- GRAY -TOFT, P. Y ANDERSON, J.G. (1985): Organizational stress in the hospital: Development of a model for diagnosis and prediction. *Health Services research*, 19 (6), 753-774.
- HALL, J.A. Y DORNAN, M.C. (1988): Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc.Sci.Med.* 27 (6), 637-644.
- HINGLEY P., & COOPER, C.L. (1986). *Stress and the nurse manager*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester.
- KRAKOWSKI, A.J. (1982a). Stress and the practice of medicine I: The myth and reality. *Br. J. Psychosom. Res.* 26 (91): 91-98.
- KRAKOWSKI, A.J. (1982b). Stress and the practice of medicine II: stressors, stresses and strain. *Psychother. Psychosom*, 38: 11-23.
- LAZARUS, R.S. Y FOLKMAN, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Martinez Roca. Barcelona.
- LINN, L.S., BROOK, R., CLARK, V., ROSS DAVIES, A., FINK, A y KOSE-COFF, J.(1985): Physicians and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical care*, 23 (10), 1171-1178.
- LINN, L.S., YAGER, J., COPE, D. & LEAKE, B. (1985). Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*, 245 (19): 2775-82.
- LINN, L.S., YAGER, J., COPE, D. & LEAKE, B. (1986). actors associates with life satisfaction among practicing internists. *Medical Care* 24, 830-37.
- LINN, M.W., LINN, B.S., & STEIN, S.(1983). Impact on nursing home staff of training about death and dying. *JAMA*, 250 (17): 2332-35.
- MELVILLE, A. (1980): Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Soc. Sci. Med.* 14A,495-499.
- MURPHY-CULLEN, C.L., & LARSEN, L.C. (1984). Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* 19 (2): 163-166.
- NUNALLY, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. 2nd. Ed. McGraw-Hill. New York.
- PARASURAMAN, S. & CLEE, M.A. (1984). Coping behaviors and manager' affective reactions to role stressors. *J. of Vocational Behavior*, 24, 179-93.

- RANKIN, H.J., SERIEYS, N.M., Y ELLIOT-BINNS, C.P. (1987): Determinants of mood in general practitioners. *British Medical Journal*, 294, 618-620.
- REIG, A., y CARUANA, A. (1987a). Batería de Evaluación de Estrés en Profesionales de la Salud. *Mimeo*. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.
- REIG, A. y CARUANA, A. (1987b). Evaluación del estrés laboral en profesionales de la salud. Comunicación presentada al *II Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid 22 al 25 de Septiembre.
- REIG, A. y CARUANA, A. (1988). Estrés laboral en el hospital. Comunicación presentada al *II Congreso Nacional de Psicología Social*. Alicante 6-8 de Abril.
- REIG, A., CARUANA, A., y PERALBA, J.I. (1989). Estudio comparativo de estresores profesionales en personal de enfermería español y norteamericano. *Enfermería Científica*, n° 91, 4-14.
- REIG, A. y CARUANA, A. (1989a). Estrés ocupacional y patrón A de comportamiento como predictores de insatisfacción laboral y del estado de salud en personal de enfermería de hospital. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, n° 14.
- REIG, A. Y CARUANA, A. (1989b). Estrés profesional, estrategias de afrontamiento y estado de salud en médicos. En P. Ación y A. Reig (coord.) *Cuestiones Actuales en Medicina Psicosomática*. Gráficas Estilo. Alicante.
- REIG, A. y CARUANA, A. (1990). Tasa de respuesta de médicos a cuestionarios autoaplicados enviados por correo. A propósito de un estudio sobre estrés ocupacional en profesionales de la salud. Enviado para su publicación a *PSIQUIS*.
- YOUNG, E.H. (1987): Relationship of residents' emotional problems, coping behaviors and gender. *J. of Medical Education*, 62 (9), 642-650.