UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

TÍTULO DE LA TESIS

Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento en Médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas

Previo a la obtención del título de PSICÓLOGA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

DAYANA SALTOS ATIENCIA

NOMBRE DEL TUTOR:

MS. SONIA ORDOÑEZ DUEÑAS

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE DEL 2017

DEDICATORIA

A mi madre, por todos los sacrificios que ha realizado para darme las mejores posibilidades de superación en esta vida, por su cariño, comprensión y nunca dejar de alentarme a seguir adelante y ser valiente. Todo lo que logre será gracias a ella.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por abrir caminos en momentos de adversidad. A mis padres por su apoyo incondicional. A mi hermano Ramiro por su paciencia, todos los consejos y conocimientos que me brindó. A mis tutoras por su disposición de servicio en este proceso que he realizado. Sin ustedes nada hubiera sido posible.

Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

ESTRÉS LABORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PERTENECIENTES AL DISTRITO 09D05 DEL GUAYAS

Autor: Dayana Paola Saltos Atiencia
Tutor: Ps. Sonia Ordoñez Dueñas. MSc.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas durante el periodo mayo – septiembre del 2017

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal y con un alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 52 médicos pertenecientes al distrito 09D05 Tarqui, Tenguel – Salud. La muestra se determinó a través de un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95%. La recolección de los datos se realizó entre los meses de julio y agosto del 2017

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS) y la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989).

Entre los resultados se evidenció que la muestra presentaba estrés mínimo (28.8%), moderado (61.5%) y alto (9.5%). Se apreció que el estrés alto tiene mayor presencia en el segundo nivel de atención, en hombres, en trabajadores de contrato provisional y quienes poseen un trabajo adicional. Además, los médicos con alto estrés perciben en mayor cantidad afectada su salud, especialmente en las relaciones sociales. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas correspondieron al uso de resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social. Las estrategias menos utilizadas fueron autocrítica y retirada social. Finalmente, se encontraron correlaciones significativas entre las estrategias de autocrítica, pensamiento desiderativo, retirada social y los niveles de estrés.

PALABRAS CLAVE: Riesgos psicosociales, estrés laboral, estrategias de afrontamiento, salud del personal médico.

Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

JOB STRESS AND COPING STRATEGIES IN PHYSICIANS OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM THAT BELONG TO THE DISTRICT 09D05 OF GUAYAS

Author: Dayana Paola Saltos Atiencia
Advisor: Ps. Sonia Ordoñez Dueñas. MSc.

ABSTRACT

The objective of this study was to relate the level of job stress with the coping strategies used in physicians of the Public Health System that belong to the District 09D05 of Guayas during the period may – september, 2017.

The research had a quantitative approach, of non-experimental type, transversal and with a correlational scope. The sample consisted of 52 doctors from the 09D05 Tarqui district, Tenguel - Salud. The sample was determined through probabilistic sampling with a confidence level of 95%. Data collection was performed between July and August 2017

The instruments used were the Health Professions Stress Inventory (HPSI) of Wolfgang and the Spanish adaptation of the Coping Strategies Inventory (CSI) of Tobin, Holroyd, Reynolds and Kigal (1989).

Among the results, the sample showed minimum (28.8%), moderate (61.5%) and high (9.5%) stress. It was noted that high stress has a greater presence in the second level of care, men, temporary contract workers and those who have additional work. In addition, physicians with high stress perceive more affected their health, especially in social relations. The most used coping strategies corresponded to problem solving, cognitive restructuring and social support. The less used strategies were self-criticism and social withdrawal. Finally, significant correlations were found between the strategies of self-criticism, desiderative thinking, social withdrawal and stress levels.

PALABRAS CLAVE: Psychosocial risks, job stress, coping strategies, health of medical staff

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN 1

CAPITULO I 4

MARCO TEÓRICO 4

1.1 Antecedentes del estudio 4

1.2 Estrés 7

1.2.1 Definición de estrés 7

1.2.2 Modelos teóricos del estrés 9

1.2.3 Estrés laboral 13

1.2.4 Factores de Estrés Laboral 15

1.2.5 Personalidad y estrés laboral 17

1.2.6 Profesión y estrés laboral 17

1.2.7 Estrés laboral y salud 19

1.3 Estrategias de afrontamiento 22

1.3.1 Conceptualización 22

1.3.2 Modelos teóricos sobre las estrategias de afrontamiento 23

1.3.3 Afrontamiento y estrés 27

CAPITULO II 28

MARCO METODOLÓGICO 28

2.1 Situación problémica y formulación del problema de investigación 28

3.2 Objetivos.....29
3.2.1 Objetivo General.....29
3.2.2 Objetivos Específicos 29
3.3 Diseño metodológico 29
3.4. Hipótesis de investigación.....30
3.5 Definición de las variables, categorias o constructos 31
3.6 Población y muestra 32
3.6.1 Población.....32
3.6.2 Muestra 32
3.7 Técnicas e instrumentos 33
3.8 Procedimientos 35
CAPITULO III.....37
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 37
3.1 Primer objetivo específico: Determinar la prevalencia del estrés laboral en el personal médico. 38
3.1.1 Análisis del estrés laboral por factores.....38
3.2 Segundo objetivo específico: Evaluar el nivel de estrés laboral en función de variables sociodemográficas, condiciones de trabajo y afectaciones a la salud percibidas en el personal médico. 41
3.2.1 Estrés, características socio- demográficas y condiciones de trabajo 41
3.2.2 Estrés y afectaciones a la salud.....42
3.3 Tercer objetivo específico: Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.....44
3.3.1 Frecuencia por categorías primarias de las estrategias de afrontamiento..44
3.3.2 Frecuencia por categorías secundarias de estrategias de afrontamiento...46
3.3.3 Frecuencia por categorías terciarias de estrategias de afrontamiento 47

3.4 Cuarto objetivo específico: Correlacionar el nivel y los factores de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico. 48

3.4.1 Factores de estrés y estrategias de afrontamiento.....48

3.4.2 Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento.....50

3.5 Análisis Global: Relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.....50

CONCLUSIONES.....53

RECOMENDACIONES.....55

BIBLIOGRAFÍA.....57

ANEXOS.....62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Alteraciones físicas 20
Tabla 2. Clasificación de estrategias de afrontamiento 25
Tabla 3. Definición conceptual y operacional de las variables del estudio.....31
Tabla 4. Distribución de la población por unidades operativas.....32
Tabla 5. Unidades Operativas del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud.....71
Tabla 6. Distribución de los participantes según el sexo 71
Tabla 7. Distribución de los participantes según la especialidad 72
Tabla 8. Estado civil de los participantes.....73
Tabla 9. Distribución de los participantes por su situación laboral.....74
Tabla 10. Presencia de un trabajo adicional.....74
Tabla 11. Distribución de los participantes según su horario de trabajo 75
Tabla 12. Distribución de los participantes según su edad.....75
Tabla 13. Distribución de los participantes según años de experiencia en el MSP ...76
Tabla 14. Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día 77
Tabla 15. Medidas de tendencia central de categorías ocupacionales. 78
Tabla 16. Nivel de estrés global dentro del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud ..79
Tabla 17. Análisis por factores de estrés - Reconocimiento Profesional 81
Tabla 18. Análisis por factores de estrés - Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes 81
Tabla 19. Análisis por factores de estrés – Conflictos en el trabajo.....82
Tabla 20. Análisis por factores de estrés - Incertidumbre Profesional 83

Tabla 22. Estrategias de afrontamiento - Resolución de Problemas 85
Tabla 23. Estrategias de afrontamiento - Autocrítica.....85
Tabla 24. Estrategias de afrontamiento - Expresión Emocional 86
Tabla 25. Estrategias de afrontamiento - Pensamiento Desiderativo 87
Tabla 26. Estrategias de afrontamiento - Apoyo social 87
Tabla 27. Estrategias de afrontamiento - Restructuración cognitiva.....88
Tabla 28. Estrategias de afrontamiento - Evitación de problemas.....89
Tabla 29. Estrategias de afrontamiento - Retirada social 89
Tabla 30. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en el problema 90
Tabla 31. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en la emoción.....91
Tabla 33. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en la emoción 92
Tabla 34. Análisis de estrategias por categorías terciarias: Compromiso.....93
Tabla 35. Análisis de estrategias por categorías terciarias: Evasión 93
Tabla 36. Tipo de afectaciones físicas percibidas en los participantes.....95
Tabla 37. Otras alteraciones somáticas 95
Tabla 38. Síntomas psicológicos percibidos en los participantes 97
Tabla 39. Afectación social percibida por los participantes 98
Tabla 40. Tabla cruzada Sexo & Nivel de estrés.....99
Tabla 41. Tabla cruzada Años de experiencia en el MSP & Nivel de estrés.....99
Tabla 42. Tabla cruzada Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día & Nivel de estrés 100
Tabla 43. Tabla cruzada Situación Laboral & Nivel de estrés 101
Tabla 44. Tabla cruzada ¿Tiene otro trabajo adicional? & Nivel de estrés 101

Tabla 45. Tabla cruzada ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud? & Nivel de estrés 102
Tabla 46. Tabla cruzada Sexo & ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud? 102
Tabla 47. Tabla cruzada Sexo &Trastornos gastrointestinales 102
Tabla 48. Tabla cruzada Sexo & Trastornos musculares 103
Tabla 49. Tabla cruzada Sexo & Trastornos cardiovasculares 103
Tabla 50. Tabla cruzada Sexo & Preocupación excesiva 103
Tabla 51. Tabla cruzada Sexo & Mal humor 104
Tabla 52. Tabla cruzada Sexo & Incapacidad para concentrarse 104
Tabla 53. Tabla cruzada Sexo & Afectación en Relaciones Familiares 104
Tabla 54. Tabla cruzada Sexo & Afectación de la Relación de Amistades 105
Tabla 55. Tabla cruzada Sexo & Afectación de la Relación: Compañeros 105
Tabla 56. Tabla cruzada Apoyo social - Frecuencia & Sexo 105
Tabla 57. Tabla cruzada Sexo &Expresión Emocional - Frecuencia 106
Tabla 58. Tabla cruzada Retirada social - Frecuencia & Sexo 106
Tabla 59. Correlación: Nivel de estrés – Estrategias compromiso y evitación 106
Tabla 60. Correlación: Nivel de estrés – Categorías secundarias de estrategias de afrontamiento 107
Tabla 61. Correlación: Factores de Estrés & Estrategias compromiso y evitación .. 107
Tabla 62. Correlación: Nivel de estrés – Estrategias de afrontamiento 108
Tabla 63. Correlación: Factores de Estrés & Estrategias compromiso y evitación . 109
Tabla 64. Correlación: Factores de estrés & estrategias de afrontamiento 110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estrategias de afrontamiento según Pynes y Kaffy 25

Figura 2. Estructura orgánica de los establecimientos de Salud 65

Figura 3. Ubicación geográfica Distrito 09D05 Tarqui, Tenguel Salud.....66

Figura 4. Unidades Operativas del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud.....71

Figura 5. Distribución de los participantes según el sexo 72

Figura 6. Distribución de los participantes según la especialidad.....73

Figura 7. Estado civil de los participantes 73

Figura 8. Distribución de los participantes por su situación laboral 74

Figura 9. Distribución de los participantes según su horario de trabajo.....75

Figura 10. Distribución de los participantes según su edad.....76

Figura 11. Distribución de los participantes según años de experiencia en el MSP .77

Figura 12. Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día ..78

Figura 12b. Estrés global dentro del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud 79

Figura 13. Análisis del nivel de estrés en las unidades operativas de salud. 80

Figura 14. Análisis por factores de estrés - Reconocimiento Profesional 81

Figura 15. Análisis por factores de estrés - Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes 82

Figura 16. Análisis por factores de estrés – Conflictos en el trabajo.....82

Figura 17. Análisis por factores de estrés - Incertidumbre Profesional 83

Tabla 21. Medidas de tendencia central - dispersión de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes.....84

Figura 18. Estrategias de afrontamiento - Resolución de Problemas 85

Figura 19. Estrategias de afrontamiento - Autocrítica.....86

Figura 20. Estrategias de afrontamiento - Expresión Emocional 86
Figura 21. Estrategias de afrontamiento - Pensamiento Desiderativo 87
Figura 22. Estrategias de afrontamiento - Apoyo social 88
Figura 23. Estrategias de afrontamiento - Restructuración cognitiva.....88
Figura 24. Estrategias de afrontamiento - Evitación de problemas.....89
Figura 25. Estrategias de afrontamiento - Retirada social 900
Figura 26. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en el problema 900
Figura 27. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en la emoción 91
Figura 28. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en el problema 92
Figura 29. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en la emoción 92
Figura 30. Estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Compromiso.....93
Figura 31. Estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Evasión 94
Figura 32. Autoeficacia Percibida.....94
Figura 33. ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud? 94
Figura 34. Tipo de afectaciones físicas percibidas en los participantes.....95
Figura 35. Otras alteraciones somáticas 96
Figura 36. ¿Ha recibido terapia psicológica en los últimos meses? 96
Figura 37. Síntomas psicológicos percibidos en los participantes 97
Figura 38. El trabajo afecta o ha afectado sus relaciones sociales 98
Figura 39. Afectación social percibida por los participantes 98
Figura 40. Tabla cruzada: Percepción de afectación en las relaciones sociales & Nivel de estrés 100

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años han ocurrido una serie de cambios que han influido sobre los procesos laborales y el diseño del trabajo. Estos cambios de carácter sociodemográfico, económico, político, y tecnológico han originado nuevos riesgos psicosociales que afectan de manera negativa a la salud de los trabajadores y a su calidad de vida laboral (Monte, 2013).

En la actualidad existe el reconocimiento que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y que repercute en el desempeño de las organizaciones. Un estudio bibliográfico realizado por Montero descubrió que el estrés laboral, durante el periodo 2005 - 2016, ha aumentado a partir del año 2012, porque desde esta fecha se han publicado el 59% de los artículos en las diferentes bases de datos (Riaño Montero, 2016).

Todas las profesiones y actividades laborales generan algún grado de estrés. Sin embargo, la medicina es una carrera altamente demandante que expone fácilmente a quienes la practican a los riesgos del estrés laboral (Fares, Al Tabosh, Saadeddin, El Mouhayyar, & Aridi, 2016). El compromiso por la vida, las relaciones empático-afectivas con el enfermo y las características propias de las instituciones sanitarias, colocan a los trabajadores de la salud en una situación de riesgo permanente a raíz del profundo agotamiento (Paris & Omar, 2013). Cuando el estrés es continuo, repetido y/o durante largos periodos, favorece al deterioro de la salud, produciendo síntomas, desgaste e incremento en la frecuencia de enfermedades cardiovasculares, mentales, depresión y Burnout (Nava, Álvarez, & Román, 2014).

Es importante aclarar, que en múltiples ocasiones se suele confundir los conceptos de estrés laboral y Burnout. El Burnout es un síndrome, resultante de estar expuesto a un estrés laboral crónico (Alexandrova-Karamanova et al., 2016). Sin embargo, una gran diversidad de estudios latinoamericanos aborda el estudio del estrés laboral

determinando únicamente la prevalencia de Burnout en su población y provocando un sesgo importante en el conocimiento del fenómeno.

A nivel internacional, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el 30% de la población activa sufre estrés laboral, siendo esta cifra mayor en los países en vías de desarrollo (Aguado Martín, Bátiz Cano, & Quintana Pérez, 2013). En Ecuador, el rango de prevalencia es significativamente menor, mostrándose desde el 2 al 12% (González & León, 2012) (Trujillo Pazmiño, 2011) (Ortiz et al., 2015). Se debe resaltar que en estos estudios únicamente se midió el nivel de burnout. Otro estudio nacional, que utilizó una escala propia para medir el grado de estrés laboral en doctores, determinó una prevalencia del 23% de estrés severo, y el 51% de estrés moderado (Ávila, González, & Morocho, 2014).

En el marco de la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones se han desarrollado diversos modelos sobre el estrés, cobrando cada vez más importancia los que defienden un planteamiento interaccionista y transaccional (Herrera & Clúa, 2001). Lazarus y Folkman, pioneros de este enfoque, expresan que el estrés es una respuesta emocional, fisiológica y conductual, resultante de las transacciones entre la persona y el entorno. El impacto del estresor ambiental depende en primer lugar de la evaluación que realiza el individuo de las demandas derivadas de las condiciones exteriores de trabajo y en segundo lugar de los recursos que posee para afrontarlas (Riaño Montero, 2016).

No obstante, la cantidad de estudios que relacionan el estrés laboral con las estrategias de afrontamiento en población médica es relativamente baja. La mayoría estudia el Síndrome de Burnout. Además, en el sector de la salud se enfocan en el estudio de enfermeras, porque según varios estudios son quienes reportan los mayores niveles de estrés (Wolfgang, 1988).

Dada la poca investigación en esta área en el país, se propone el estudio del nivel de estrés laboral y su relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al distrito 09D05 del Guayas. Esta investigación aporta a el proyecto macro: “Salud organizacional y riesgos psicosociales en organizaciones de la zona 8”.

El objetivo general de la investigación fue relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas durante el periodo mayo – septiembre del 2017

Los objetivos específicos fueron determinar la prevalencia del estrés laboral; evaluar el nivel de estrés laboral en función de variables sociodemográficas, condiciones de trabajo y afectaciones a la salud; identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas y, correlacionar el nivel y los factores de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental transversal y con un alcance correlacional. Para el análisis de la información se utilizó el método hipotético deductivo. La muestra estuvo conformada por 52 médicos pertenecientes al distrito 09D05 Tarqui, Tenguel – Salud, seleccionados a través de un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95%. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS) y la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989).

Dentro de las limitaciones, se señala el escaso uso del cuestionario de Wolfgang dentro del contexto latinoamericano y la inexistencia de la interpretación del estrés por factores que fueron propuestos por el autor, pero no especificados en su estudio. Tampoco fue posible utilizar los baremos relacionales del CSI como referencia en el estudio al tener como base la población española. Sin embargo, esto no afecta a la interpretación del uso de frecuencia de las estrategias de afrontamiento.

El estudio se enmarcó en el dominio: “Desarrollo local y emprendimiento socio económico sostenible y sustentable”, en la línea de investigación: “Promoción de la calidad de vida laboral en las organizaciones que fortalecen el desarrollo potencial humano, individual y social” y en la sub-línea “Riesgos psicosociales, bienestar y calidad de vida laboral”. La investigación aporta a la consecución de los objetivos 3 y 9 del Plan Nacional del Buen Vivir 2013 – 2017.

CAPITULO I
MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del estudio

El trabajo es positivo en si mismo; no obstante, ciertas condiciones laborales poseen potencial perjudicial para la salud del trabajador. Cuando la salud psicológica resulta afectada se hace referencia a los riesgos psicosociales. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) define al riesgo psicosocial como “hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes” (Jiménez & León, 2010).

De tal forma, se puede realizar una diferenciación entre riesgos psicosociales y factores psicosociales, considerando que los primeros no son condiciones organizacionales sino hechos, situaciones o estados del organismo que tienen potencial para afectar negativamente la salud de los trabajadores.

En los últimos años, al referirse a riesgos psicosociales, se alude principalmente a una serie de riesgos específicos que pueden caracterizarse como graves e importantes. Entre los más mencionados se encuentran la violencia, el acoso laboral y el acoso sexual, burnout y el estrés laboral, preferentemente en sus formas crónica, aguda o incluso traumática (Moreno, 2014).

El estrés es, con seguridad, el principal riesgo psicosocial y el más global de todos porque se desencadena como respuesta general ante la presencia de los demás factores psicosociales de riesgo, e incluso ha sido catalogado como “el lado oscuro del trabajo”. Es por esto, la relevancia de su evaluación directa y no sólo de su estudio como un efecto (Jiménez & León, 2010).

Aunque el tema del estrés laboral ha sido ampliamente abordado, las investigaciones en el colectivo médico son menores y a nivel nacional casi

inexistentes. Estudios que aborden el estrés laboral y estrategias de afrontamiento han sido más profundizadas en otras profesiones.

Sobre el estrés laboral, a nivel internacional, se utilizó como referencia el estudio de Hernández (2003) sobre “Estrés y Burnout en 287 profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención”. Con respecto al estrés profesional, se obtuvo una prevalencia de un 50% en el grupo total de profesionales de la salud. Específicamente en los médicos, el estrés es mayor en los trabajadores del nivel primario, y particularmente en las mujeres. Las fuentes de estrés más frecuentemente identificadas fueron, en orden: necesidad de actualización de la información para mantener la competencia profesional, conflictos con superiores, sentir máxima responsabilidad en los resultados de la atención a los pacientes, bajo reconocimiento por parte de la población asistida, incertidumbre en el manejo de información con el paciente o sus familiares y cuidar de las necesidades emocionales de los pacientes.

Palacios, Nava & Paz Román (2014) midieron el estrés laboral en 724 médicos de hospitales de la ciudad de México. Los resultados que obtuvieron arrojaron que el 61% de los médicos presentaron estrés moderado y el 15% estrés alto. Se observó un porcentaje ligeramente más alto en el estrés severo de los hombres. Los porcentajes mayores de estrés alto y severo se encontraron en los que realizaban más horas de trabajo por semana, tenían mayor número de pacientes y poseían doble empleo.

Con respecto a las estrategias de afrontamiento, en Argentina, Paris & Omar (2013) realizaron una investigación titulada “Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar”, en la cual, los resultados obtenidos muestran que los médicos optan preferentemente por estrategias disfuncionales: automedicarse, evadirse del problema comiendo, fumando o bebiendo, respondiendo con cinismo o descargando la tensión en los demás. No obstante, en función al género, los médicos varones, utilizarían mejores estrategias con respecto a las médicos mujeres, dado que usan con mayor frecuencia estrategias de distanciamiento que incluyen cogniciones relativas al ocio y al empleo del tiempo libre.

A nivel nacional, Yuquilema (2015) realizó un estudio sobre “Efectos del estrés laboral y los mecanismos de afrontamiento en el personal de salud del área quirúrgica

del hospital IESS Riobamba". La investigación tuvo un alcance descriptivo y empleó un enfoque mixto, en la cual se aplicaron encuestas abiertas cuyas respuestas se categorizaron y cuantificaron. Los resultados fueron que las causales de estrés laboral son: espacios cerrados, temperatura, ruido de las alarmas, iluminación artificial permanente. Los mecanismos de afrontamiento utilizados por el personal de enfermería frente a los estímulos estresantes son: escuchar música, leer, caminar, platicar, ejercicios físicos y orar.

Finalmente, estudios que correlacionen directamente estrés laboral y estrategias de afrontamiento, son escasos en este colectivo profesional. En Escocia, Deary, Blenkin, Agius, Endler, Zealley, & Wood (1996) realizaron la investigación titulada *"Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors"* en la cual, encontraron en una muestra de 333 doctores una tendencia a utilizar las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y que su mayor uso, parece que lleva a un reporte de mayores niveles de estrés laboral. Además, otro descubrimiento fue la relación fuerte y de relevancia entre los sentimientos de estrés como resultado de las evaluaciones negativas sobre los cambios organizacionales y su relación en función al estrés general.

Por último, Bethelmy & Guarino (2008) estudiaron el "Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en 130 médicos venezolanos" y encontraron que los estilos de afrontamiento racional, por desapego emocional y por evitación presentaban una relación con el control decisional (componente del estrés laboral) y los síntomas físicos autopercibidos. De tal manera, el uso del afrontamiento racional y por desapego emocional amortiguan los efectos perjudiciales sobre la salud física autopercibida, mientras que el afrontamiento por evitación perjudica el estado de salud.

1.2 Estrés

1.2.1 Definición de estrés

Es virtualmente imposible en la actualidad leer sobre las ciencias sociales o biológicas sin encontrarse con el término estrés. Este concepto es aún más discutido en las carreras del cuidado de la salud y se encuentra también en la economía, ciencias políticas, negocios y educación. En la vida cotidiana es usual encontrarse con mensajes sobre su prevención, manejo o incluso eliminación (Lazarus & Folkman, 1984). Si bien, se suele afirmar que actualmente se vive en la "era del estrés", este fenómeno corresponde a una reacción adaptativa del sujeto a su entorno y por tanto, se evidencia desde los orígenes del ser humano. Por ejemplo, los hombres de las cavernas seguramente experimentaban estrés debido al temor de ataques de animales salvajes, la muerte por hambre, frio o el agotamiento de la misma manera que el hombre contemporáneo teme por la guerra, las caídas de las bolsas de valores, y la sobrepoblación (Goldberger & Breznitz, 2010).

Existen una gran variedad de definiciones de estrés. El término estrés proviene de la física, hace referencia a la presión que ejerce un cuerpo sobre otro, siendo aquel que más presión recibe el que puede destrozarse (Coduti, Gattás, Sarmiento, & Schmid, 2013). El término fue adoptado por la psicología y es posible encontrar diferentes conceptualizaciones en dependencia si se lo considera un estímulo, una respuesta, percepción o transacción.

1. **Como un conjunto de estímulos:**

En el siglo XX Cannon (1939) introdujo el concepto de "homeostasis" como la coordinación de mecanismos que permiten mantener el equilibrio dentro de un organismo (Goldberger & Breznitz, 2010). Desde este enfoque el estrés correspondería a todos los estímulos o condiciones ambientales (estresores) que generen un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos. Frente al estrés, el organismo se vuelve vulnerable ante enfermedades debido a la pérdida de equilibrio, aún más si esta condición se mantiene de forma crónica.

2. Como una respuesta.

Uno de los conceptos más citados de estrés, pertenece a Hans Selye (1960), que definió al estrés como “el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico, pero sin una causa particular”, o como “una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él” (Daneri, 2012).

El estrés bajo este enfoque es un proceso psicofisiológico que es desencadenado mediante una demanda. Algo característico del estrés es la gran diversidad de situaciones– excitación emocional, esfuerzo, miedo, fatiga, dolor, concentración, humillación, pérdida de sangre, e incluso un gran inesperado logro - que tienen el potencial de provocarlo, sin que se pueda asociar ningún factor específico como principal causa (Goldberger & Breznitz, 2010).

Ante una demanda y la necesidad de supervivencia inherente en todos los seres vivos se produce un ajuste interno y externo, que provoca la movilización de recursos físicos y mentales que permitan mantener la homeoestasis. Selye no consideraba al estrés como el estímulo o demanda ambiental, al contrario, consideraba como estrés el conjunto de reacciones que eran desencadenadas para responder a tal demanda.

3. Como una transacción.

Lazarus y Folkman (1986) plantearon el concepto de estrés como una transacción que supone la influencia recíproca entre el medio y la persona. Esta postura también se ha denominado como “estrés psicológico” dado que enfatiza la relación particular del individuo que evalúa su entorno como amenazante o no, o si es un riesgo para su bienestar general. Es decir, es la persona que según su apreciación determina si una situación particular es o no estresante. Por tanto, las diferencias individuales –motivaciones, actitudes y experiencias - presentan un rol significativo en los procesos de estrés, dado que influyen no sólo en cómo se valoran las demandas sino también que determina los estilos de afrontamiento que se utilizarán.

Desde esta postura, Sarafino (1999) define el estrés como “el estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba una discrepancia entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona”.

Cuando las demandas del ambiente superan los recursos disponibles del sujeto, ocurre un desequilibrio que produce el estrés. Como resultado, se desarrollan una serie de reacciones adaptativas que movilizan recursos para poder dar una respuesta adecuada a las diferentes demandas ambientales (Fernández, 2011).

1.2.2 Modelos teóricos del estrés

Las teorías que se enfocan en la relación específica entre las demandas externas (estresores) y los procesos corporales (estrés) pueden ser agrupadas en dos diferentes categorías: Enfoques del “estrés sistemático” basado en la fisiología y la psicobiología, y los enfoques de “estrés psicológico” desarrollado en el campo de la psicología cognitiva.

Estrés sistemático: El modelo de Selye.

La popularidad del concepto de estrés en la ciencia apareció con el trabajo del endocrinólogo Hans Selye. En un gran número de animales el observó que una variedad de eventos estimulantes – calor, frío, agentes tóxicos – al ser aplicados con la intensidad y duración suficientes tenían la capacidad de producir efectos similares independientemente del estímulo concreto. Sin embargo, aunque se refiera a efectos comunes, cada estimulo en sí mismo produce una reacción específica. Los cambios en la temperatura ocasionan cambios en el sistema circulatorio, aun cuando el calor produce vasodilatación y el frío vasoconstricción. De acuerdo con Selye, estos cambios no específicos constituyen un patrón de respuesta estereotípico del estrés sistemático.

Este patrón de respuesta estereotípico, ha sido denominado “Síndrome General de Adaptación” y ocurre en tres etapas:

a) **La reacción de alarma**, incluye dos fases. La fase de *shock* inicial y una fase posterior de contra choque. La fase de choque incluye el aumento de la excitabilidad automática, un incremento en la descarga de adrenalina, y ulceraciones gastrointestinales. La fase de contrachoque marca el inicio del proceso de defensa y es caracterizado por el incremento de la actividad adrenocortical.

b) **El estado de resistencia**, aparece si el estímulo estresor nocivo se mantiene. En esta fase, los síntomas de la reacción de alarma desaparecen, lo cual se puede considerar como un indicador de que el organismo se ha adaptado al estresor. No obstante, mientras la resistencia al estímulo nocivo aumenta, al mismo tiempo, la resistencia a otros tipos de estresores disminuye.

c) **El estado de agotamiento** ocurre si la estimulación aversiva aún persiste. La capacidad del organismo para adaptarse al estresor es agotada, y los síntomas de la reacción de alarma reaparecen, pero la resistencia no es una posibilidad ahora. Aparecen daños irreversibles a los tejidos, y si la estimulación continúa, el organismo muere (Krohne, 2002).

Si bien Selye fue pionero e influenció a toda una generación de investigadores con su trabajo, su teoría presentaba debilidades que pronto se hicieron visibles. En primer lugar, la concepción de Selye sobre el estrés como una reacción a múltiples y diferentes eventos provocó que el concepto de estrés se torne un sinónimo de otros términos como ansiedad, conflictos, amenazas y, por tanto, corría el riesgo de perder su valor científico.

Otras críticas se direccionaron sobre el tipo de estímulos que provocaran que el Síndrome General de Adaptación se desencadene. Mason (1975) señaló que los estresores utilizados por Selye, tenían unas características emocionales comunes: todos eran nuevos, extraños y no familiares para el animal. De tal forma, el estado del animal podía ser descrito como indefenso, con gran incertidumbre y fuera de control. Es decir, que era muy probable que la respuesta hormonal del organismo estaba relacionada en realidad al impacto emocional de tales estresores más que la situación

en sí mismo. Mason validó su argumento al demostrar mediante experimentos donde eliminó la incertidumbre del estresor que el Síndrome General de adaptación no se manifestaba.

Estas críticas llevaron a un segundo y más profundo argumento: A diferencia del estrés en animales investigado por Selye, el estrés experimentado por humanos es casi siempre el resultado de una mediación cognitiva. Selye no logró especificar los mecanismos que explicaran la transformación cognitiva de un evento nocivo objetivo, a una experiencia subjetiva de estrés. Además, tampoco consideró los mecanismos de afrontamiento como mediadores importantes dentro de la relación estrés – respuesta. Ambos son temas centrales para las teorías psicológicas del estrés elaboradas por el grupo de Lazarus (Krohne, 2002).

Pese a sus deficiencias, la teoría de Selye es útil para poder explicar las consecuencias fisiológicas del estrés en las personas, y es bajo este objetivo que se lo utiliza en el presente estudio.

Estrés psicológico: El modelo de Lazarus

La teoría de Lazarus ha sufrido modificaciones desde su primera presentación. En la actualidad, el estrés es considerado un concepto relacional, es decir, el estrés no se etiqueta como un tipo específico de estímulo externo y tampoco como un patrón específico fisiológico, de comportamiento o de reacciones subjetivas. En su lugar, estrés se visualiza como una relación o “transacción” entre el individuo y su entorno.

Dos son los conceptos centrales de cualquier teoría de estrés psicológica:

1. Evaluación: Ante cualquier suceso desencadenante, es vital que el sujeto realice una evaluación individual de su significancia e impacto para su bienestar general y,
2. Afrontamiento: Aquellos esfuerzos individuales de acción o pensamiento diseñados para manejar demandas específicas que impone la situación desencadenante (Lazarus, 1993).

Por tanto, el estrés psicológico hace referencia a la relación entre el entorno que la persona evalúa como significante y a las demandas o recursos de afrontamiento que tiene disponibles.

El concepto de evaluación, factor clave para la comprensión de las transacciones relevantes que ocurren en el estrés, se basa en la idea de que los procesos emocionales (incluido el estrés) son dependientes de las expectativas que las personas manifiestan con respecto a la significancia y resultado de un encuentro específico. De tal manera, permite explicar las diferencias individuales que ocurren en función de calidad, intensidad, y duración de una emoción que ha sido provocada en ambientes que son objetivamente iguales para diferentes individuos.

Asimismo, un gran número de factores pueden contribuir a mantener, o alterar la evaluación que se ha realizado de un acontecimiento. Dentro de los factores individuales más importantes se encuentran las disposiciones motivacionales, metas, valores y expectativas generalizadas. Por otro lado, algunos de los factores situacionales más relevantes son la predictibilidad, la controlabilidad y la inminencia de un evento potencialmente estresante (Krohne, 2002).

Lazarus expuso en su teoría que existían dos formas básicas de evaluación:

1. **Evaluación primaria:** El individuo realiza un análisis del evento y determina si este tiene potencial de alterar su bienestar o si, por el contrario, es inofensivo. Está conformada por tres componentes:

   La relevancia de la meta. Describe la medida en que un encuentro se relaciona a cuestiones sobre las que la persona se preocupa.

   La congruencia de la meta. Evalúa la medida en que un episodio se desarrolla de acuerdo con las metas personales.

   El tipo de implicación del ego. Hace referencia a aspectos del compromiso personal como la autoestima, los valores morales, el ego-ideal o la identidad del ego.

2. **Evaluación secundaria.** El individuo evalúa los recursos que posee para hacer frente a la situación. Está relacionada a los mecanismos de afrontamiento. Se estructura de igual manera por tres componentes:

   La culpa o el crédito. Se derivan de la evaluación de quién es responsable de un determinado suceso.

   Haciendo frente a la posibilidad. Implica la evaluación sobre las perspectivas de generar ciertas operaciones conductuales o cognitivas que influirán positivamente en un encuentro personalmente relevante.

   Las expectativas. Se refieren a la evaluación del curso ulterior de un encuentro con respecto a la congruencia o incongruencia del objetivo.

Los patrones específicos de evaluación primaria y secundaria conducen a diferentes tipos de estrés, referidos a continuación:

1. **Daño.** El sujeto determina que el perjuicio psicológico o físico / material ya ha ocurrido.
2. **Amenaza**. Es la anticipación del daño que puede ser inminente.
3. **Desafío**. La persona se siente segura de que podrá dominar la situación y obtener los resultados esperados (Krohne, 2002).

La teoría de Lazarus permite relacionar el estrés con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Es la teoría base que guía este estudio.

1.2.3 Estrés laboral

El concepto de estrés laboral aparece en la segunda mitad del siglo veinte; sin embargo, su investigación fue impulsada recién a finales de los años cincuenta, gracias al proyecto de investigación desarrollado por la Universidad de Michigan. Adjuntos a este proyecto, Kahn, Wolfe, Quinn, Snoeck y Rosenthal (1964) publican su libro: Estrés organizacional, en el cual se abarcan los temas de conflicto de rol y ambigüedad. Y que generaría un gran impacto en investigaciones posteriores. La segunda corriente que obtuvo gran importancia y que planteó el rediseño del puesto

con autores como Turnes, Lawrence, Lawler y Oldham, apareció entre los años sesenta y setenta. Sin embargo, ambas corrientes sólo fueron integradas hasta año 1979, cuando Karasek propone su teoría de modelo de demanda – control. A partir de este momento, la atención científica dedicada a este tema se incrementó exponencialmente, captando no sólo la atención de investigadores, sino también de gobiernos y organizaciones internacionales (Hernández, Soria & Silla, 2003).

En la actualidad, los constantes cambios actuales, las modificaciones en la estructura y naturaleza del trabajo, han llevado a que la experiencia del estrés sea cada vez más frecuente y común entre los trabajadores. Sin embargo, como se ha expuesto anteriormente en este capítulo, la palabra estrés es un término que compete a diversas áreas del conocimiento y, por tanto, es necesario delimitar este concepto al ámbito organizacional. A continuación, se exponen algunos conceptos sobre estrés laboral:

> Forma específica de estrés que ocurre en el contexto del trabajo, donde se pueden identificar una serie de situaciones o factores generales y específicos, que actúan aislados o conjuntamente como agentes estresores. Sus consecuencias no se limitan a la esfera profesional, sino que también a la vida personal y familiar (Martínez, 2004).

> Respuestas físicas y emocionales dañinas, que aparecen cuando las características del trabajo no corresponden a la capacidad, recursos y necesidades de los trabajadores (NIOSH)

> Proceso en donde intervienen estresores o demandas laborales de diversa índole, consecuencias del estrés (o strain), y también recursos, tanto de la persona como del trabajo (Schaufeli y Salanova, 2002).

> Conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos

niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación (Europeia,1999).

Como se puede apreciar, en el ámbito empresarial es común otorgar al estrés una valoración negativa, a pesar, de que la literatura nos permite distinguir entre el distrés, un estrés negativo y perjudicial para la organización y el individuo, y el eustrés, estrés positivo y desafiante, que motiva al trabajador y produce satisfacción e incluso alegría.

1.2.4 Factores de Estrés Laboral

Entre los factores que produce estrés se utilizará la clasificación de Martínez Selva (2004) que los distingue de la siguiente manera:

Condiciones físicas del trabajo: la temperatura, la pureza del aire, el espacio físico, la luminosidad, el ruido, el mobiliario, las máquinas e instrumentos de trabajo.

La distribución temporal del trabajo: la duración, su distribución a lo largo del día, el trabajo nocturno o el trabajo por turnos, y la velocidad a la que se completa.

Los factores de personalidad: Existen personas que prefieren llevar un ritmo de trabajo elevado, pueden soportar encargos de tareas para finalizarlas con límites de tiempo ajustados y se sienten cómodos trabajando así.

La demanda o carga de trabajo: La sobrecarga es una de las fuentes más frecuentes del estrés, y se divide en sobrecarga cuantitativa, cuando se exige una gran cantidad de tarea, y en sobrecarga cualitativa, cuando se evalúa la calidad de los resultados esperados, nivel de responsabilidad y grado de dificultad. Es común que en la actualidad se espere de los trabajadores mayores habilidades y destrezas. La competitividad excesiva y la inseguridad en el puesto son características comunes de los empleos en el ahora. Uno de los resultados es la pobre conciliación entre la vida laboral y familiar.

Nivel ocupacional y de las tareas que desempeña el trabajador. La ambigüedad en el rol surge por la falta de definición en las funciones del puesto, o la información insuficiente. El conflicto del rol aparece frente a la discrepancia entre la descripción del trabajo y lo que los demás realmente esperan.

Las relaciones sociales: El apoyo social y las relaciones sociales permiten adaptarse mejor a situaciones estresantes. Los conflictos en el trabajo derivan en un mal clima laboral. Por otro lado, la falta de relación con las personas en el trabajo, el aislamiento social y la ausencia de apoyo también son potenciales estresores que el fomento de habilidades sociales puede atenuar (Martínez, 2004).

De los factores expuestos se complementará el de relaciones sociales en base a la clasificación propuesta por Kasl (1991) para su profundización:

Aspectos interpersonales - trabajo de grupo: Posibilidades de interacción con los colegas (en el trabajo, en los descansos y después del trabajo); tamaño y cohesión del grupo primario de trabajo; reconocimiento por el trabajo realizado; apoyo social; apoyo instrumental; carga de trabajo equitativa; y acoso.

Aspectos interpersonales – supervisión: Participación en la toma de decisiones; recibir *feedback* y reconocimiento del supervisor; ofrecer *feedback* al supervisor; cercanía de la supervisión; apoyo social; apoyo instrumental; exigencias poco claras o contradictorias; y acoso (Europeia,1999).

Según algunos estudios cuatro estresores laborales han confirmado sus efectos nocivos en la salud: la existencia de un escaso control (influencia) sobre el contenido de la tarea, las elevadas exigencias psicológicas del entorno de trabajo, el insuficiente apoyo social de compañeros y superiores y la escasez de recompensas o compensaciones (Río, Sánchez, Sánchez, & Iniesta, 2005). Además, es importante tener en consideración el rol de las diferencias individuales y de personalidad frente a la aparición de estrés. Esto se debe a que la evaluación que cada persona realiza de

cada uno de los factores antes descritos influirá en su reacción y puede que ésta sea mejor o peor según el caso.

1.2.5 Personalidad y estrés laboral

Existen ciertos rasgos en la personalidad de las personas que pueden predisponerlos a sufrir de estrés con mayor facilidad. El nivel de estrés tolerable antes de experimentar síntomas preocupantes se conoce como umbral del estrés, al cual se llega con más o menos rapidez según el tipo de personalidad, ya sea “A” o “B”.

Según Montufar (2012) la personalidad tipo “A” incluye a individuos impetuosos, competentes, que se fijan normas elevadas de desempeño y se someten a presiones de tiempo constantemente, y lo cual repercute en desórdenes físicos. Por su parte, las personalidades tipo “B” suelen mostrar actitudes más relajadas frente a las situaciones y el tiempo, aceptan las situaciones como se presenten y trabajan con ellas en lugar de enfrentarlas, esto contribuye a que su propensión a padecer problemas relacionados con la tensión sea menor.

Moreno, Garrosa y Gonzales (2000) establecen que aquellas personas que tienen un patrón de conducta tipo A son más proclives a sufrir estrés. Rotter (1996) señala que las personas cuyo Locus de control es externo, muestran mayores síntomas relacionados con el estrés debido a que sienten que no pueden controlar de manera directa la situación estresante y que se origina por causas externas (Domínguez, 2015).

1.2.6 Profesión y estrés laboral

Los distintos factores de riesgo de estrés laboral dependerán de la profesión que se ejerza, dado que cada profesión presenta una relación específica con su ambiente, en función a características y demandas que este impone al trabajador.

Según la Real Academia Española, la medicina es el “conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan

producir". (RAE, 2014). Por tanto, se entenderá como médico a todo profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina.

La obstetricia según la Real Academia Española es "parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio" (RAE, 2014). En Ecuador, los obstetras y las obstetrices son considerados como profesionales de la medicina que tratan las enfermedades ginecológicas desde la niñez hasta la posmenopausia. Atienden el embarazo, parto normal, y puerperio (posparto), planificación familiar y detección del cáncer (El Universo , 2005).

Por otro lado, en Ecuador, el Sistema Nacional de Salud clasifica a los establecimientos de salud por niveles de atención y según su capacidad resolutiva en: Primer Nivel de Atención; Segundo Nivel de Atención; Tercer Nivel de Atención; Cuarto Nivel de Atención; y, Servicios de Apoyo, transversales a los Niveles de Atención (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Dentro del presente estudio se visualizan dos niveles de atención, el primario y el secundario, los cuales se caracterizan a continuación:

> **Primer nivel de atención:** Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención constituyen la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Entre sus funciones se encuentra la facilitación y coordinación del flujo del usuario dentro del sistema. Además, prestan servicios de promoción y prevención de la salud, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidados paliativos; así como atención de urgencia y emergencia de acuerdo con su capacidad resolutiva. En estas unidades se realiza la derivación a los siguientes niveles. Son ambulatorios y resuelven problemas de salud de corta estancia. Se clasifican de la siguiente manera: Puesto de Salud; Consultorio General; Centro de Salud A; Centro de Salud B y, Centro de Salud C (Ministerio de Salud Pública, 2015).
>
> **Segundo nivel de atención:** En este nivel se encuentran los establecimientos que prestan servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Otras modalidades de atención, no

> basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, incluyen la cirugía ambulatoria y el centro clínico quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día). Se clasifican en Ambulatorio y Hospitalario. En el ámbito ambulatorio se encuentran: los Consultorios de Especialidad (es) Clínico – quirúrgico; los Centros de Especialidades, los Centros clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día). En el ámbito hospitalario se tienen los Hospitales Básicos y los Hospitales Generales (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Es importante realizar esta diferenciación, porque la atención primaria de salud y la atención hospitalaria presentan características específicas con respecto a su contenido de trabajo, organización, relación del profesional de la salud con los pacientes, prestigio social, posibilidad de promoción y recompensas. Comprender las características específicas de este colectivo ayuda a la comprensión de las diferentes demandas y exigencias que se le imponen, y de su posible incidencia en la aparición del estrés laboral (Hernández, 2003).

1.2.7 Estrés laboral y salud

Es relevante considerar que el estrés es un proceso escalonado que comienza con síntomas leves, como puede ser el cansancio o fatiga, y que si no se le da la respectiva importancia puede escalar hasta niveles altos o severos en los cuales el desempeño y la productividad de los trabajadores se ve afectado provocando grandes pérdidas a la organización. A medida que el estrés aumenta, sus consecuencias en la salud se hacen más visibles.

En general, las consecuencias del estrés son abundantes. Una gran proporción de ellas son disfuncionales, dado que alteran el equilibrio del individuo y son perjudiciales para su salud. Estas consecuencias se pueden asociar mediante una relación directa y primaria al trabajo, y otras, en menor cantidad, se visualizan de forma indirecta a través de efectos secundarios. A continuación, se enlista las principales alteraciones relacionadas al estrés tanto físicas, psicológicas y sociales que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España ha identificado en sus diferentes investigaciones.

Consecuencias físicas

La teoría de Selye permite comprender como ante situaciones de estrés crónicas, la activación psicofisiológica sostenida desencadena finalmente eventos clínicos que se manifiestan en enfermedades agudas o crónicas. En el siguiente cuadro se exponen algunas alteraciones físicas, consecuencias de la respuesta inadaptada del organismo ante agentes estresores (Delgado,1999).

Tabla 1. Alteraciones físicas

Trastornos Gastrointestinales	▪ Úlcera péptica ▪ Dispepsia funcional ▪ Intestino irritable ▪ Colitis ulcerosa ▪ Aerofagia ▪ Digestiones lentas
Trastornos Cardiovasculares	▪ Hipertensión arterial ▪ Enfermedades coronarias: Angina de pecho Infarto de miocardio ▪ Arritmias cardíacas
Trastornos Respiratorios	▪ Asma bronquial ▪ Hiperventilación ▪ Disnea ▪ Sensación de opresión en la caja torácica
Trastornos Endocrinos	▪ Hipoglucemia ▪ Diabetes ▪ Hipertiroidismo ▪ Síndrome de Cushing
Trastornos Sexuales	▪ Impotencia ▪ Eyaculación precoz ▪ Vaginismo ▪ Coito doloroso ▪ Alteraciones de la libido

Trastornos Dermatológicos	▪ Prurito ▪ Dermatitis atípica ▪ Sudoración excesiva ▪ Alopecia ▪ Tricotilomanía
Trastornos musculares	▪ Tics, calambres y contracturas ▪ Rigidez ▪ Dolores musculares ▪ Alteraciones en los reflejos musculares: Hiperreflexia - Hiporreflexia.
Otros	▪ Cefaleas ▪ Dolor crónico ▪ Insomnio ▪ Trastornos inmunológicos: Gripe Herpes ▪ Falta de apetito ▪ Artritis reumatoide

Fuente: Delgado,1999

Consecuencias psicológicas

Las alteraciones fisiológicas en el cerebro se manifiestan a través de alteraciones en las conductas. Una activación reiterada de la respuesta al estrés produce entre otros los siguientes efectos negativos:

- Preocupación excesiva
- Incapacidad para tomar decisiones
- Sensación de confusión
- Incapacidad para concentrarse
- Dificultad para mantener la atención
- Sentimientos de falta de control
- Sensación de desorientación
- Frecuentes olvidos
- Bloqueos mentales
- Hipersensibilidad a las críticas
- Mal humor

- Mayor susceptibilidad a sufrir accidentes
- Consumo de fármacos, alcohol, tabaco ...

Si estos síntomas se mantienen pueden degenerar en trastornos psicológicos. Entre los más frecuentes se encuentran:

- Trastornos del sueño
- Ansiedad
- Miedos y fobias
- Adicción a drogas y alcohol
- Depresión y otros trastornos afectivos
- Alteración de las conductas de alimentación
- Trastornos de la personalidad
- Trastornos esquizofrénicos

Consecuencias en las relaciones sociales

Las consecuencias antes descritas pueden llevar al deterioro y ruptura de las relaciones interpersonales, entre las que se consideran a la familia, los compañeros de trabajo y otro tipo de amistades sociales (Delgado,1999).

1.3 Estrategias de afrontamiento

1.3.1 Conceptualización

En un inicio, los expertos consideraban que cualquier persona sometida a ciertas condiciones estructurales del entorno sufriría estrés y agotamiento emocional. No obstante, en investigaciones posteriores se confirmó que el nivel de estrés de una persona dependerá en gran medida de su capacidad de afrontar una situación específica y la relevancia que le brinde a dicho evento.

Lazarus y Folkman (1984) definen a las estrategias de afrontamiento como “Aquellos esfuerzos cognitivos, conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordadores de los recursos del individuo”

De tal manera, las estrategias de afrontamiento se relacionan directamente con los recursos que posee una persona frente a un evento. Estos recursos pueden ser materiales, psicológicos o personales, en donde se considera desde la salud física, las creencias y valores, motivación, locus de control, capacidad de resolución de problemas hasta los medios materiales que tiene disponible para resolver la situación

Además, esta definición contiene las siguientes implicaciones:

1) Se clasifica las estrategias de afrontamiento según ciertas características del proceso de afrontamiento y no en función a sus efectos.
2) El proceso contiene reacciones conductuales y cognitivas.
3) En general, el afrontamiento se configura a través de diferentes actos individuales que se organizan en secuencia para formar un episodio. Ante un evento, se utiliza más de una secuencia de acción al mismo tiempo; por tanto, el afrontamiento se caracteriza por la interconexión entre esos episodios.
4) Los estilos de afrontamiento se clasifican de acuerdo con el enfoque con el que abordan la situación (Fernández, 2011).

Es importante resaltar la diferencia entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Fernández Abascal (1997) señala que los primeros responden a "predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su actividad temporal o situacional". Por su parte, Pelechano (2000) establece que ambos constructos serían complementarios. Sin embargo, mientras los estilos de afrontamientos indican una pauta inalterable de respuesta frente al estrés, las estrategias de afrontamiento son métodos flexibles que permiten la adaptación en dependencia de las circunstancias (Domínguez, 2015).

1.3.2 Modelos teóricos sobre las estrategias de afrontamiento

A continuación, se describen dos enfoques cuya teoría y metodología difieren con respecto al afrontamiento:

Afrontamiento como un estilo personal de hacer frente a distintas situaciones estresantes: Se utilizan los estilos de afrontamiento como conjunciones de las

estrategias de afrontamiento y que harían referencia a las disposiciones personales del sujeto para enfrentar situaciones estresantes. Dentro de este enfoque se encuentran los modelos de:

Estilos represor/sensibilizador de Byrne (1964). El primero tiende a la negación y evitación, mientras que el segundo es más vigilante y expansivo. Se trata de un constructo unidimensional del afrontamiento con dos polos.

Estilos cognitivos incrementador (*monitoring*) /atenuador (*blunting*) de Miller (1987). Modelo basado en los modos de procesamiento cognitivos de la información amenazante. El término *monitoring* señala el nivel de alerta y sensibilización del individuo hacia información relacionada a alguna amenaza. Por otro lado, *blunting* hace referencia al grado de evitación o transformación cognitiva de la información de una amenaza.

Modo vigilante-rígido / modo evitador-rígido / modo flexible / modo inconsistente de Kohlmann (1993). El modo vigilante rígido es similar al sensibilizador de Byrne, el modo evitador rígido al represor de este mismo autor, el modo flexible hace referencia al uso adaptable de las estrategias en función de la situación, y el modo inconsistente es el que utilizan las personas ansiosas (Fernández, 2011).

Un enfoque alternativo es el propuesto por el grupo de Lazarus que conceptualiza el afrontamiento como un proceso, siendo su clasificación sobre las estrategias de afrontamiento la más utilizada hasta el momento.

Lazarus divide el afrontamiento entre las estrategias centradas en la acción y las estrategias centradas en la emoción. Las primeras son consideradas como estrategias directas en donde las personas se dedican a la resolución del problema modificando el entorno. Las segundas, denominada indirectas, se basan en que la persona busca solucionar el problema preocupándose del control de todas las emociones que les produce la situación vivida (Domínguez, 2015).

Pynes y Kaffy (1981) aportan a este modelo, añadiendo dos dimensiones nuevas: activo/inactivo a la clasificación realizada por Lazarus. El resultado es una clasificación de cuatro tipos de estrategias: directa/ activa, en donde se intenta cambiar el hecho estresante; directa/inactiva, donde se ignora el hecho estresante; indirecta/ activa, el sujeto busca apoyos en la relación con otras personas o realizar actividades que reducirán el estrés; indirecta/ inactiva, la persona utiliza diversos mecanismos como el consumo de sustancias para evitar la situación de malestar (Domínguez, 2015).

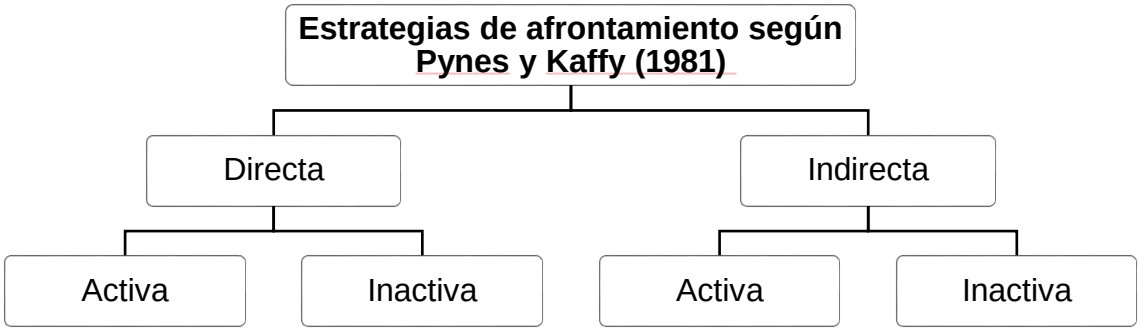


Figura 1. Estrategias de afrontamiento según Pynes y Kaffy

Otros autores como Caver, Seller y Weintraub (1989) crearon una clasificación más amplia utilizando quince variables para clasificar las estrategias de afrontamiento.

Tabla 2. Clasificación de estrategias de afrontamiento

Tipo de estrategia	Significado
1. Afrontamiento activo	Llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.
2. Planificación	Pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
3. Búsqueda de apoyo social Instrumental	Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
4. Búsqueda de apoyo social Instrumental	Buscar obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.

5. Suspensión de actividades distractoras	Quitar la atención de otras actividades en las que se pueda estar implicado, para concentrarse de forma más completa en el estresor.
6. Religión	Aumentar su implicación en actividades religiosas.
7. Reinterpretación positiva y crecimiento personal	Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona o a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
8. Refrenar el afrontamiento	Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
9. Aceptación	Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
10. Centrarse en las emociones y desahogarse	Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
11. Negación	Intentar rechazar la realidad del suceso del estresor.
12. Desconexión mental	Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o auto distracción
13. Desconexión conductual	Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
14. Consumo de alcohol y drogas	Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor
15. Humor	Hacer bromas sobre el estresor.

Fuente: Domínguez, 2015
Autor: Barría 2011

1.3.3 Afrontamiento y estrés

Existe una acumulación de evidencia que vincula a los estilos de afrontamiento con el estrés. Al comienzo, los estilos de afrontamiento fueron estudiados como una característica relativamente estable de la persona, independientemente de la naturaleza de la tarea o situación, demostrándose que ciertos estilos de afrontamiento inflexibles pueden estar asociados a mayores niveles de estrés (Montero, Prado, Demarzo, Gascon, & García, 2014).

Posteriormente, el énfasis fue depositado en la relación entre los estilos de afrontamiento y la situación (Lazarus & Folkman,1984). Los estudios tempranos brindaban soporte a la idea de que el afrontamiento enfocado en el problema era una mejor estrategia sobre el enfrentamiento enfocado en la emoción. No obstante, se descubrió después que existían sub-factores que no permitían realizar la aplicación de tal conclusión general (Weimberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ, 1979).

De tal manera, el grupo de Lazarus consideró que el afrontamiento es independiente de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no, dependiente del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para cambiar la situación. El afrontamiento enfocado en el problema no es apropiado para enfrentar el estrés si la situación es incontrolable o crónica, más bien, podría conducir en este caso, a una progresiva desconexión conductual (Auerbach SM, Kendall PC, Cuttler HF, Levitt NR, 1976). El afrontamiento basado en la emoción ha sido visto perjudicial si implica distanciamiento, evitación dependiendo de la situación, pero ha sido una estrategia efectiva si involucra una reevaluación positiva (Haberthür AK ,2009).

Un estudio reciente, indica que el distanciamiento considerado hasta ahora una estrategia desadaptativa pudiera ser adaptativa si incluye cogniciones sobre planificación de actividades recreativas y placenteras consideradas promotoras de salud mental. Este hallazgo se alinearía a las postulaciones de Folkman y Moskowitz (2004) al aportar evidencias para encarar una reclasificación de las estrategias focalizadas en la emoción, dado que la evitación al menos entre los trabajadores de la salud podría funcionar como generadora de bienestar (Paris, L., & Omar, A., 2013).

CAPITULO II
MARCO METODOLÓGICO

2.1 Situación problémica y formulación del problema de investigación

El Ministerio de Salud Pública MSP fue creado por la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 del 6 de junio de ese mismo año, durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez.

El 28 de mayo del 2012, durante el Gobierno del Ec. Rafael Correa se crea la dirección Zonal 8 que abarca a Guayaquil, Duran y Samborondón. Dentro de esta zona se encuentra el Distrito 09D05 Tarqui 1 – Tenguel, al cual pertenecen cuatro centros de salud y un hospital básico. Dentro del distrito trabajan aproximadamente 267 profesionales.

El proyecto está enfocado en médicos que no se encuentran en cargos directivos. Se seleccionó a esta población por la poca investigación que existe referente a este colectivo, y que debido a los cambios en gestión administrativa desde el 2012, han tenido que afrontar una multiplicidad de situaciones nuevas que exigen y colocan mayor presión en sus tareas diarias.

El estrés laboral, constituye un factor de riesgo psicosocial para la salud de los individuos con importantes repercusiones en el ámbito económico y social (EU-OSHA, 2006). Un trabajador estresado suele presentar problemas de salud, desmotivación, disminución en su productividad, y baja atención en las medidas de seguridad laboral. Además, el estrés puede conducir a disfunciones físicas, mentales y sociales; incluso dañar la salud, mermar la productividad y afectar los círculos familiares y sociales del empleado (PAHO, 2016).

La investigación contribuirá a detectar estrategias de afrontamiento, que puedan ser utilizadas como potenciadoras del bienestar psicológico y protectoras del estrés laboral. Además, los resultados de esta investigación aportarán información al proyecto macro, al cual pertenece esta investigación, y cuyo objetivo es reconocer los riesgos psicosociales en organizaciones de la zona 8.

De tal manera, el problema de investigación planteado en el estudio fue:

¿Existe relación entre el nivel de estrés laboral y las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas durante el periodo mayo – septiembre del 2017?

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas durante el periodo mayo – septiembre del 2017

3.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia del estrés laboral en el personal médico.
- Evaluar el nivel de estrés laboral en función de variables sociodemográficas, condiciones de trabajo y afectaciones a la salud percibidas en el personal médico.
- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.
- Correlacionar el nivel y los factores de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.

3.3 Diseño metodológico

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental transversal y con un alcance correlacional. En la investigación no se manipularán las variables de estudio, la toma de datos se realizará en un solo momento y es correlacional porque

tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos variables en un contexto en particular.

Para el análisis de la información se utilizará el método hipotético deductivo. Este método permite a partir de unas premisas teóricas dadas e hipótesis formuladas se obtengan conclusiones a través de procedimientos de inferencia.

3.4. Hipótesis de investigación

3.4.1 Estrategias de afrontamiento adaptativas y nivel de estrés.

- **H_{i1}:** Correlación negativa. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento adaptativas disminuye el nivel de estrés laboral.
- **H_{01}:** No existe correlación entre las variables. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento adaptativas no incide en el nivel de estrés laboral.
- **H_{a1}:** Correlación positiva. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento adaptativas aumenta el nivel de estrés laboral.

3.4.2 Estrategias de afrontamiento desadaptativas y nivel de estrés.

- **H_{i2}:** Correlación positiva. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas aumenta el nivel de estrés.
- **H_{02}:** No existe correlación entre las variables. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas no incide en el nivel de estrés laboral.
- **H_{a2}:** Correlación negativa. El uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas disminuye el nivel de estrés.

3.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES, CATEGORIAS O CONSTRUCTOS

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Estrés Laboral	Forma específica de estrés que ocurre en el contexto del trabajo, donde se pueden identificar una serie de situaciones o factores generales y específicos, que actúan aislados o conjuntamente como agentes estresores. Sus consecuencias no se limitan a la esfera profesional, sino que también a la vida personal y familiar (Martínez, 2004).	**Estresores**	❖ Nivel de reconocimiento personal ❖ Grado de responsabilidad por el cuidado de los pacientes ❖ Frecuencia de conflictos en el trabajo ❖ Grado de incertidumbre profesional	Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS).
		Respuestas	❖ Presencia de síntomas somáticos ❖ Presencia de síntomas psicológicos. ❖ Presencia de afectación de las relaciones sociales.	Ficha de datos demográficos: Salud Laboral
Estrategias de afrontamiento	Aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986)	**Estrategias enfocadas en el problema**	Frecuencia de utilización de las estrategias de: ❖ Resolución de problemas ❖ Reestructuración cognitiva ❖ Evitación de problemas ❖ Pensamiento desiderativo	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989). Adaptación por Cano, Rodriguez y García, (2006)
		Estrategias enfocadas en la emoción	Frecuencia de utilización de las estrategias de: ❖ Apoyo social ❖ Expresión emocional ❖ Retirada social ❖ Autocrítica	

Tabla 3. Definición conceptual y operacional de las variables del estudio

3.6 Población y muestra

3.6.1 Población

La población estuvo conformada por 60 médicos de ambos géneros, que constituyen la totalidad de doctores que ejercen su profesión en la Dirección Distrital 09D05 - TARQUI-1, TENGUEL, Salud. La población médica general se distribuye de la siguiente manera:

Unidad operativa	F	F%
Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (C.E.T.S) Nº2	5	8
Centro de Salud Sauces III	34	57
Subcentro de Salud San Rafael (Tenguel)	2	3
Subcentro de Salud Sauces 8 (Fco. de Orellana)	12	20
Hospital San Francisco De Tenguel	7	12
Total	60	100

Tabla 4. Distribución de la población por unidades operativas

3.6.2 Muestra

La muestra se constituyó por un total de 52 médicos que ejercen su profesión en la Dirección Distrital 09D05 - TARQUI-1, TENGUEL. Para su participación se solicitó su asentimiento en la investigación. La muestra se determinó a través de un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error muestral del 5%. Para su obtención se utilizó la siguiente ecuación:

$$n = \frac{z^2 PQN}{e^2(N-1) + z^2 PQ}$$

Donde:
Z= Nivel de confianza.
E = Error muestral.
N = Universo
P = Probabilidad de ser escogido.
Q = Probabilidad de no ser escogido.

Para un universo finito < 30.000

Reemplazando:

$$n = \frac{1.96^2(0.5)(0.5)(60)}{0{,}05^2(68-1)+1.96^2(0.5)(0.5)} \qquad n = \frac{57.62}{1.11} \qquad n = 52{,}01$$

De la muestra el 36,5% fueron hombres, y el 63,5% mujeres. De los cuales, el 57,69% son casados, el 17,31% son solteros, el 9,62% son divorciados y en la misma proporción viudos, el 5,77% se encontraban en unión libre.

Con respecto a la edad, el 53, 19% de la muestra oscilaba entre 53 a 69 años, y el 23,40% entre 40 y 52 años, así como entre 27 y 39 años.

El 42,3% de la muestra fueron médicos generalistas, el 24,6% médicos con alguna especialidad, y el 15,4% médicos obstetras. Acerca de su situación laboral, el 57,7% de los participantes tenían nombramiento y el 36,5% contrato provisional.

Los médicos trabajaban 8 horas promedio mayoritariamente en el horario matutino – vespertino. Presentan 19,39 años promedio de experiencia en la profesión y 13,98 años promedios trabajando en el MSP. La cantidad de usuarios promedio que atienden diariamente es 23 aproximadamente.

3.7 Técnicas e instrumentos

Registro de Variables Sociodemográficas: Se utilizó una ficha para recoger información personal, laboral y profesional que era relevante para el estudio. Estuvo constituida por preguntas de datos sociodemográficas, ocupacionales y de salud laboral. Las preguntas de salud laboral se construyeron en función a la teoría propuesta el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España y que se surge producto de sus diferentes investigaciones.

Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS):

Es un cuestionario de 30 ítems que describen diferentes fuentes de estrés de los profesionales de la salud. En él se solicitó a los encuestados que respondan con qué frecuencia han encontrado cada una de las 30 situaciones que se describen como estresantes en una escala del 1 al 5 en un rango que abarca desde “nunca” a “muy frecuentemente”. Cada respuesta recibió una puntuación entre 0 y 4, dando un resultado total que puede variar entre 0 a 120. Los puntos de corte serán: de 0 a 30,

estrés mínimo o sin estrés; de 31 a 60, estrés moderado; de 61 a 90, estrés alto y de 91 a 120, estrés severo.

El cuestionario está compuesto por cuatro factores: reconocimiento profesional (IEPS-RP), con 8 ítems (25,20,4,29,13,8,27,26); responsabilidad por el cuidado de los pacientes (IEPS-RC), con 7 ítems (16,12,14,6,7,28,3); conflictos en el trabajo (IEPS-CT) consta de 8 ítems (21,22,1,2,9,24,10,15), e incertidumbre profesional (IEPS-IP), con 7 ítems (19,18,23,17,11,5,30) (Akhtar & Lee, 2002).

Para la ponderación de cada factor, se sumó los resultados de sus ítems correspondientes y se utilizó para los factores de 8 ítems los siguientes puntos de corte: 0 – 8, estresor que rara vez se presenta; 9 – 16, estresor que ocasionalmente se presenta; 17-24, estresor que frecuentemente se presenta, 25 – 32, estresor que muy frecuentemente se presenta. Por su parte, para los factores de 7 ítems se utilizaron los siguientes puntos de corte: 0 – 7, estresor que rara vez se presenta; 8 – 14, estresor que ocasionalmente se presenta; 15-21, estresor que frecuentemente se presenta, 22 – 28, estresor que muy frecuentemente se presenta.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar cómo las personas se enfrentan a problemas en su vida laboral. El instrumento consta de 40 ítems el cual considera 5 opciones de respuesta de puntuación de 0 a 4 siendo 0 en absoluto, 1 un poco, 2 bastante, 3 mucho; y 4 totalmente. Califica con cinco preguntas a cada una de las 8 estrategias de afrontamiento que mide, con un valor mínimo de 0 y un máximo de 20 puntos en total. Dado que las personas utilizan diferentes estrategias, en combinaciones y frecuencia diversas no existe una calificación global de este cuestionario. El análisis se lo hace en función a la frecuencia de utilización de cada tipo de estrategia. Generalmente, el análisis se apoya en baremos de la población, pero dado que no existen para el contexto ecuatoriano, se excluirá esta interpretación.

El cuestionario está compuesto por ocho estrategias de afrontamiento: resolución de problemas (REP), ítems 1,9,17,25 y 33; autocritica, ítems 2,10,18,26 y 34; expresión emocional, ítems 3,11,19,27 y 35; pensamiento desiderativo, ítems 4,12,20,28 y 36; apoyo social, ítems, 5,13,21,29 y 37; reestructuración cognitiva, ítems 6,14,22,30 y 38; evitación de problemas, ítems 7, 15, 23, 31 y 39; y retirada social, ítems 8, 16,24, 32 y 40 (Rodríguez-Díaz, Estrada, Rodríguez-Franco & Bringas (2014).

Para la ponderación de cada estrategia, se sumó los resultados de sus ítems correspondientes y se utilizó los siguientes puntos de corte: 1 – 5, estrategia que pocas veces se utiliza; 6 – 10, estrategia que frecuentemente se utiliza; 11-15, estrategia que casi siempre se utiliza, 16 – 20, estrategia que siempre se utiliza.

3.8 Procedimientos

Para la realización del proyecto, se solicitaron los permisos respectivos en la Dirección Distrital de Salud correspondiente, posteriormente se obtuvo el consentimiento de cada uno de los participantes de la muestra. La aplicación de los instrumentos se realizó durante los meses de julio y agosto de 2017, en su lugar de trabajo, brindándole a los participantes un rango de tiempo de horas, para que puedan completar la información sin tener que interrumpir su quehacer. Se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información recolectada.

Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva I y II. La información resultante se recopiló y procesó a través del programa estadístico SPSS 23.0. En el estudio se excluyeron tres cuestionaros incompletos al 10%.

Los resultados de los instrumentos se evaluaron por sí solos y comparando sus resultados entre sí. Esto se logró a través de la utilización de tablas cruzadas y el uso del coeficiente de correlación de Pearson. Esta técnica estadística describe la fuerza de la relación entre dos conjuntos de variables en escala de intervalo o de razón. Se designa con la letra r, y con frecuencia se le conoce como r de Pearson y coeficiente de correlación producto-momento. Puede adoptar cualquier valor de -1.00 a +1.00. Un coeficiente de correlación de -1.00 o bien de +1.00 indica una correlación perfecta. Si

no hay ninguna relación entre los dos conjuntos de variables, la r de Pearson es cero. La fuerza de la correlación no depende de la dirección (positiva o negativa).

Para la interpretación adecuada del coeficiente de correlación obtenido, se utilizó el nivel de significancia del 0.05 bilateral que permitió aceptar o rechazar la hipótesis nula planteada. Cualquier valor sobre el 0.05 implicaba que la correlación no era significativa.

El contraste bilateral divide la región de rechazo en los dos extremos (colas) de la distribución muestral y se utiliza cuando las hipótesis alternativas asignan a la variable alternativa cualquier valor diferente al establecido en la hipótesis nula. Dada la diversidad de posturas teóricas se planteó un modelo bilateral en el cual la dirección entre los niveles de estrés y estrategias de afrontamiento podían darse en ambas direcciones (positivas y negativas).

CAPITULO III

ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La interpretación de resultados se realizó por medio del análisis por objetivos. Si bien cada test puede ser analizado de forma individual, es necesario profundizar en la información resultante al realizar cruces de variables entre los diferentes instrumentos. El cuestionario general que se aplicó a la muestra médica estaba conformado por cuatro partes:

Datos demográficos. Esta escala no se interpreta por sí sola, su uso permite realizar una diferenciación de los resultados a través de la unidad operativa, sexo, años de experiencia en el Ministerio de Salud Pública, situación laboral, y número de usuarios que se atiende por día. Para efectos prácticos del estudio, sólo se usa la totalidad de estas variables al evaluar el nivel de estrés laboral, los objetivos siguientes en general diferenciaran categorías más importantes en función del género.

Estrés laboral. La evaluación de esta variable contribuye al objetivo específico uno, dos y cuatro. Se estudió a través del Inventario de estrés de Wolfgang para profesionales de la salud (versión adaptada al español). Esta escala evalúa el estrés según cuatro categorías: Reconocimiento profesional, responsabilidad por el cuidado de los pacientes, conflictos en el trabajo e incertidumbre profesional. Para su análisis se realizará comparaciones de los resultados con estudios latinoamericanos antecedentes detallados en el capítulo I.

Estrategias de Afrontamiento. Para identificar las estrategias ante el estrés que utilizan los médicos se optó por utilizar el (CSI) Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) en su adaptación española realizada por Cano, Rodriguez y García (2006). Esta técnica permite responder a los objetivos específicos tres y cuatro. Para su análisis en función de

estudios antecedentes se deberá considerar que no se encontraron estudios que hayan usado este cuestionario en una población profesional igual, por lo que su comparación con estudios que usaron otros tipos de instrumentos podría provocar ciertas deficiencias interpretativas.

Salud Laboral. Este breve cuestionario se realizó en función al manual de estrés laboral realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Evalúa la afectación somática, psicológica y social percibida por los médicos a causa del trabajo. Su interpretación contribuye al objetivo específico dos.

3.1 Primer objetivo específico: Determinar la prevalencia del estrés laboral en el personal médico.

Los resultados globales del inventario de estrés para profesionales de la salud de Wolfgang, indican según la tabla 16 que, 28.8% de los médicos presentan estrés mínimo, 61.5% estrés moderado y 9.5% estrés alto. Estos resultados son muy semejantes a las obtenidos en el estudio de Palacios, Nava & Paz Román (2014).

3.1.1 Análisis del estrés laboral por factores

A continuación, se interpretarán los resultados de cada factor de manera individual:

Reconocimiento profesional. En la muestra, se observa en la figura 14 que el 53.8% de los médicos consideran ocasionalmente al reconocimiento profesional como un estresor. El 28.85% lo consideraban rara vez y el 15.38% frecuentemente.

Kasl (1991) incluye el reconocimiento profesional dentro de los factores de estrés en los aspectos interpersonales en cuanto al reconocimiento por el trabajo realizado por parte de los compañeros de trabajo y el supervisor. En la población médica, se integra el reconocimiento que sienten de parte de los pacientes.

Las preguntas incluidas en reconocimiento profesional evaluaban con respecto a la supervisión, la retroalimentación adecuada por el trabajo realizado, la libertad de tomar decisiones acerca del trabajo, oportunidades de ascenso, el pago salarial adecuado, el trabajo desafiante y la utilización de habilidades. Sobre los compañeros de trabajo,

abordaba la oportunidad de compartir experiencias con colegas. Acerca de los pacientes, el reconocimiento recibido del público en general.

Responsabilidad por el cuidado de los pacientes. En la figura 15 se puede observar los médicos sienten que la responsabilidad por el cuidado de los pacientes los estresa ocasionalmente (51,9%), frecuentemente (32.69%), muy frecuentemente (6.77%) y rara vez (9.62%).

Según la clasificación de Martínez Selva (2004), se puede incluir este factor dentro de la demanda o carga de trabajo. La carga cualitativa hace referencia a las exigencias psicológicas a las que se exponen los médicos en su trato habitual con los pacientes.

Este factor era evaluado por ítems que señalaban la frecuencia de la preocupación por: estar al día con los nuevos avances para mantener la competencia profesional, estar en desacuerdo con otros profesionales sobre tratamientos, tratar de satisfacer las expectativas sociales sobre la alta calidad de los servicios médicos, lidiar con pacientes "difíciles", preocuparse por las necesidades emocionales y los resultados de los pacientes incluido los terminales.

Conflictos en el trabajo. En la muestra, se puede apreciar en la figura 16 que los médicos consideran los conflictos en el trabajo como estresor ocasionalmente (48.08%), rara vez (38.48%), frecuentemente (11.54%) y muy frecuentemente (1.92%).

Martínez Selva (2004), clasifica a los conflictos en el trabajo dentro del factor de relaciones sociales, considerando que éstos pueden conducir a un mal clima laboral.

Este factor estuvo constituido por siete preguntas, relacionadas a la supervisión, se encuentran: conflictos con los supervisores y/o administradores, que profesionales no médicos determinen como ejercer la profesión, la cantidad de trabajo asignado y si existe personal suficiente para proveer los servicios. Con respecto al trabajo en grupo se tenían los conflictos con compañeros o tener que supervisarlos. Otros conflictos estaban relacionados con las discrepancias entre el trabajo y las responsabilidades familiares, o las interrupciones mientras desempeñaban sus actividades.

Incertidumbre profesional. En la figura 17 se visualiza que los médicos identifican la incertidumbre profesional como un estresor rara vez (69.23%), ocasionalmente (28.85%) y frecuentemente (1.92%).

La incertidumbre profesional puede enmarcarse en el nivel ocupacional y de las tareas que desempeña el trabajador propuesto por Martínez Selva (2004). Dentro de esta categoría se incluye la ambigüedad en el rol, falta de definición en las funciones del puesto, o la información insuficiente. Contextualizado a la profesión médica, también abarcaría la incertidumbre en la comunicación de resultados a familiares de los pacientes o incluso el temor a equivocarse en un diagnóstico o tratamiento considerando no sólo las consecuencias humanas éticas, sino también legales.

Las preguntas que conformaban este factor exploraban si el médico se estresaba por tener información inadecuado de las condiciones médicas del paciente, tener preparación inadecuada para enfrentar las necesidades de los usuarios, no conocer qué se espera del desempeño de trabajo, sentir que las emociones interfieren con el cuidado de los pacientes, no saber qué decirle al paciente o a su familia acerca de su condición y temer cometer un error en el tratamiento.

En conjunto, se puede distinguir que el factor de responsabilidad por el cuidado de los pacientes obtuvo mayores puntuaciones, seguido por el reconocimiento profesional, y los conflictos en el trabajo. El estresor de incertidumbre profesional obtuvo bajas puntuaciones en su frecuencia de aparición, esto podría explicarse porque el MSP posee bastante claridad en la delimitación de las funciones, y la socialización de las metas y evaluación de desempeño. Además, en la práctica muchos doctores sienten confianza en sus conocimientos.

3.2 Segundo objetivo específico: Evaluar el nivel de estrés laboral en función de variables sociodemográficas, condiciones de trabajo y afectaciones a la salud percibidas en el personal médico.

3.2.1 Estrés, características socio- demográficas y condiciones de trabajo

Con respecto a las unidades operativas, se aprecia en la figura 13 que la existencia de estrés alto es mayor en el segundo nivel de atención, dado que ambas unidades operativas: Centro de enfermedades de transmisión sexual y Hospital Básico San Francisco de Tenguel, reportan una mayor prevalencia de estrés alto en comparación a los centros de atención primaria de salud. Este resultado es opuesto al señalado por Hernández (2003) donde los niveles más altos de estrés se encontraron en el primer nivel de atención. El autor de esta investigación sugiere que estos resultados pueden estar vinculados a que en el segundo nivel de atención se presentan en mayor cantidad horarios rotativos y el número de pacientes atendidos es superior al nivel primario.

En la muestra el 36,5% fueron hombres, y el 63,5% mujeres. En la tabla 40 se observa que los hombres presentan mayores niveles de estrés moderado, 68.4% contra 57,6% en las mujeres. De igual manera, en el estrés alto, los hombres (10.5%) presentaban resultados ligeramente superiores a las mujeres (9.1%).

Sobre los años de experiencia en el Ministerio de Salud Pública (MSP), la tabla 41 permite apreciar que los médicos de 26 a 30 años trabajando en el MSP experimentan los menores niveles de estrés (60%). Mayores niveles de estrés moderado se encuentran entre los 16 – 20 años trabajando en el MSP (100%), y un estrés alto se observa en los primeros cinco años en el ministerio (25%). Sin embargo, hay que reconocer que una gran proporción de médicos lleva trabajando entre 6 a 10 años en el MSP (34.6%). Este grupo específico presenta estrés mínimo (27.8%), estrés moderado (66.7%) y estrés alto (5.6%).

La cantidad de usuarios promedio que atienden los médicos al día es de 23 pacientes al día. En la tabla 42 se observa que el 52% de esta categoría presenta estrés moderado, y el 12 % estrés alto. Sin embargo, la distribución no permite realizar inferencias sobre la cantidad de pacientes y su relación al nivel de estrés.

Acerca de su situación laboral, el 57.7% de los participantes tenían nombramiento y el 36.5% contrato provisional. Se aprecia en la tabla 43 resultados similares con respecto al estrés mínimo y moderado en ambos grupos. Sin embargo, los médicos de contrato provisional presentaban mayores niveles de estrés alto (15.8%) en comparación con los médicos con nombramiento permanente (6.7%).

De la muestra el 19.2% realizaba un trabajo adicional. Se observa en la tabla 44 que 20% de este grupo presentaba un estrés alto en contraste con el 7.1% de médicos que sólo tenían un trabajo. En este caso, si se distingue una diferencia entre ambos grupos, y se podría inferir que un mayor número de horas y responsabilidades ligadas a ambos trabajos se asocia con mayores niveles de estrés.

3.2.2 Estrés y afectaciones a la salud

En referencia a la afectación a la salud física percibida por parte de los médicos, en la figura 33 se puede notar que el 67.31% de la muestra afirma que su salud se ha visto comprometida en contraste con el 32.69% que opina lo contrario.

En la figura 34, se observa la prevalencia de los trastornos específicos de la muestra como sigue: gastrointestinales (57.7%), musculares (38.5%), cardiovasculares (32.7%), dermatológicos (19,2%), óseos (15.4%), sexuales (11.5%), respiratorios (7.7%), y endocrinos (7.7%). Estos resultados están basados en el total de entrevistados.

Se aprecia en la tabla 47 - 49 que los hombres presentan porcentajes superiores con respecto a los trastornos gastrointestinales y trastornos cardiovasculares. No obstante, las mujeres tienen mayor presencia de trastornos musculares.

Quienes han percibido afectada su salud física presentan el 11.8% alto estrés y el 57.1% estrés moderado. Por el contrario, quienes no han visto afectada su salud física presentan el 5.9% estrés alto y el 70.6% estrés moderado. Estos resultados evidencian que pese a percibir o no afectaciones a la salud, ambos grupos presentan altos niveles de estrés moderado, y que una mayor proporción de médicos con estrés alto son quienes más han percibido alterada su salud física.

Sobre la afectación en la salud psicológica apenas un 1.92% de los entrevistados afirmó asistir a consulta psicológica debido a su trabajo y, por tanto, tener un diagnóstico clínico certero.

Sin embargo, en la categoría de otras que se muestra en la figura 35, los entrevistados informaron ciertas patologías experimentadas que incluyen trastornos del sueño (17.31%), estrés (3.8%), alteración de las conductas alimenticias (1.92%) y ansiedad (1.92%). Es importante resaltar que los síntomas aquí detallados obedecen únicamente a la percepción que tuvo cada médico.

De la muestra, entre los síntomas psicológicos percibidos y detallados en la figura 37, se encuentra la preocupación excesiva (44.2%), el mal humor (36.5%), la incapacidad para concentrarse (17.3%), los frecuentes olvidos (15.4%), la dificultad para mantener la atención (11.5%), la hipersensibilidad a las críticas (7.7%), bloqueos mentales, consumo de fármacos y sentimientos de falta de control (3.8%).

Con respecto a los principales síntomas presentados, los hombres presentan mayor incapacidad para concentrarse mientras las mujeres muestran más preocupación excesiva y mal humor (tabla 50 – 52).

En el área de las relaciones sociales, el 25% de la muestra afirmó que han sido afectadas debido al trabajo. Del total de la muestra se observa (figura 38) que el 17.3% ha visto afectada sus relaciones familiares, el 11.5% la relación con sus compañeros de trabajo, y 9.6% sus amistades varias.

Las mujeres obtuvieron calificaciones más altas en la afectación de las relaciones de compañeros de trabajo y amistades varias. Los hombres por su parte vieron mayoritariamente afectadas sus relaciones familiares (tabla 53 – 55).

En la figura 40 se establece una comparación que demuestra que los médicos que presentan un estrés alto perciben en mayor proporción afectadas sus relaciones sociales.

3.3 Tercer objetivo específico: Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico

En la tabla 21 se puede distinguir la media de utilización de ocho estrategias de afrontamiento, siendo más frecuentes en uso la estrategia de resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social. Las estrategias menos empleadas fueron autocrítica y retirada social. Estos resultados serían opuestos a los encontrados por Paris & Omar (2013).

3.3.1 Frecuencia por categorías primarias de las estrategias de afrontamiento

Las categorías primarias de afrontamiento se encuentran en las figuras 18 a 25. Se las describe a continuación según el orden de frecuencia en el cual son utilizadas.

La *resolución de problemas* incluye estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce. En la muestra fue utilizada siempre (51.92%), casi siempre (30.77%), frecuentemente (15.38%), y pocas veces (1.92%). Esta categoría estuvo conformada por preguntas que describían acciones de: luchar, esforzarse o hacer frente al problema, saber lo que había que hacer, redoblar esfuerzos y tratar con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran, mantener la postura y pelear por lo que se quería.

La *restructuración cognitiva* abarca estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante. Los médicos tienden a usar esta categoría casi siempre (40.38%), frecuentemente (40.38%), siempre (15.38%) y rara vez (3.85%). Se evalúo a través de preguntas que implicaban: repasar el problema para verlo de una forma diferente, cambiar la forma en que se veía la situación o convencerse de que ésta no era tan mala, preguntarse por lo realmente importante y restarle importancia a la situación, y fijarse en el lado bueno de las cosas.

El *apoyo social* contiene estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional. Fue utilizado frecuentemente (34.62%), casi siempre (32.69%), siempre (17.31%), pocas veces (13.46%), y nunca (1.92%). Las preguntas que integraban esta categoría abarcaban: encontrar a alguien que escuchó sus problemas, hablar con alguna

persona de confianza, apoyarse o pasar algún tiempo con amigos y pedir consejo a algún familiar respetado.

El *pensamiento desiderativo* implica estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. Se encontró una utilización de frecuentemente (36.54%), pocas veces (32.69%), casi siempre (17.31%) y siempre (13.46%). Fue descrito por medio de preguntas que indicaban: desear que la situación nunca hubiera empezado, no existiera o que de alguna manera terminase, o desear poder cambiar lo sucedido y no encontrarme nunca más en ese escenario, e imaginar que las cosas podrían ser diferentes.

La *evitación de problemas* presenta estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante. Su uso en la muestra fue de frecuentemente (36.54%), pocas veces (34.62%), casi siempre (19.23%), siempre (7.69%), y nunca (1.92%). Se conformó por preguntas que referían a: no dejar que le afectara, evitar pensar en ello demasiado o tratar de olvidar por completo el asunto, quitarle importancia a la situación y no preocuparse más, y comportarse como si nada hubiera pasado.

La *expresión emocional* hace referencia a estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés. Se encontró con una incidencia de pocas veces (38.46%), frecuentemente (36.54%), casi siempre (21.15%), y nunca (3.85%). Y, se describió a través de preguntas que planteaban: analizar y dejar salir sus sentimientos para reducir el estrés, desahogar o expresar sus emociones, o tener estallidos emocionales.

La *retirada social*, implica estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional en el proceso estresante. Su encontró que su uso es de pocas veces (46.15%), frecuentemente (34.62%), casi siempre (13.46%), nunca (3.85%) y siempre (1.92%). Esta categoría se integró por preguntas que implicaban: pasar tiempo solo, evitar estar con gente, ocultar pensamientos y sentimientos o no compartirlos con nadie.

La *autocrítica* se conformó por estrategias basadas en la autoinculpación y la auto recriminación por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. Se encontró que su incidencia es de pocas veces (50%), frecuentemente (28.85%), nunca (19,23%) y casi siempre (1.92%). Las preguntan que evaluaron este factor describían sentimientos de culpa, auto reproche por considerarse responsable de sus dificultades, autocríticas y recriminación por lo ocurrido, así como aceptación para sufrir las consecuencias resultantes.

En general, el uso de estrategias es similar en hombres y mujeres, exceptuándose que las mujeres usan con más frecuencia estrategias de apoyo social y expresión emocional, mientras que los hombres tienden a la retirada social en mayor proporción, como se observa en las tablas 56 – 58. En el estudio de Paris & Omar (2013) también se encontró una mayor frecuencia de uso de la retirada social en hombres.

3.3.2 Frecuencia por categorías secundarias de estrategias de afrontamiento

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las estrategias primarias conformando cuatro categorías: manejo adecuado/inadecuado centrado en el problema o emoción. Estas categorías se enmarcan en la clasificación realizada por Pynes y Kaffy (1981) que se puede revisar en la figura 1.

El manejo adecuado centrado en el problema incluye las estrategias de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, e indica un afrontamiento adaptativo que se dirige a la resolución del problema, ya sea modificando la situación o su significado. Como indica la figura 26, su utilización en la muestra fue casi siempre (59.62%), siempre (25 %) y frecuentemente (15.38%).

El manejo adecuado centrado en la emoción incluye las subescalas apoyo social y expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo dirigido al manejo de las emociones que surgen durante el proceso estresante. Su incidencia fue de frecuentemente (50%), casi siempre (26.92%), pocas veces (19.23%), y siempre (3.85%) como se puede distinguir en la figura 27.

El manejo inadecuado centrado en el problema contiene las subescalas evitación de problemas y pensamiento desiderativo, e implica un afrontamiento desadaptativo del problema, en el cual se evita las situaciones estresantes o se fantasea sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras. En la figura 28 se aprecia que los médicos lo utilizaban frecuentemente (40.38%), casi siempre (28.85%), pocas veces (26.92%) y siempre (3.85%).

El manejo inadecuado centrado en la emoción incluye las subescalas retirada social y autocrítica, e indica un afrontamiento desadaptativo emocional, porque se basa en el aislamiento, la autocrítica y la autoinculpación. Se encontró en la muestra con una incidencia de pocas veces (58.85%), frecuentemente (40.38%), nunca (3.85%) y siempre (1.92%) como se puede confirmar en la figura 29.

En estas categorías se encontraron resultados muy similares para hombres y mujeres. Por otro lado, se puede distinguir que el uso adecuado de estrategias centradas en el problema y la emoción se utilizan con mayor frecuencia que su uso inadecuado. Sin embargo, esta diferencia no es tan alejada del manejo inadecuado centrado en el problema. Por otro lado, se debe recordar que no siempre el afrontamiento centrado en el problema es el más adecuado si implica situaciones incontrolables o crónicas, así como la evitación puede ser positiva si implica la realización de actividades recreativas generadoras de bienestar.

3.3.3 Frecuencia por categorías terciarias de estrategias de afrontamiento

Las escalas terciarias surgen de la agrupación empírica de las secundarias y agrupan el manejo adecuado (compromiso) o el manejo inadecuado (evitación) de las situaciones estresantes.

El manejo adecuado abarca las subescalas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, e indica esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante. En la figura 30 se observa que la muestra médica lo utiliza casi siempre (48.08%), frecuentemente (44.23%) y siempre (7.69%).

El manejo inadecuado contiene las subescalas evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica, y sugiere un afrontamiento pasivo y desadaptativo. Su frecuencia en la muestra fue de frecuentemente (53.85%), pocas veces (30.77%), casi siempre (13.46%) y siempre (1.92%) como se observa en la figura 31.

Si bien se aprecia una mayor utilización del manejo adecuado, es relevante considerar que el manejo inadecuado también es usado con mucha frecuencia en los médicos. Por último, un único ítem evaluaba la autoeficacia percibida de los participantes al momento de resolver alguna situación estresante, mostrándose que el 50% se consideró capaz de enfrentar la situación estresante, el 25% casi siempre, el 19.23% frecuentemente, el 3.85% pocas veces, y sólo un 1.92% nunca (figura 32). En general, se observa una buena percepción de eficacia en la resolución de problemas.

3.4 Cuarto objetivo específico: Correlacionar el nivel y los factores de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico.

Mediante la técnica estadística coeficiente de correlación de Pearson fue posible inferir si existen relaciones positivas - directamente proporcionales (crecimiento gradual en ambas variables de estudio) o negativas - inversamente proporcionales (el aumento gradual de una de las variables implica la disminución gradual de la segunda variable) entre el estrés laboral y cualquiera de las estrategias de afrontamiento. Hay que tener en consideración que niveles de significación al 0.01 indican relaciones más fuertes que al 0.05, y que, en este estudio, sólo se visualizaron relaciones positivas.

3.4.1 Factores de estrés y estrategias de afrontamiento

Al descomponer el estrés laboral en sus factores: reconocimiento profesional, responsabilidad por el cuidado de los pacientes, conflictos laborales, e incertidumbre profesional y correlacionarlo con las categorías primarias, secundarias y terciarias de estrategias de afrontamiento se hace posible inferir qué estrategias son preferentemente utilizadas bajo estresores específicos.

Dentro de las categorías primarias de estrategias de afrontamiento y factores de estrés laboral se encontró (tabla 64) que reconocimiento profesional presentaba correlaciones significativas al 0.01 con autocrítica, pensamiento desiderativo y retirada social, y al 0.05 con expresión emocional y evitación de problemas. Por su parte, responsabilidad por el cuidado de los pacientes mostró correlacionarse al 0.05 con pensamiento desiderativo.

Los conflictos en el trabajo demostraron correlaciones significantes al 0.05 con pensamiento desiderativo y retirada social. Por otro lado, la incertidumbre profesional estuvo relacionado al 0.01 con autocrítica. Este resultado podría reflejar que una actitud negativa de los doctores hacia si mismos por cada error cometido se asociará a mayores niveles de estrés asociados a este estresor.

Sobre la relación entre las categorías secundarias y los factores de estrés, incertidumbre profesional (tabla 63) se correlacionó al 0.01 de significancia con evitación centrada en el problema y en la emoción. Responsabilidad por el cuidado de los problemas mostró una relación al 0.05 con evitación centrada en el problema. Conflictos en el trabajo, así como incertidumbre profesional correlacionaron significativamente al 0.01 con evitación centrada en la emoción.

En cuanto a las categorías terciarias de estrategias de afrontamiento y factores de estrés (tabla 61) reconocimiento profesional, conflictos en el trabajo e incertidumbre profesional mostraron correlaciones significativas al 0.01 con evasión – desadaptación.

En una visión amplia se puede distinguir que el reconocimiento profesional presenta la mayor cantidad de correlaciones con estrategias de afrontamiento desadaptativas. Si las situaciones que provocan que este factor sea considerado una causa de estrés son crónicas o incontrolables por los médicos, es posible que busquen afrontarlo a través de estrategias inadecuadas que favorecerán el aumento del estrés relacionado a este factor.

3.4.2 Niveles de estrés y estrategias de afrontamiento.

En la tabla 62 se puede distinguir la correlación resultante entre las diferentes estrategias de afrontamiento primarias contra los niveles de estrés laboral. Los resultados obtenidos demostraron correlaciones significativas al 0.01 (relación muy fuerte), entre autocrítica; pensamiento desiderativo, retirada social y nivel de estrés.

En esta misma secuencia, al correlacionar los niveles de estrés y las estrategias de afrontamiento secundarias, los resultados demuestran correlaciones significativas al 0.01 entre las estrategias de evitación centrada en el problema y en la emoción con el nivel de estrés.

Con respecto a las categorías terciarias de estrategias de afrontamiento existe una correlación significativa al 0.01 entre las estrategias de evasión (desadaptativas) con los niveles de estrés.

De tal forma, se puede observar que los niveles de estrés suelen presentar correlaciones positivas con las estrategias de afrontamiento desadaptativas, mientras que no se halló correlación significativa con las estrategias adaptativas. Por tanto, las estrategias de afrontamiento adaptativas son utilizadas en iguales proporciones por los médicos independientemente de si su resultado fue estrés leve, moderado o alto. Por lo que su utilización no implica necesariamente un nivel de estrés leve y viceversa.

Este resultado debe interpretarse con cuidado, porque la correlación indica una relación, en la cual, las personas que presentan mayores niveles de estrés tienden a utilizar en mayor cantidad estrategias desadaptativas, o, al contrario, personas que comúnmente utilizan estrategias desadaptativas tienden a experimentar mayores niveles de estrés.

3.5 Análisis Global: Relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en el personal médico

La relación de las estrategias de afrontamiento con el nivel de estrés de los médicos se realizó en primer lugar mediante la técnica estadística coeficiente de correlación de Pearson. En segundo lugar, si bien la técnica no indica causa y efecto entre las

variables estudiadas, a través de la interpretación teórica es posible realizar esta inferencia y proponer su causalidad a través de la lógica.

Según Lazarus (1993) el estrés ocurre como transacción entre la persona y su entorno. Para ello, primero debe existir una evaluación primaria de alguna situación que ha sido considerada como estresante; en este caso particular, el reconocimiento profesional, la responsabilidad por el cuidado de los pacientes y los conflictos en el trabajo.

En segundo lugar, se realiza una evaluación secundaria en la cual se evalúan los recursos que se poseen y se seleccionan las estrategias de afrontamiento a utilizar. Se evidenció un mayor uso de estrategias adecuadas centradas en el problema y la emoción. No obstante, esta diferencia no es tan alejada del manejo inadecuado centrado en el problema. A continuación, cuando el individuo pone en marcha estas estrategias, el estresor debería desaparecer o bien dejar de ser percibido como tal.

En el estudio, se aprecia que las estrategias adecuadas de afrontamiento centradas en el problema y la emoción no han sido eficaces para lograr que el estrés disminuya. Sin embargo, el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas centradas en el problema y la emoción si conlleva a un incremento en los niveles de estrés de la población médica.

Los resultados aquí obtenidos permiten aceptar la hipótesis nula primera ($H_{o1)}$ que postula: “El uso frecuente de estrategias de afrontamiento adaptativas no inciden en el nivel de estrés laboral”. Si bien existe la creencia de que el uso de estrategias adecuadas centradas en el problema y la emoción incidirán en una disminución de los niveles de estrés, al menos en la investigación presente, así como en las antecedentes no se ha encontrado tal relación en esta población específica.

También se acepta la hipótesis de investigación segunda (H_{i2}) que proponía que: “El uso frecuente de estrategias de afrontamiento desadaptativas aumentan el nivel de estrés”. Esta categoría abarca estrategias inadecuadas centradas en el problema y la emoción. El estudio de Agius, Endler, Zealley, & Wood (1996) sólo estableció que el

mayor uso de las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción estaría asociada a mayores niveles de estrés. En esta investigación se logró especificar que sólo su uso inadecuado estaría relacionado a mayores niveles de estrés laboral. Por otro lado, Paris & Omar (2013) proponía una reevaluación de las estrategias evitativas como promotoras de salud. El presente estudio permitió identificar que las estrategias evitativas al relacionarse a mayores niveles de estrés no serían salutogénicas, además el objetivo segundo logró identificar que, quienes padecían estrés alto, percibían en mayor medida afectada su salud física, y aún más sus relaciones sociales. Este resultado sería más acorde a lo publicado en el estudio de Bethelmy & Guarino (2008) en el que se indica que el afrontamiento por evitación perjudica el estado de salud.

CONCLUSIONES

- Los niveles de estrés de estrés que alcanzaron los médicos se encontraban en, 28.8% para estrés mínimo, 61.5% estrés moderado y 9.5% estrés alto. Estos resultados son muy semejantes a los obtenidas en el estudio de Palacios, Nava & Paz Román (2014). En referencia a los factores causales de estrés se encontró mayores puntuaciones en responsabilidad por el cuidado de los pacientes, seguido por el reconocimiento profesional, y los conflictos en el trabajo.

- Al evaluar el estrés laboral en función de variables sociodemográficas y condiciones de trabajo se apreció que el estrés alto tiene mayor presencia en el segundo nivel de atención, en hombres, en trabajadores de contrato provisional y quienes poseen un trabajo adicional. Por otro lado, según la percepción de estado de salud, los médicos con alto estrés perciben en mayor cantidad afectada su salud, especialmente en las relaciones sociales.

- Las estrategias de afrontamiento que son más utilizadas por los médicos corresponden a la resolución de problemas, reestructuración cognitiva y apoyo social. Las estrategias menos utilizadas fueron autocrítica y retirada social. En general, el uso de estrategias es similar en hombres y mujeres, exceptuando que las mujeres usan con más frecuencia el apoyo social y expresión emocional, mientras que los hombres tienden en mayor proporción a retirarse socialmente. Mediante la asociación de las estrategias primarias se consiguieron categorías secundarias y terciaras de afrontamiento, en las cuales se evidenció que prevalece el uso adaptativo de estrategias basadas en el problema y la emoción. Sin embargo, esta diferencia no es tan alejada del manejo inadecuado centrado en el problema.

- Se encontró correlación significativa al 0.01 entre las estrategias de autocrítica, pensamiento desiderativo, retirada social y los niveles de estrés. En el análisis por

categorías secundarias y terciarias de afrontamiento se descubrió una relación entre las estrategias de evasión (desadaptativas) centradas en el problema y la emoción con los niveles de estrés. Por otro lado, el análisis de factores de estrés permitió distinguir que el reconocimiento profesional presenta la mayor cantidad de correlaciones con estrategias de afrontamiento desadaptativas. Los resultados aquí obtenidos permitieron aceptar la hipótesis nula primera ($H_{01)}$ y la hipótesis investigativa segunda ($H_{i2)}$ mientras sus contrapartes fueron rechazadas.

RECOMENDACIONES

- Es relevante continuar con investigaciones de estrés laboral en el colectivo médico y de la salud en general, que permita amplificar los resultados obtenidos en esta presente investigación y validar nacionalmente el cuestionario de estrés laboral aquí utilizado.

- A futuras investigaciones, se propone el estudio del estrés laboral y personalidad en médicos o, profundizar en factores específicos del estrés como el reconocimiento profesional y la responsabilidad por el cuidado de los pacientes. De igual manera, en un estudio similar se puede adoptar el uso de estrategias de afrontamiento colectivas que debido a su escasez de antecedentes se excluyeron en este momento.

- A la institución que brindó acogida, se sugiere la continuidad en la evaluación de riesgos psicosociales en otras unidades operativas de salud. El diagnóstico oportuno del estrés laboral permite reconocer situaciones problémicas e impacto en la salud del trabajador y planificar estrategias que faciliten su resolución adecuada.

- El estrés laboral moderado presente en la población estuvo relacionado al reconocimiento profesional y la responsabilidad por el cuidado de los pacientes. Estas condiciones deben de modificarse y mejorarse porque las estrategias adecuadas de afrontamiento por sí solas demostraron ser ineficaces.

- Con respecto al reconocimiento profesional, se propone la implementación de estrategias motivacionales no salariales en las unidades operativas de salud del Ministerio de Salud Pública. Rubinsztein (2013) propuso que algunas estrategias motivacionales no monetarias como el enriquecimiento de los puestos de trabajo, respeto a la dignidad personal y profesional de las personas, impulsar el espíritu de

equipo, alentar la creatividad, la innovación, permitir la participación en la toma de decisiones.

- El estrés provocado a causa de la responsabilidad por el cuidado de los pacientes se podría mediar a través de programas de regulación emocional que permitan el mejor conocimiento, manejo y desahogo de emociones de forma apropiada por parte de los médicos.

- Por otro lado, se propone un programa de entrenamiento para la promoción y puesta en práctica de nuevas estrategias de afrontamiento que promuevan el bienestar psicológico y la reducción del uso de estrategias desadaptativas vinculadas a mayores niveles de estrés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, *Research on Work-related Stress, and Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002-2006,* 2006.

2. Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). *El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 59 (231), 259–275.

3. Akhtar, S., & Lee, J. S. (2002). Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of the Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, *90*(1), 243-250.

4. Alexandrova-Karamanova, A., Todorova, I., Montgomery, A., Panagopoulou, E., Costa, P., Baban, A., . . . Mijakoski, D. (2016). *Burnout and health behaviors in health professionals from seven european countries.* Int Arch Occup Environ Health, 89 (7), 1059–75.

5. Auerbach SM, Kendall PC, Cuttler HF, Levitt NR (1976) *Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustement to dental surgery.* J Consult Clin Psychol 44: 809.

6. Bethelmy, L., & Guarino, L. (2008). *Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos.* Summa Psicológica UST, 5(2), 3-16.

7. Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L., & García Martínez, J. (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. Actas Españolas de psiquiatría, *35*(1), 29-39.

8. Chacin, A. R. 2013. Diseño de un plan de reconocimiento no monetario como estrategia para el mejoramiento del clima organizacional.

9. Coduti, P. S., Gattás, Y. B., Sarmiento, S. L., & Schmid, R. A. (2013). *Enfermedades Laborales: ¿Cómo afectan el entorno organizacional?* (Tesis de Grado) Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.

10. Daneri, F. (2012). *Psicobiología del Estrés.* Argentina. Obtenido de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

11. Deary, I. J., Blenkin, H., Agius, R. M., Endler, N. S., Zealley, H., & Wood, R. (1996). *Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors*. British journal of Psychology, 87(1), 3-29.

12. Delgado, M. Á. H. (1999). *Estrés laboral. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.*

13. Dominguez Encarma. 2015. *Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales.* (Tesis de Maestría) Universidad de la Rioja, España.

14. El Universo. (2005). *Obstetricia, una profesión que tiene menos estudiantes*. Guayaquil.

15. Europeia, C. (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Luxemburgo, Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

16. Fares, J., Al Tabosh, H., Saadeddin, Z., El Mouhayyar, C., & Aridi, H. (2016). *Stress, burnout and coping strategies in preclinical medical students.* North American Journal of Medical Sciences, 8 (2),75.

17. "Fernández Martínez, M. E. (2011). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. Recuperado de http://hdl.handle.net/10612/902."

18. Goldberger, L., & Breznitz, S. (2010). *Handbook of Stress* (2nd Ed). (S. &. Schuster, Ed.) Recuperado de: books.google.es/books?isbn 1451602332, 9781451602333

19. González, C., & León, S. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Pablo Arturo*

Suárez de la ciudad de Quito (Tesis de Grado). Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador.

20. Guachilema, Y., & del Rocio, Z. (2015). *Efectos del estrés laboral y los mecanismos de afrontamiento en el personal de salud del área quirúrgica del Hospital IESS Riobamba* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Chimborazo.

21. Haberthür AK, Elkuch FM, Grosse Holtforth M, Hochstrasser B, Soyka M (2009) *Characterisation of patients discharged from inpatient treatment for burnout: use of psychological characteristics to identify aftercare needs*. J Clin Psychol 65: 1039–1055.

22. Hernández, J. R. (2003). *Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención*. Revista cubana de salud pública, 29(2), 103-110.

23. Hernández, P., Soria, M., & Silla, J. (2003). *El Estrés Laboral:¿ Un Concepto Cajón-De-Sastre. Revista Relaciones Laborales*, 10(11), 167-185.

24. Herrera, S. M., & Clúa, M. F. (2001). *Los gráficos de control: Una eficaz técnica para evaluar el desempeño en programas de seguridad*. Revista del Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo, 10-17.

25. Jiménez, B. M., & León, C. B. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Universidad Autónoma de Madrid.

26. Krohne, H. W. (2002). *Stress and coping theories.* International Encyclopedia of the Social Behavioral Sceinces, 22, 15163-15170.

27. Lazarus A (1993) *Coping theory and research: past, present, and future. Psychosom* Med 55: 234–247.

28. Lazarus R, Folkman S (1984) *Estrés y procesos cognitivos* (Spanish translation of Stress, appraisal and coping). Barcelona: Martínez Roca. 468 p.

29. Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. Recuperado de: books.google.es/books?isbn 0826141927, 9780826141927

30. Martínez Selva, J. M. (2004). *Estrés Laboral: Guía para empresarios y empleados*. Madrid: Pearson Educación S.A.

31. Ministerio de Salud Pública. (2015). *Tipología para homologar establecimientos*. Quito. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/cz6/images/lotaip/Enero2015/Acuerdo%20Ministerial%205212.pdf

32. Monte, P. R. G. (2013). *Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral: la psicología de la salud ocupacional.* Información Psicológica (100), 68–83.

33. Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Demarzo, M. M. P., Gascon, S., & García-Campayo, J. (2014). *Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies.* PloS one, 9(2), e89090.

34. Montufar Rafael. (2012). "*Desarrollo organización: Principio y aplicaciones*" McGrawHill

35. Moreno, B. (2014). *Los riesgos laborales psicosociales: marco conceptual y contexto socio-económico.* ORPjournal, (1), 4-18.

36. Nava, M. E. P., Álvarez, I. C. M., & Román, M. d. P. P. (2014). *Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos.* Medición del estrés laboral en hospitales. Revista Mexicana de Salud en el Trabajo.

37. Ortiz, C. F. A., Pulla, I. E. B., Cajamarca, M. T. D., Parra, D. C. G., Sanmartín, L. P. Y., & Campos, M. S. N. (2015). *Prevalencia y factores asociados a estrés laboral en el personal del servicio de emergencia del Hospital José Carrasco Arteaga.* Revista Médica HJCA, 7 (2), 134–138.

38. Palacios-Nava, M. E., & Paz-Román, M. D. P. (2014). *Condiciones de trabajo, estrés y manifestaciones psicosomáticas en médicos de hospitales de la ciudad de México*. Medicina y Seguridad del Trabajo, 60(235), 322-334.

39. Paris, L., & Omar, A. (2013). *Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar.* Psicología y Salud, 19 (2), 167–175.

40. Real Academia Española. (2014). *Medicina*. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de: http://dle.rae.es/srv/fetch?id=OkukRhl

41. Real Academia Española. (2014). *Medico*. En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de: http://dle.rae.es/srv/fetch?id=Ol43qKz%7COl6Jp7U

42. Real Academia Española. (2014). *Obstetricia.* En Diccionario de la lengua española (23.a ed.). Recuperado de: http://dle.rae.es/srv/fetch?id=Qpbnjnu

43. Riaño Montero, A. A. (2016). *Estado del arte sobre estrés laboral entre los años 2005 y 2016* (Tesis de Grado). Universidad del Rosario.

44. Río, M. Á., Sánchez, I. J., Sánchez, L. G., & Iniesta, J. D. (2005). *Valoración de las fuentes de estrés laboral en personal docente*. Murcia: Instituto de Seguridad y Salud Laboral.

45. Rodríguez Carvajal, R., & Rivas Hermosilla, S. d. (2011). *Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención.* Medicina y Seguridad del Trabajo, 57, 72–88.

46. Rodríguez-Díaz, F. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L., & Bringas-Molleda, C. (2014). *Adaptación del inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México.* Psicologia: Reflexão e Crítica, 27(3).

47. Rubinsztejn, G. (2013). Motivación e incentivos no monetarios en el trabajo.

48. Trujillo Pazmiño, M. G. (2011). *Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste ocupacional en el personal de salud del Hospital de la Policía de Quito #1, en las especialidades clínicas, quirúrgicas y críticas, asociado a características sociodemográficas, medioambientales y consumo de sustancias moduladoras en los meses de septiembre y octubre del 2011* (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Católica, Ecuador.

49. Weimberger DA, Schwartz GE, Davidson RJ (1979) *Low-anxious, high-anxious, and repressive coping styles: psychosomatic patterns and behavioural and physiological responses to stress*. J Abnorm Psychol 88: 369–380.

50. Wolfgang, A. P. (1988). *Job stress in the health professions: a study of physicians, nurses, and pharmacists.* Hospital Topics, 66 (4), 24–27.

ANEXOS

Anexo 1. Datos sobre la organización

El Ministerio de Salud Pública MSP fue creado por la Asamblea Constituyente de 1967, mediante decreto 084 publicado en el Registro Oficial No. 149 del 6 de junio de ese mismo año, durante el gobierno del Dr. Otto Arosemena Gómez. Anteriormente las funciones de la salud formaban parte del Ministerio de Previsión Social y Trabajo, y el primer paso para su creación se dio en 1963, cuando se creó la Subsecretaría de Salud, que dependía del mismo ministerio.

Entre 1979-1984 se establece por ley la gratuidad de los servicios estatales de salud y se creó la Subsecretaria de Salud de la región II en Guayaquil, así como el consejo Nacional de Salud (CONASA). En 1997 – 1998 la cartera de salud gestiona conflictos laborales y se fortalece a través de la Reforma del Sector y la propuesta de la creación de un Sistema Nacional desde el CONASA. Durante 1998 – 2000, el ministerio asume las nuevas disposiciones de la constitución buscando la integración del proceso de reforme y elabora la propuesta de Ley del Sistema Nacional de Salud.

La Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo, SENPLADES, el 28 de mayo del 2012, conforma los distritos administrativos de planificación a nivel nacional, adoptando un modelo de desconcentración. El 31 de mayo del 2012, el Ministerio de Salud Pública crea la coordinación Zonal de Salud 8 que abarca la provincia del Guayas; cantones Guayaquil, Samborondón y Durán.

Por el servicio social – sanitario que presta y las obras que realiza, cada unidad operativa posee importancia en la ciudad y la provincia. El compromiso de todo profesional dentro del ministerio de salud es priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población.

Misión y visión del Ministerio de Salud Pública

Misión: Ejercer la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza y vigilancia y control sanitario y garantizar el derecho a la Salud a través de la provisión de servicios de atención

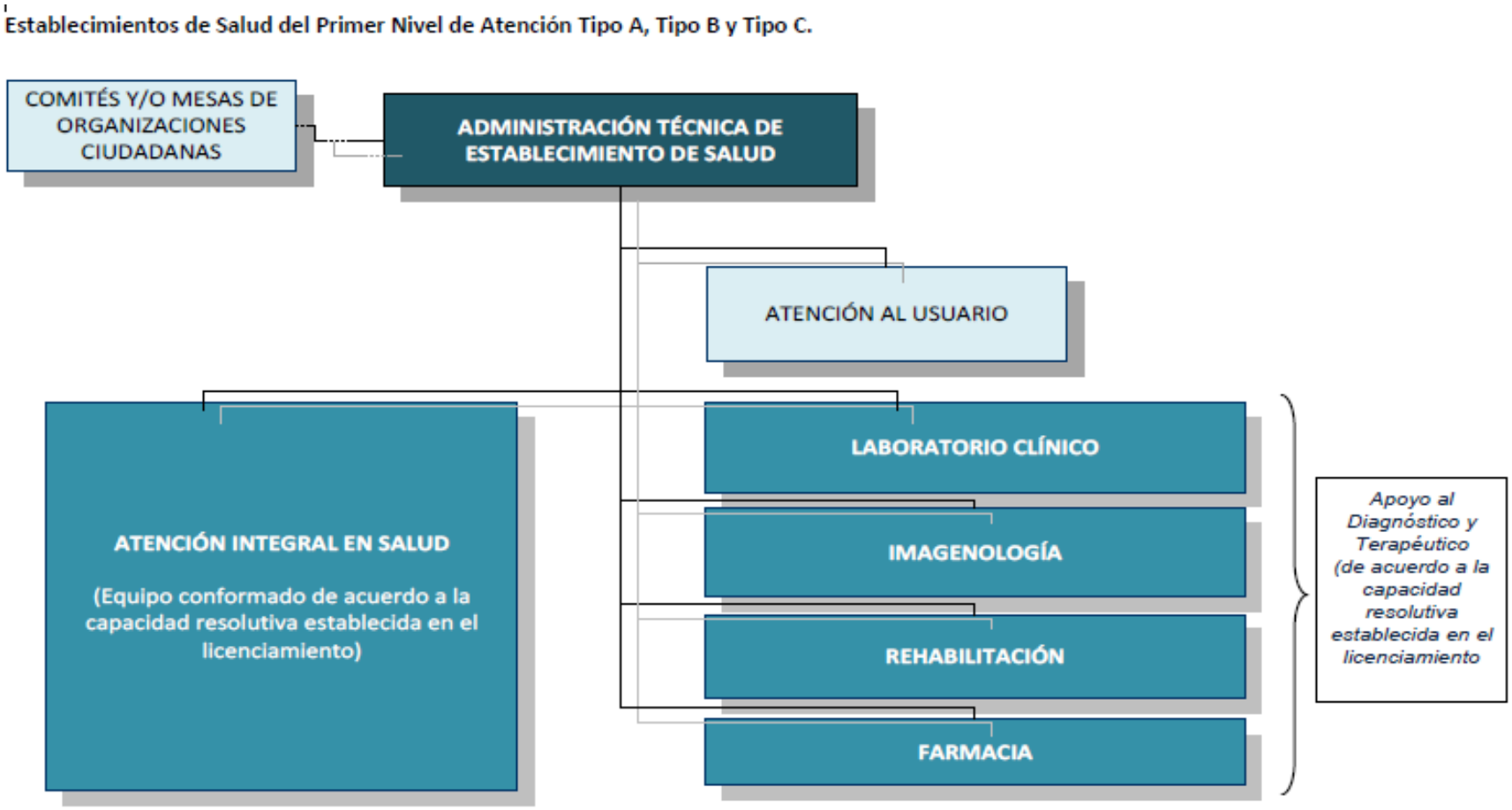
individual, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, la gobernanza de salud, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología; articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

Visión: El Ministerio de Salud Pública, ejercerá plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad, con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

Valores

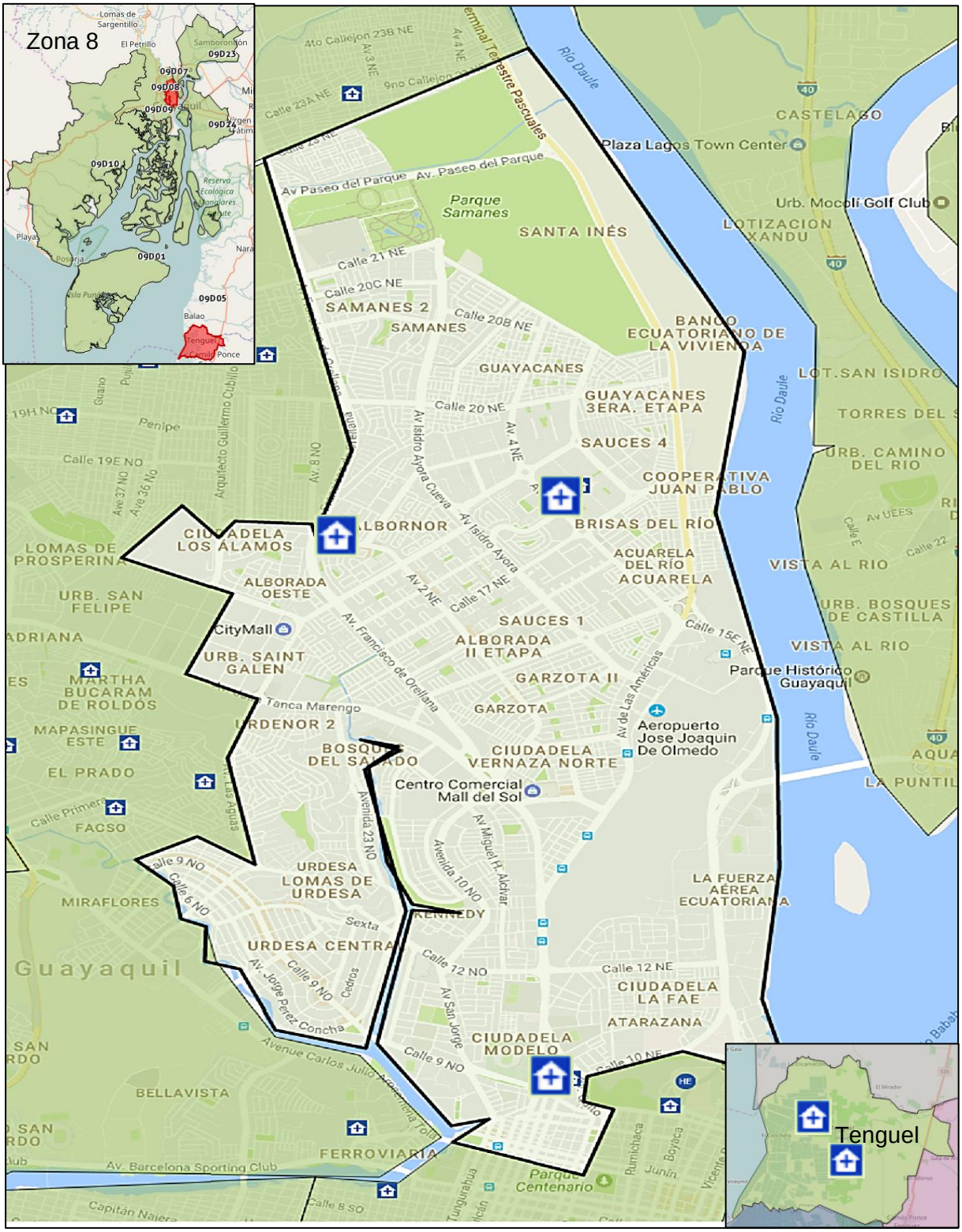
- **Respeto. -** Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a entender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento sus derechos.
- **Inclusión. -** Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio. -** Nuestra labor diaria lo hacemos pasión.
- **Compromiso. -** Nos comprometeos a que nuestras capacidades cumplan todo aquello que nos ha confiado.
- **Integridad. -** Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.
- **Justicia. -** Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad. -** Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

Figura 2. Estructura orgánica de los establecimientos de Salud



Anexo 2. Ubicación geográfica de las unidades operativas del Distrito 09D05 Tarqui, Tenguel, Salud.

Figura 3. Ubicación geográfica Distrito 09D05 Tarqui, Tenguel Salud

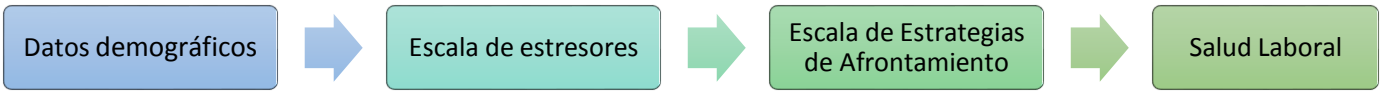


Anexo 3. Formato de instrumento de recolección de información

Facultad De Ciencias Psicológicas
Proyecto de Salud Organizacional y riesgos psicosociales en organizaciones del entorno de la Zona 8

El siguiente cuestionario tiene el propósito de medir el estrés laboral y las estrategias para afrontarlo que son utilizadas en médicos del Distrito 09D05. Esta investigación forma parte de un proyecto macro que se realiza para evaluar la salud laboral y los riesgos psicosociales en docentes y médicos de la Zona 8.

El siguiente cuestionario está conformado por cuatro partes:



Su participación es sumamente importante. El cuestionario es anónimo y la información se tratará con total confidencialidad. Asegúrese de responder todas las preguntas, no existen respuestas correctas ni incorrectas. Se le agradece su colaboración y total honestidad.

PARTE 1: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor, marque con una cruz a lado de su respuesta o escriba lo indicado según corresponda.

Unidad Operativa:												Fecha:			
Sexo:	Hombre		Mujer		Edad:			Especialidad:							
Estado civil:	Soltero		Casado		Unión libre		Divorciado		Viudo						
Años de experiencia en la profesión			Totales:				En el MSP:								
Situación Laboral	Contrato		Nombramiento		¿Tiene un trabajo adicional?			Sí		No					
Número de horas laborales		Diarias:			Semanales:			Horas extras semanales:							
Horario de Trabajo		Mañana		Tarde		Noche		Rotativo							
Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día:															

PARTE 2: ESCALA DE ESTRESORES

Inventario de estrés de Wolfgang para profesionales de la salud (Versión adaptada al español)

¿Con qué frecuencia usted siente que estas situaciones son estresantes? DONDE:

0	1	2	3	4
Nunca.	Rara vez.	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy Frecuentemente.

N.º	¿CON QUÉ FRECUENCIA ME ESTRESAN ESTAS SITUACIONES?	0	1	2	3	4
1	Tener tanto trabajo que no todo puede estar bien hecho.					
2	Tener conflictos con supervisores y/o administradores.					
3	Sentirse últimamente responsable por los resultados de los pacientes.					
4	No recibir el respeto o reconocimiento que merece del público en general.					
5	Sentirse indeciso acerca de qué decir a los pacientes o familiares acerca de las condiciones y/o tratamiento de los pacientes.					
6	Preocuparse por las necesidades emocionales de los pacientes.					
7	Estar en desacuerdo con otros profesionales de la salud respecto al tratamiento de los pacientes.					
8	No tener oportunidad de compartir sentimientos y experiencias con colegas.					
9	Tener conflictos con compañeros.					
10	Tener obligaciones del trabajo que le causan conflicto con sus responsabilidades familiares.					
11	Permitir que sentimientos o emociones personales interfieran con el cuidado de los pacientes.					
12	Estar al día con los nuevos avances para mantener la competencia profesional.					
13	Sentir que las oportunidades para ascender en el trabajo son pobres.					
14	Tratar de satisfacer las expectativas sociales sobre la alta calidad de los servicios médicos.					
15	Supervisar el desempeño de compañeros de trabajo.					
16	Lidiar con pacientes “difíciles”.					
17	No ser reconocido o aceptado como un verdadero profesional por otros profesionistas de la salud.					
18	Estar inadecuadamente preparado para enfrentar las necesidades de los pacientes.					
19	Tener información inadecuada considerando las condiciones médicas del paciente.					
20	No recibir retroalimentación adecuada de la realización de su trabajo.					
21	No tener suficiente personal para proveer adecuadamente los servicios necesarios.					
22	Sentir que personal que no es de salud determine el modo que debe practicar su profesión.					
23	No saber qué se espera del desempeño de su trabajo.					
24	Ser interrumpido por llamadas telefónicas o por personas mientras desempeña sus actividades.					
25	Sentir que no se le permite tomar decisiones acerca de su trabajo.					
26	Sentir que no hay desafíos en su trabajo.					
27	Sentir que su pago como profesional de la salud es inadecuado.					
28	Preocuparse por los pacientes terminales.					
29	No poder usar al máximo todas sus habilidades en el trabajo.					
30	Tener miedo de cometer un error en el tratamiento de los pacientes.					

PARTE 3: INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI)

Piense unos minutos en las situaciones o hechos de su trabajo que le causa estrés. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica marcando el número que corresponda:

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

N.º	¿QUÉ HICE ANTE UNA SITUACIÓN LABORAL ESTRESANTE?	0	1	2	3	4
1	Luché para resolver el problema					
2	Me culpé a mí mismo					
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés					
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado					
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema					
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente					
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado					
8	Pasé algún tiempo solo					
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché					
11	Expresé mis emociones, lo que sentía					
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase					
13	Hablé con una persona de confianza					
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas					
15	Traté de olvidar por completo el asunto					
16	Evité estar con gente					
17	Hice frente al problema					
18	Me critiqué por lo ocurrido					
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir					
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación					
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano					
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían					
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más					
24	Oculté lo que pensaba y sentía					
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran					
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera					
27	Dejé desahogar mis emociones					
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido					
29	Pasé algún tiempo con mis amigos					
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo					
31	Me comporté como si nada hubiera pasado					
32	No dejé que nadie supiera como me sentía					
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería					

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

N.º	¿QUÉ HICE ANTE UNA SITUACIÓN LABORAL ESTRESANTE?	0	1	2	3	4
34	Pensé: Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron					
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes					
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto					
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas					
39	Evité pensar o hacer nada					
40	Traté de ocultar mis sentimientos					
41	Me consideré capaz de afrontar la situación					

PARTE 4: SALUD LABORAL

4.1 ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud?	Si	No

4.2 Si su respuesta anterior es afirmativa, por favor, especifique marcando TODAS las opciones que crea convenientes. Caso contrario avance a la pregunta 4.5

Trastornos gastrointestinales		Trastornos cardiovasculares	
Trastornos respiratorios		Trastornos endocrinos	
Trastornos sexuales		Trastornos dermatológicos	
Trastornos musculares		Trastornos óseos	

OTROS (ESPECÍFIQUE).....

4.3 ¿Ha recibido terapia psicológica en los últimos meses?	Si	No

Si su respuesta anterior es afirmativa, pase a la siguiente pregunta. Caso contrario avance a 4.5

4.4 ¿Recibió diagnóstico? Especifique marcando TODAS las opciones competentes.

Trastornos del sueño		Miedos y fobias		Ansiedad	
Adicción a drogas y alcohol		Alteración de las conductas de alimentación		Depresión	

OTROS (ESPECÍFIQUE).....

4.5 ¿Ha presentado alguno de estos síntomas a causa de su trabajo? Especifique marcando TODAS las opciones que crea convenientes.

Incapacidad para concentrarse		Hipersensibilidad a las críticas		Frecuentes olvidos	
Incapacidad para tomar decisiones		Sensación de desorientación		Mal humor	
Dificultad para mantener la atención		Consumo de alcohol / tabaco		Bloqueos mentales	
Sentimientos de falta de control		Consumo de fármacos.		Preocupación excesiva	

4.6 ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado sus relaciones sociales?	Si	No

4.7 Si su respuesta anterior es afirmativa, especifique marcando TODAS las opciones competentes.

Familia		Amistades		Compañeros de trabajo	

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 4. Tablas y gráficos resultados de la investigación

Tabla 5. Unidades Operativas del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud

Unidad Operativa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Centro de Salud Sauces III	31	59,6	59,6
Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (C.E.T.S) Nº2	5	9,6	69,2
Subcentro de Salud San Rafael (Tenguel)	1	1,9	71,2
Subcentro de Salud Sauces 8	9	17,3	88,5
Hospital San Francisco De Tenguel	6	11,5	100,0
Total	52	100,0	

Figura 4. Unidades Operativas del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud

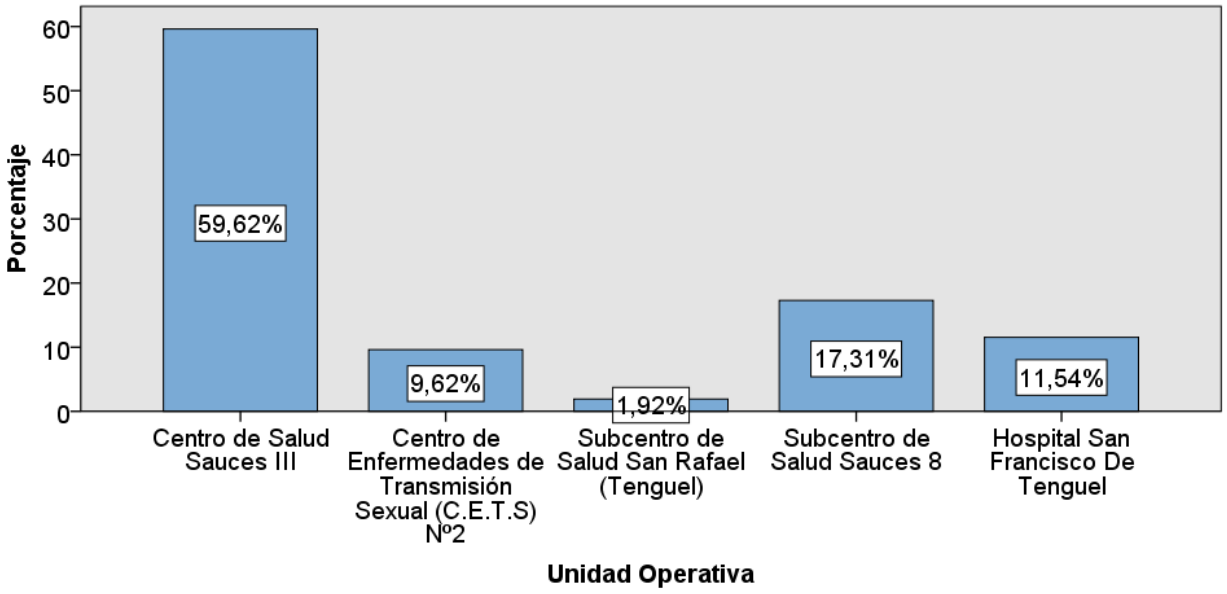


Tabla 6. Distribución de los participantes según el sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hombre	19	36,5	36,5
Mujer	33	63,5	100,0
Total	52	100,0	

Figura 5. Distribución de los participantes según el sexo

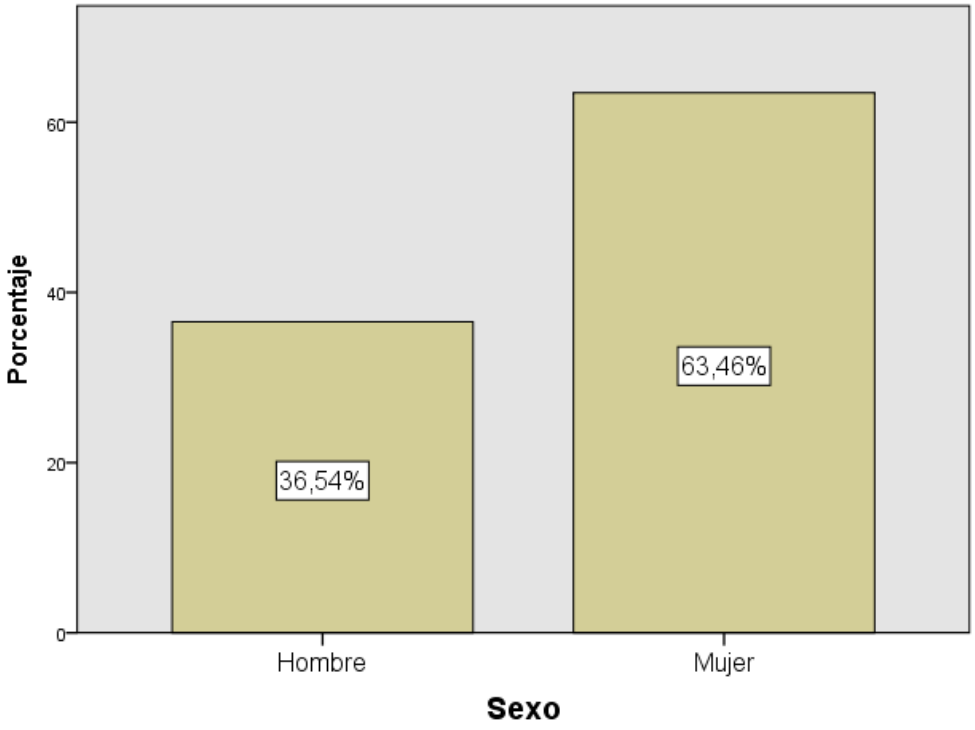


Tabla 7. Distribución de los participantes según la especialidad

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No especificaron	4	7,7	7,7
Medicina General	22	42,3	50,0
Pediatría	5	9,6	59,6
Mg. Salud Pública	3	5,8	65,4
Medicina Familiar	5	9,6	75,0
Obstetricia	8	15,4	90,4
Ginecología	4	7,7	98,1
Dermatología	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 6. Distribución de los participantes según la especialidad

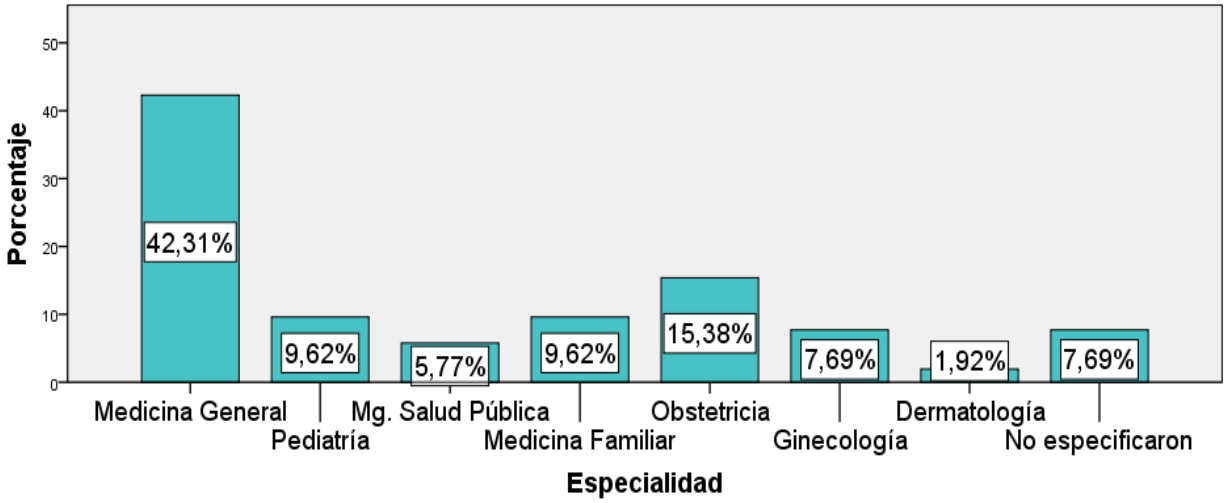


Tabla 8. Estado civil de los participantes

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero	9	17,3	17,3
Casado	30	57,7	75,0
Unión libre	3	5,8	80,8
Divorciado	5	9,6	90,4
Viudo	5	9,6	100,0
Total	52	100,0	

Figura 7. Estado civil de los participantes

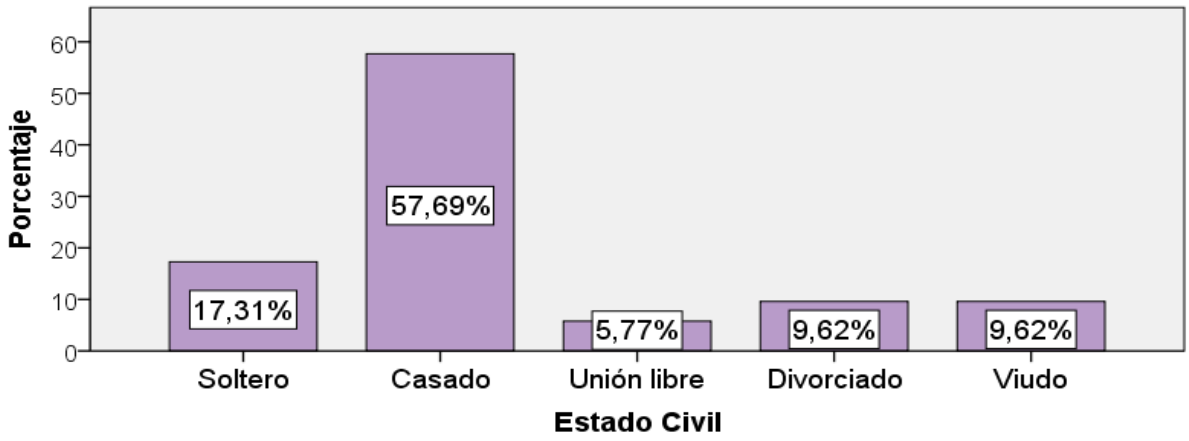


Tabla 9. Distribución de los participantes por su situación laboral

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No especificaron	3	5,8	5,8
Contrato	19	36,5	42,3
Nombramiento	30	57,7	100,0
Total	52	100,0	

Figura 8. Distribución de los participantes por su situación laboral

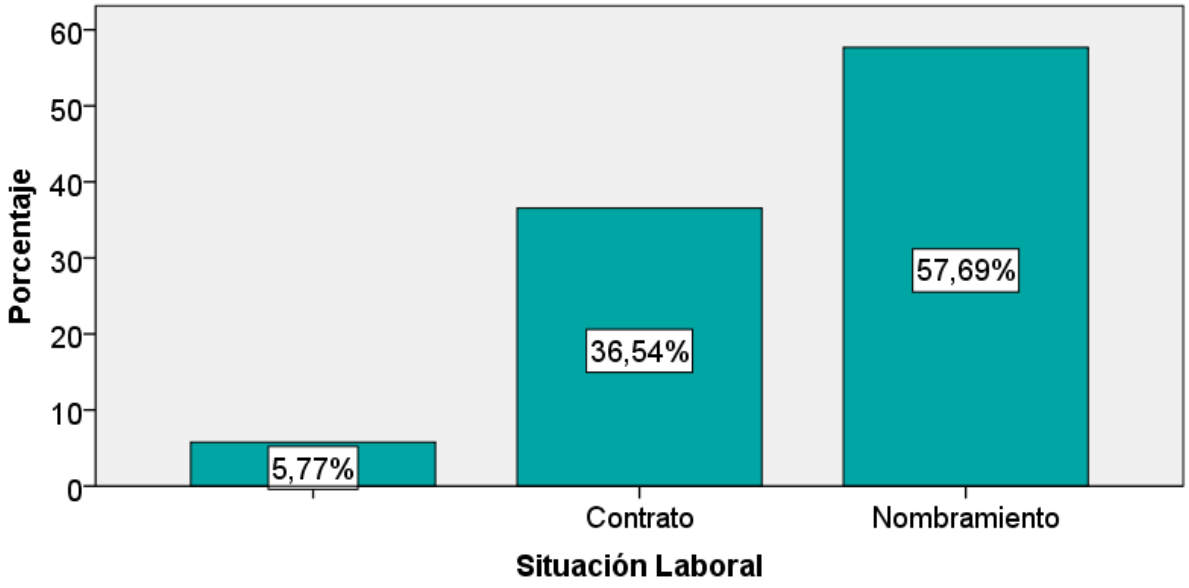


Tabla 10. Presencia de un trabajo adicional

¿Tiene otro trabajo adicional?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	10	19,2	19,2
No	42	80,8	100,0
Total	52	100,0	

Tabla 11. Distribución de los participantes según su horario de trabajo

Horario de trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mañana y tarde	39	75,0	75,0
Tarde y noche	1	1,9	76,9
Mañana, tarde y noche	2	3,8	80,8
Rotativo	10	19,2	100,0
Total	52	100,0	

Figura 9. Distribución de los participantes según su horario de trabajo

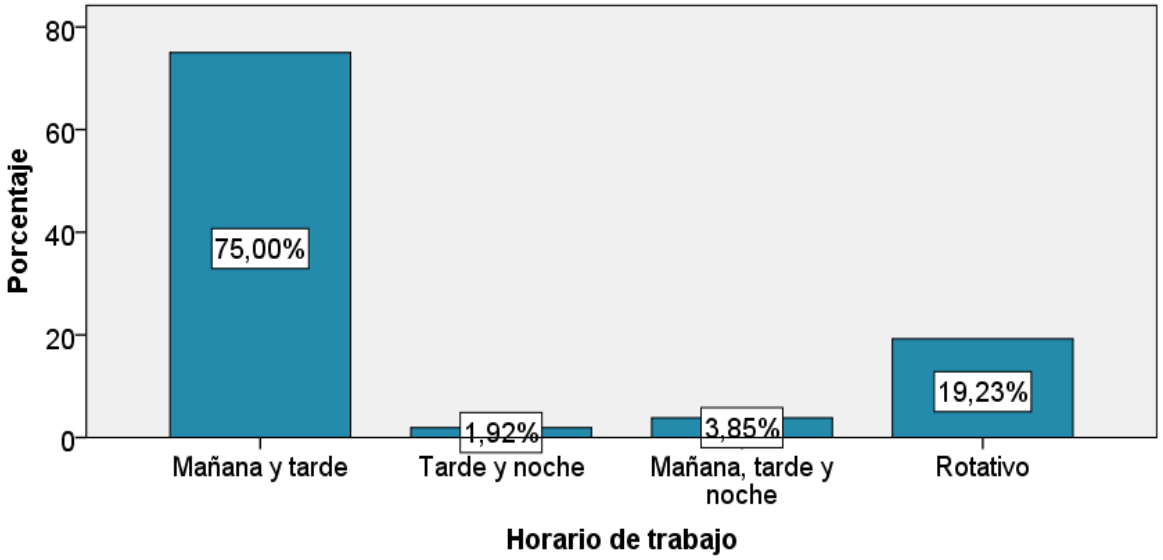


Tabla 12. Distribución de los participantes según su edad

Edad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	27 - 39	11	21,2	23,4	23,4
	40 - 52	11	21,2	23,4	46,8
	53 - 69	25	48,1	53,2	100,0
	Total	47	90,4	100,0	
Perdidos	Sistema	5	9,6		
Total		52	100,0		

Figura 10. Distribución de los participantes según su edad

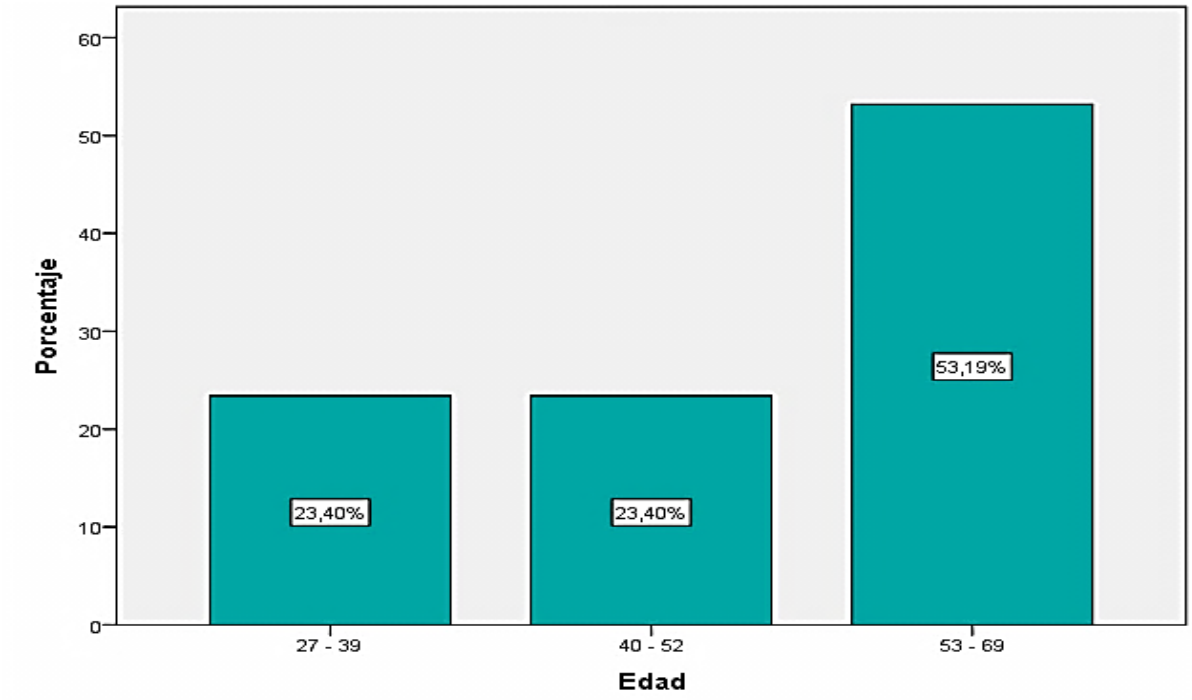


Tabla 13. Distribución de los participantes según años de experiencia en el MSP

Años de experiencia en el MSP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 - 5	8	15,4	15,4
6 - 10	18	34,6	50,0
11 - 15	9	17,3	67,3
16 - 20	5	9,6	76,9
21 - 25	4	7,7	84,6
26 - 30	5	9,6	94,2
31 - 35	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Figura 11. Distribución de los participantes según años de experiencia en el MSP

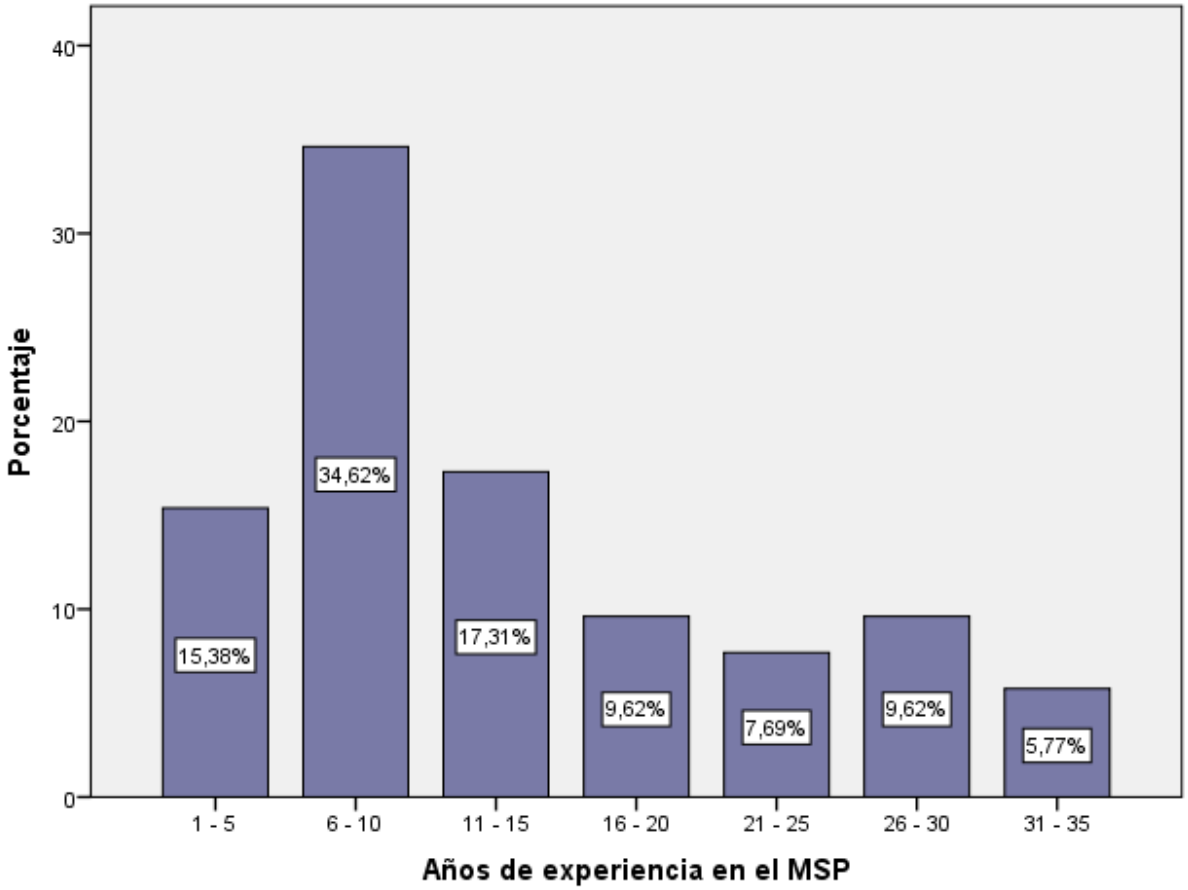


Tabla 14. Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día

Cantidad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	11 - 21	18	34,6	40,0	40,0
	22 - 32	25	48,1	55,6	95,6
	33 - 43	1	1,9	2,2	97,8
	66 - 77	1	1,9	2,2	100,0
	Total	45	86,5	100,0	
Perdidos	Sistema	7	13,5		
Total		52	100,0		

Figura 12. Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día

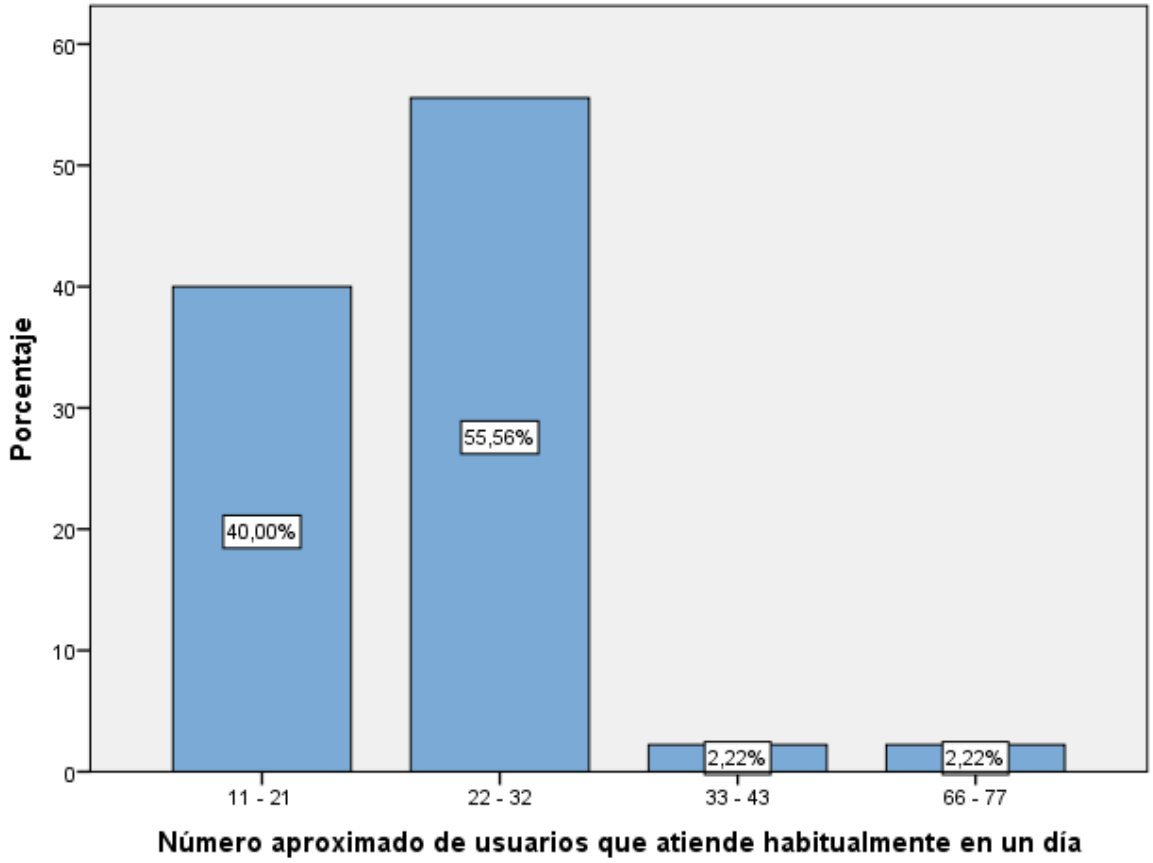


Tabla 15. Medidas de tendencia central de categorías ocupacionales.

Variables	N		Media	Mediana	Moda
	Válido	Perdidos			
Número de horas diarias	52	0	8,38	8,00	8
Número de horas extras	52	0	,90	0,00	0
Edad	47	5	49,34	53,00	53[a]
Años de experiencia totales en la profesión	52	0	19,33	20,00	10
Años de experiencia en el MSP	52	0	13,98	11,00	10
Número de horas semanales	51	1	40,06	40,00	40
Número aprox. de usuarios que atiende habitualmente en un día	45	7	23,49	24,00	24

[a] Multimodal – se muestra el valor más pequeño.

Tabla 16. Nivel de estrés global dentro del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estrés mínimo o sin estrés	15	28,8	28,8
Estrés moderado	32	61,5	90,4
Estrés alto	5	9,6	100,0
Total	52	100,0	

Figura 12b. Nivel de estrés global dentro del Distrito 09D05 Tarqui - Tenguel, Salud

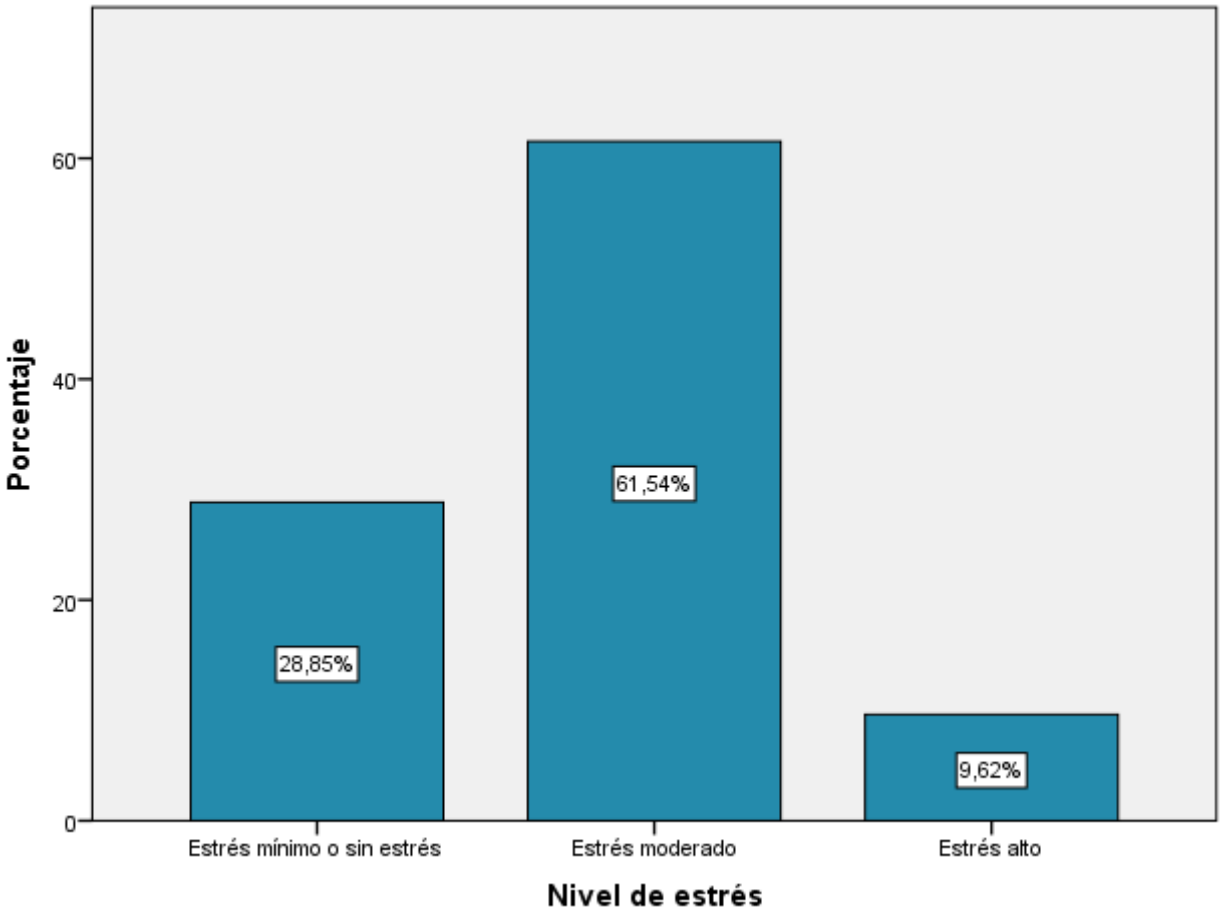


Figura 13. Análisis comparativo del nivel de estrés en las unidades operativas de salud.

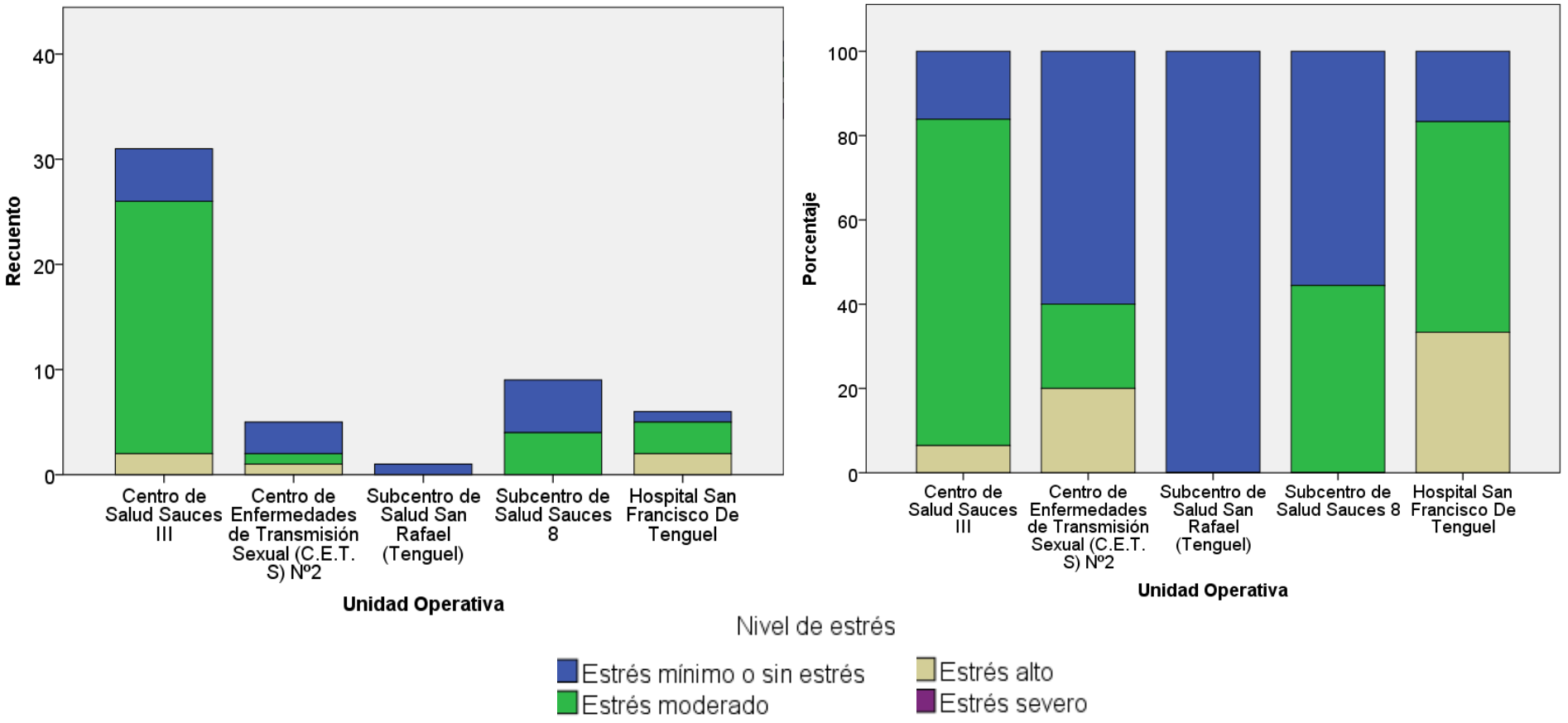


Tabla 17. Análisis por factores de estrés - Reconocimiento Profesional

Frecuencia del Estresor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rara vez	15	28,8	28,8
Ocasionalmente	28	53,8	82,7
Frecuentemente	8	15,4	98,1
Muy frecuentemente	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 14. Análisis por factores de estrés - Reconocimiento Profesional

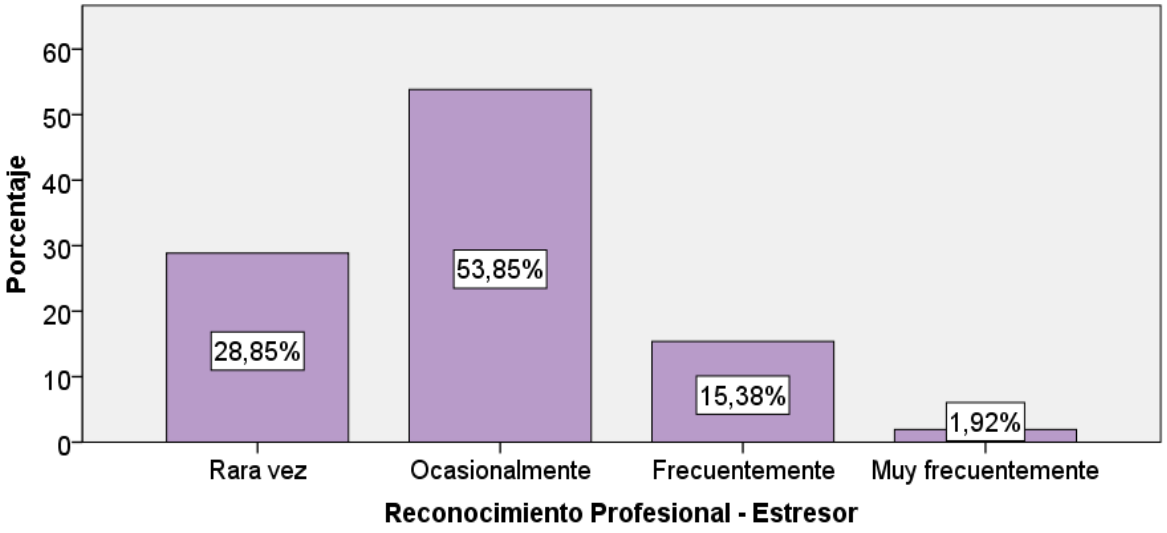


Tabla 18. Análisis por factores de estrés - Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes

Frecuencia del Estresor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rara vez	5	9,6	9,6
Ocasionalmente	27	51,9	61,5
Frecuentemente	17	32,7	94,2
Muy frecuentemente	3	5,8	100,0
Total	52	100,0	

Figura 15. Análisis por factores de estrés - Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes

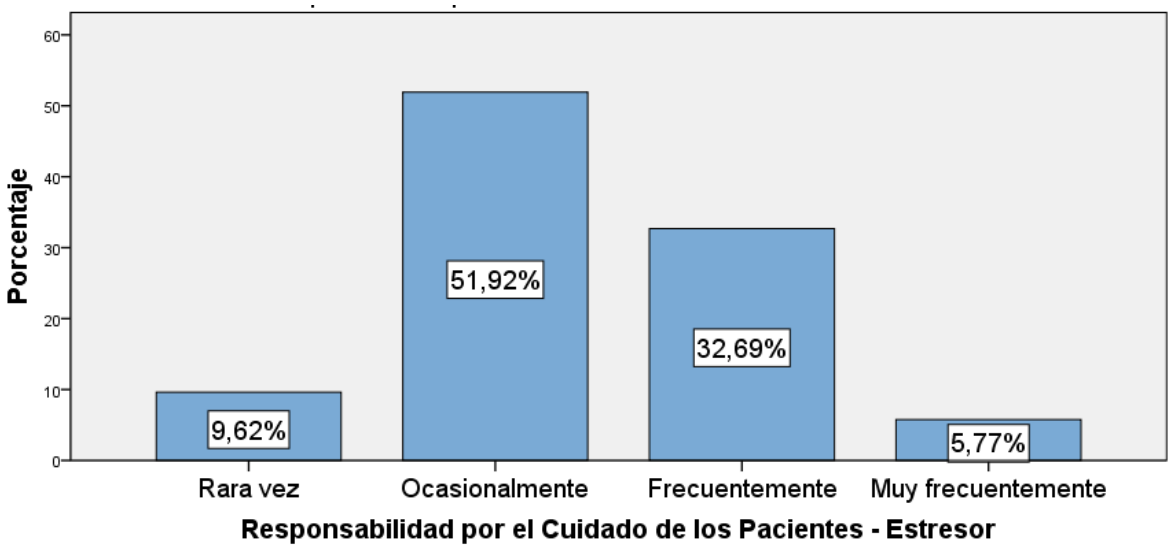


Tabla 19. Análisis por factores de estrés – Conflictos en el trabajo

Frecuencia del Estresor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rara vez	20	38,5	38,5
Ocasionalmente	25	48,1	86,5
Frecuentemente	6	11,5	98,1
Muy frecuentemente	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 16. Análisis por factores de estrés – Conflictos en el trabajo

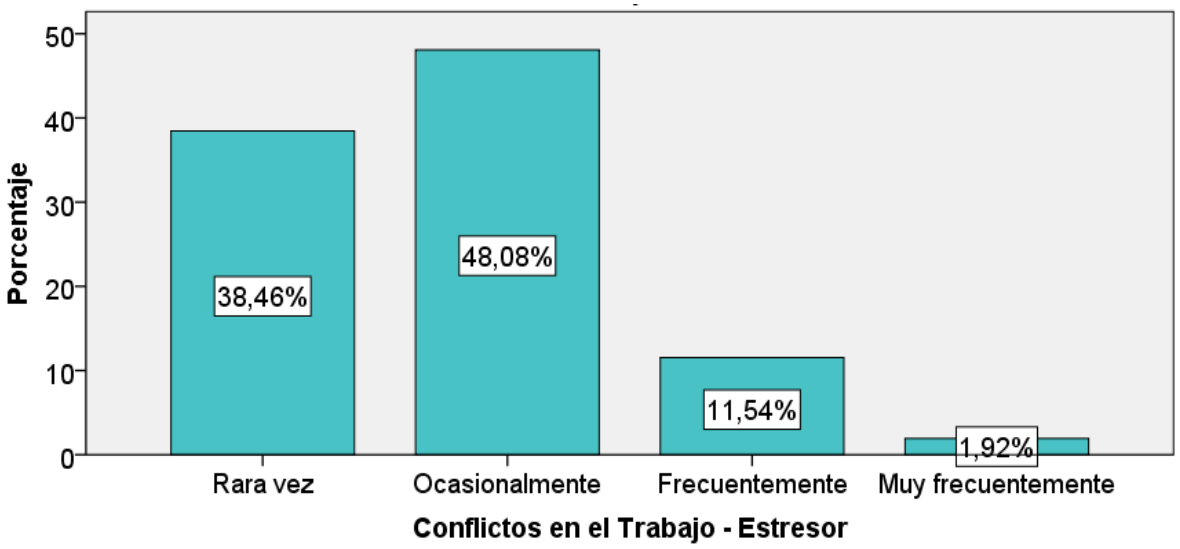


Tabla 20. Análisis por factores de estrés - Incertidumbre Profesional

Frecuencia del Estresor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Rara vez	36	69,2	69,2
Ocasionalmente	15	28,8	98,1
Frecuentemente	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 17. Análisis por factores de estrés - Incertidumbre Profesional

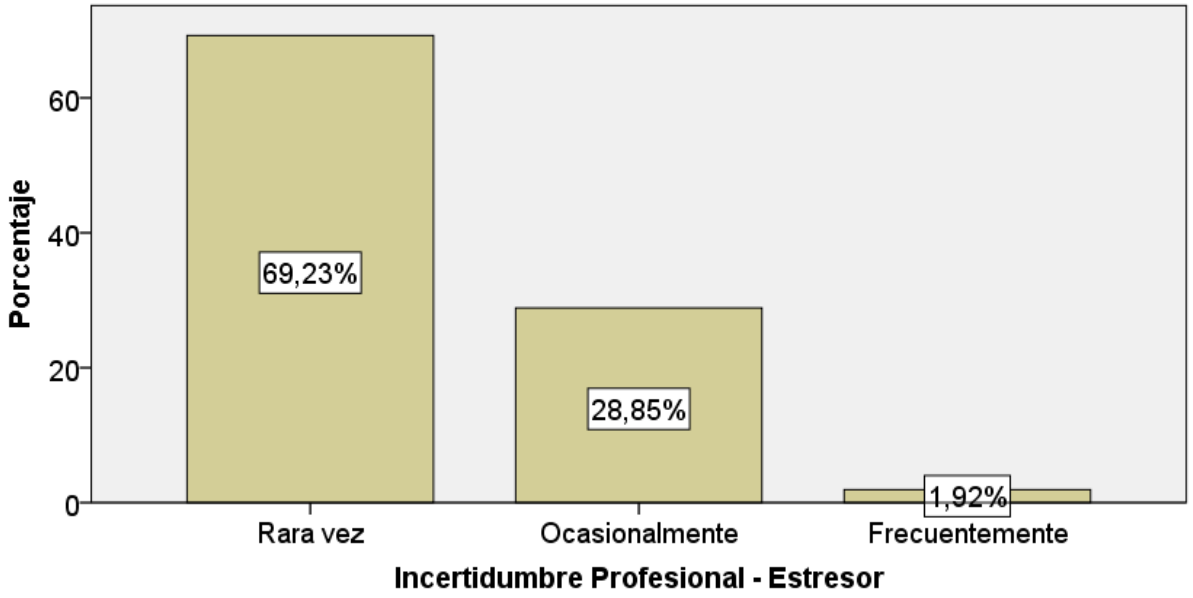


Tabla 21. Medidas de tendencia central - dispersión de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes

Estadísticos

		Resolución de Problemas	Autocrítica	Expresión Emocional	Pensamiento Desiderativo	Apoyo social	Restructuración cognitiva	Evitación de problemas	Retirada social
N	Válidos	52	52	52	52	52	52	52	52
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media		14,75	4,12	7,02	8,98	10,38	11,50	7,88	6,17
Mediana		16,00	4,50	7,00	8,00	10,50	11,00	8,00	5,50
Moda		16	0[a]	5[a]	5[a]	12	8	5[a]	4
Desviación estándar		3,975	3,240	3,616	5,082	4,786	3,832	4,404	3,828
Rango		15	11	14	19	20	16	17	20
Percentiles	25	13,00	1,00	4,25	5,00	8,00	9,00	4,25	4,00
	50	16,00	4,50	7,00	8,00	10,50	11,00	8,00	5,50
	75	18,00	6,00	10,00	13,00	13,00	14,00	11,00	8,00

a. Existen múltiples modas. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 22. Estrategias de afrontamiento - Resolución de Problemas

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	1	1,9	1,9
Frecuentemente	8	15,4	17,3
Casi siempre	16	30,8	48,1
Siempre	27	51,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 18. Estrategias de afrontamiento - Resolución de Problemas

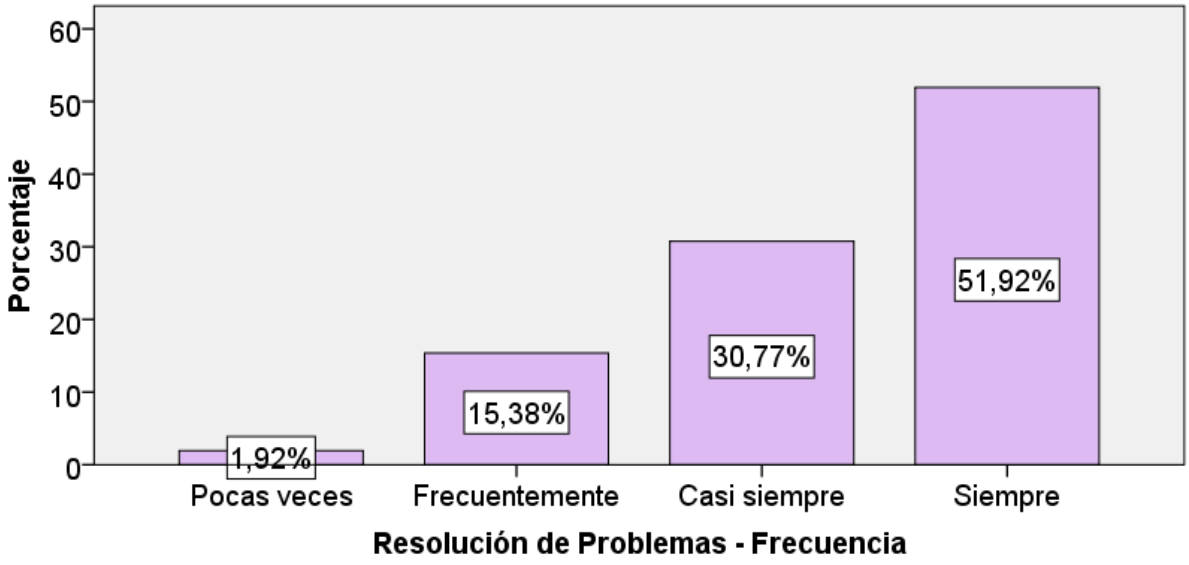


Tabla 23. Estrategias de afrontamiento - Autocrítica

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	10	19,2	19,2
Pocas veces	26	50,0	69,2
Frecuentemente	15	28,8	98,1
Casi siempre	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 19. Estrategias de afrontamiento - Autocrítica

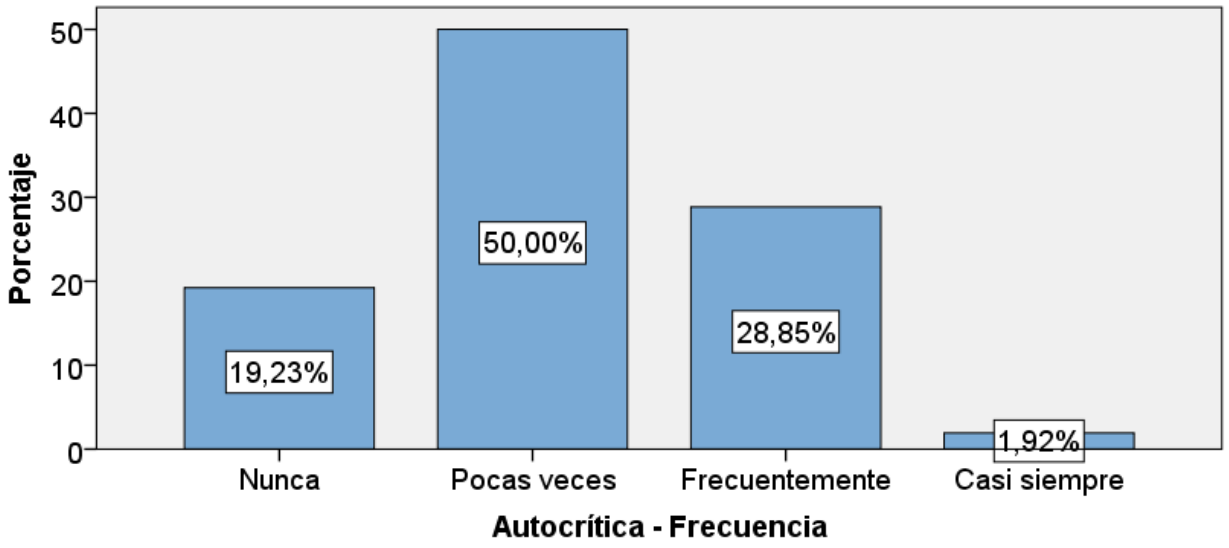


Tabla 24. Estrategias de afrontamiento - Expresión Emocional

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3,8	3,8
Pocas veces	20	38,5	42,3
Frecuentemente	19	36,5	78,8
Casi siempre	11	21,2	100,0
Total	52	100,0	

Figura 20. Estrategias de afrontamiento - Expresión Emocional

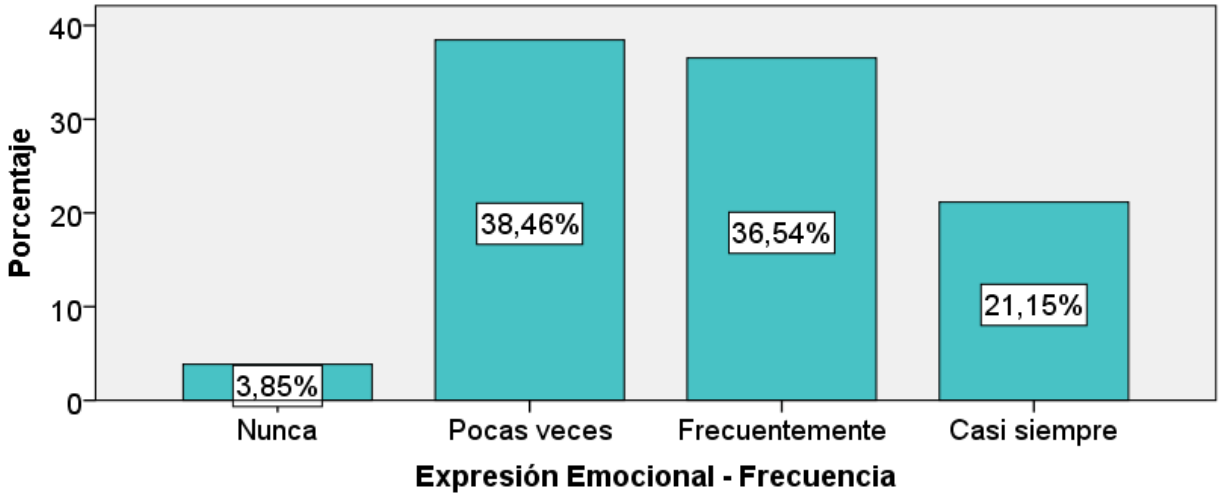


Tabla 25. Estrategias de afrontamiento - Pensamiento Desiderativo

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	17	32,7	32,7
Frecuentemente	19	36,5	69,2
Casi siempre	9	17,3	86,5
Siempre	7	13,5	100,0
Total	52	100,0	

Figura 21. Estrategias de afrontamiento - Pensamiento Desiderativo

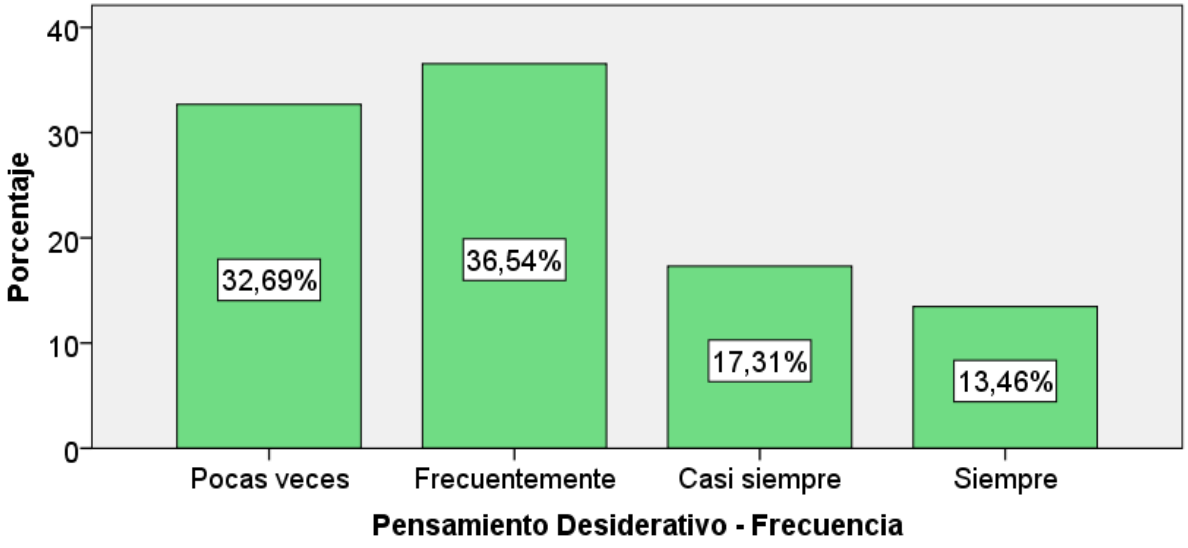


Tabla 26. Estrategias de afrontamiento - Apoyo social

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	1,9	1,9
Pocas veces	7	13,5	15,4
Frecuentemente	18	34,6	50,0
Casi siempre	17	32,7	82,7
Siempre	9	17,3	100,0
Total	52	100,0	

Figura 22. Estrategias de afrontamiento - Apoyo social

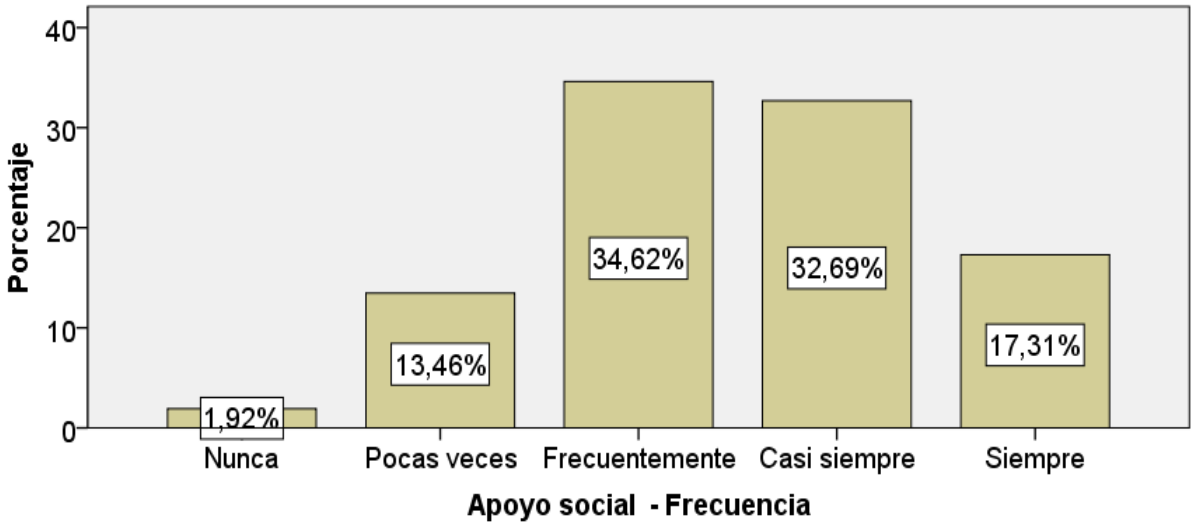


Tabla 27. Estrategias de afrontamiento - Restructuración cognitiva

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	2	3,8	3,8
Frecuentemente	21	40,4	44,2
Casi siempre	21	40,4	84,6
Siempre	8	15,4	100,0
Total	52	100,0	

Figura 23. Estrategias de afrontamiento - Restructuración cognitiva

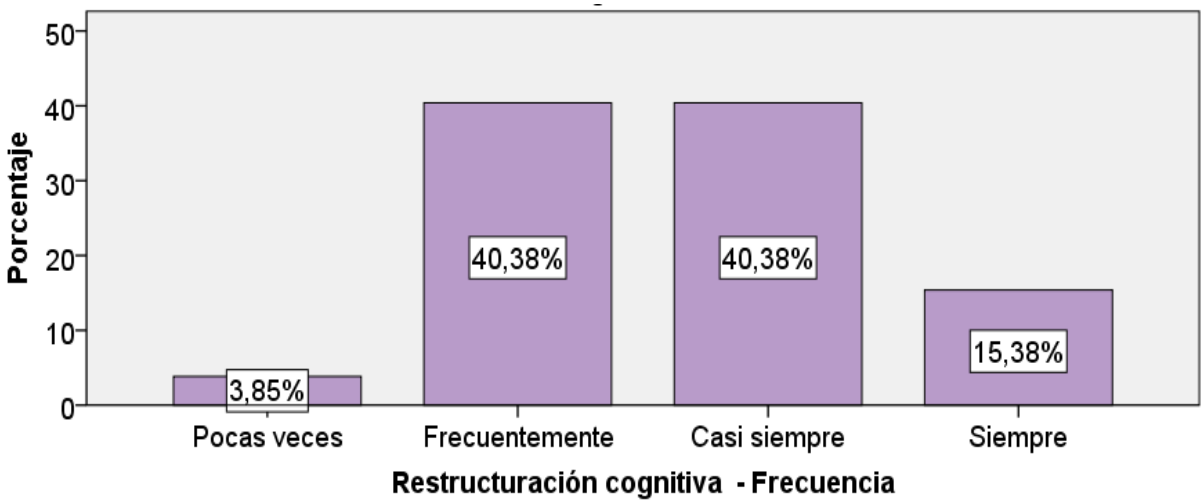


Tabla 28. Estrategias de afrontamiento - Evitación de problemas

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	1	1,9	1,9
Pocas veces	18	34,6	36,5
Frecuentemente	19	36,5	73,1
Casi siempre	10	19,2	92,3
Siempre	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Figura 24. Estrategias de afrontamiento - Evitación de problemas

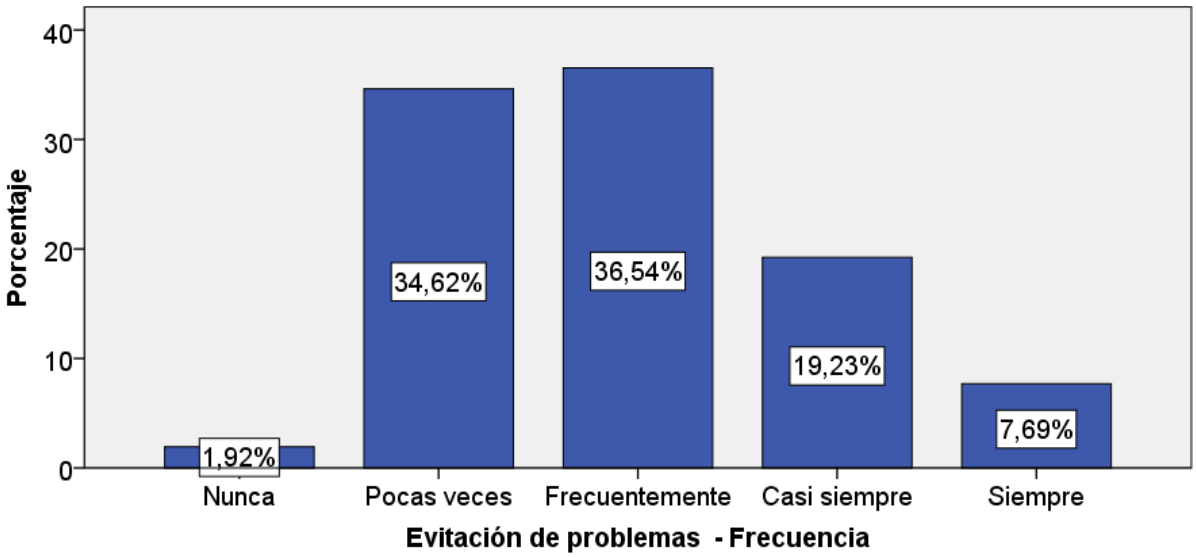


Tabla 29. Estrategias de afrontamiento - Retirada social

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3,8	3,8
Pocas veces	24	46,2	50,0
Frecuentemente	18	34,6	84,6
Casi siempre	7	13,5	98,1
Siempre	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 25. Estrategias de afrontamiento - Retirada social

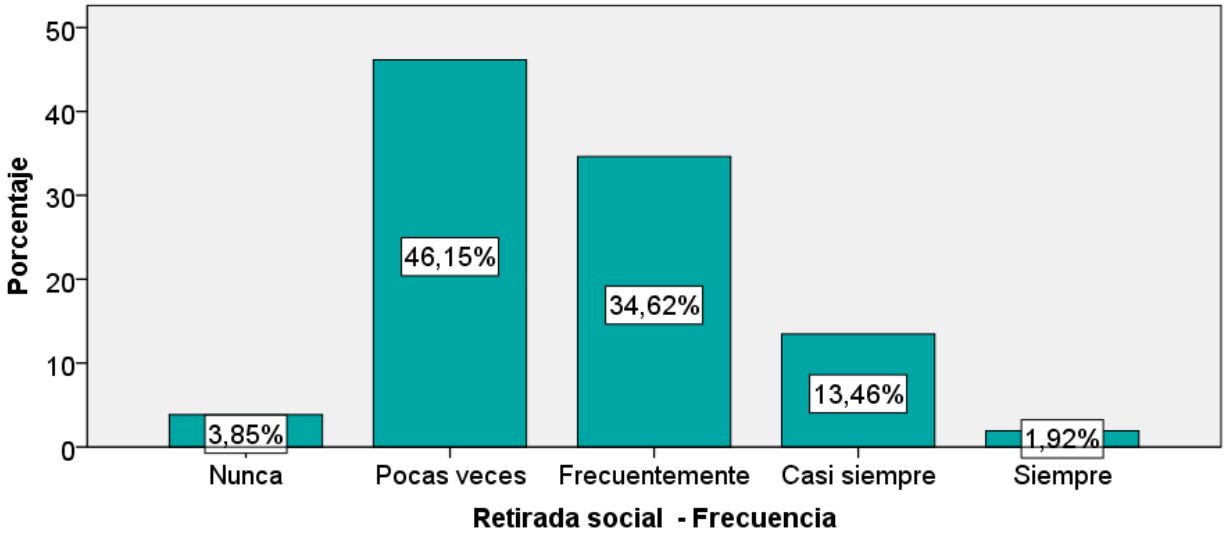


Tabla 30. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en el problema

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Frecuentemente	8	15,4	15,4
Casi siempre	31	59,6	75,0
Siempre	13	25,0	100,0
Total	52	100,0	

Figura 26. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en el problema

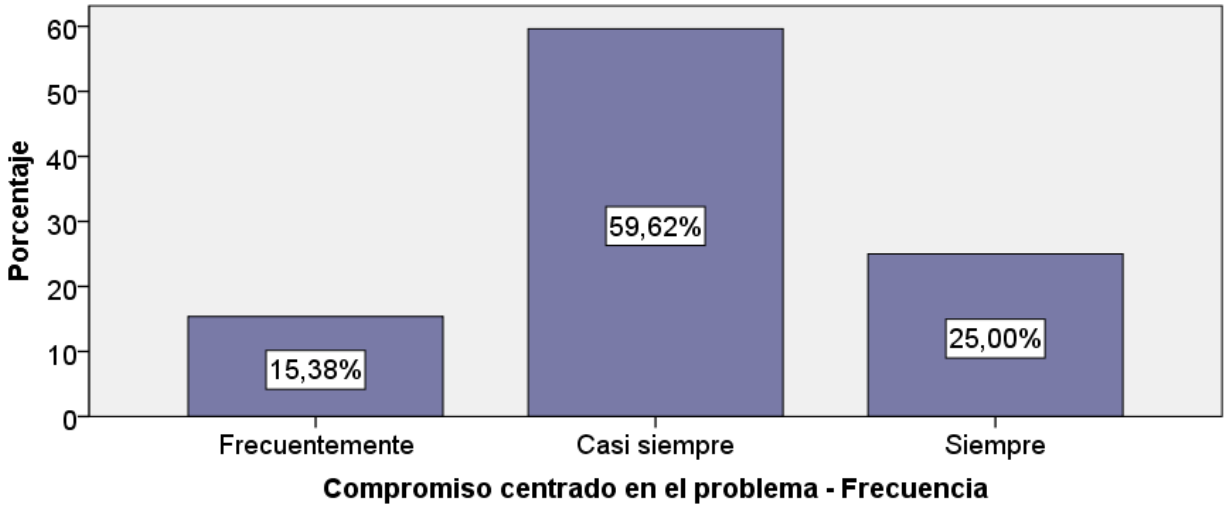


Tabla 31. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en la emoción

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	10	19,2	19,2
Frecuentemente	26	50,0	69,2
Casi siempre	14	26,9	96,2
Siempre	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	

Figura 27. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Compromiso centrado en la emoción

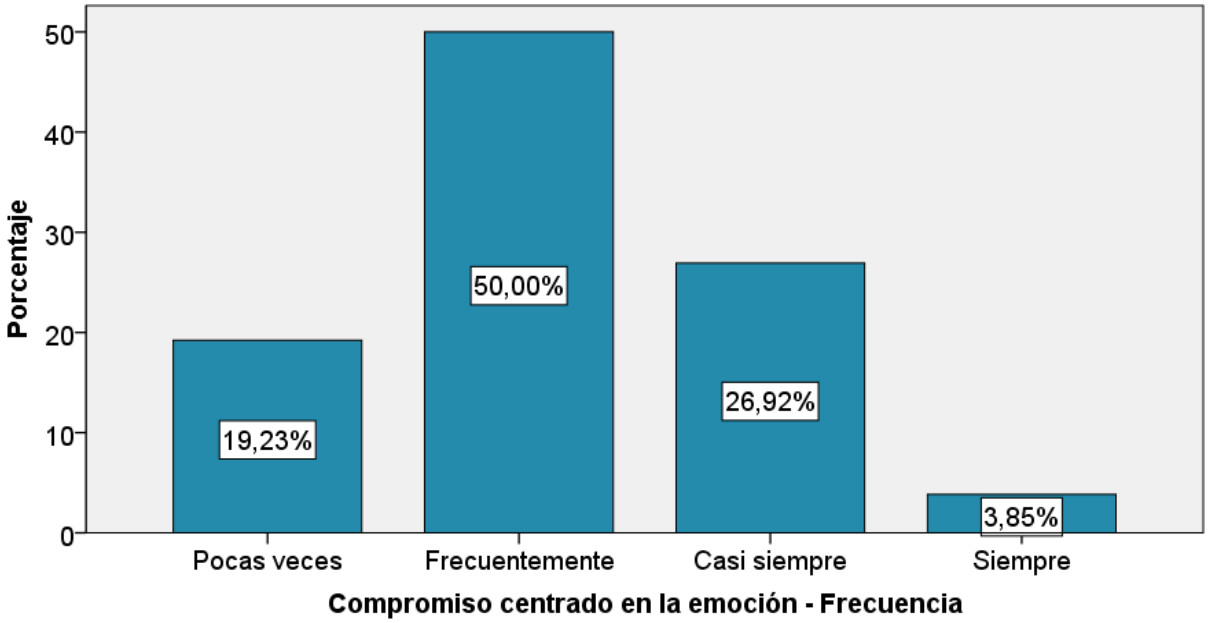


Tabla 32. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en el problema

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	14	26,9	26,9
Frecuentemente	21	40,4	67,3
Casi siempre	15	28,8	96,2
Siempre	2	3,8	100,0
Total	52	100,0	

Figura 28. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en el problema

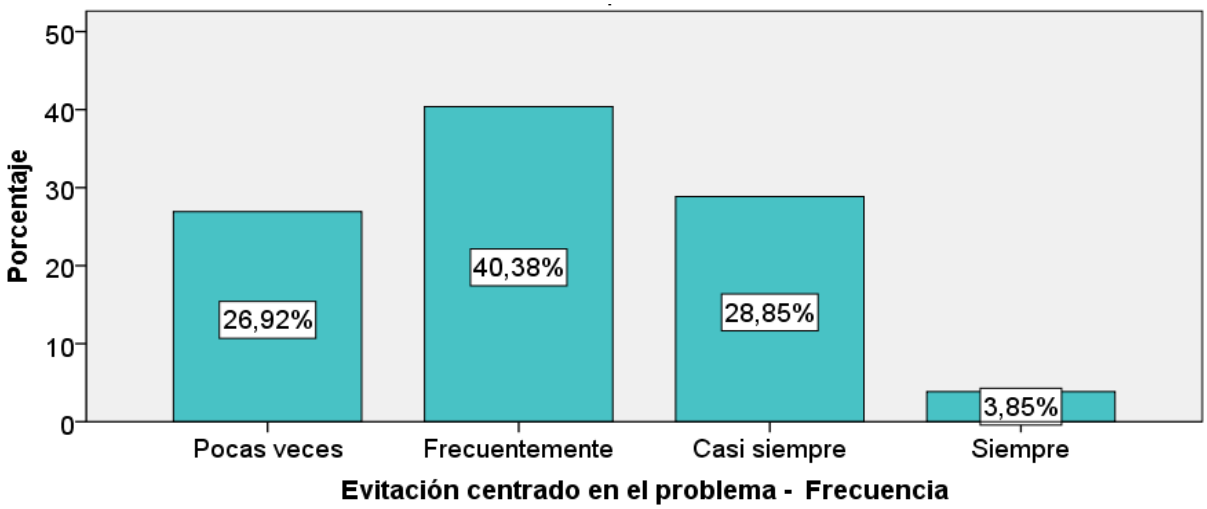


Tabla 33. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en la emoción

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	2	3,8	3,8
Pocas veces	28	53,8	57,7
Frecuentemente	21	40,4	98,1
Casi siempre	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 29. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías secundarias: Evitación centrado en la emoción

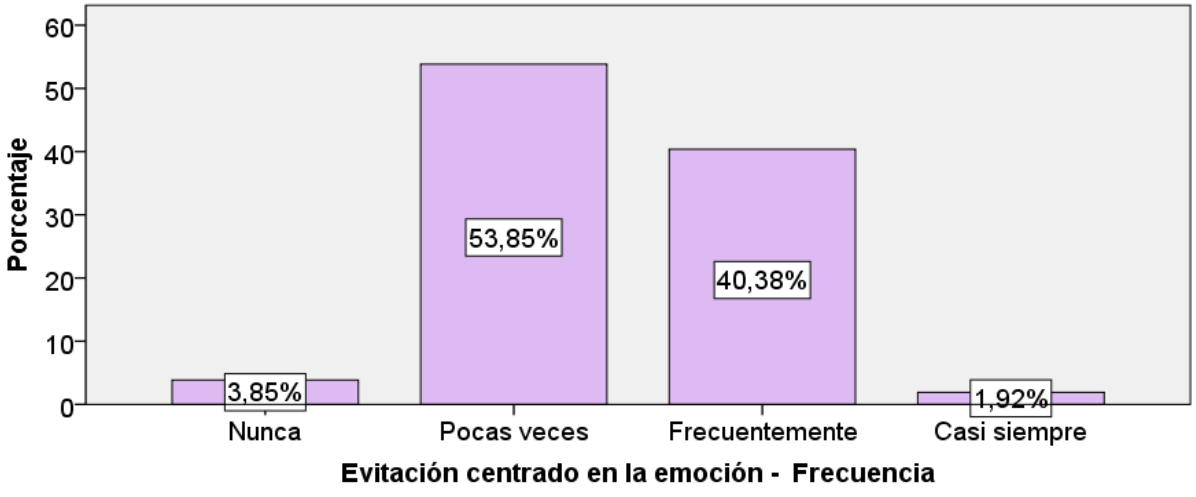


Tabla 34. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Compromiso

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Frecuentemente	23	44,2	44,2
Casi siempre	25	48,1	92,3
Siempre	4	7,7	100,0
Total	52	100,0	

Figura 30. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Compromiso

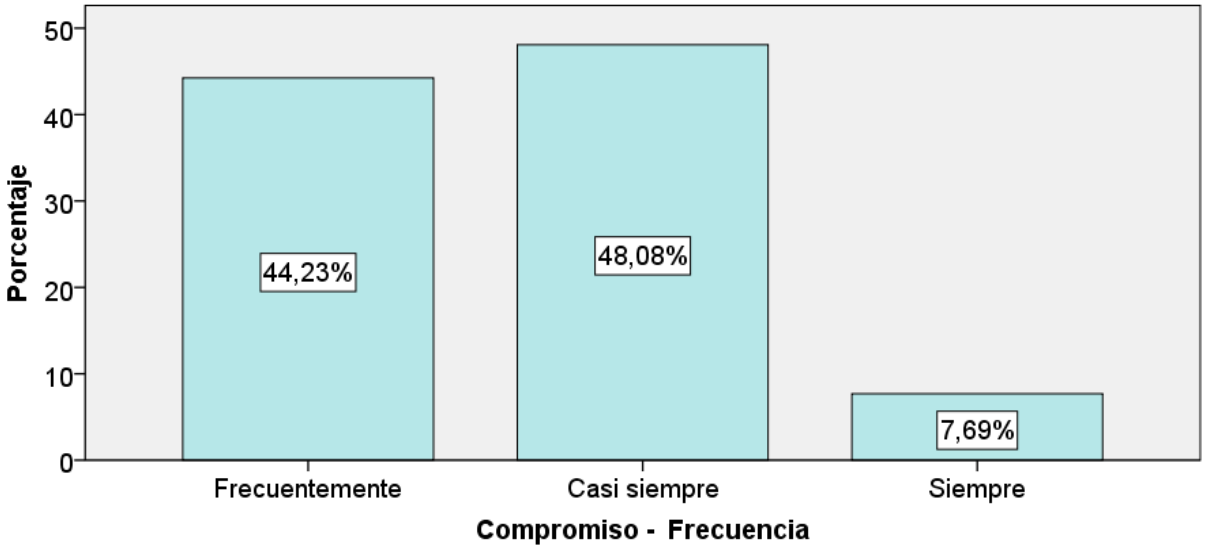


Tabla 35. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Evasión

Frecuencia de utilización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	16	30,8	30,8
Frecuentemente	28	53,8	84,6
Casi siempre	7	13,5	98,1
Siempre	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 31. Análisis de estrategias de afrontamiento por categorías terciarias: Evasión

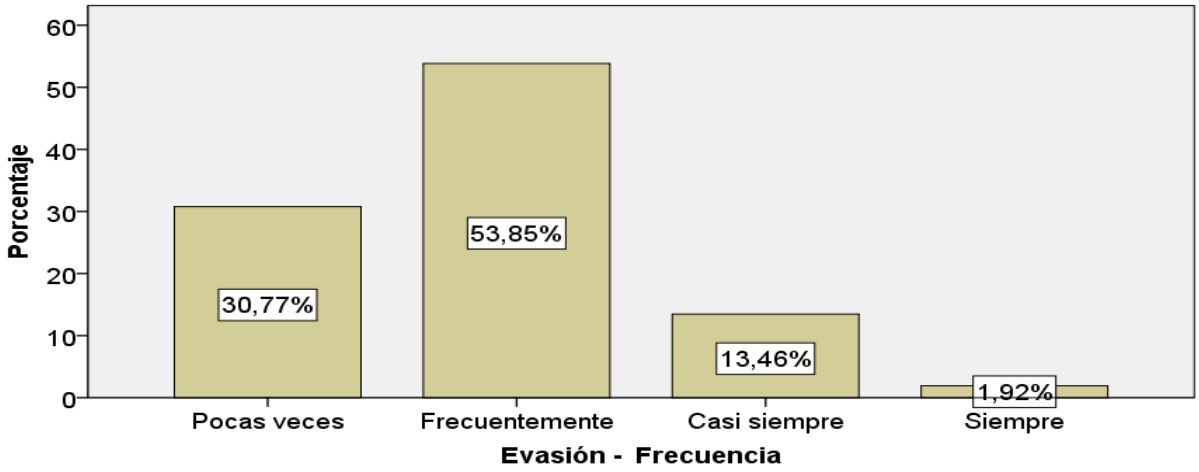
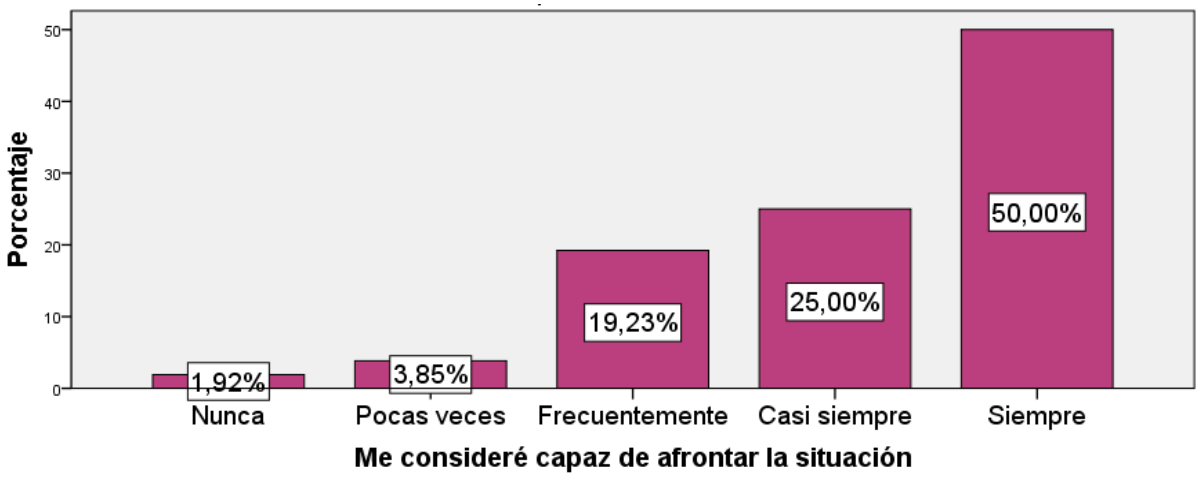


Figura 32. Autoeficacia Percibida



Análisis sobre consecuencias en la salud

Figura 33. ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud?

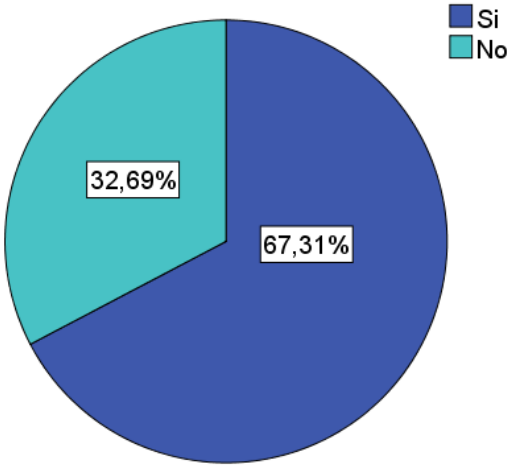


Tabla 36. Tipo de afectaciones físicas percibidas en los participantes

Afectación física	Frecuencia	Porcentaje*
Trastornos gastrointestinales	30	57,7
Trastornos respiratorios	4	7,7
Trastornos sexuales	6	11,5
Trastornos musculares	20	38,5
Trastornos cardiovasculares	17	32,7
Trastornos endocrinos	4	7,7
Trastornos dermatológicos	10	19,2
Trastornos óseos	8	15,4
Total N	52	

*Porcentajes basados en el total de entrevistados

Figura 34. Tipo de afectaciones físicas percibidas en los participantes

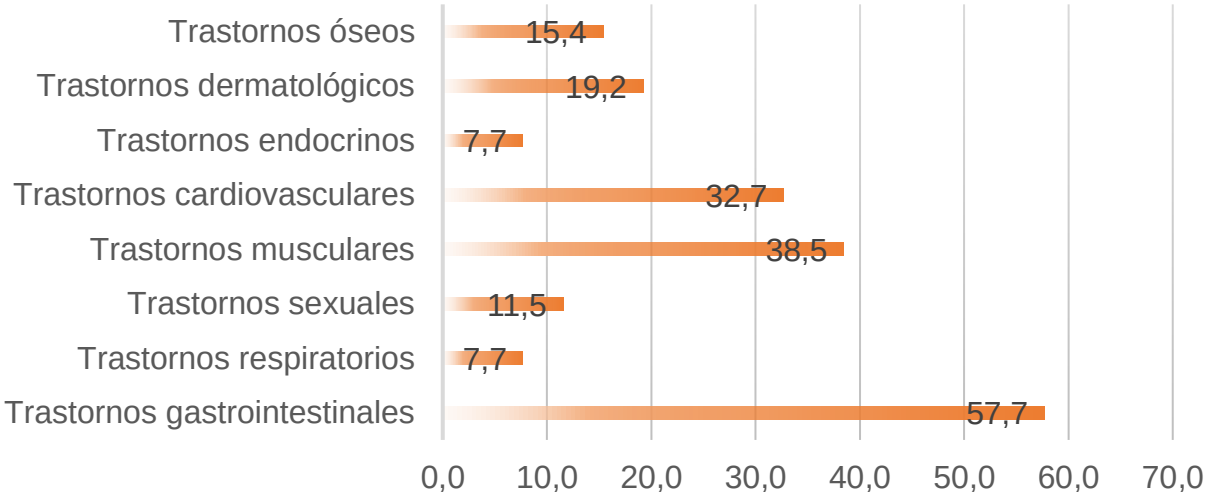


Tabla 37. Otras alteraciones somáticas

Otros (especifique)	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No Aplica	39	75,0	75,0
Estrés	2	3,8	78,8
Trastornos del sueño	9	17,3	96,2
Alteración de las conductas alimenticias	1	1,9	98,1
Ansiedad	1	1,9	100,0
Total	52	100,0	

Figura 35. Otras alteraciones somáticas

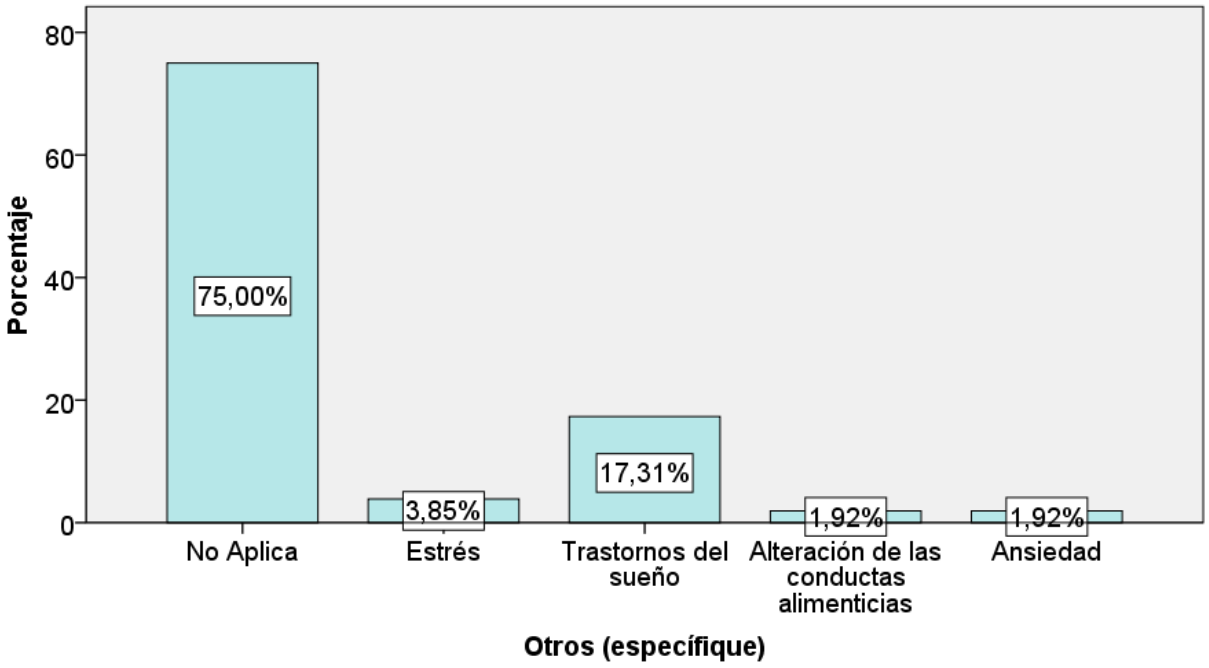


Figura 36. ¿Ha recibido terapia psicológica en los últimos meses?

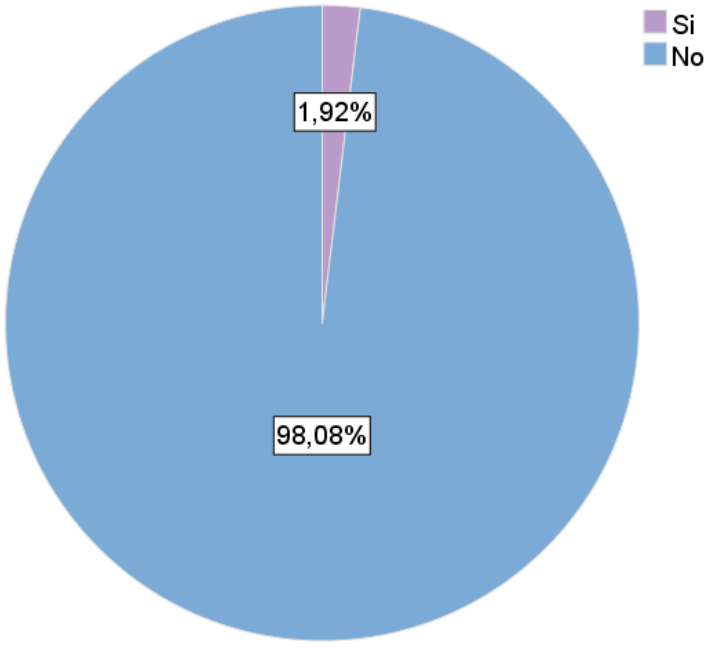


Tabla 38. Síntomas psicológicos percibidos en los participantes

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje*
Incapacidad para concentrarse	9	17,3
Dificultad para mantener la atención	6	11,5
Sentimientos de falta de control	2	3,8
Hipersensibilidad a las críticas	4	7,7
Consumo de fármacos.	2	3,8
Frecuentes olvidos	8	15,4
Mal humor	19	36,5
Bloqueos mentales	2	3,8
Preocupación excesiva	23	44,2
N	52	

*Porcentajes basados en el total de entrevistados

Figura 37. Síntomas psicológicos percibidos en los participantes

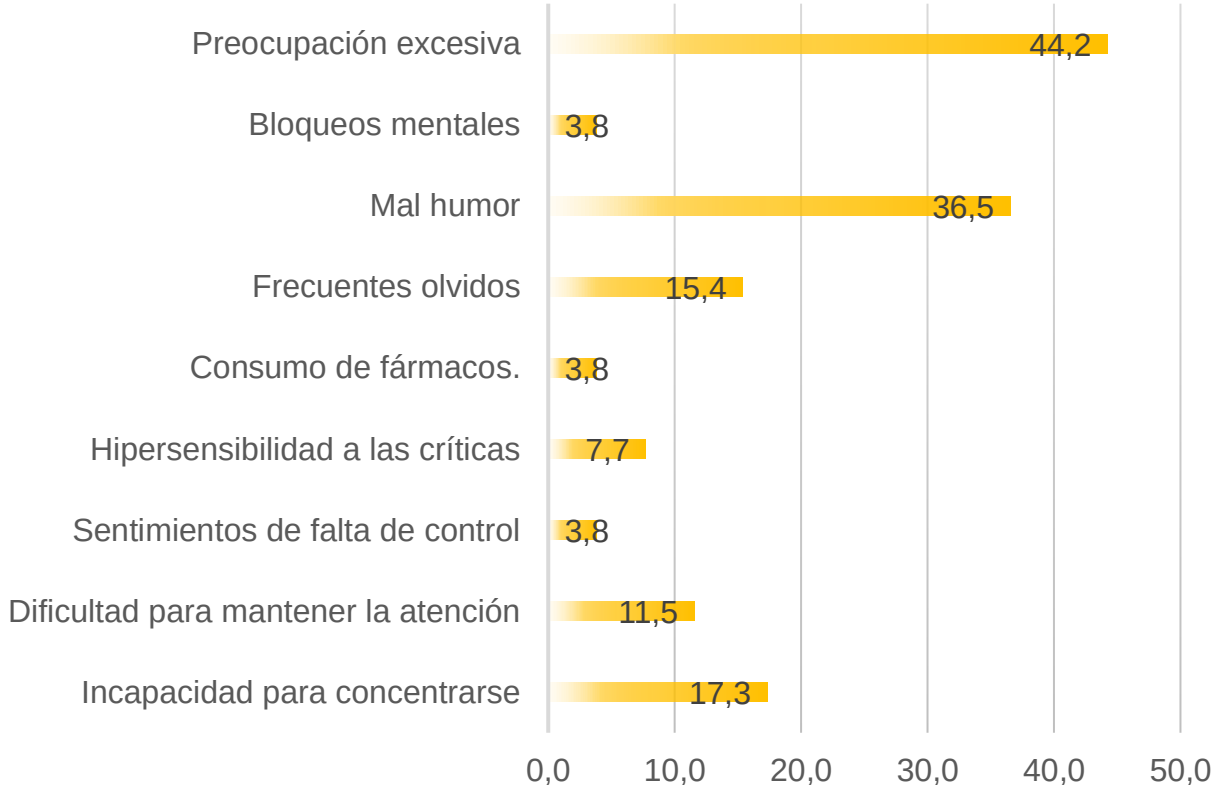


Figura 38. ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado sus relaciones sociales?

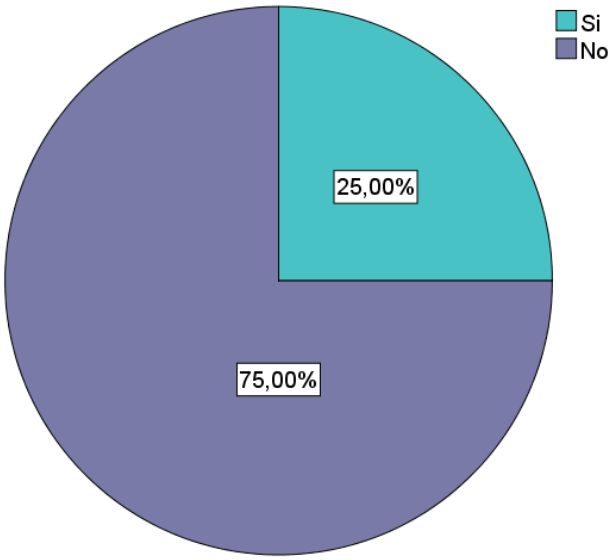


Tabla 39. Afectación social percibida por los participantes

Ámbito	Frecuencia	Porcentaje
Familia	9	17,3
Amistades	5	9,6
Compañeros de trabajo	6	11,5
Total	52	

Figura 39. Afectación social percibida por los participantes

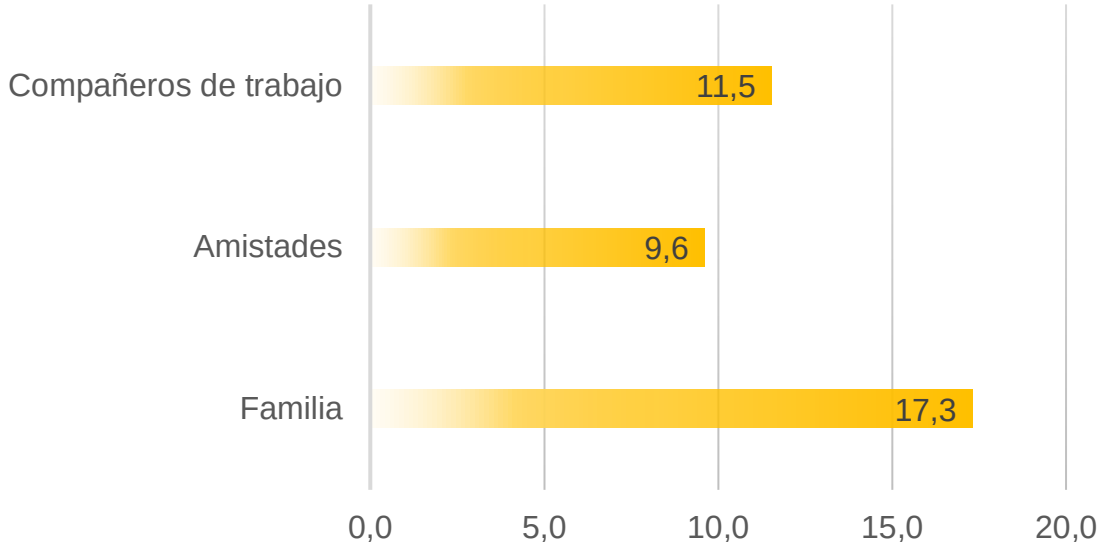


Tabla 40. Tabla cruzada Sexo & Nivel de estrés

Sexo		Nivel de estrés			Total
		Mínimo	Moderado	Alto	
Hombre	Recuento	4	13	2	19
	% dentro de Sexo	21,1%	68,4%	10,5%	100,0%
Mujer	Recuento	11	19	3	33
	% dentro de Sexo	33,3%	57,6%	9,1%	100,0%
Total	Recuento	15	32	5	52
	% dentro de Sexo	28,8%	61,5%	9,6%	100,0%

Tabla 41. Tabla cruzada Años de experiencia en el MSP & Nivel de estrés

Años de experiencia en el MSP		Nivel de estrés			Total
		Mínimo	Moderado	Alto	
1 - 5	Recuento	4	2	2	8
	% dentro de años de exp.	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
6 - 10	Recuento	5	12	1	18
	% dentro de años de exp.	27,8%	66,7%	5,6%	100,0%
11 - 15	Recuento	2	6	1	9
	% dentro de años de exp.	22,2%	66,7%	11,1%	100,0%
16 - 20	Recuento	0	5	0	5
	% dentro de años de exp.	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
21 - 25	Recuento	0	3	1	4
	% dentro de años de exp.	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
26 - 30	Recuento	3	2	0	5
	% dentro de años de exp.	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%
31 - 35	Recuento	1	2	0	3
	% dentro de años de exp.	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	15	32	5	52
	% dentro de años de exp.	28,8%	61,5%	9,6%	100,0%

Tabla 42. Tabla cruzada Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día & Nivel de estrés

Número aproximado de usuarios que atiende habitualmente en un día		Nivel de estrés			
		Mínimo	Moderado	Alto	Total
11 - 21	Recuento	5	13	0	18
	% de usuarios por día	27,8%	72,2%	0,0%	100,0%
22 - 32	Recuento	9	13	3	25
	% de usuarios por día	36,0%	52,0%	12,0%	100,0%
33 - 43	Recuento	0	0	1	1
	% de usuarios por día	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
66 - 77	Recuento	0	1	0	1
	% de usuarios por día	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	14	27	4	45
	% de usuarios por día	31,1%	60,0%	8,9%	100,0%

Figura 40. Tabla cruzada: Percepción de afectación en las relaciones sociales & Nivel de estrés

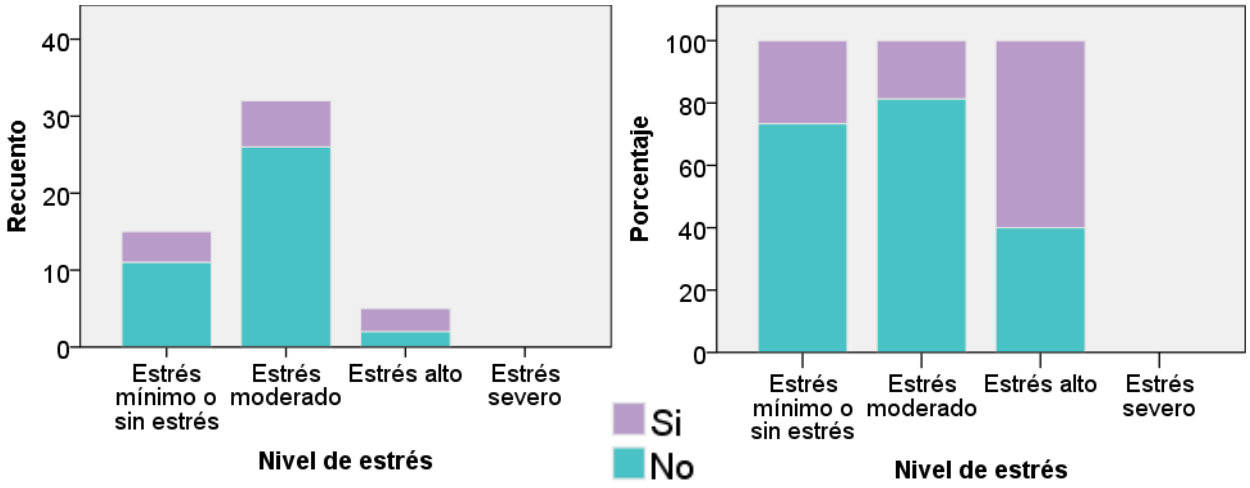


Tabla 43. Tabla cruzada Situación Laboral & Nivel de estrés

Situación Laboral		Nivel de estrés			Total
		Mínimo	Moderado	Alto	
Perdidos	Recuento	0	3	0	3
	% dentro de Situación Laboral	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Contrato	Recuento	5	11	3	19
	% dentro de Situación Laboral	26,3%	57,9%	15,8%	100,0%
Nombramiento	Recuento	10	18	2	30
	% dentro de Situación Laboral	33,3%	60,0%	6,7%	100,0%
Total	Recuento	15	32	5	52
	% dentro de Situación Laboral	28,8%	61,5%	9,6%	100,0%

Tabla 44. Tabla cruzada ¿Tiene otro trabajo adicional? & Nivel de estrés

¿Tiene otro trabajo adicional?		Nivel de estrés			Total
		Mínimo	Moderado	Alto	
Si	Recuento	2	6	2	10
	% dentro de trabajo adicional	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
No	Recuento	13	26	3	42
	% dentro de trabajo adicional	31,0%	61,9%	7,1%	100,0%
Total	Recuento	15	32	5	52
	% dentro de trabajo adicional	28,8%	61,5%	9,6%	100,0%

Tabla 45. Tabla cruzada ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud? & Nivel de estrés

¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud?		Nivel de estrés			
		Mínimo	Moderado	Alto	Total
Si	Recuento	11	20	4	35
	% dentro de afectación a la salud	31,4%	57,1%	11,4%	100,0%
No	Recuento	4	12	1	17
	% dentro de afectación a la salud	23,5%	70,6%	5,9%	100,0%
Total	Recuento	15	32	5	52
	% dentro de afectación a la salud	28,8%	61,5%	9,6%	100,0%

Tabla 46. Tabla cruzada Sexo & ¿Considera que el trabajo afecta o ha afectado su salud?

Sexo		El trabajo ha afectado su salud		Total
		Si	No	
Hombre	Recuento	12	7	19
	% dentro de Sexo	63,2%	36,8%	100,0%
Mujer	Recuento	23	10	33
	% dentro de Sexo	69,7%	30,3%	100,0%
Total	Recuento	35	17	52
	% dentro de Sexo	67,3%	32,7%	100,0%

Tabla 47. Tabla cruzada Sexo &Trastornos gastrointestinales

Sexo		Trastornos gastrointestinales		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	7	12	19
	% dentro de Sexo	36,8%	63,2%	100,0%
Mujer	Recuento	15	18	33
	% dentro de Sexo	45,5%	54,5%	100,0%
Total	Recuento	22	30	52
	% dentro de Sexo	42,3%	57,7%	100,0%

Tabla 48. Tabla cruzada Sexo & Trastornos musculares

Sexo		Trastornos musculares		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	15	4	19
	% dentro de Sexo	78,9%	21,1%	100,0%
Mujer	Recuento	17	16	33
	% dentro de Sexo	51,5%	48,5%	100,0%
Total	Recuento	32	20	52
	% dentro de Sexo	61,5%	38,5%	100,0%

Tabla 49. Tabla cruzada Sexo & Trastornos cardiovasculares

Sexo		Trastornos cardiovasculares		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	10	9	19
	% dentro de Sexo	52,6%	47,4%	100,0%
Mujer	Recuento	25	8	33
	% dentro de Sexo	75,8%	24,2%	100,0%
Total	Recuento	35	17	52
	% dentro de Sexo	67,3%	32,7%	100,0%

Tabla 50. Tabla cruzada Sexo & Preocupación excesiva

Sexo		Preocupación excesiva		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	13	6	19
	% dentro de Sexo	68,4%	31,6%	100,0%
Mujer	Recuento	16	17	33
	% dentro de Sexo	48,5%	51,5%	100,0%
Total	Recuento	29	23	52
	% dentro de Sexo	55,8%	44,2%	100,0%

Tabla 51. Tabla cruzada Sexo & Mal humor

Sexo		Mal humor		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	13	6	19
	% dentro de Sexo	68,4%	31,6%	100,0%
Mujer	Recuento	20	13	33
	% dentro de Sexo	60,6%	39,4%	100,0%
Total	Recuento	33	19	52
	% dentro de Sexo	63,5%	36,5%	100,0%

Tabla 52. Tabla cruzada Sexo & Incapacidad para concentrarse

Sexo		Incapacidad para concentrarse		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	15	4	19
	% dentro de Sexo	78,9%	21,1%	100,0%
Mujer	Recuento	28	5	33
	% dentro de Sexo	84,8%	15,2%	100,0%
Total	Recuento	43	9	52
	% dentro de Sexo	82,7%	17,3%	100,0%

Tabla 53. Tabla cruzada Sexo & Afectación en Relaciones Familiares

Sexo		Familia		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	15	4	19
	% dentro de Sexo	78,9%	21,1%	100,0%
Mujer	Recuento	28	5	33
	% dentro de Sexo	84,8%	15,2%	100,0%
Total	Recuento	43	9	52
	% dentro de Sexo	82,7%	17,3%	100,0%

Tabla 54. Tabla cruzada Sexo & Afectación de la Relación de Amistades

Sexo		Amistades		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	18	1	19
	% dentro de Sexo	94,7%	5,3%	100,0%
Mujer	Recuento	29	4	33
	% dentro de Sexo	87,9%	12,1%	100,0%
Total	Recuento	47	5	52
	% dentro de Sexo	90,4%	9,6%	100,0%

Tabla 55. Tabla cruzada Sexo & Afectación de la Relación: Compañeros de trabajo

Sexo		Compañeros de trabajo		Total
		N/A	Si	
Hombre	Recuento	18	1	19
	% dentro de Sexo	94,7%	5,3%	100,0%
Mujer	Recuento	28	5	33
	% dentro de Sexo	84,8%	15,2%	100,0%
Total	Recuento	46	6	52
	% dentro de Sexo	88,5%	11,5%	100,0%

Tabla 56. Tabla cruzada Apoyo social - Frecuencia & Sexo

		Sexo		
Apoyo social - Frecuencia		Hombre	Mujer	Total
Nunca	Recuento	0	1	1
	% dentro de Sexo	0,0%	3,0%	1,9%
Pocas veces	Recuento	3	4	7
	% dentro de Sexo	15,8%	12,1%	13,5%
Frecuentemente	Recuento	8	10	18
	% dentro de Sexo	42,1%	30,3%	34,6%
Casi siempre	Recuento	6	11	17
	% dentro de Sexo	31,6%	33,3%	32,7%
Siempre	Recuento	2	7	9
	% dentro de Sexo	10,5%	21,2%	17,3%
Total	Recuento	19	33	52
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 57. Tabla cruzada Sexo &Expresión Emocional - Frecuencia

Sexo		Expresión Emocional - Frecuencia				
		Nunca	Pocas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Total
Hombre	Recuento	1	9	7	2	19
	% dentro de Sexo	5,3%	47,4%	36,8%	10,5%	100,0%
Mujer	Recuento	1	11	12	9	33
	% dentro de Sexo	3,0%	33,3%	36,4%	27,3%	100,0%
Total	Recuento	2	20	19	11	52
	% dentro de Sexo	3,8%	38,5%	36,5%	21,2%	100,0%

Tabla 58. Tabla cruzada Retirada social - Frecuencia & Sexo

Retirada social - Frecuencia		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Nunca	Recuento	2	0	2
	% dentro de Sexo	10,5%	0,0%	3,8%
Pocas veces	Recuento	6	18	24
	% dentro de Sexo	31,6%	54,5%	46,2%
Frecuentemente	Recuento	6	12	18
	% dentro de Sexo	31,6%	36,4%	34,6%
Casi siempre	Recuento	4	3	7
	% dentro de Sexo	21,1%	9,1%	13,5%
Siempre	Recuento	1	0	1
	% dentro de Sexo	5,3%	0,0%	1,9%
Total	Recuento	19	33	52
	% dentro de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 59. Correlación: Nivel de estrés – Estrategias de categoría compromiso y evitación

		Nivel de estrés	Compromiso	Evasión
Nivel de estrés	Correlación de Pearson	1	,183	,504**
	Sig. (bilateral)		,193	,000
	N	52	52	52

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Tabla 60. Correlación: Nivel de estrés – Categorías secundarias de estrategias de afrontamiento

		Compromiso centrado en el problema	Compromiso centrado en la emoción	Evitación centrada en el problema	Evitación centrada en la emoción
Nivel de estrés	Correlación de Pearson	,039	,258	,401**	,483**
	Sig. (bilateral)	,785	,065	,003	,000
	N	52	52	52	52

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 61. Correlación: Factores de Estrés & Estrategias de categoría compromiso y evitación

		Compromiso	Evasión
Reconocimiento Profesional - Estresor	Correlación de Pearson	,252	,536**
	Sig. (bilateral)	,071	,000
	N	52	52
Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes - Estresor	Correlación de Pearson	,279*	,315*
	Sig. (bilateral)	,045	,023
	N	52	52
Conflictos en el Trabajo - Estresor	Correlación de Pearson	,007	,364**
	Sig. (bilateral)	,962	,008
	N	52	52
Incertidumbre Profesional - Estresor	Correlación de Pearson	,027	,410**
	Sig. (bilateral)	,848	,003
	N	52	52

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 62. Correlación: Nivel de estrés – Estrategias de afrontamiento

		Nivel de estrés
Resolución de Problemas	Correlación de Pearson	-,080
	Sig. (bilateral)	,571
	N	52
Autocrítica	Correlación de Pearson	,430**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	52
Expresión Emocional	Correlación de Pearson	,259
	Sig. (bilateral)	,064
	N	52
Pensamiento Desiderativo	Correlación de Pearson	,396**
	Sig. (bilateral)	,004
	N	52
Apoyo social	Correlación de Pearson	,192
	Sig. (bilateral)	,172
	N	52
Restructuración cognitiva	Correlación de Pearson	,145
	Sig. (bilateral)	,307
	N	52
Evitación de problemas	Correlación de Pearson	,254
	Sig. (bilateral)	,069
	N	52
Retirada social	Correlación de Pearson	,362**
	Sig. (bilateral)	,008
	N	52

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 63. Correlación: Factores de Estrés & Estrategias de categoría compromiso y evitación

		Compromiso centrado		Evitación centrada	
		en el problema	en la emoción	en el problema	en la emoción
Reconocimiento Profesional - Estresor	Correlación de Pearson	,195	,236	,449**	,485**
	Sig. (bilateral)	,165	,093	,001	,000
	N	52	52	52	52
Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes - Estresor	Correlación de Pearson	,214	,262	,292*	,246
	Sig. (bilateral)	,127	,061	,036	,079
	N	52	52	52	52
Conflictos en el Trabajo - Estresor	Correlación de Pearson	-,154	,140	,262	,387**
	Sig. (bilateral)	,276	,323	,061	,005
	N	52	52	52	52
Incertidumbre Profesional - Estresor	Correlación de Pearson	-,183	,196	,279*	,458**
	Sig. (bilateral)	,195	,163	,045	,001
	N	52	52	52	52

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 64. Correlación: Factores de estrés & estrategias de afrontamiento

		Reconocimiento Profesional	Responsabilidad por el Cuidado de los Pacientes	Conflictos en el Trabajo	Incertidumbre Profesional
Resolución de Problemas	Correlación de Pearson	,039	,116	-,220	-,233
	Sig. (bilateral)	,786	,414	,116	,096
	N	52	52	52	52
Autocrítica	Correlación de Pearson	,371**	,248	,271	,562**
	Sig. (bilateral)	,007	,076	,052	,000
	N	52	52	52	52
Expresión Emocional	Correlación de Pearson	,315*	,224	,080	,226
	Sig. (bilateral)	,023	,111	,574	,107
	N	52	52	52	52
Pensamiento Desiderativo	Correlación de Pearson	,403**	,312*	,309*	,229
	Sig. (bilateral)	,003	,025	,026	,103
	N	52	52	52	52
Apoyo social	Correlación de Pearson	,116	,225	,150	,124
	Sig. (bilateral)	,412	,109	,289	,380
	N	52	52	52	52
Restructuración cognitiva	Correlación de Pearson	,267	,217	-,014	-,046
	Sig. (bilateral)	,055	,122	,924	,748
	N	52	52	52	52
Evitación de problemas	Correlación de Pearson	,331*	,158	,109	,231
	Sig. (bilateral)	,016	,262	,443	,099
	N	52	52	52	52
Retirada social	Correlación de Pearson	,415**	,160	,352*	,212
	Sig. (bilateral)	,002	,258	,011	,132
	N	52	52	52	52

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

Presidencia de la República del Ecuador

Plan Nacional de Ciencia, Tecnología, Innovación y Saberes

SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO:	ESTRÉS LABORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PERTENECIENTES AL DISTRITO 09D05 DEL GUAYAS		
AUTOR:	SALTOS ATIENCIA DAYANA PAOLA		
REVISOR / TUTOR:	PHD. MESA VILLAVICENCIO PAULINA / MSC. ORDOÑEZ DUEÑAS SONIA		
INSTITUCIÓN:	UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		
UNIDAD/FACULTAD:	FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	----------		
GRADO OBTENIDO:	PSICÓLOGO		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	OCTUBRE, 2017	**NO. DE PÁGINAS:**	61
ÁREAS TEMÁTICAS:	PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL, PSICOLOGÍA DEL TRABAJO.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	RIESGOS PSICOSOCIALES, ESTRÉS LABORAL, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, SALUD DEL PERSONAL MÉDICO.		

RESUMEN/ABSTRACT

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue relacionar el nivel de estrés laboral con las estrategias de afrontamiento utilizadas en médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas durante el periodo mayo – septiembre del 2017

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental, transversal y con un alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 52 médicos pertenecientes al distrito 09D05 Tarqui, Tenguel – Salud. La muestra se determinó a través de un muestreo probabilístico con un nivel de confianza del 95%. La recolección de los datos se realizó entre los meses de julio y agosto del 2017

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Estrés para Profesionales de la Salud de Wolfgang (IEPS) y la adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989).

Entre los resultados se evidenció que la muestra presentaba estrés mínimo (28.8%), moderado (61.5%) y alto (9.5%). Se apreció que el estrés alto tiene mayor presencia en el segundo nivel de atención, en hombres, en trabajadores de contrato provisional y quienes poseen un trabajo adicional. Además, los médicos con alto estrés perciben en mayor cantidad afectada su salud, especialmente en las relaciones sociales. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas correspondieron al uso de resolución de problemas, la reestructuración cognitiva y el apoyo social. Las estrategias menos utilizadas fueron autocrítica y retirada social. Finalmente, se encontraron correlaciones significativas entre las estrategias de autocrítica, pensamiento desiderativo, retirada social y los niveles de estrés.

PALABRAS CLAVE: Riesgos psicosociales, estrés laboral, estrategias de afrontamiento, salud del personal médico.

ABSTRACT

The objective of this study was to relate the level of job stress with the coping strategies used in physicians of the Public Health System that belong to the District 09D05 of Guayas during the period may – september, 2017.

The research had a quantitative approach, of non-experimental type, transversal and with a correlational scope. The sample consisted of 52 doctors from the 09D05 Tarqui district, Tenguel - Salud. The sample was determined through probabilistic sampling with a confidence level of 95%. Data collection was performed between July and August 2017

The instruments used were the Health Professions Stress Inventory (HPSI) of Wolfgang and the Spanish adaptation of the Coping Strategies Inventory (CSI) of Tobin, Holroyd, Reynolds and Kigal (1989).

Among the results, the sample showed minimum (28.8%), moderate (61.5%) and high (9.5%) stress. It was noted that high stress has a greater presence in the second level of care, men, temporary contract workers and those who have additional work. In addition, physicians with high stress perceive more affected their health, especially in social relations. The most used coping strategies corresponded to problem solving, cognitive restructuring and social support. The less used strategies were self-criticism and social withdrawal. Finally, significant

correlations were found between the strategies of self-criticism, desiderative thinking, social withdrawal and stress levels. **PALABRAS CLAVE:** Psychosocial risks, job stress, coping strategies, health of medical staff		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	**Teléfono:** 0986451521	**E-mail:** day_s.a93@hotmail.com daya.saltos93@gmail.com dayanna.saltosa@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre:** Facultad de Ciencias Psicológicas	
	Teléfono: (04) 239 - 4313	
	E-mail: formacion.fcp@ug.edu.ec gsconocimiento.fcp@ug.edu.ec	

Universidad de Guayaquil

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
ESCUELA/CARRERA PSICOLOGÍA
Unidad de Titulación

ANEXO 11

Guayaquil, 18 de septiembre de 2017

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado PHD Paulina Mesa Villavicencio , tutor revisor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación "**ESTRÉS LABORAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN MÉDICOS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA PERTENECIENTES AL DISTRITO 09D05 DEL GUAYAS**", elaborado por el/los estudiante/s **DAYANA SALTOS ATIENCIA,** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de Psicólogo , en la Carrera de Ciencias Psicológicas , ha sido REVISADO Y APROBADO en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

Paulina Mesa Villavicencio
PHD Ciencias Pedagógicas
C.I. 0960196749

Universidad de Guayaquil

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Yo, **DAYANA PAOLA SALTOS ATIENCIA** con C.I. No. **0931396956** , certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"Estrés Laboral y Estrategias de Afrontamiento en Médicos del Ministerio de Salud Pública pertenecientes al Distrito 09D05 del Guayas"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

DAYANA PAOLA SALTOS ATIENCIA

C.I. No. 0931396956

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.