

***PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA***

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

Victorio Estrada, Amparo

La Relación entre la Percepción de Estrés y Satisfacción con la Vida de Morbilidad

Psicología Iberoamericana, vol. 16, núm. 1, junio, 2008, pp. 52-58

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Relación entre la Percepción de Estrés y Satisfacción con la Vida de Morbilidad

The Relation between the Perception of Stress and Satisfaction with Life of Morbidity

Amparo Victorio Estrada

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA, CD. DE MÉXICO

Resumen

Se estudió la relación entre la percepción de estrés, bienestar subjetivo y morbilidad en una muestra de 404 estudiantes y profesores universitarios mediante cuestionarios que miden estrés, satisfacción con la vida (SWLS), síntomas psicósomáticos y el autoreporte de enfermedad y consulta médica. Se presentan datos de validación de dos escalas creadas *ad hoc*. Mediante modelamiento con ecuaciones estructurales se confirmó la relación positiva entre la percepción de estrés y síntomas psicósomáticos y su relación negativa con la satisfacción con la vida. Sin embargo, sólo los síntomas psicósomáticos, predicen enfermedad y sólo enfermedad en combinación con la escolaridad predicen la tendencia a asistir a la consulta médica. Mientras que el género afecta el nivel de estrés reportado; la satisfacción y la edad inciden en los síntomas psicósomáticos

Descriptores: estrés, síntomas psicósomáticos, satisfacción con la vida, enfermedad.

Abstract

The relation between the perception of stress, subjective well-being, and morbidity was studied in a sample of 404 university students and professors with questionnaires that measure stress perception, satisfaction with life (SWLS), psychosomatic symptoms, and the self-report of frequency of illness, and search for medical advice. Validation data for two *ad hoc* created scales are presented. The positive relation between stress perception and psychosomatic symptoms, as well as its negative relation with the satisfaction with life was confirmed using structural equations modeling. However, only psychosomatic symptoms predict frequency of illness and only illness and formal education predict the seeking of medical advice. Gender influences the self-report of stress, psychosomatic symptoms, and satisfaction; while age affects the self-report of psychosomatic symptoms.

Key words: stress, psychosomatic symptoms, satisfaction with life, illness.

Introducción

Por su relevancia para el bienestar de las personas la relación entre estrés y enfermedad ha sido estudiada extensamente en la literatura internacional, ya que el estrés y sus secuelas se asocian a un gran número de incapacidades e impedimentos en el funcionamiento físico y mental como, ausencia laboral, dificultades en el trabajo entre otros. Todos ellos repercuten en un alto uso de los servicios de salud (Kalia, 2002).

El presente trabajo tiene como objetivo ampliar esta información, analizando la vinculación entre la percepción de estrés, la satisfacción con la vida, el reporte de síntomas psicósomáticos, la frecuencia de enfermedad y la búsqueda de tratamiento médico en una muestra mexicana de adultos jóvenes y de edad media.

El efecto del estrés en la salud

De acuerdo con la definición de Lazarus y Folkman (1984), el *estrés* es la apreciación subjetiva de que una situación sobrepasa los recursos de que dispone la persona para hacerle frente, considerándose momentáneamente rebasada en sus esfuerzos para afrontarla. Sin embargo, esta apreciación puede variar en el tiempo y de situación a situación. Se diferencia entre *estrés fisiológico*, producto de un esfuerzo físico extraordinario o de condiciones ambientales nocivas, y el *estrés psicológico*, que se refiere a la evocación de la respuesta de estrés (sensación de esfuerzo, sudoración, fatiga, pulso rápido y presión alta) como resultado de una demanda psicológica, sin que haya demanda física. En este sentido, las emociones negativas también son generadoras de

la respuesta de estrés (Lazarus y Lazarus, 1994), por lo que el concepto de *aflicción* o *distres*, está relacionado con estar sometido a un estrés psicológico.

Los agentes que pueden provocar la respuesta de estrés o estresores son eventos o condiciones que en una situación determinada son percibidos como amenazantes. Éstos pueden ser eventos vitales que se presentan con poca frecuencia, pero que crean periodos de estrés agudo, ya que generan grandes cambios en la vida ordinaria, por ejemplo, una boda, la muerte o el desempleo; o pequeñas contrariedades cotidianas que dada su frecuencia se convierten en estrés crónico, por ejemplo, tráfico o relaciones interpersonales (Kalia, 2002). Al respecto se ha encontrado que el estrés cotidiano crónico tiene mayor impacto en la salud de las personas que los grandes eventos vitales (Monroe, 1983).

Respecto a cómo estos estresores afectan la salud, se ha propuesto que la desregulación del sistema de estrés causada por el costo para el cuerpo de la adaptación a condiciones adversas, llamada carga alostática, contribuye al desarrollo de enfermedades (Vanitallie, 2002). Sin embargo, los efectos pueden ser variados debido a que el estrés agudo puede mejorar la función inmune, mientras que el estrés crónico la suprime y estos efectos pueden ser benéficos para ciertas respuestas inmunes y perjudiciales para otras (McEwen, 2000).

En cuanto a la relación entre el estrés y enfermedades específicas se ha acumulando evidencia consistente con una vinculación entre el estrés laboral y el riesgo de enfermedades de las coronarias (Tennant, 2000) y de que el estrés ocupacional puede contribuir a la hipertensión persistente (Tennant, 2001). Sin embargo, también se ha encontrado que la importancia predictiva de los factores psicológicos y disposicionales es muy baja en personas con enfermedades cardiovasculares manifestadas (Friedman *et al.*, 2001).

Por otra parte la relación entre estrés y trastornos del sistema digestivo, existe evidencia de que el estrés puede reactivar la colitis, al menos en forma experimental (Mayer, 2000a), y de que está relacionado con colon irritable, la úlcera péptica y con el reflujo esofágico (Mayer, 2000b). Lydiard (2001) señala que la asociación entre el síndrome de colon irritable y los desórdenes psíquicos es más importante de lo que previamente se creía.

Los factores de estrés también están presentes en la piel. Como la dermatitis atópica (Kilpelainen, Koskenvuo, Helenius y Terho, 2002), así como en el desencadenamiento de episodios de mareos y vértigo, especialmente en las mujeres (Monzani, Casolari, Guidetti y Rigatelli, 2001). Adicionalmente, mayor estrés y aflicción psicológica se asocia con mayor riesgo de

resfriados (Cohen, Tyrrell y Smith, 1993) y de asma y rinoconjuntivitis alérgica (Kilpelainen *et al.*, 2002), y la aflicción psicológica eleva a más del doble el riesgo de dolor de espalda baja (Power, Frank, Hertzman, Schierhout y Li, 2001).

Otra de las hipótesis que se plantean sobre la relación entre estrés y enfermedad es a través de la relación entre la aflicción y la enfermedad. Por ejemplo, la desregulación inmunológica relacionada con el estrés puede ser el mecanismo responsable de una variedad de riesgos de salud asociados con emociones negativas, particularmente evidentes en las enfermedades infecciosas y en los procesos de convalecencia (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002). Al respecto se ha documentado la relación entre la hostilidad y las enfermedades cardiovasculares, la ira y la hostilidad reprimida con el cáncer; y la depresión con la deficiente recuperación postoperatoria (Fava y Sonino, 2000). Adicionalmente, niveles altos de estrés psicológico también se han asociado a mayor tendencia a padecer desórdenes alimentarios (Ball, Lee y Brown, 1999).

Asimismo, existe evidencia que relacionan mayores niveles de estrés asociados con la ocurrencia de somatización, especialmente cuando los niveles de estrés están combinados con mayor aflicción emocional (Ladwig, Marten-Mittag, Erazo y Gundel, 2001). También el estrés laboral se relacionó con mayor cantidad de síntomas físicos (Douglas, Meleis y Paul, 1997) y la aflicción psicológica con el número de condiciones crónicas padecidas (Koopmans y Lamers, 2000). Por su parte, el estrés psicológico se relacionó con la consulta médica frecuente (Jyvaesjaervi *et al.*, 1999) y el incremento en el riesgo de consultas médicas futuras (Vedsted, Fink, Olesen y Munk-Jorgensen, 2001).

La literatura sobre la relación entre estrés y morbilidad indica que tanto el estar expuesto a una situación de estrés como la percepción de estrés están relacionados con el reporte de ciertos padecimientos, dentro de los cuales, algunos parecen estar más relacionados que otros con el estrés y que esta relación es consistente en diferentes poblaciones. En términos generales, los datos son congruentes con la hipótesis de que mayor estrés psicológico incrementa la susceptibilidad a las infecciones. Cohen *et al.* (1993) apoyan la relación entre el estrés psicológico y la supresión de respuestas de anticuerpos a la inmunización. Sin embargo, algunos autores consideran que los datos parecen convincentes en el caso de respuestas inmunes secundarias, pero débiles en el caso de respuestas primarias (Cohen, Millar y Rabin, 2001).

Aflicción, bienestar y salud

Mientras el concepto de *aflicción* o *distress* se refiere a la experimentación de emociones negativas, el concepto de *bienestar* o *well-being* se refiere a cómo se evalúa la propia vida y se relaciona con el concepto de *felicidad*, en contraposición con aflicción (Lazarus y Lazarus, 1994). De acuerdo con Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), el concepto de *bienestar* puede dividirse en un componente cognitivo, como la satisfacción con la propia vida y un componente afectivo, como las emociones positivas y negativas. Estos autores consideran que la satisfacción con la vida es el aspecto más estable del bienestar; mientras que las emociones son más sensibles a fluctuaciones. La aflicción psicológica ha sido relacionada con estados de morbilidad; mientras que la satisfacción con la vida ha sido relacionada positivamente con el reporte de salud (Pavo y Diener, 1993).

El presente estudio tiene por objetivo analizar la relación entre la percepción de estrés acumulado, la satisfacción con la vida y el reporte de síntomas psicósomáticos y cómo éstos predicen la frecuencia de enfermedades y de consultas médicas. Para este propósito, a partir de la literatura revisada, se elaboró una lista de padecimientos relacionados con el estrés, así como una lista de los aspectos de la vida cotidiana relacionados con el estrés crónico. Por lo que un objetivo adicional del presente trabajo es presentar los datos de validez de las escalas creadas *ex profeso*.

En este estudio se realizó una encuesta con ambos instrumentos y una versión en español de la *Satisfaction With Life Scale* (Diener *et al.*, 1985). Se analizó el poder predictivo de estas escalas de la frecuencia de enfermedades y de consultas médicas mediante el modelamiento con ecuaciones estructurales, considerando el efecto de variables demográficas. Se espera que a mayor reporte de estrés se reporte mayor morbilidad (síntomas, enfermedad y asistencia a la consulta médica) y menor satisfacción por la vida. También se espera que a mayor puntaje de satisfacción por la vida, se reporte menor morbilidad.

Método

Sujetos

Se encuestó una muestra no probabilística de 404 alumnos y profesores universitarios, 50% mujeres, en un rango de edad de 18 a 61 años, con edad promedio de 32.11 (± 11.44) años y escolaridad promedio 16.8 (± 2.26)

años. El 38.4% correspondió a estudiantes de pregrado, 26.5% a personas graduadas y 35% a personas con estudios de posgrado. Los participantes provienen de tres universidades localizadas en la ciudad de México.

Instrumentos

Además de sexo, edad y escolaridad, medida en años de estudio, se recolectaron datos sobre la frecuencia de enfermedades y de consultas médicas en los últimos cuatro meses y se aplicaron los siguientes cuestionarios:

Escala de Estrés Percibido (EEP). Esta escala se basa en la noción de la acumulación de estrés cotidiano, derivado de las diferentes áreas en las que se desarrolla la vida típica de un adulto. Consta de 14 reactivos que cubren aspectos ambientales, familiares, sociales y laborales. Los reactivos indagan qué tan estresantes han sido estos aspectos de la vida en los últimos cuatro meses y se responden en una escala de 0 (nada estresante) a 5 (extremadamente estresante). La suma de los reactivos se divide entre el máximo posible de la escala y se multiplica por 100 para crear un índice con un rango de 0 a 100. La confiabilidad en el estudio piloto fue de $\alpha = .73$.

Escala de Síntomas Psicósomáticos (ESP). Esta escala fue construida con base en la literatura sobre síntomas relacionados con el estrés. Contiene 27 reactivos que abarcan enfermedades y síntomas tanto psíquicos como somáticos. Los ítems examinan con qué frecuencia se han padecido los síntomas y enfermedades listados en los últimos cuatro meses y se responde en una escala que va del 0 (nunca) al 5 (siempre). La suma de los reactivos se divide entre el máximo posible de la escala y se multiplica por 100 para crear un índice con un rango de 0 a 100. La confiabilidad en el estudio piloto fue de $\alpha = .86$ y la confiabilidad *test-retest* $r = .73$ en un lapso de cuatro meses.

Escala de Satisfacción con la Vida (ESV) (Diener *et al.*, 1985). Es una escala de cinco ítems que mide qué tan satisfechas se sienten las personas respecto a su vida en forma global. No tiene un marco de referencia temporal. Los reactivos se contestan con una escala que va del 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). Los puntajes se suman en un rango de 5 a 35. Los autores reportan un coeficiente de confiabilidad $\alpha = .87$, confiabilidad *test-retest* de $r = .82$ en un lapso de dos semanas y una estructura unidimensional.

Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron en forma individual, en el caso de profesores, así como en pequeños grupos, en el caso de alumnos, dentro de las instalaciones universitarias, invitando personalmente a los participantes a contestar el cuestionario en forma voluntaria y anónima.

Resultados

Los datos revelan que el 66.8% de las personas reportan haberse enfermado al menos una vez en el lapso de cuatro meses previos a la medición, con una media de 1.10 (± 1.14) veces. También reportan haber consultado a un médico por razones de enfermedad al menos una vez en ese lapso en el 44.1% de los casos, con una media de 0.86 (± 1.61) veces.

Los datos de consistencia interna de los instrumentos revelan coeficientes de confiabilidad adecuados. Las correlaciones ítem-total corregidas indican que los reactivos están en un rango adecuado de discriminabilidad. En la tabla 1 se describen las características de los instrumentos.

Para cada instrumento se realizó un análisis factorial con extracción por componentes principales y con rotación varimax. En cada caso se buscó una solución que explicará la mayor proporción de varianza y mostrará una adecuada sobredeterminación de factores.

Escala de Estrés Percibido. Para esta escala se encontró una solución de tres factores que explica el 50.27% de la varianza total, a continuación se describen los ítems que los integran ordenados por sus cargas y la confiabilidad del factor. El primer factor, denominado Área Personal, consta de los ítems: fami-

lia, estudio, pareja, amigos, dinero, compañeros e hijos ($\alpha = .72$). El segundo factor, Área Laboral, está compuesto por los ítems: colegas, jefes, subordinados y trabajo ($\alpha = .74$). El tercer factor, Área Ambiental, está formado por los ítems: ruido, tráfico y clima ($\alpha = .71$).

Escala de Síntomas Psicosomáticos. Esta escala muestra una estructura de cuatro factores que explican el 49.45% de la varianza total, a continuación se describen los ítems que los constituyen ordenados por sus cargas y la confiabilidad del factor. El primer factor, Síntomas Psicológicos, está formado por los ítems: ansiedad, irritabilidad, depresión, falta de concentración, fatiga, tensión, apetito excesivo, insomnio, sudoración excesiva, taquicardia, dolor de espalda y dolor muscular ($\alpha = .89$). El segundo factor, Síntomas Digestivos, está constituido por los ítems: colon irritable, colitis, gastritis, reflujo esofágico y úlcera ($\alpha = .78$). El tercer factor, Síntomas Migrañosos, está compuesto por los ítems: migraña, dolor de cabeza, náusea, dolor de estómago y falta de apetito ($\alpha = .74$). El cuarto factor, Síntomas Infecciosos, está integrado por los ítems: infección de vías respiratorias, gripe, otras infecciones, hiperventilación y dermatitis ($\alpha = .66$).

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener *et al.*, 1985). Ésta mostró una estructura unifactorial que explica el 66.28% de la varianza total. El orden de los ítems según sus cargas fue: “Estoy satisfecho con mi vida”; “en la mayoría de los aspectos mi vida se acerca a mi ideal”; “hasta ahora he conseguido las cosas importantes que he deseado en la vida”; “las condiciones de mi vida son excelentes y, si pudiera volver a vivirla, no cambiaría casi nada”.

Predictores de morbilidad y consulta médica. Mediante modelamiento con ecuaciones estructurales usando AMOS (Arbuckle y Wothke, 1999), se modeló un

Tabla 1. Características psicométricas de las escalas utilizadas en la muestra estudio

	<i>M</i>	<i>DE</i>	α	r_{it}	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Estrés percibido	30.44	13.91	.78	.22-.54	.32	-.08
Síntomas psicosomáticos	17.96	12.62	.91	.27-.72	1.03	.89
Satisfacción con la vida	27.14	5.52	.86	.57-.77	-1.40	2.20

Nota: *M* = media, *DE* = desviación estándar, α = coeficiente alfa de Cronbach, r_{it} = rango de correlaciones ítem-total corregidas.

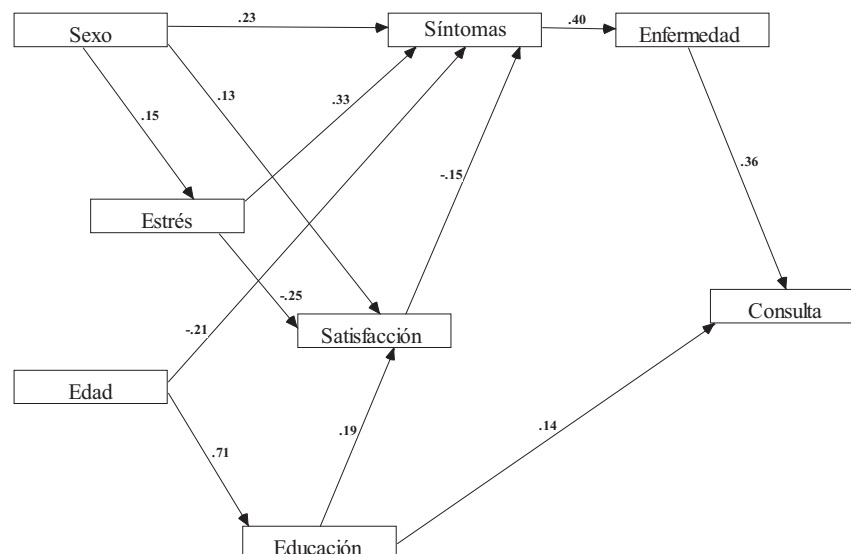
análisis de senderos de las relaciones existentes entre edad, género, educación formal, estrés, medido con la EEP, satisfacción, medida con la ESV, síntomas, medidos con la ESP, frecuencia de enfermedades y de consultas médicas. Se sometió a prueba un modelo en el que estrés predice síntomas, satisfacción, enfermedad y consulta, satisfacción predice síntomas, enfermedad y consulta, y síntomas predice enfermedad y consulta. También se exploraron las relaciones de las variables demográficas respecto a estrés, satisfacción, síntomas, enfermedad y consulta. El modelo muestra que a mayor percepción de estrés, mayor reporte de síntomas psicossomáticos y menor satisfacción con la vida. A mayor satisfacción, menor reporte de síntomas psicossomáticos. A mayor reporte de síntomas, mayor frecuencia de enfermedades y a mayor enfermedad, mayor frecuencia de consultas médicas. Sin embargo, no se pudo probar que el estrés o la satisfacción fueran predictores importantes de enfermedades ni de consultas.

Se observaron otras relaciones entre estas variables y las variables demográficas, como el que las mujeres

tienden a reportar mayor grado de estrés y mayor frecuencia de síntomas, pero también mayor satisfacción. Por su parte los más jóvenes tienden a manifestar mayor frecuencia de síntomas psicossomáticos y los de mayor educación formal tienden a reportar mayor satisfacción y mayor frecuencia de consultas médicas. Dado que ésta es una muestra de estudiantes y profesores, la fuerte relación positiva entre edad y educación formal es más bien idiosincrásica de la muestra.

El ajuste del modelo es muy bueno [$\chi^2(16) = 20.85, p = .184, CFI = .992, AGFI = .971, RMSEA = .027, pclose = .885$]. Todos los coeficientes de regresión fueron significativos a un nivel de $p < .05$ ($C. R. > 2.61$) y un análisis *bootstrap Bollen-Stine* de 500 réplicas, que prueba la H_0 de que el modelo es correcto, indica que lo es ($p = .238$). En total el modelo explica el 27.6% ($R^2 = .276$) de síntomas psicossomáticos, el 15.8% ($R^2 = .158$) de frecuencia de enfermedades y el 14.3% ($R^2 = .143$) de frecuencia de consulta médica. En la Figura 1 se muestra el modelo con los coeficientes de regresión β de los senderos.

Figura 1. Análisis de senderos con variables observadas



Sexo: Hombres = 0, Mujeres = 1.

Se muestran los coeficientes de regresión β de los senderos. No se muestran los términos de error de las variables.

Discusión

Consistente con la literatura revisada sobre la relación entre estrés percibido y morbilidad, los resultados apoyan la hipótesis de que el estrés afecta la salud y la satisfacción de quien lo padece. Sin embargo, este apoyo es parcial, ya que ni el estrés ni la satisfacción parecen influir directamente en la frecuencia de enfermedades, ni en la búsqueda de atención médica. Los datos muestran que sólo la ESP pudo predecir la frecuencia de enfermedades, pero no de consultas médicas, mientras que la frecuencia de enfermedades y la escolaridad fueron los únicos predictores de consulta médica; sugiriendo que ni el sexo, ni el estrés, ni la satisfacción con la vida pueden explicar la enfermedad y la búsqueda de atención médica. Estos resultados son contrarios a lo esperado, ya que no pudo probarse que la percepción de estrés afecta la frecuencia de enfermedad y de consulta médica. La ausencia de relación entre la ESV y la frecuencia de enfermedad y consulta también está en oposición a la relación entre satisfacción y salud documentada por sus autores (Diener *et al.*, 1985).

Los resultados sugieren una tendencia femenina a reportar mayor estrés y síntomas psicosomáticos; sin embargo, el que las mujeres también reporten mayor satisfacción con la vida parece poco congruente, ya que mayor satisfacción está asociada con menos síntomas. También está en oposición a lo esperado, dado que los autores de la ESV reportan ausencia de diferencias de género o edad respecto a la satisfacción con la vida (Diener *et al.*, 1985, Pavot y Diener, 1993). Por otra parte, la relación entre escolaridad y satisfacción no se ha reportado con anterioridad y es posible que esté relacionada con que la ESV (Diener *et al.*, 1985) hace referencia a los logros obtenidos, lo que sería consistente con que en esta muestra en particular los de mayor logro académico reporten mayor satisfacción.

Otro de los resultados no contemplados es la relación entre mayor escolaridad y mayor frecuencia de consultas. Lo que podría sugerir mayor tendencia a comportamientos de autocuidado en personas con mayor

escolaridad. Es decir, menor dilación en la búsqueda de atención médica cuando se requiera. Los datos también indican que los estudiantes jóvenes tienden a padecer más síntomas. Sin embargo, no se encontraron antecedentes que señalen esta tendencia en los jóvenes en otras muestras universitarias. Por lo que es necesaria mayor investigación al respecto.

Los resultados señalan que satisfacción con la vida se relaciona negativamente con estrés y salud en la forma esperada. Sin embargo, estas relaciones son débiles. Una posible razón de la debilidad de dicha relación es que la ESV se refiere a toda la vida en forma global, mientras que las EEP y ESP se refieren a un pasado relativamente reciente. Por otra parte, las modestas relaciones entre las EEP, ESV y ESP parecen indicar que bienestar no necesariamente significa ausencia de estrés, así como que los eventos vitales estresantes pueden afectar el riesgo de enfermedad por su carga alostática, independientemente de la autopercepción de estrés o de emociones negativas (Cohen *et al.*, 1993). Es decir, que la relación entre estrés y morbilidad no es una relación directa y simple, sino una relación muy compleja en la que existen otros factores que se deben considerar para poder entenderla.

Por otra parte, los resultados también indican que la EEP y ESP muestran adecuada confiabilidad y que tanto su estructura interna como su relación con las demás variables en el sentido esperado apoyan su validez. En conjunto, los datos sugieren que ambas escalas son instrumentos válidos y confiables y que pueden ser útiles en el estudio de las consecuencias del estrés en la salud. Por otra parte, la ESV (Diener *et al.*, 1985) muestra una confiabilidad y una estructura consistente con los datos aportados por sus autores.

En conclusión, el presente trabajo contribuye a ampliar la información sobre la relación entre estrés, satisfacción y morbilidad en una muestra mexicana de adultos y presenta datos de validación de dos escalas construidas a propósito para el estudio. Sin embargo, los datos necesitan ser replicados en muestras de población general para determinar su generalización.

Referencias

- Arbuckle J. & Wothke, W. (1999). *AMOS 4.0 User's Guide*. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Ball, K., Lee, C. & Brown, W. (1999). Psychological Stress and Disordered Eating: An Exploratory Study with Young Australian Women. *Women and Health*, 29, 1-15.
- Cohen, S., Millar, G. E. & Rabin, B. S. (2001). Psychological Stress and Antibody Response to Immunization: a Critical Review of the Human Literature. *Psychosomatic Medicine*, 63, 7-18.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. & Smith, A. P. (1993). Negative Life Events, Perceived Stress, Negative Affect, and Susceptibility to the Common Cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Douglas, M. K., Meleis, A. I. & Paul, S. M. (1997). Auxiliary Nurses in Mexico: Impact of Multiple Roles on their Health. *Health Care Women International*, 18, 355-367.
- Fava, G. A. & Sonino, N. (2000). Psychosomatic Medicine: Emerging Trends and Perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 184-205.
- Friedman, R., Schwartz, J. E., Schnall, P. L., Landsbergis, P. A., Pieper, C., Gerin, W. & Pickering, T. G. (2001). Psychological Variables in Hypertension: Relationship to Causal or Ambulatory Blood Pressure in Men. *Psychosomatic Medicine*, 63, 19-31.
- Jyvaesjaervi, S., Joukamaa, M., Vaeisaenen, E., Larivaara, P., Kivela, S. L. & Keinaenen-Kiukaanniemi, S. (1999). Alexithymia, Hypochondriacal Beliefs, and Psychological Distress Among Frequent Attenders in Primary Health Care. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 292-298.
- Kalia, M. (2002). Assessing the Economic Impact of Stress-the Modern Day Hidden Epidemic. *Metabolism*, 51 (Suppl. 1), 49-53.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.
- Kilpelainen, M., Koskenvuo, M., Helenius, H. & Terho, E. O. (2002). Stressful Life Events Promote the Manifestation of Asthma and Atopic Diseases. *Clinical and Experimental Allergy*, 32, 256-263.
- Koopmans, G. T. & Lamers, L. M. (2000). Chronic Conditions, Psychological Distress and the Use of Psychoactive Medications. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 115-123.
- Ladwig, K. H., Marten-Mittag, B., Erazo, N. & Gundel, H. (2001). Identifying Somatization Disorder in a Population-based Health Examination Survey: Psychosocial Burden and gender difference. *Psychosomatics*, 42, 511-518.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and Reason*. New York: Oxford University Press.
- Lydiard, R. B. (2001). Irritable Bowel Syndrome, Anxiety, and Depression: what are the Links? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 38-45.
- Mayer, E. A. (2000a). Psychological Stress and Colitis. *Gut*, 46, 595-597.
- Mayer, E. A. (2000b). The Neurobiology of Stress and Gastrointestinal Disease. *Gut*, 47, 861-878.
- McEwen, B. S. (2000). The Neurobiology of Stress: from Serendipity to Clinical Relevance. *Brain Research*, 886, 172-189.
- Monroe, S. M. (1983). Major and Minor Life Events as Predictors of Psychological Distress: Further Issues and Findings. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 189-205.
- Monzani, D., Casolari, L., Guidetti, G. & Rigatelli, M. (2001). Psychological Distress and Disability in Patients with Vertigo. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 319-323.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Power, C., Frank, J., Hertzman, C., Schierhout, G. & Li, L. (2001). Predictors of Low Back Pain Onset in a Prospective British Study. *American Journal of Public Health*, 91, 1671-1678.
- Tennant, C. (2000). Work Stress and Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Risk*, 7, 273-276.
- Tennant, C. (2001). Life Stress and Hypertension. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8, 51-56.
- Vanitallie, T. B. (2002). Stress: a Risk Factor for Serious Illness. *Metabolism*, 51, 40-45.
- Vedsted, P., Fink, P., Olesen, F. & Munk-Jorgensen, P. (2001). Psychological Distress as a Predictor of Frequent Attendance in Family Practice: a Cohort Study. *Psychosomatics*, 42, 415-422.