

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS**



TESIS DE GRADO

**"EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE
RIESGO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ"**

Estudiantes:

- Fernández Aguirre María René
- Quispe Mercado Claudia Andrea

**La Paz – Bolivia
2020**

DEDICATORIA

A Dios, que me acompaña y guía levantándome siempre de cada tropiezo, por enseñarme que todo tiene su momento y su lugar indicado, gracias Padre Celestial.

A mis hermanitos que son como una alborada incandescente que vienen a robar sonrisas, con su entusiasmo tan irracional e inmarcesible, son mis héroes de bata blanca "Yessid y Miguel", fueron la inspiración para este tema de tesis; verlos cada noche en desvelo estresados pero sin apagar esa bondad conjugada por el frenesí de amor a su carrera, serán excelentes profesionales por la humanidad, paciencia, aplomo y ansias de aprender que tienen.

A mi papá Julio y mi estrella en el cielo mi mamá Mery, por siempre luchar, apoyarnos, amarnos, sacrificándose por nuestro bienestar, gracias por amarnos tan bonito.

A mi Abe por su apoyo mirífico e inagotable fuente de maternidad.

María René Fernández Aguirre

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida, por los triunfos y los momentos que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi mamita Claudia Mercado por ser el pilar fundamental en mi formación por la confianza incondicional, el constante apoyo, la paciencia y por demostrarme siempre su cariño, a quien debo respeto, gratitud y admiración.

A mi hermano Edgar, por sus consejos, apoyo, confianza y amor, por estar siempre presente en los buenos y malos momentos.

Claudia Andrea Quispe Mercado

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por darnos fuerza y sabiduría para realizar nuestro proyecto.

A nuestras familias por el apoyo incondicional que nos brindaron y que ahora se ve reflejado en la culminación del trabajo.

A nuestra guía académica M.Sc. Marisol Perez Mollinedo, que con su conocimiento, consejos y orientación logramos cumplir un objetivo importante de nuestra formación profesional, por sobre todo por el cariño.

A la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas de la ciudad de la La Paz – Bolivia, en especial al Director Dr. Oscar Romero y a todos los funcionarios de la Unidad que nos brindaron las herramientas para desarrollar este trabajo.



CONTENIDO

EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ	11
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I – ASPECTOS GENERALES	15
1.1. Justificación y aportes	15
1.1.1. Justificación teórica	15
1.1.2. Justificación práctica.....	16
1.2. Situación Problemática.....	17
1.2.1. Espina de Ishikawa	20
1.3. Problema Científico.....	22
1.4. Hipótesis.....	22
1.4.1. Variables	22
1.4.1.1. Variable Independiente	22
1.4.1.2. Variable Dependiente.....	22
1.4.2. Operacionalización de Variables	22
1.5. Objeto de Estudio	26
1.6. Alcance o Campo de Acción de la Investigación	26
1.6.1. Alcance Geográfico	26
1.6.2. Alcance Temporal.....	26
1.6.3. Alcance Temático	26
1.7. Objetivo de la Investigación.....	26
1.7.1. Objetivo General.....	26
1.7.2. Objetivos Específicos	27
CAPITULO II – DESARROLLO ESTRUCTURAL TEÓRICO DE LA TESIS.....	28
2.1. Referencias Conceptuales.....	28
2.1.1. Gestión de Recursos Humanos	28
2.1.1.1. Importancia de los Recursos Humanos	31
2.1.1.2. Componentes de la Gestión de Recursos Humanos	32
2.1.1.3. Rendimiento y Motivación.....	33



2.1.1.4. Productividad	33
2.1.2. Estrés.....	35
2.1.2.1. Tipos de Estrés	36
2.1.2.1.1. Tipos de estrés	36
2.1.2.1.1.1. Eustrés – Estrés positivo.....	36
2.1.2.1.1.2. Distrés – Estrés negativo	37
2.1.2.2. Fases del Estrés	38
2.1.2.3. Diferencia entre estrés y Síndrome de Burnout	38
2.1.3. Burnout	41
2.1.3.1. Desarrollo de fases del Burnout	42
2.1.3.2. Características del Burnout	43
2.1.3.2.1. Burnout como estado.....	44
2.1.3.2.2. Burnout como proceso.....	45
2.1.3.3. Burnout y el desgaste profesional	46
2.1.3.4. El proceso de desgaste profesional como riesgo psicosocial y psicolaboral en el trabajo	46
2.1.3.5. Desgaste profesional médico.....	48
2.1.3.5.1. Demandas sociales.....	49
2.1.3.5.2. Demandas organizacionales	50
2.1.3.5.3. Demandas emocionales	53
2.1.6. Hospital de Clínicas	54
2.2. Contexto Referencial	58
2.2.1. Ley 1152 “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”.....	58
2.2.2. Ley 3131 “Ley del ejercicio profesional médico”	60
2.3. Estudios previos del objetivo de estudio	60
2.4. Diagnóstico del problema.....	62
CAPITULO III – DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
3.1. Tipo de Intervención.....	64
3.2. Universo o Población de Estudio	65
3.3. Determinación del Tamaño y Diseño de la Muestra	66
3.3.1. Determinación del Tamaño y Diseño de la Muestra.....	66
3.3.2. Muestreo Aleatorio Simple Estratificado.....	67



3.4. Selección de métodos y técnicas	68
3.5. Instrumentos de Relevamiento de Información.....	68
3.5.1.1. Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI – GS)	69
3.5.1.2. Escala Nursing Stress Scale	71
3.5.1.3. Test Clima Organizacional (Laboral)	72
3.5.1.4. Cuestionario Socio – epidemiológico	73
3.5.1.3. Entrevista Jefe – Unidad de Emergencias en el Hospital de Clínicas	74
CAPITULO IV – RESULTADOS Y VALIDACIÓN.....	75
4.1. Evaluación Datos Generales.....	78
4.1.1. Test de Burnout.....	78
4.1.1.1. Datos Socio – epidemiológicos “Sexo”	78
4.1.1.2. Datos Socio – epidemiológicos “Profesión”	79
4.1.1.3. Datos Socio – epidemiológicos “Edad”	79
4.1.1.4. Datos Socio – epidemiológicos “Estado Civil”	80
4.1.1.5. Datos Socio – epidemiológicos “Situación Laboral”	80
4.1.1.6. Datos Socio – epidemiológicos “Tiempo Trabajando”	81
4.1.1.7. Datos Socio – epidemiológicos “Número de Empleos”	81
4.1.1.8. Datos Socio – epidemiológicos “Horas de trabajo Diario”	81
4.1.1.9. Datos Socio – epidemiológicos “Ingresos Totales”	82
4.1.2. Scale Stress Nursing	82
4.1.2.1. Datos Socio – epidemiológicos “Sexo”	82
4.1.2.2. Datos Socio – epidemiológicos “Profesión”	83
4.1.2.3. Datos Socio – epidemiológicos “Edad”	83
4.1.2.4. Datos Socio – epidemiológicos “Estado Civil”	83
4.1.2.5. Datos Socio – epidemiológicos “Situación Laboral”	84
4.1.2.6. Datos Socio – epidemiológicos “Tiempo Trabajando”	84
4.1.2.7. Datos Socio – epidemiológicos “Número de Empleos”	85
4.1.2.8. Datos Socio – epidemiológicos “Horas de trabajo Diario”	85
4.1.2.9. Datos Socio – epidemiológicos “Ingresos Totales”	85
4.2. Evaluación Indicadores – Cruce de Variables.....	86
4.2.1. Test Maslach Burnout.....	86
4.2.1.1. Medicos	86



4.2.1.1.1. Sexo	86
4.2.1.1.2. Edad	87
4.2.1.1.3. Estado Civil	88
4.2.1.2. Residentes	89
4.2.1.2.1. Sexo	89
4.2.1.2.2. Edad	90
4.2.1.2.3. Estado Civil	91
4.2.1.3. Internos.....	92
4.2.1.3.1. Sexo	92
4.2.1.3.2. Edad.....	93
4.2.1.3.3. Estado Civil	94
4.2.1.4. Camilleros	95
4.2.1.4.1. Sexo	95
4.2.1.4.2. Edad.....	96
4.2.1.4.3. Estado Civil	97
4.2.1.5. Trabajador Manual.....	98
4.2.1.5.1. Sexo	98
4.2.1.5.2. Edad.....	99
4.2.1.5.3. Estado Civil	100
4.2.1.6. Administrativo	101
4.2.1.6.1. Sexo	101
4.2.1.6.2. Edad.....	102
4.2.1.6.3. Estado Civil	103
4.2.2. Stres Scale Nursing.....	104
4.2.2.1. Auxiliares de enfermería	104
4.2.2.1.1. Sexo	104
4.2.2.1.2. Edad.....	105
4.2.2.1.3. Estado Civil	106
4.2.2.2. Enfermeras	107
4.2.2.2.1. Sexo	107
4.2.2.2.2. Edad.....	108
4.2.2.2.3. Estado Civil	109



4.3. Evaluación estresores a la muestra General	110
4.3.1. Test Maslach Burnout – General	110
4.3.2. Test Maslach Burnout – Por Áreas	112
4.3.3. Nursing Stress Scale – General.....	114
4.3.4. Nursing Stress Scale – Por Áreas	115
4.4. Análisis de correlación y demostración de hipótesis.....	116
4.4.1. Test Síndrome de Burnout y Clima Organizacional	116
4.4.2. Nursing y Clima Organizacional	121
4.5. Prueba de Hipótesis	126
4.5.1. Burnout y Clima Organizacional	126
4.5.2. Nursing y Clima Organizacional	127
CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	128
5.1. Conclusiones	128
5.2. Recomendaciones	133
CRONOGRAMA	135
BIBLIOGRAFÍA	137
ANEXOS	141



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 – Historial de atención a pacientes Unidad de Emergencias (2015 – 07/2019)..	18
Tabla 2 – Atención de paciente Unidad de Emergencias 2019 (enero a julio)	19
Tabla 3 – Operacionalización de Variables "Dependiente e Independiente"	23
Tabla 4 – Factores que afectan el rendimiento laboral.....	33
Tabla 5 – Síntomas del Distrés.....	37
Tabla 6 – Diferencias entre Burnout y Estrés.....	40
Tabla 7 – Diferencias Estrés y Burnout según Eustres	42
Tabla 8 – Fases de la aparición del Burnout	43
Tabla 9 – Universo de Estudio	65
Tabla 10 – Descripción Variables	66
Tabla 11 – Personal Médico Aplicado a formula.....	67
Tabla 12 – Muestra a evaluar	68
Tabla 13 – Métodos y Técnicas de Investigación	68
Tabla 14 – Tabla de evaluación Maslach	71
Tabla 15 – Tabla de Evaluación Nursing Stress	72
Tabla 16 – Clima Organizacional	72
Tabla 17 – Cuestionario socio – epidemiológico	73
Tabla 18 – Modelo tridimensional, Test de Burnout.....	75
Tabla 19 – Muestra Maslach Burnout	76
Tabla 20 – Modelo de evaluación "Nursing Stress Scale"	77
Tabla 21 – Nursing Stress Scale.....	77
Tabla 22 – Clima Organizacional	78
Tabla 23 – Datos “Sexo”	78
Tabla 24 – Datos “Profesión”	79
Tabla 25 – Datos “Edad”.....	79
Tabla 26 – Datos “Estado Civil”	80
Tabla 27 – Datos “Situación Laboral”	80
Tabla 28 – Datos “Tiempo Trabajando”	81
Tabla 29 – Datos “Número de empleos”.....	81
Tabla 30 – Datos “Horas de trabajo diario”	81
Tabla 31 – Datos “Ingresos Totales”.....	82
Tabla 32 – Datos “Sexo”	82
Tabla 41 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”.....	110
Tabla 42 – Muestra Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”	114
Tabla 43 – Correlación Burnout y Clima Organizacional.....	116
Tabla 44 – Correlación Nursing y Clima Organizacional.....	121
Tabla 45 - Correlación y prueba de Hipótesis.....	126



Tabla 45 – Fases de Realización estudio de Burnout en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias 135
Tabla 46 – Planificación del proyecto “Diagrama de Gantt..... 136



ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

Ilustración 1 – Que es la administración de Recursos Humanos.....	30
Ilustración 2 – Recursos Humanos y Gerencia	30
Ilustración 3 – Importancia de los Recursos Humanos	31
Ilustración 4 – Componentes de los Recursos Humanos	32
Ilustración 5 – Productividad	34
Ilustración 6 – Fases del estrés.....	38
Ilustración 7 – Indicadores para evaluar el Burnout.....	39
Ilustración 8 – Determinación significativos del estrés ocupacional en profesionales sanitarios	54
Ilustración 9 – Mapa Geográfico del Hospital de Clínicas	55
Ilustración 10 – Panorama frontal del Hospital de Clínicas.....	57
Ilustración 11 – SUS vidas están por cambiar.....	59
Ilustración 12 – Síndrome de Burnout/Médicos/Sexo	86
Ilustración 13 – Síndrome de Burnout/Médicos/Edad	87
Ilustración 14 – Síndrome de Burnout/Médicos/Estado Civil	88
Ilustración 15 – Síndrome de Burnout / Residentes / Sexo.....	89
Ilustración 16 – Síndrome de Burnout //Residentes/Edad	90
Ilustración 17 – Síndrome de Burnout / Residentes / Estado Civil.....	91
Ilustración 18 – Síndrome de Burnout /Internos / Sexo.....	92
Ilustración 19 – Síndrome de Burnout /Internos /Edad.....	93
Ilustración 20 – Burnout /Internos / Estado Civil.....	94
Ilustración 21 – Síndrome de Burnout/Camilleros/Sexo.....	95
Ilustración 22 – Síndrome de Burnout /Camilleros / Edad	96
Ilustración 23 – Síndrome de Burnout /Camilleros / Estado Civil.....	97
Ilustración 24 – Síndrome de Burnout/Trabajador Manual /Sexo	98
Ilustración 25 – Síndrome de Burnout /Trabajador Manual /Edad	99
Ilustración 26 – Síndrome de Burnout/Trabajador Manual/Estado Civil.....	100
Ilustración 27 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Sexo	101
Ilustración 28 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Edad.....	102
Ilustración 29 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Estado Civil	103
Ilustración 30 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Sexo	104
Ilustración 31 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Edad	105
Ilustración 32 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Estado Civil.....	106
Ilustración 33 – Síndrome de Burnout /Enfermeras/Sexo.....	107
Ilustración 34 – Síndrome de Burnout/Enfermeras/Edad	108
Ilustración 35 – Síndrome de Burnout /Enfermeras/Estado Civil.....	109
Ilustración 36 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”	110
Ilustración 37 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”	112



Ilustración 38 – Muestra General Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”	114
Ilustración 39 – Muestra General Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”	115
Ilustración 40 - Tabla de Correlación de Pearson	116



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Test Maslach Burnout.....	141
Anexo 2 – Nursing Stress Scale	143
Anexo 3 – Cuestionario Socio epidemiológico	145
Anexo 4 – Entrevista Dr. Oscar Romero Ayllon.....	149
Anexo 5 – Ley 3131 Ejercicio Profesional Médico en Bolivia.....	154
Anexo 6 – Ley 1152 “Hacia un Sistema Único Universal y Gratuito”	159
Anexo 7 – Tabulación General Nursing Stress Scale.....	171
Anexo 8 – Tabulación General Test Maslach Burnout	172



EL SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ

INTRODUCCIÓN

La administración de Recursos Humanos es considerada de vital importancia en las organizaciones, ya que este requiere reclutar, seleccionar, orientar, recompensar, desarrollar, auditar y dar seguimiento a las personas para así poder alcanzar el éxito empresarial. Las organizaciones dependen de que las personas deben sentirse acogidas y seguras para poder generar mayor productividad y calidad en el trabajo, pero, qué sucede cuando se sobrecarga el esfuerzo del Talento Humano, este tiende a volverse deficiente y el entorno laboral ya no es óptimo creando así un efecto domino de ineficiencia laboral que comienza de manera individual y termina afectando a toda la organización.

El estrés puede ser un factor de motivación importante, pero tiene un lado oscuro que día a día se convierte en una realidad cada vez más cotidiana en las organizaciones y en general en el mundo laboral, impactando negativamente en la productividad de las mismas, en la calidad de vida de las personas y por ende en la salud social; este ritmo de vida es asociado a los constantes cambios que afrontan las organizaciones y el consecuente ambiente de incertidumbre que genera factores que han colocado al estrés y al Burnout como las potenciales enfermedades profesionales dentro de las actuales organizaciones.

El psiquiatra Freudenberger en los años 70 en los Estados Unidos, vio que su personal médico presentaba ansiedad, depresión, impotencia y una enorme desmotivación en su



trabajo, haciendo deficiente el servicio que prestaban, perdiendo su sentido de responsabilidad, presentando una desmotivación laboral fuerte, englobando todo lo anteriormente mencionado como el “Burnout” o “Quemarse en el Trabajo”.

Existe una diferencia marcada entre el estrés y el Síndrome de Burnout; el estrés puede originar y afectar a todas las facetas de la vida, el Burnout es un estado transitorio (en ocasiones), ligado al trabajo como respuesta a querer mitigar los síntomas del estrés laboral, es difícil saber cuándo el estrés se transforma en este trastorno.

Estas razones son particularmente importantes en el caso de las profesiones de ayuda como la docencia, los servicios sociales, o los profesionales de la salud, en que las que junto a elevadas expectativas y exigencias sociales existe generalmente escasez de recursos, lo cual resulta en una mayor carga laboral y en mayor tensión impuesta sobre la persona con el subsecuente incremento del riesgo de llegar a desarrollar Burnout en periodos de tiempo más cortos que lo sucedido en otras profesiones. (Fidalgo Vega, 2005)

El problema de salud en nuestro país deja de ser algo individual y se convierte en un problema social público; se debe procurar la solidaridad de los gobiernos para intervenir y resolver los problemas que todavía persisten. La demanda de las personas busca tener una atención de medicina integral y medicina preventiva, no solo una atención para sanarse de las enfermedades, los cuales deben de tener un costo accesible para todos.

El sistema de salud en Bolivia está compuesto por la salud pública y la salud privada, en la salud pública solo algunos sectores de la población tienen acceso a la atención gratuita, el resto de la población tiene acceso a las Cajas de Salud. Sin embargo, para aquellas personas que no tienen un trabajo regulado por Ley, sólo les queda acceder a los hospitales



públicos, en los cuales se paga desde la atención médica, hasta los medicamentos y los días de internación entre otros, con precios menores que las clínicas privadas. A pesar de ello, aunque los costos de la atención pública son trascendentalmente menores que en la privada, estos precios para una población en situación de pobreza o con ingresos mínimos se transforman en inaccesibles.

En la ciudad de La Paz de los hospitales públicos el más conocido es el Hospital de Clínicas, cuenta con una infraestructura construida entre 1913 y 1920, con casi 100 años de vida, conservando incluso el estilo arquitectónico de aquellos años lo que refleja que no adapta sus ambientes a las crecientes necesidades de atención a sus pacientes, que en ese entonces la urbe contaba con 300.000 habitantes, pero actualmente la demanda es de pacientes de La Paz y El Alto, superan ese número de atención.

Lamentablemente los servicios del Hospital colapsan por falta de camas y espacio. Al nosocomio llegan enfermos graves que necesitan quedarse y muchas veces por falta de espacio no se los puede atender, muchas veces se ven rostros de dolor de pacientes acostados en camas, camillas y en el piso de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas, son el panorama que presenta el centro por falta de espacio, muchas veces en esta Unidad se habilitó sillas de ruedas y colocó colchonetas en el suelo para atender a los pacientes.

Penosamente toda esa falta de infraestructura, colapsos en las salas y muchos pacientes que llegan día a día a la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas, el personal



médico sufre un desgaste total que conlleva a detectar, si existiera, el síndrome de Burnout en la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas.

La presente investigación desea determinar el grado de existencia del Síndrome de Burnout en el personal médico del Hospital de Clínicas de la Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz.



CAPÍTULO I – ASPECTOS GENERALES

1.1. Justificación y aportes

1.1.1. Justificación teórica

La presente investigación busca saber qué pasa con el estrés en el desempeño, “alcanzar una salud emocional óptima es una clave para ser felices. La felicidad se relaciona con una buena calidad de vida y un estado de salud integral que incluye: dimensión física, mental, emocional y espiritual. Es importante, para un buen desempeño de la organización, mantener una salud emocional en los trabajadores; el sentirse bien en una organización debe ser analizado, no se trata solo del bienestar económico, sino de otros factores”. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano, 2016)

Los riesgos para la salud en el lugar de trabajo, incluidos el calor, el ruido, el polvo, las máquinas inseguras, los productos químicos peligrosos y el estrés psicosocial provocan enfermedades ocupacionales y pueden agravar otros problemas de salud, el estrés se presenta en mayor proporción en profesionales de salud y educadores que prestan servicios al público.

El estrés emocional crónico que puede sufrir una persona, agotándose emocionalmente, sufrimiento, malestar físico y psicológico, desarrollando actitudes frívolas y desinteresadas; un profesional médico puede evidenciar desapego a su trabajo, que conlleva un sentimiento de frustración al no dar prontas soluciones a los trabajos asignados, al constituir un pilar fundamental en su carrera “las vidas de las personas”, es ahí donde se presenta paulatinamente el Síndrome de Burnout, causando todos los padecimientos anteriormente mencionados.



En la actualidad el estrés es un problema recurrente en las diferentes áreas del personal en las organizaciones y mucho más en el Hospital de Clínicas. Sin embargo, en el ámbito nacional son escasos los estudios sobre dicho tema; en tal sentido la presente investigación contribuirá al aporte teórico del mismo.

1.1.2. Justificación práctica

El principal detonante del Síndrome de Burnout siempre recaerá en la organización donde se trabaja, haciendo una llamada de atención a la Gerencia de Talento Humano, que debe ser la encargada de evitar este tipo de desgaste a sus trabajadores, al no garantizar el seguimiento adecuado a las necesidades de nuestro capital humano, otorgando un correcto flujo de información, un clima organizacional adecuado, funciones bien establecidas y catalogadas, respeto entre colegas, etc.

La investigación propuesta busca indagar en los profesionales del Hospital de Clínicas del Unidad de Emergencias, ver en que dimensión se alcanzó el Síndrome Burnout, diversos estudios indican el padecimiento directo que tiene el médico con relación a este Síndrome, ya que al encontrarse con turnos y horas excesivas de trabajo, lidiar con familiares y amigos que exigen respuestas inmediatas a padecimientos, el control multilateral de sus pacientes, cabe recalcar que el Hospital de Clínicas aparte de ser un centro que atiende padecimientos clínicos es un Hospital de enseñanza que se encuentra en resguardo de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

Con lo expuesto anteriormente podemos aseverar que si bien el Burnout tienen un origen multifactorial, el estrés ocupacional se lleva la estrella en el detonante del mismo, es



importante la realización de este estudio al no existir datos fehacientes de este Síndrome en el Hospital de Clínicas, la importancia que tiene este Síndrome en profesionales de salud pues podría existir una relación entre este padecimiento y la tasa de errores que se cometen, comprometiendo así la seguridad e integridad física del paciente y del médico.

Los resultados obtenidos ayudaran a ver la prevalencia y/o existencia de este Síndrome a los médicos del Hospital de Clínicas de la Unidad de Emergencias para tomarlo como dato en futuras investigaciones del tema.

1.2. Situación Problemática

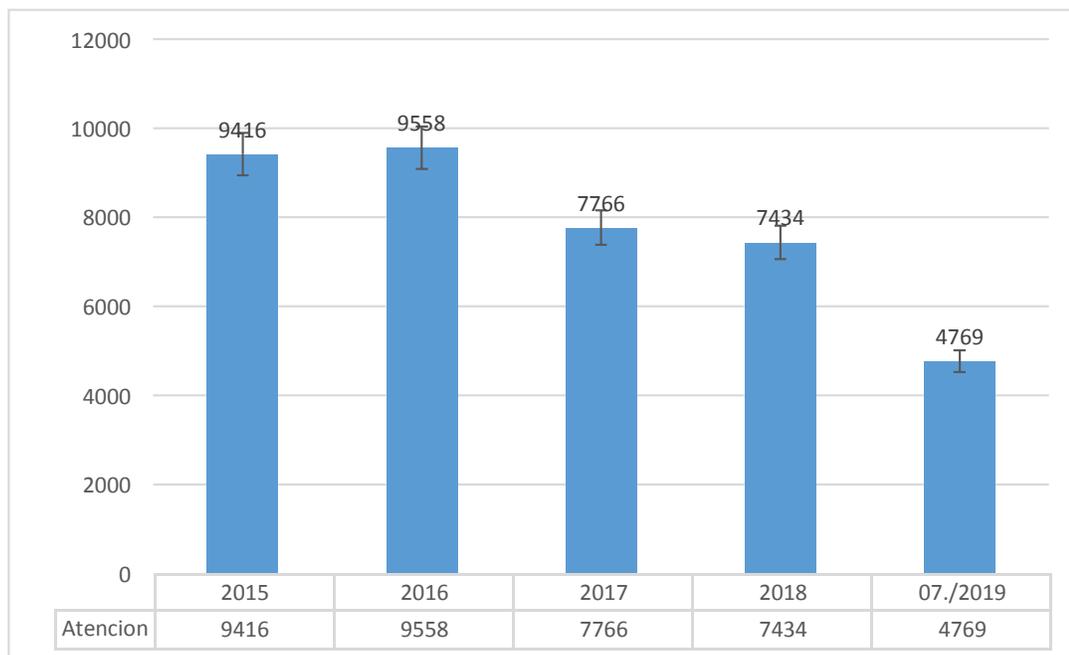
El Hospital de Clínicas atiende entre 30 a 50 pacientes por día, sin contar los que ya se encuentran en atención, improvisando camas en las camillas y en los pisos, utilizando el método de triaje para la atención a los pacientes, pero, que se hace cuando no existe la suficiente y adecuada infraestructura para atender a las personas, como deben reaccionar los médicos ante esto, hace poco vimos como existió un colapso en la atención medica al querer aprobarse la Ley No. 3131 que pretendía sancionar a los médicos por negligencia y mala praxis, y ahora nos vemos de manera abrupta con el nuevo servicio de Salud “Seguro Universal” (SUS) que tiene un punto a favor, pero en casos como el Hospital de Clínicas o el Hospital Obrero que no tiene la suficiente capacidad de resguardo para pacientes, es notoria la desesperación de nuestro profesionales de salud, existiendo varias denuncias por trato y falta de información, es por ello vemos necesario la evaluación del Síndrome de Burnout en El Hospital de Clínicas.

El Hospital de Clínicas de La Paz cumplió 99 años de funcionamiento y es en la actualidad uno de los establecimientos médicos más concurridos del departamento de La Paz. La



demanda de los pacientes se refleja en la sala de Emergencias, que al día de hoy tiene 34 camillas para la atención a pacientes, según datos estadísticos extraídos de la Unidad de Estadísticas tenemos que:

Tabla 1 – Historial de atención a pacientes Unidad de Emergencias (2015 – 07/2019)

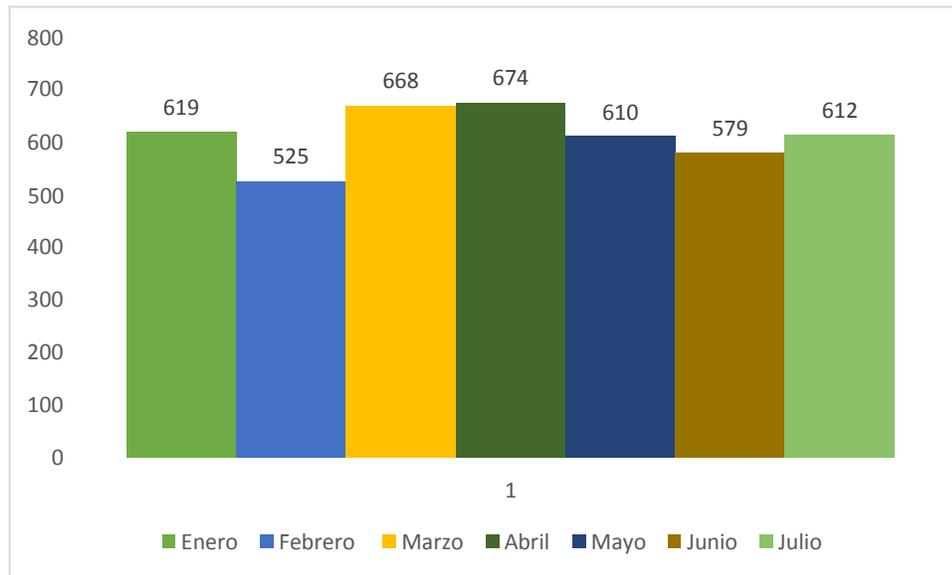


Fuente: Unidad de Estadísticas – Hospital de Clínicas La Paz

El nosocomio no se abasta con la cantidad de camas que tiene para dicha área, teniendo que improvisar camillas y sillas para la atención, los datos estadísticos recabados nos muestran que en estos últimos 7 meses la Unidad de Emergencias atiende entre 18 y 23 pacientes por día.



Tabla 2 – Atención de paciente Unidad de Emergencias 2019 (enero a julio)



Fuente: Unidad de Estadísticas – Hospital de Clínicas La Paz

El servicio de Emergencias de ese centro hospitalario requiere una urgente reestructuración de manera interna y externa, para atender a toda la población que lo necesita, tanto de la ciudad de La Paz como los pacientes de diferentes regiones del país, es lamentable que la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas presenta un panorama doloroso y tiene que atender a pacientes acostados en camas, camillas, sillas de ruedas y el piso todo por falta de infraestructura.

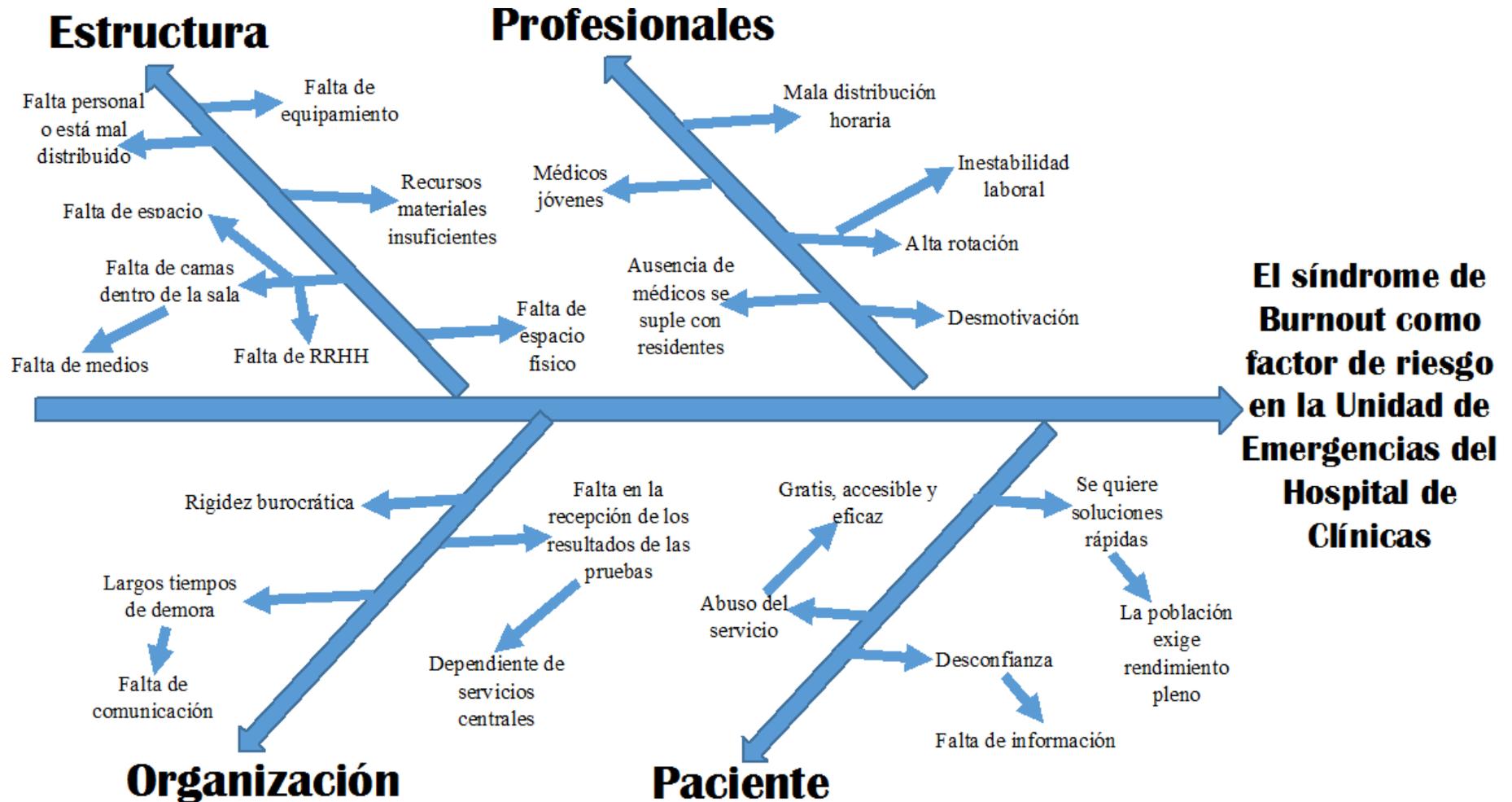
También es inherente que un médico no logre un vínculo con el paciente (siendo que no está permitido), generando emociones y la necesidad de curarlo, albergando en ocasiones sensaciones de frustración y fracaso al no encontrar o entender el porqué del malestar del paciente, deteriorándose física y mentalmente a nuestros médicos, conflictuando progresivamente su vocación al evaluarse constantemente y no dar prontas soluciones a sus pacientes, debido al hacinamiento que existe en las personas al no saber dónde resguardarlos y atenderlos.



La OMS apoya el estado de bienestar mental bajo la nueva concepción psicosocial unificando el área física, mental y social; pero como llegar a esta armonía, cuando te encuentras desde el inicio de tu carrera en estudios de casos, entrevistas y observaciones sistémicas, en un constante estado de fatiga e impotencia al no tener los resultados esperados, ligados a la presión social de los pacientes y los familiares que buscan una pronta solución a su ser querido demandando respuestas y resultados abruptos que son admisibles, pero no viendo todo el panorama de la institución que los resguarda.

En los últimos años se acuña el término de Burnout al desgaste profesional existente en las áreas laborales, en esta investigación se hará hincapié a los profesionales de salud, que al margen de cuidar y velar por nuestra salud, se encuentran sometidos constantemente al estrés y la rutina del seguimiento al paciente, descuidando su persona, haciéndose vulnerables a padecer este Síndrome que en ocasiones puede hacer deficiente (sin querer) al servicio que presta.

1.2.1. Espina de Ishikawa





1.3. Problema Científico

¿El Síndrome de Burnout influye en el desempeño psicolaboral de los trabajadores del Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias?

1.4. Hipótesis

- ✓ El Síndrome de Burnout en médicos es un factor de riesgo en el Clima Organizacional de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas.
- ✓ El Estrés en enfermeras es un factor de riesgo en el Clima Organizacional de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas.

1.4.1. Variables

1.4.1.1. Variable Independiente

Burnout y Estrés

1.4.1.2. Variable Dependiente

Clima Organizacional

1.4.1.3. Variable Moderante

Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas

1.4.2. Operacionalización de Variables

En el siguiente cuadro se muestran las variables que serán estudiadas:



Tabla 3 – Operacionalización de Variables "Independiente"

VARIABLE INDEPENDIENTE							
	Definición operacional	Instrumento de medición	Sub variables	Elementos	Instrumento de medición/ preguntas	Sujeto de provisión de información	Técnicas a utilizar
BURNOUT	Tomando en cuenta las tres dimensiones que abarca este síndrome, a los que consideramos como sub variables ligados al desempeño Psicolaboral	Test de Maslach Burnout Inventory	Cansancio emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Perdida de energía – Despreocupación en el trabajo – Personalidad irritable – Cambios emocionales a nivel laboral y familiar 	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
			Despersonalización	<ul style="list-style-type: none"> – Hiperactividad como disfraz de sentimientos de impotencia – Agotamiento – Episodios de depresión – Hostilidad 	5, 10, 11, 15 y 22	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
			Realización personal	<ul style="list-style-type: none"> – Abandono de actividades – Estrés crónico – Perdida de ideales – Apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas – Autoreclusión y aislamiento 	4, 7, 9, 12, 17, 18 y 19	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada



STRESS	Definición Operacional	Instrumento de Medición	Sub Variables	Elementos	Instrumento de medición/ preguntas	Sujeto de provisión de información	Técnicas a utilizar	
	El test específico para enfermeras recientemente adecuado a nivel Latinoamérica, de los cuales se evalúan:	Test Nursing Stress Scale	Eficiencia laboral	Carga de Trabajo		1, 3, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 30, 31 Y 34	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
			Muerte y sufrimiento	– Muerte y sufrimiento – PrePreparación insuficiente – Falta de apoyo – Incertidumbre en el tratamiento		6, 7, 8, 9, 14, 15 Y 21	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
			Relación profesional	Problemas con los médicos		2, 3, 4, 5, 6 Y 17	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
			Interacción emocional	Problemas miembros equipo de enfermería		22, 24, 26, 29, 31, 32, 33	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada

Fuente: Elaboración Propia



Tabla 4 – Operacionalización de Variables "Dependiente"

VARIABLE INDEPENDIENTE						
Definición Operacional	Instrumento de Medición	Sub Variables	Elementos	Instrumento de medición/preguntas	Sujeto de provisión de información	Técnicas a utilizar
CLIMA ORGANIZACIONAL	ENCUESTA CLIMA LABORAL	Colaboración	Personal Médico de Emergencias	1 al 4	Personal Médico de Emergencias	Encuesta cerrada
		Comunicación		5 al 9		
		Condiciones de trabajo		10 al 12		
		Carrera profesional		13 al 17		
		Formación		18 al 19		
		Liderazgo		20 al 33		
		Orientación al cliente		34 al 36		
		Percepción de los servicios centrales		37 al 39		
		Satisfacción en el puesto de trabajo		40 al 46		
		Cuestiones generales		47 al 52		

Fuente: Elaboración Propia



1.5. Objeto de Estudio

La presente investigación se llevó a cabo en la Gestión 2020 el cual definirá la presencia del Síndrome de Burnout en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz.

1.6. Alcance o Campo de Acción de la Investigación

Los alcances de la investigación son:

1.6.1. Alcance Geográfico

La investigación se realizó en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la ciudad de La Paz.

1.6.2. Alcance Temporal

La recaudación de información e investigación se realizó en el segundo semestre del 2019 y primer bimestre del 2020.

1.6.3. Alcance Temático

La investigación se realizará aplicando conceptos y métodos la Gestión de Talento Humano limitando esta investigación al diagnóstico del nivel de Burnout en los trabajadores.

1.7. Objetivo de la Investigación

1.7.1. Objetivo General

Determinar en qué medida el Síndrome de Burnout afecta el riesgo psicolaboral en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz



1.7.2. Objetivos Específicos

- ✓ Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras, basados en la muestra del Hospital de Clínicas de la Ciudad – Unidad de Emergencias de La Paz
- ✓ Establecer los factores que tienen más prevalencia en el Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras, que tiene mayor presencia en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz
- ✓ Realizar una evaluación y relación entre Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras con el sexo, edad y estado civil.



CAPITULO II – DESARROLLO ESTRUCTURAL TEÓRICO DE LA TESIS

2.1. Referencias Conceptuales

2.1.1. Gestión de Recursos Humanos

La expresión Recursos Humanos se refiere a las personas que forman parte de las organizaciones y que desempeñan en ellas determinadas funciones para dinamizar los recursos organizacionales. Por un lado, las personas pasan gran parte de su tiempo en las organizaciones y, por el otro, éstas requieren a las personas para sus actividades y operaciones, de la misma manera que necesitan recursos financieros, materiales y tecnológicos. De ahí la denominación de Recursos Humanos para las personas que trabajan en las organizaciones. En realidad, esa antigua denominación, que viene de la era industrial, peca de reduccionista al tratar a las personas sólo como recursos organizacionales. Considerar a los individuos de esa manera no es más que cosificarlos, estandarizarlos y uniformar su papel en las organizaciones. Hoy en día, las personas ya no son recursos o activos de la compañía, sino socios capaces de proporcionar vida y éxito a la organización. (Chiavenato, Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones, 2007)

Es la disciplina que persigue la satisfacción de objetivos organizacionales, para ello es necesario tener una estructura organizativa y la colaboración del esfuerzo humano coordinado. Las organizaciones persiguen objetivos como crecimiento, competitividad, productividad entre otros, mientras que las personas también tienen objetivos individuales: un buen salario, mejorar su calidad de vida, etc.; por ello es importante que



las empresas seleccionen a las personas que cumplan los requisitos que las organizaciones desean alcanzar y al mismo tiempo satisfacer las expectativas que las personas desean al ingresar a las organizaciones. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016)

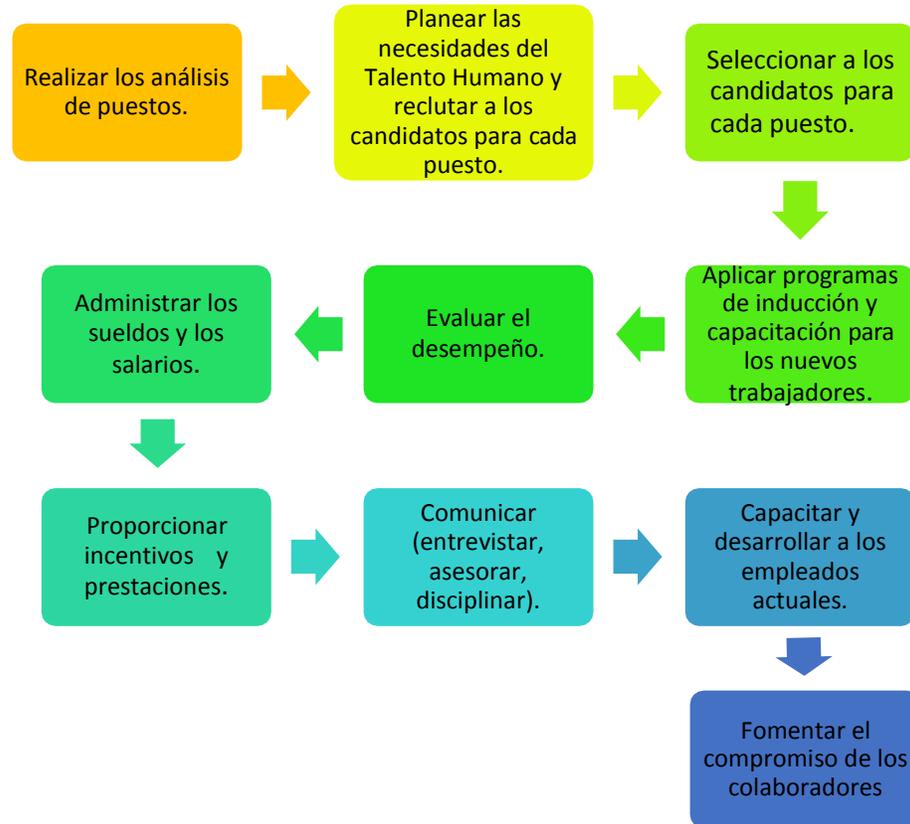
Las personas se convierten en el elemento básico del éxito de la empresa. En la actualidad se habla de estrategia de Recursos Humanos para expresar la utilización deliberada de personas, con el propósito de que ayuden a la organización a ganar o mantener una ventaja sostenible frente a los competidores que se disputen en el mercado. (Chiavenato, Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones, 2007)

La Administración de Recursos Humanos hace referencia a: “las prácticas y a las políticas necesarias para manejar los asuntos que tienen que ver con las relaciones personales de la función gerencial; en específico, se trata de reclutar, capacitar, evaluar, remunerar, y ofrecer un ambiente seguro, con un código de ética y trato justo para los empleados de la organización” (Dessler & Varela, 2011, pág. 2)



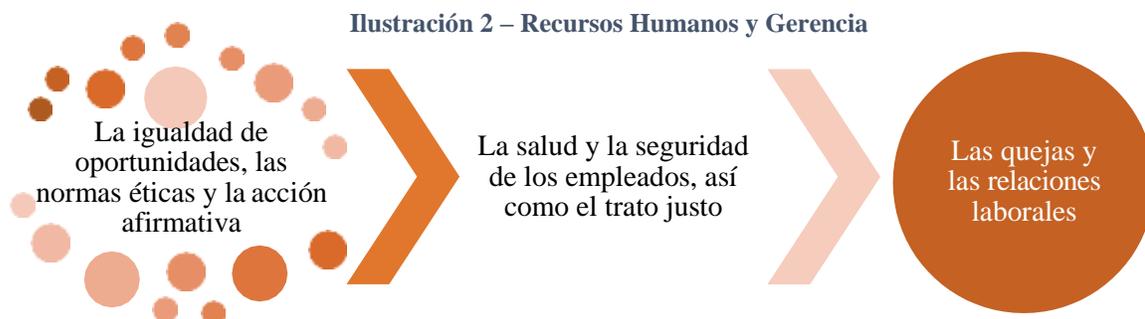
Ilustración 1 – Que es la administración de Recursos Humanos

Tales prácticas conllevan:



Fuente: (Dessler & Varela, 2011)

Y lo que un gerente debería saber acerca de:



Fuente: (Dessler & Varela, 2011)



2.1.1.1. Importancia de los Recursos Humanos

Ilustración 3 – Importancia de los Recursos Humanos



Fuente: (Dessler & Varela, 2011)

Existen trabajadores que están insatisfechos con el empleo actual o el clima organizacional, convirtiéndose en una preocupación para los gerentes; estos problemas, si no se resuelven al momento, se convertirán en urgencias por resolverse. En las empresas, existe un sinnúmero de problemas y conflictos que deben ser resueltos por las personas que trabajan en la organización; para ello es necesario contar con trabajadores calificados, con capacidad de respuesta inmediata y resolución de conflictos. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016, pág. 21)



Aun cuando los activos financieros y el equipamiento de planta son recursos necesarios para la organización, los empleados tienen su importancia considerable, el Talento Humano proporciona la chispa creativa en cualquier organización; la gente se encarga de diseñar y producir los bienes y servicios, de controlar la calidad, de distribuir los productos, de asignar los recursos financieros, de establecer los objetivos y estrategias para la organización. Sin gente eficiente, es imposible que una organización logre sus objetivos. El trabajo del director de Talento Humano es influir en la relación organización – empleados. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016, pág. 21)

2.1.1.2. Componentes de la Gestión de Recursos Humanos

Ilustración 4 – Componentes de los Recursos Humanos



Fuente: (Petit, 2015)

Cada uno de los componentes que forman la empresa debe moldearse para ajustarse óptimamente a estos cambios. Cada factor productivo debe trabajar de manera eficaz en el logro de los objetivos que estos cambios conllevan; el tratamiento del Talento Humano como capital humano, que debe considerarse de real importancia por sus capacidades, sus aptitudes, por valerse por sí mismo y entregarle lo mejor de sí a su trabajo, sintiéndose conforme con lo que realiza, labor que debe ser reconocida por parte de la organización para que se esté se encuentra a gusto al trabajar. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016, pág. 16)



2.1.1.3. Rendimiento y Motivación

Aunque para muchas personas el rendimiento y la productividad laboral son lo mismo, es muy interesante distinguir entre uno y otra; existe otro grupo de especialistas y autores para los que lo correcto es considerar el rendimiento como un conjunto de conductas en el entorno laboral, en lugar de definirlo como el resultado de las mismas. Desde este punto de vista, los términos productividad, excelencia, eficiencia o eficacia se referirían a los resultados, mientras que el rendimiento se refiere a los comportamientos que se dirigen a la consecución de dichos resultados. (IMF - Business School, 2017)

Tabla 5 – Factores que afectan el rendimiento laboral

La motivación	• Motivación organizacional, Motivación personal
Clima laboral	• Buen ambiente de trabajo, evitar el bajo rendimiento laboral
La comunicación	• Dirección, liderazgo
Los horarios	• Flexibilidad, Dirección de jornadas
Factores ambientales	• Prevención de riesgos laborales, clima, ruido, iluminación, ergonomía
Desarrollo profesional	• Promoción de empleados, Incentivos monetarios
Herramientas necesarias	• Talleres, Cursos de capacitación

Fuente: Elaboración Propia

2.1.1.4. Productividad

La productividad es una relación entre el producto obtenido y los recursos empleados en la producción. Depende no sólo del esfuerzo realizado y del método racional, sino, sobre todo, del interés y de la motivación de las personas. (Chiavenato, Administración de Recursos Humanos, 1999, pág. 40)



Según la Teoría Z, la productividad es cuestión de administración de personas que de tecnología consiguiendo la mayor productividad a través de una visión cooperativa asociada a la confianza

La gestión del Talento Humano requiere reclutar, seleccionar, orientar, recompensar, desarrollar, auditar y dar seguimiento a las personas, además formar una base de datos confiable para la toma de decisiones, que la gente se sienta comprometida con la empresa y sentido de pertinencia, solo de esta forma se logrará la productividad, calidad y cumplimiento de los objetivos organizativos. (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016, pág. 16) Las empresas necesitan aprender a:

Ilustración 5 – Productividad



Fuente: (Vallejo Chavez, Gestión del Talento Humano , 2016, pág. 16)



El deseo de incrementar continuamente la productividad también contribuye a la creciente necesidad de trabajadores temporales. Por un lado, a los trabajadores temporales sólo se les pagan las horas trabajadas, a diferencia de los trabajadores permanentes que reciben su salario aun cuando estén sentados sin hacer alguna actividad. A menudo los trabajadores temporales no reciben prestaciones, lo cual representa un “ahorro” para el empleador. Asimismo, los empleados temporales facilitan que sus empleadores se expandan y se contraigan en respuesta a los cambios en la demanda. Muchas empresas también utilizan contrataciones temporales para someter a prueba a trabajadores potenciales, antes de contratarlos de manera definitiva. (Dessler & Varela, 2011, pág. 106)

2.1.2. Estrés

Se origina en 1974, en Estados Unidos por el psiquiatra Herbert Freudenberger, fue descrito como un síndrome clínico por “respuesta a un nivel de estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. (Fidalgo, 2010)

El estrés es una reacción no específica del cuerpo humano a cualquier exigencia que se haga sobre él. Afecta a los individuos en distintas formas y, por lo tanto, es una condición altamente individualizada. Ciertos acontecimientos pueden ser muy estresantes para una persona, pero no para otra. Además, el efecto del estrés no siempre es negativo. Por ejemplo, un estrés moderado en realidad mejora la productividad y en ocasiones ayuda a desarrollar ideas creativas. (Wayne Mondy, 2010, pág. 352)



El estrés laboral tiene consecuencias graves tanto para el empleado como para la organización. Las consecuencias humanas del estrés laboral incluyen ansiedad, depresión, ira y varias consecuencias físicas, como cardiopatías, dolores de cabeza y accidentes. El estrés también tiene serias consecuencias para la empresa. Entre ellas se incluyen reducción del desempeño, y ausentismo, rotación de personal, quejas y costos por atención a la salud crecientes. (Dessler & Varela, 2011, pág. 436)

2.1.2.1. Tipos de Estrés

El estrés es un desequilibrio entre las exigencias hechas por el medio y los recursos disponibles por los individuos, generalmente producido por factores psicosociales, que incide en la actualidad sobre todos los seres humanos, los cuales día a día se enfrentan a las crecientes exigencias de una sociedad globalizada y consumista. (Davis & Newstrom, 1993)

Una conceptualización más comprensible de estrés, lo definiría como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno laboral. (Davis & Newstrom, 1993)

2.1.2.1.1. Tipos de estrés

2.1.2.1.1.1. Eustrés – Estrés positivo

El Eustrés también conocido como estrés positivo se relaciona directamente con la hormona de la felicidad (denominada dopamina), partiendo de la interacción entre el estresor y la experiencia corporal máxima. Hace alusión principalmente a la capacidad de afrontamiento de un individuo, es decir, todo el conjunto de acciones que permiten una



mejora en el rendimiento para realizar determinada tarea. Permite que salgamos que nuestra zona de confort tomando ciertos riesgos que no son de naturaleza peligrosa para poder llegar a la autorrealización personal. (Psicoactiva, s.f.)

2.1.2.1.1.2. Distrés – Estrés negativo

El Distrés también conocido como estrés negativo, el cual a nivel fisiológico se asocia con la producción de cortisol (hormona encargada de liberarse ante la presencia de estrés), en este tipo de estrés se produce un desequilibrio fisiológico y psicológico y es el que conocemos comúnmente como “estrés” (mientras que el estrés positivo no es muy distinguido por las personas). A nivel general se activa por una amenaza ya sea interna o externa que implica un esfuerzo excesivo. Ante ciertos casos extremos puede desencadenar sintomatología de un trastorno de ansiedad y/o depresión. Recordemos este tipo de estrés es perjudicial para la salud y por esta razón veamos a continuación los síntomas básicos del estrés negativo. (Psicoactiva, s.f.)

Tabla 6 – Síntomas del Distrés

SÍNTOMAS	CARACTERÍSTICAS
COGNITIVOS	Pérdida de memoria
	Problemas de concentración
	Capacidad de entendimiento deteriorada
EMOCIONALES	Pensamientos negativos
	Cambios de humor
	Depresión
	Aislamiento
CONDUCTUALES	Percepción de Soledad
	Agitación
	Cambios de hábitos
	Trastornos de sueños
	Conductas irresponsables (consumo de drogas, alcoholismo, etc.)

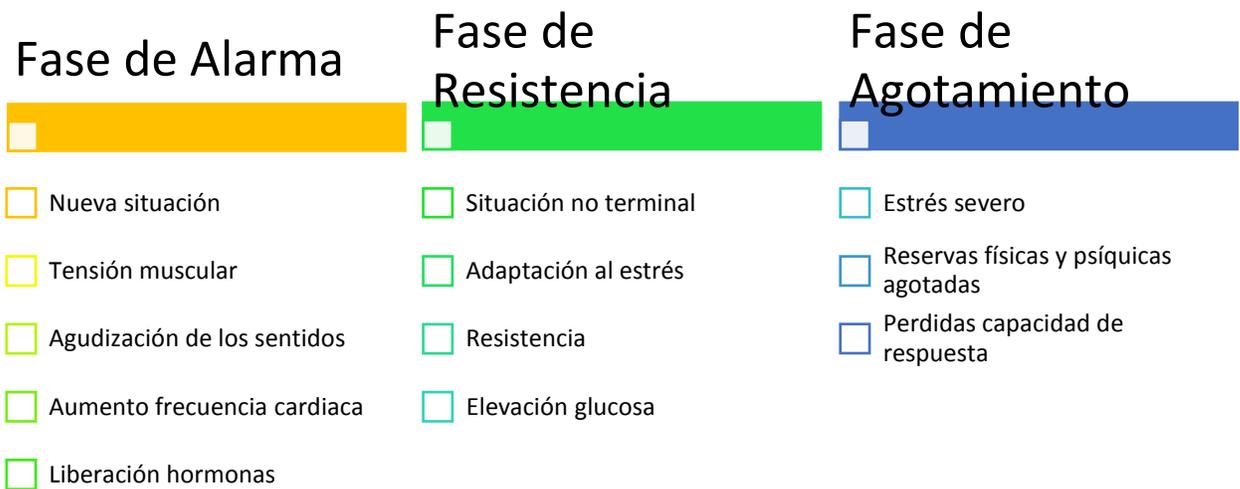


FÍSICOS	Dolores de cabeza
	Mareas
	Nauseas
	Aumento de tasa cardíaca
	Disminución de lívido

Fuente: (Psicoactiva, s.f.)

2.1.2.2. Fases del Estrés

Ilustración 6 – Fases del estrés



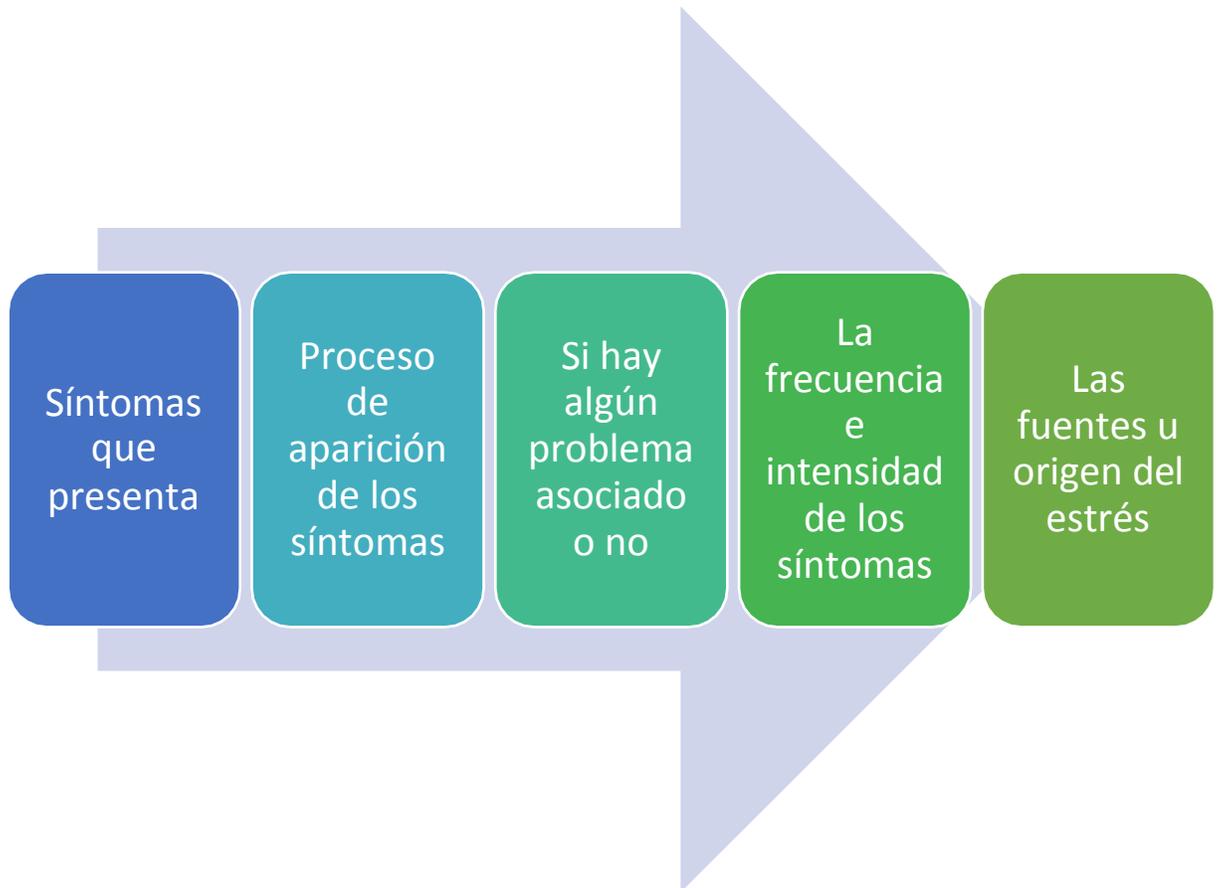
Fuente: (Montejano, 2019)

2.1.2.3. Diferencia entre estrés y Síndrome de Burnout

Los síntomas del síndrome Burnout son similares a los síntomas asociados al estrés laboral de modo general, sin embargo, no son exactamente lo mismo, en el Burnout es una respuesta al impacto acumulativo del estrés laboral mantenido de forma crónica, para diferenciarlos hay que evaluar una serie de indicadores, por ejemplo:



Ilustración 7 – Indicadores para evaluar el Burnout



Fuente: Elaboración Propia

Sin embargo, aun contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el síndrome y más aún sobre los tipos de intervenciones apropiadas para corregirlo, bien de tipo individual, acentuando la acción psicológica, bien de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo. Aun así, existe un consenso básico sobre la importancia de diagnosticar el síndrome y de promover programas de actuación.



Tabla 7 – Diferencias entre Burnout y Estrés

SÍNDROME DE BURNOUT

- ✓ Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Poca realización personal.
- ✓ Estado permanente de nerviosismo.
- ✓ Dificultad para concentrarse.
- ✓ Comportamientos agresivos.
- ✓ Dolor de cabeza.
- ✓ Taquicardia.
- ✓ Insomnio.
- ✓ Bajo rendimiento.
- ✓ Absentismo laboral.
- ✓ Aburrimiento.
- ✓ Impaciencia e irritabilidad.
- ✓ Comunicación deficiente

Siendo los tres ejes principales:

- ✓ Agotamiento emocional.
- ✓ Despersonalización
- ✓ Baja realización personal

ESTRÉS LABORAL

Los síntomas del estrés laboral son:

A nivel emocional:

- ✓ Ansiedad
- ✓ Mal Humor
- ✓ Irritabilidad
- ✓ Miedo o temor
- ✓ Inseguridad
- ✓ Dificultades para concentrarse
- ✓ Dificultad para tomar decisiones
- ✓ Bajo estado de ánimo
- ✓ Depresión

Nivel físico:

- ✓ Problemas intestinales y/o estomacales
- ✓ Sudoración excesiva
- ✓ Hiperventilación
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Mareos y náuseas
- ✓ Temblores
- ✓ Taquicardia
- ✓ Tensión muscular y contracturas
- ✓ Hipo salivación (Sequedad de la boca)

Fuente: (Síndrome de Burnout y Rendimiento Laboral en enfermeras de la Caja Petrolera de Salud de la

Ciudad de La Paz, 2017, pág. 54)



2.1.3. Burnout

El Burnout nace en EE.UU. a mediados de los años setenta como una forma de describir las reacciones adversas que se producían en el trabajo de los servicios sociales, siendo la psicóloga social Maslach quien, sustancialmente, comenzó a reflexionar sobre este fenómeno, utilizando el término “burnout” para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento que se observaba entre los profesionales de la salud mental. De esta forma, Maslach dio cuenta en sus estudios de la relevancia en considerar los aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales. (Olivares Faundez, 2017)

Freudenberger describe el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (Freudenberger, 1974, pág. 160)

Una de las definiciones ampliamente aceptadas es la de Maslach y Jackson que lo definen como un síndrome caracterizado por la existencia de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal que puede presentarse en profesionales que desempeñen cualquier actividad laboral que tenga como objetivo la atención a otras personas. (Baron Gonzales, Lacasta, & Ordoñez, 2008)



Según Eustres las principales diferencias entre el Estrés y el Burnout son:

Tabla 8 – Diferencias Estrés y Burnout según Eustres

ESTRÉS	BURNOUT
Sobre implicaciones en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Desgaste emocional
Daño fisiológico es el fundamento principal	El daño emocional es el fundamento principal
Agotamiento o falta de energía física	El agotamiento afecta a la motivación y energía física
La depresión se produce como reacción a preservar las energías físicas	La depresión es como un perdida de ideales
Puede tener efectos positivos	Solo tiene efectos negativos

Fuente: (Martinez Perez, 2010, pág. 27)

El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

2.1.3.1. Desarrollo de fases del Burnout

Según Freudenberg las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas como comunidades terapéuticas y voluntariado, “de tal forma que estas personas sentirán una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar” (Group, 1074, pág. 30)

Bajo diversos estudios realizados se puede concluir, según los apuntes de (Sanchez Zorrilla, 2016, pág. 36), las fases del Burnout son:



Tabla 9 – Fases de la aparición del Burnout

FASE INICIAL DEL ENTUSIASMO	Entusiasmo
	Energía positiva
	Jornadas de trabajo largas, pero perseverantes
	Optimismo
FASE DE ESTANCAMIENTO	Bajas expectativas laborales
	Relación recompensa y trabajo no equilibrada
	Principios de estrés
	Respuestas laborales ineficientes
FASE DE FRUSTRACIÓN	Desmoralización laboral
	Sentimiento de frustración y agotamiento
	Problemas emocionales, fisiológicos y conductuales
	Mal clima laboral, generando un efecto domino en el grupo
FASE DE APATÍA	Tareas estresantes
	Antipatía a las personas que lo rodean
	Tomar distancia a su entorno laboral
FASE DE QUEMADO	Colapso emocional
	Problemas psicológicos y psiquiátricos agravantes
	Dejar el empleo

Fuente: Elaboración Propia

2.1.3.2. Características del Burnout

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos, entre ellos el síndrome de Burnout cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva consecuencias a las personas y la institución negativas. (Teran Romero, 2017, pág. 37)



Estas consecuencias negativas que produce el síndrome de estar quemado es un tipo de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés, produciendo consecuencias en la salud del trabajador y la imagen la de institución. Así mismo el Burnout tiene un proceso por el cual se va desarrollando; Comenzando por discrepancias y demandas de los recursos (estrés), posteriormente se percibe los niveles de estrés que van en aumento provocando estrategias de afrontamiento que no son positivas. (Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout, consecuencias, evaluación y prevención, 2000)

2.1.3.2.1. Burnout como estado

Sentimiento de inadecuación profesional: El sujeto se siente en dificultades o impotente para responder a las distintas y cambiantes facetas del desempeño de su tarea. Este mismo hecho repercute en la aparición de una autoimagen, que oculta, la falta de competencia y un deseo de cambiar de puesto, en muchas ocasiones hacia arriba en el escalafón, bajando su rendimiento y la calidad de sus prestaciones. (Olabarria Gonzalez, 1995, págs. 189-194)

Modificación de los modos de relación con los compañeros de trabajo y los usuarios de los servicios: Nos encontramos con que la relación pone de manifiesto componentes de inhibición, frialdad y distancia, al tiempo que se convierte en acusatoria hacia los demás de los deterioros en el trabajo; suelen aparecer descalificaciones masivas e inadecuadas de compañeros y usuarios, también se ha detectado el empleo, en ocasiones, de formas de humor más o menos sarcástica. (Olabarria Gonzalez, 1995, págs. 189-194)

Agotamiento emocional: ansiedad, labilidad con tendencia a la irritación y cierto abatimiento depresivo.



El rasgo fundamental del Burnout es el cansancio emocional y la sensación de no poder dar más de sí mismo, para poder protegerse de ese sentimiento negativo, el sujeto trata de aislarse de los demás, desarrollando una actitud impersonal hacia los usuarios y los compañeros, mostrándose cínico, utilizando etiquetas despectivas o bien haciendo a los demás responsables de sus frustraciones (Olabarria Gonzalez, 1995, págs. 189 - 190)

Autores como Freudenberger, al igual que Edelwich y Brodsky (1980) definen el síndrome manteniendo la relación entre Burnout y pérdida de ideales, energía y propósito, limitando el síndrome a individuos muy dedicados y comprometidos que persiguen la consecución de una meta. (Chuquimia Rocha, 2017)

2.1.3.2.2. Burnout como proceso

La definición anterior puede verse completada con los trabajos de Pines, Aaronson y Kafry (1981), estos autores, al igual que Maslach y Jackson (1978), definen el Burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental (respuesta emocional inadecuada). Se entiende el síndrome como resultado de la exposición crónica ante una presión emocional (estrés), durante prolongados períodos de tiempo (proceso). (Chuquimia Rocha, 2017, pág. 43)

Maslach y Pines (1977), insistieron en la necesidad de prevención del síndrome de desgaste, pues éste hacía perder sentimientos positivos hacia sí mismo y hacia sus clientes, a quienes podrían dirigirse con una actitud cínica y deshumanizada. Se constataría también un descenso de su compromiso laboral. Nos enfrentamos a un sentimiento complejo de inadecuación personal y profesional al puesto de trabajo, que surge al comprobar que las demandas que se les hace, exceden a su capacidad para atenderlas debidamente. Este



sentimiento se puede encubrir mediante una sensación de omnipotencia. (Alvarez Gallego & Fernandez Rios, 1991)

Muchos autores, consideran la ausencia de un apoyo significativo, como un factor clave para que se produzca el “desgaste”. De la misma manera, se ha denotado la presencia de líderes que únicamente aportan retroalimentación negativa en ambientes laborales con gran presencia del fenómeno Burnout, frente a bajos niveles del síndrome, en ambientes con altos niveles de apoyo sin reducir la autonomía de los sujetos. (Chuquimia Rocha, 2017)

2.1.3.3. Burnout y el desgaste profesional

Para Edelwich y Brodsky, el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas, la tercera etapa es la de frustración y por último es la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional. (Martinez Perez, 2010, pág. 8)

2.1.3.4. El proceso de desgaste profesional como riesgo psicosocial y psicolaboral en el trabajo

Etzion, dice que es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia



devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir porque sucedió. (Carmona Garza, Montemayor Juarez, & Treviño Salas, 2007)

Pines, Aronson y Kufry (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes. "El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicósomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de Burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma. (Perea Quesada, 2009, pág. 160)

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga excesiva de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad, recursos y autonomía en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en el burnout, provocando un serio daño para la salud del trabajador. (Sanchez Zorrilla, 2016)

La perspectiva clínica entiende al Burnout como un estado al cual llega la persona producto del estrés laboral que padece. La perspectiva psicosocial lo considera un proceso,



que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. La diferencia entre ambos enfoques es clara ya que el primero analiza el problema en relación al estado personal y el segundo lo analiza como un proceso dinámico, producto de la interacción de varios factores. (Tonon, 2003)

2.1.3.5. Desgaste profesional médico

Para los médicos es muy difícil enfrentar la enfermedad en la condición de pacientes. El temor al dolor, al riesgo de la incapacidad o la muerte nos coloca en la misma situación de quienes se sientan frente a nosotros. Súbitamente nos convertimos en uno más de ellos, los pacientes, y nos cuesta aceptar el cambio de identidad profesional. Entre las profesiones, parece irónico que el financista quiebre, que el abogado sea enjuiciado o que el médico sea el paciente. (Albujar Baca, 2016, pág. 164)

La profesión médica es una de las profesiones más afectadas por el estrés laboral, consecuencia de un ritmo de vida acelerado, presionado por elevadas exigencias con el fin de lograr resultados favorables. Dicha profesión es identificada con el solemne compromiso y responsabilidad de velar por la vida del ser humano, por ende, muchas veces está presente la sensación de “no haber hecho lo suficiente”, o de haber podido proceder de otra manera en pos de ayudar a salvar la vida del paciente, vivenciándolo como un fracaso que conlleva a un sentimiento de culpabilidad. (Beare Shepard, 2018, pág. 17)

El estrés laboral del médico ha sido atribuido a varios factores como el grado de complejidad y dificultad de su tarea, los conflictos en las relaciones asistenciales, las



guardias médicas, la toma de decisiones, la sobrecarga asistencial, la incertidumbre inherente al método clínico, los riesgos de toda intervención instrumental, los resultados negativos no esperados, el riesgo de demandas por mala práctica, así como la insuficiencia de estímulos económicos y profesionales. (Mingote Adan & Perez Corral, 1999, pág. 27)

La profesión del médico lleva implícita elevadas tensiones emocionales y un gran involucramiento que implica una notoria responsabilidad, ya que el brindar apoyo, así como el cuidar de otras personas, significa una ardua tarea, con riesgos psicosociales para quien la realiza. (Gomez Esteban, 2004)

Un alto porcentaje de estudios realizados indican que, a mayor edad, la incidencia del Síndrome de Burnout es más leve. El agotamiento emocional, en médicos con menor antigüedad en el ejercicio de la profesión, es más acentuado en comparación con aquellos médicos que tienen una trayectoria considerable; lo cual podría dar un indicio de que el profesional va adquiriendo experiencia y utilizando estrategias de afrontamiento que le permiten desarrollar mejor prevención y, consecuentemente, menor riesgo existente de padecer burnout. (Beare Shepard, 2018, pág. 25)

2.1.3.5.1. Demandas sociales

La relevancia del trabajo médico, el prestigio y la importancia social del mismo es algo que ha ido evolucionando en los últimos años y que se ha visto sometido a profundos cambios, tanto desde la perspectiva de la sociedad como desde la sociedad como desde la autopercepción de los propios profesionales. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009)

1. Cambios pertinentes al rol del médico en las sociedades desarrolladas. Se han intensificado las expectativas tradicionales en relación a la eficacia terapéutica del



profesional y han surgido otras nuevas como la neutralidad afectiva, el interés por la colectividad, etc.

- 2 Cambios relativos al estatus del profesional en la medicina. A partir de la Primera Guerra Mundial va desapareciendo la figura del “médico divo social” y este cambio se acelera con el progresivo crecimiento de la técnica, el trabajo en equipo y la colectivización de la asistencia.
- 3 Los cambios dependientes del fenómeno de la impersonalización de las expectativas médicas de la sociedad, y por tanto de la confianza del enfermo. Este con frecuencia deposita sus esperanzas en el remedio al que el médico recurre y en la institución en que le asistan más que en el profesional que le atiende.
- 4 Los que pone de manifiesto la crítica social del ejercicio de la medicina, de forma muy estricta en algunos casos hoy en día.

2.1.3.5.2. Demandas organizacionales

El devenir de la profesión médica se integra en la propia historia de la humanidad y por ello se ve especialmente afectada por los cambios sociales, culturales, demográficos y políticos que la constituyen desde esta perspectiva el proceso de desgaste profesional médico deriva de unas demandas sociales, organizacionales y emocionales que se ajustan a los cambios de la sociedad de las estructuras sanitarias y de la relación terapéutica médico – paciente. Las consecuencias del síndrome a su vez no sólo afectan a la salud individual del facultativo sino también repercuten en la organización asistencial y la calidad del servicio prestado. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 108)



El control percibido sobre el ambiente de trabajo, las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros y la satisfacción de los recursos que se poseen por el trabajo cotidiano son importantes predictores de la satisfacción profesional el compromiso organizacional y el desgaste profesional, todas esas condiciones están moduladas en gran medida por la presión asistencial a la que se ven sometidos los médicos. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 89)

En atención primaria, por ejemplo, en el modelo organizativo actual de los centros de salud de asignación de recursos, conlleva el tiempo que el profesional dedique a cada paciente está determinada principalmente por la mayor o menor presión de la demanda y no tanto por las necesidades reales de cada proceso, pudiendo originar inequidades en la prestación de la atención sanitaria según el grado de saturación de cada equipo asistencial. La Plataforma 10 minutos postula modelos organizativos que definan un tiempo mínimo de consulta por paciente y en consecuencia un máximo de usuarios asignados a cada médico, según este estudio sobre los tiempos de visita médica en la atención primaria la frecuencia médica con que se cita a los pacientes siempre es inferior al tiempo real destinado a ellos, lo que supone aumentar el tiempo total asignado a la consulta con los siguientes retrasos y esperas el tiempo de consultas aproximadamente de 15 minutos; en Estados Unidos y el Reino Unido de 8 a 9 minutos, no es de extrañar por tanto que los datos de la Europa incluye entre los que tienen un mayor porcentaje de quejas por parte de los pacientes sobre el escaso tiempo de Atención por paciente. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 90)



En el caso de la atención hospitalaria, algunas de las claves explicativas de la carga de trabajo percibida, están determinadas por la masificación, la presión asistencial y las listas de esperas esa situación determina además el número de enfermos asistidos el tiempo dedicado a cada uno de ellos y la dedicación o no a otras actividades no asistenciales como la docencia e investigación, por ejemplo. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 90)

A la presión asistencial, hay que añadirle la carga burocrática creciente que se suma a las demás tareas a realizar y que incrementa la presión temporal en las actividades médicas; la petición de pruebas de consentimiento informado, la elaboración de recetas, informes, certificados, estadísticos, etc., son tareas y cada vez se van informatizando más y para los que el apoyo de personal administrativo es esencial pero que todavía ocupan gran parte del tiempo del trabajo médico. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 90)

Una revisión sobre el desgaste profesional en médicos residentes (Thomas, 2004), distingue este grupo de facultativos como especialmente vulnerables a las situaciones de sobrecarga de trabajo ya su repercusión sobre el desgaste profesional. Las condiciones específicas de trabajo que los afecta con intensas demandas laborales, limitado control, horas de trabajo y guardias, parece estar directamente relacionado esta situación. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 90)

A la demanda temporal en la actividad médica se unen habitualmente otras exigencias relacionadas con aspectos cualitativos tales como la complejidad de la misma, la necesidad de aplicación de la técnica, la recuperación de información en la toma de decisiones, etc., toda esta complejidad de la tarea requerida un determinado esfuerzo y la



utilización de recursos específicos para ser llevada a cabo con éxito. (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009, pág. 90)

2.1.3.5.3. Demandas emocionales

En la atención asistencial las demandadas emocionales proceden principalmente de la interacción con los pacientes y han sido consideradas facilitadoras del desarrollo de desgaste profesional (Galvez, Moreno, & Mingote, 2009).

- ✓ Los propios sentimientos y conductas del paciente: sentimientos de malestar, preocupación, ansiedad, etc., por la enfermedad o por el tratamiento.
- ✓ La naturaleza de la enfermedad: algunas pueden ser especialmente estresantes para el propio profesional sanitario por la naturaleza de los síntomas o la gravedad de su pronóstico.
- ✓ Los posibles problemas de comunicación que aparezcan en el proceso interactivo entre los proveedores del servicio y los receptores del mismo: debido a la falta de habilidades sociales en el paciente y/o en el médico, por las características del mensaje (por ejemplo, la transmisión de malas noticias) o por la necesidad de comunicarse con terceros interlocutores como los familiares del paciente.



Ilustración 8 – Determinación significativos del estrés ocupacional en profesionales sanitarios



Fuente: (Maslach C, 1992)

2.1.6. Hospital de Clínicas

El Hospital de Clínicas es un establecimiento público de la Ciudad de La Paz, que es parte integral de la Red de Servicios y responde a las Directrices del Ministerio de Salud y su funcionamiento está enmarcado en las Políticas Nacionales de Salud. Es un establecimiento de Tercer Nivel de atención.

Ilustración 9 – Mapa Geográfico del Hospital de Clínicas



Fuente: (Google Maps, 2019)

El Hospital de clínicas antes llamado Hospital General de Miraflores, comienza a escribir su historia en el firmamento de la salud en Bolivia desde el 24 de octubre de 1919, cuando aún no se había terminado ni la tercera parte del proyecto original inspirado en el Hospital Lariboisiere de París, por la necesidad de una creciente población que demandaba atención médica, con una capacidad de seiscientas camas para una población de ciento veinte mil habitantes, en una superficie que superaba los 70.000 metros cuadrados, con la construcción de los primeros pabellones, algunos servicios, estufa de esterilización, un auto-ambulancia, Asistencia Pública y consultorios, los enfermos llegaban a este nosocomio en tranvía. (SedesLaPaz, 2018).

El 4 de diciembre de 1957 el Hospital General de Miraflores es declarado “Hospitales de Clínicas” para la enseñanza de la medicina, así como sus similares Viedma de Cochabamba y Santa Bárbara de Sucre. (SedesLaPaz, 2018)



En vista del incremento de habitantes local y nacional demandando atención en salud, la Brigada Parlamentaria de La Paz incidió en que el Legislativo promulgue la Ley N° 171 de 31 de enero de 1986 que establece y declara de máxima prioridad la construcción del nuevo Hospital de Clínicas. 1987 se realiza en la Prefectura del Departamento de La Paz, un foro-debate sobre la "Problemática del Hospital de Clínicas", con la presencia y participación de todas las instituciones paceñas, entre ellas la propia Prefectura, Alcaldía, Corporación de Desarrollo de La Paz, Universidad Mayor de San Andrés, instituciones cívicas, Unidad Sanitaria La Paz, Hospital de Clínicas y muchas otras; concluyéndose con un documento de 20 resoluciones que piden el cumplimiento de la ley de enero de 1986 y se conforma un Comité Impulsor Pro-construcción del nuevo Hospital", en 1990 se "remodela" aisladamente el Pabellón Central de Operaciones que fuera construido en 1948, 1992, CORDEPAZ elabora un diagnóstico de la situación y presenta públicamente un "video diagnóstico del Hospital de Clínicas". En dicha oportunidad, representantes del Comité de Defensa y Fortalecimiento del Hospital de Clínicas, hacen entrega de los Términos de Referencia para la construcción del nuevo hospital, 1993 CORDEPAZ junto a la Asamblea de la Paceñidad, instituciones religiosas y cívicas continuaron reclamando la necesidad de construcción del nuevo hospital, ese mismo año la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entrega computadoras a este nosocomio y se crea la Unidad de Informática, dentro de los alcances y necesidades del Sistema de Información Gerencial (SIG), entre 1994 y 1995 con fondos propios se adquieren computadoras para Contabilidad, Archivo Clínico, Laboratorio Central y Dirección, para dar inicio a la transformación y modernización del flujo administrativo asistencial. (SedesLaPaz, 2018)



Actualmente el Hospital de Clínicas como nosocomio de tercer nivel y referente de atención en salud a nivel nacional, cuenta con más de una veintena de Especialidades Clínicas Quirúrgicas, servicio de Unidad de Emergencias, cumpliendo la labor de enseñanza en medicina, atendiendo a una población que supera los dos millones de habitantes en la misma infraestructura de hace 98 años, pero eso no limita que los profesionales médicos continúen salvando vidas y velando por la seguridad de paciente. (SedesLaPaz, 2018)

Ilustración 10 – Panorama frontal del Hospital de Clínicas



Fuente: (Hospital de Clínicas, 2019)

2.1.6.2. Unidad de Emergencias

La unidad del servicio de emergencia, antiguamente llamado servicio de guardia fue creado el 13 de diciembre 1973 como una dependencia del Hospital de Clínicas ubicada



en la zona Miraflores con el objeto de prestar atención médico – quirúrgica a todos los pacientes que están dentro del campo de las emergencias. (Arduz, 1999)

Esta unidad fue creada en la gestión del director del Hospital de Clínicas: doctor Hugo Palazzi y dependía directamente del director del hospital. (Arduz, 1999)

El antiguo servicio de guardia se encontraba ubicado en la entrada del Hospital general (actualmente estadística). Contaba con una pequeña sala de espera donde se realizaba el registro de los datos generales del paciente, vecino a este se encontraba un pequeño consultorio (con una mesa de examen médico y una pequeña vitrina). (Arduz, 1999)

Una vez que ingresaba el paciente se llenaba de una papeleta de ingreso e internación y de acuerdo a la valoración realizada por el médico de turno se lo enviaba a la sala que correspondía el cuadro nosológico. (Arduz, 1999)

2.2. Contexto Referencial

2.2.1. Ley 1152 “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”

El Servicio Único de Salud Universal y Gratuito (SUS) es la manera en que el Estado garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana entre 5 a 59 años.

El SUS beneficia a toda la población boliviana sin seguro de salud como gremiales, trabajadores por cuenta propia, albañiles, agricultores, meseros, cocineros, panaderos, artesanos, transportistas, trabajadoras del hogar, estudiantes, lustra calzados entre otros más.



Para que la población pueda beneficiarse del SUS primeramente necesitara asistir a un centro de salud de primer nivel más cercano a su domicilio, donde le brindaran servicios integrales de salud con énfasis en la promoción, así como en la prevención y atención de las enfermedades más frecuentes. Si a la persona se le diagnostica una enfermedad más grave será derivado a un Hospital de segundo nivel. Si el paciente necesita un tratamiento especializado deberá ser derivado a un Hospital de tercer nivel.

El SUS beneficiará de atención médica gratuita a las personas sin seguro médico, disminuirá el gasto de las familias, mejorará el acceso a los servicios de salud, dará protección a la familia, brindará una atención con calidad y calidez y beneficiará al personal de salud.

Ilustración 11 – SUS vidas están por cambiar



Fuente: (Ministerio de Salud, 2019)



2.2.2. Ley 3131 “Ley del ejercicio profesional médico”

La Ley del Ejercicio Profesional Médico en Bolivia fue promulgada el 8 de agosto del 2005, por el presidente de en aquel tiempo, Eduardo Rodríguez Veltzé con el principal objetivo de regular el ejercicio profesional médico en Bolivia.

La ley busca Inexcusabilidad en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el marco de la defensa de la vida, el cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad requiere acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades por parte del profesional médico, en forma inexcusable, cualquiera sea su cargo, especialidad o nivel de actuación en el Sistema Nacional de Salud. (Ley del Ejercicio Profesional Médico N ° 3131, 2005, pág. Art. 3)

Dentro de la presente ley observamos la gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los médicos en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. En los establecimientos de tercer y segundo nivel, la gestión de calidad de los servicios de salud es implementada por el Departamento de Enseñanza e Investigación, que en adelante se denomina Departamento de Gestión de Calidad, Enseñanza e Investigación. (Ley del Ejercicio Profesional Médico N ° 3131, 2005, pág. Art. 5)

2.3. Estudios previos del objetivo de estudio

Como Estado del Arte se tomaron en cuenta las siguientes investigaciones en la Universidad Mayor de San Andrés:

- ✓ Impacto del estrés en el desempeño laboral del personal administrativo de la Universidad Mayor de San Andrés (Catari Casasola & Rolando, 2017)



Esta investigación estudio el bajo desempeño laboral en los administrativos de la UMSA, a través de un análisis comportamental basados en un test de estrés y de Burnout y la vulnerabilidad de situaciones estresaras, realizando un cruce de información por cada facultad.

- ✓ Síndrome de Burnout en personal médico asistencial de Hospitales de 2° y 3° nivel en la Ciudad de La Paz – Bolivia, gestión 2015 (Dra. Vasquez Monllor, 2016)

La investigación se centra en los profesionales de salud y el desarrollo del Síndrome de Burnout en esta área, habla del test de Maslach Burnout, que permite determinar el grado de prevalencia de este síndrome y la afección que puede traer a los trabajadores de salud.

- ✓ El estrés laboral y su impacto en el desempeño laboral en los trabajadores de la UMSA (Valdivia Vargas, 2013)

Esta investigación relaciona el estrés y desempeño laboral con el clima organizacional, concluyendo que es estrés laboral constituido en las diferentes áreas de trabajo es consecuencia del clima organizacional.

- ✓ Síndrome de Burnout y rendimiento laboral en enfermeras de la Caja Petrolera de Salud de la Ciudad de La Paz (Teran Romero, 2017)

La investigación hace relación a la atención sanitaria mal organizada con relación a la cantidad de pacientes en la Caja Petrolera y el poco abastecimiento de personal para realizar las tareas, que crea una sobre energía desencadenando problemas de estrés.



2.4. Diagnóstico del problema

El estrés por el que muchas personas atraviesan está relacionado con el tipo de vida que llevan, puede ser en el hogar, el entorno social o laboral; esto debido a que el estrés supone una reacción a nivel biológico, psicológico y social que desencadena una serie de dificultades en el trabajo.

Este estrés crónico por el cual algunos empleados atraviesan se lo conoce como el síndrome de Burnout, el cual se puede decir que es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. Se desarrolla en los empleados por satisfacer la demanda laboral, el control laboral, el desempeño de rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y el clima de la organización. (Martínez, 2010:32).

Cada vez es más común ver a profesionales, cansados de su trabajo, endurecido afectivamente y en algunos casos poseen una carencia de expectativas de superación, entre otras dificultades, que aparecen como pequeños síntomas de estrés que pueden convertirse en trastornos psicológicos y psiquiátricos, afectando notoriamente la vida cotidiana de la persona que lo posee, generando un efecto dominó a su entorno laboral albergando un ambiente laboral hostil.

La atención sanitaria en Bolivia se caracteriza por la sobresaturación en pacientes, que sobrepasa al personal médico establecido en las diferentes áreas de los hospitales públicos, creando una sobre energía a la repleción ya causada, tomando en cuenta los turnos y los horarios en ocasiones inflexibles para el equipo médico.



Siendo así este síndrome podría encontrarse en todos los trabajadores del Hospital de Clínicas ya que es una organización que brinda un servicio público en la ciudad de La Paz. Sin embargo, la investigación se centró en la Unidad de Emergencias debido a las constantes exigencias a las que se encuentran sometidas diariamente.

Por lo que un trabajador del Hospital de Clínicas se encuentra sometido a más presión y exigencias que provoca estrés en ellos e incluso a padecer el Síndrome de Burnout. Dadas a las manifestaciones de estrés, frustración, agotamiento y despersonalización en la que se encuentran los trabajadores del Hospital de Clínicas universitarios ya sean en su condición de contratado y nombrado, estos tienen repercusiones en la organización por la calidad de vida que pueden tener. Puesto que estos se ven afectados por los problemas psicológicos y físicos al que se encuentran.



CAPITULO III – DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Intervención

La investigación es de *tipo correlacional*, porque pretenden responder a preguntas de investigación como las siguientes: ¿aumenta la autoestima de los pacientes conforme reciben una psicoterapia gestáltica? ¿A mayor variedad y autonomía en el trabajo corresponde mayor motivación intrínseca respecto de las tareas laborales? ¿Hay diferencias entre el rendimiento que otorgan las acciones de empresas de alta tecnología computacional y el rendimiento de las acciones de empresas pertenecientes a otros giros con menor grado tecnológico en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires? “saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas” (Hernández Sampieri, pág. 93)

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. (Hernández Sampieri, pág. 94)

Como la investigación tiene un *enfoque cuantitativo*, conlleva la existencia una variable dependiente e independiente:



- ✓ Síndrome de Burnout y Estrés
- ✓ Clima Organizacional

De tal manera que la presente investigación es de tipo *Cuantitativa Correlacional – Causal*, ya que, mediante la aplicación de los cuestionarios para evaluar el Síndrome de Burnout y el Estrés, se conocerá la presencia de estos síndromes en el personal de Emergencias del Hospital de Clínicas.

3.2. Universo o Población de Estudio

El universo o población es el conjunto de elementos a los cuales va abocada la investigación, enfocándonos en el personal del equipo técnico de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas, comprendido por el siguiente recuadro:

Tabla 10 – Universo de Estudio

PERSONAL DE SALUD	CANTIDAD DE PERSONAS	PORCENTAJE
Médicos	23	44,23 %
Internos	7	13,46 %
Residentes	6	11,54 %
Enfermeras	4	7,69 %
Camilleros	4	7,69 %
Auxiliares	5	9,62 %
Trabajo Manual	2	3,85 %
Administrativo	1	1,92 %
TOTAL	52	100 %

Fuente: Elaboración Propia



3.3. Determinación del Tamaño y Diseño de la Muestra

Si la muestra es grande no presenta serios problemas. Si la muestra es pequeña los contrastes unilaterales aumentan el error, para determinar del tamaño de la muestra se utilizará la distribución t – student, que surge cuando la muestra es pequeña, llamada también pequeñas muestras.

3.3.1. Determinación del Tamaño y Diseño de la Muestra

Partiendo de la población, para poder hallar el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de población finita:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{e^2(N - 1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

Describiendo las variables de la siguiente manera:

Tabla 11 – Descripción Variables

VARIABLES	
Z	Intervalo de confianza sobre la curva normal con 1–α de confianza en los casos en que el universo sea mayor a 30.
P	Probabilidad de que un evento ocurra o probabilidad de éxito
Q	Probabilidad de que un evento no ocurra o probabilidad de fracaso
N	Universo de estudio
E	Error muestral
N	Tamaño de la muestra

Fuente: Elaboración Propia



3.3.2. Muestreo Aleatorio Simple Estratificado

Es el elemento más común para obtener una muestra representativa; aquí cualquier individuo de una población puede ser elegido al igual que otro de su población. (Gomez Bastar, 2012)

En este tipo de muestreo, se divide a la población en diferentes grupos, con el único fin de darle representatividad a los diversos grupos que son parte de la población en cuestión. (Gomez Bastar, 2012)

Aplicando la formula tenemos que:

Tabla 12 – Personal Médico Aplicado a formula

PERSONAL MÉDICO	CANTIDAD	REEMPLAZO DE FORMULA	TOTAL MUESTRA	TOTAL
Médicos	23	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 23 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (23 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	20.059	20
Internos	7	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 7 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (7 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	6.730	7
Residentes	6	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 6 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (6 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	5.806	6
Enfermeras	4	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 4 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (4 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	3.921	4
Camilleros	4	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 4 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (4 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	3.921	4
Auxiliares	5	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 5 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (5 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	4.870	5
Trabajador Manual	2	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (2 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	1.986	2
Administrativo	1	$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 1 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.08)^2 \cdot (1 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$	1	1

Fuente: Elaboración Propia



Tabla 13 – Muestra a evaluar

PERSONAL MÉDICO	MUESTRA
Médicos	20
Internos	7
Residentes	6
Enfermeras	4
Camilleros	4
Auxiliares	5
Trabajador Manual	2
Administrativo	1

Fuente: Elaboración Propia

3.4. Selección de métodos y técnicas

Los métodos a utilizar son:

Tabla 14 – Métodos y Técnicas de Investigación

	Encuesta
MÉTODO	Casos de estudio
	Observación diaria de notas
TÉCNICA	Entrevista estructurada (cerrada)
	Análisis Documental
INSTRUMENTO	Guía de entrevista
	Informes de Evaluación
SUJETO DE INVESTIGACIÓN	Personal Unidad de Emergencias
	Hospital de Clínicas

Fuente: Elaboración Propia

3.5. Instrumentos de Relevamiento de Información

La presente investigación utiliza los siguientes instrumentos:



3.5.1.1. Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI – GS)

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson 1981, Maslach y Jackson 1986) es un instrumento conformado por 22 ítems que se valoran con una escala de frecuencia de siete grados. En su versión original (Maslach y Jackson 1981), la escala constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad, porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ($r = 0.73$ con una media de $r = 0.56$). La razón de mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo auto informe, de actitudes y sentimientos. (Olivares Faundez, 2017)

Este inventario se divide en tres subescalas que miden tres factores ortogonales cada una, denominados: agotamiento emocional (Emocional exhaustion), (9 ítems); despersonalización (Depersonalization), (5 ítems); y, realización personal en el trabajo (Personal accomplishment), (8 ítems), obteniéndose en ellas una puntuación estimada como baja, media o alta, dependiendo de las diversas puntuaciones de corte determinadas por las autoras para cada profesión en específico, tomando como criterio de corte el percentil 33 y el 66. (Olivares Faundez, 2017)

Para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos



en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems. (Olivares Faundez, 2017)

En la última edición del manual (Maslach et al. 1996) se presentan tres versiones del MBI. En primer lugar encontramos el MBI–Human Services Survey (MBIHSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson 1981). Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems) (v. g., Me siento acabado); agotamiento emocional (9 ítems) (v. g., Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo); y, despersonalización (5 ítems) (v. g., Realmente no me preocupa lo que les ocurre a mis pacientes). Luego encontramos el MBIEducators (MBI–ES), que es la versión para profesionales de la educación (Schwab 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI–HSS, y mantiene el nombre de las escalas. Y, finalmente, el MBI–General Survey (MBI–GS) (Schaufeli et al. 1996). Una nueva versión del MBI, que presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son los servicios humanos. Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan eficacia personal (6 ítems) (v. g., Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo), agotamiento (5 ítems) (v. g., Trabajar todo el día realmente es estresante para mí), y cinismo (5 ítems) (v. g., He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo). (Olivares & Gil Monte, 2009, págs. 160 - 167)

La escala de respuestas utilizadas es de tipo Likert, con la siguiente valoración:



Tabla 15 – Tabla de evaluación Maslach

Nunca	0
Muy rara vez a lo largo del año	1
En algunas ocasiones a lo largo del año	2
En bastantes ocasiones a lo largo del año	3
Frecuentemente a lo largo del año	4
Casi cada día	5
Cada día	6

Fuente: Elaboración Propia

3.5.1.2. Escala Nursing Stress Scale

La evaluación del desempeño laboral constituye una técnica de dirección imprescindible en la actividad administrativa. Es un medio a través del cual es posible localizar problemas de integración del empleado a la organización o al cargo que ocupa, de desacuerdos y de desaprovechamiento de retroalimentación para la mejora del trabajo. Por lo que es una herramienta para mejorar los resultados de los trabajadores de la empresa. Toda práctica dentro de la organización se planea y se evalúa, quizás se realicen incluso a nivel casi inconsciente, pero al final ambas están ahí. (Piña, 2005, pág. 49)

La traducción de esta escala se realizó por dos enfermeras, se podría decir que este está enfocado al personal de enfermería, como escala de estresores laborales en el personal de enfermería hospitalario.

Debido al grado de responsabilidad al que se ven sometidos, el contacto con los pacientes, la sobrecarga de trabajo, horarios irregulares, se crea esta escala, bajo la siguiente valoración:



Tabla 16 – Tabla de Evaluación Nurcing Stress

Nunca	0
Alguna vez	1
Frecuentemente	2
Muy frecuentemente	3

Fuente: Elaboración Propia

3.5.1.3. Test Clima Organizacional (Laboral)

El bienestar laboral está íntimamente relacionado con el clima laboral. El gerenciador de Recursos Humanos debe conocer el escenario en términos de clima laboral y desempeño, de esa forma, podrá ajustar programas del sector para apuntalar debilidades, capacitar, cuando se necesite, o bien detectar a tiempo alguna insatisfacción, especialmente en personas que son consideradas “talentos” dentro de la organización (Humano, s.f.), para ellos se usaran los siguientes indicadores:

Tabla 17 – Clima Organizacional

INDICADORES	PREGUNTAS
Colaboración	1 al 4
Comunicación	5 al 9
Condiciones de trabajo	10 al 12
Carrera profesional	13 al 17
Formación	18 al 19
Liderazgo	20 al 33
Orientación al cliente	34 al 36
Percepción de los servicios centrales	37 al 39
Satisfacción en el puesto de trabajo	40 al 46
Cuestiones generales	47 al 52

Fuente: Elaboración Propia



3.5.1.4. Cuestionario Socio – epidemiológico

Que nos ayudara a recabar la siguiente información:

Tabla 18 – Cuestionario socio – epidemiológico

Sexo	Femenino
	Masculino
Profesión	Médico cirujano
	Médico clínico
	Internos
	Residentes
	Enfermeras
	Camilleros
	Docente
Edad	Otros
	21 – 30
	31 – 40
	41 – 59
Estado civil	59 o mayor
	Solter@
	Casad@
Situación laboral	Divorciad@
	Separad@
	Viud@
Tiempo trabajando	Medio tiempo
	Tiempo completo
	1 a 5 años
Número de empleos	6 a 11 años
	12 a 17 años
	17 o más años
Horas de trabajo diario	1
	2 a 3
	4 o mas
Ingresos totales	3 o menos
	4 a 6
	7 a 10
	10 o mas
	Menos de Bs. 1000



	1001 a 2500 Bs.
	2501 a 3500 Bs.
	3501 a 4000 Bs.
	4000 o mas

Fuente: Elaboración Propia

3.5.1.3. Entrevista Jefe – Unidad de Emergencias en el Hospital de Clínicas

Se realizó una entrevista al Dr. Oscar Romero Ayllón, después de mostrar los resultados obtenidos en los Test de Maslach Burnout y Nursing Stress Scale, la conversación se encuentra transcrita en el **Anexo 5**.



CAPITULO IV – RESULTADOS Y VALIDACIÓN

El test de Maslach Burnout, fue encontrado en los años 70 por el psiquiatra Freudenberg, al ver que su personal médico presentaba ansiedad, depresión, impotencia y una enorme desmotivación en su trabajo, proponiendo un desequilibrio productivo, ejercido por el entorno psicosocial de la organización.

En 1980, Freudenberg, publica un libro abordando este síntoma, pero es hasta 1981 que gracias a Maslach y Jackson, se propone un modelo tridimensional basado en los 22 ítems propuestos, desglosando del Test en:

Tabla 19 – Modelo tridimensional, Test de Burnout

	PREGUNTAS	BAJO	MEDIO	ALTO
CANSANCIO EMOCIONAL	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20	0 – 18	19 – 26	27 – 54
DESPERSONALIZACIÓN	5, 10, 11, 15 y 22	0 – 5	6 – 9	10 – 30
REALIZACIÓN PERSONAL	4, 7, 9, 12, 17, 18 y 19	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Fuente: Elaboración Propia

El *Cansancio Emocional*, suele aparecer en un primer momento, y se caracteriza por una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Esto se puede detectar en personas permanentemente insatisfechas, quejas e irritables. Refieren con frecuencia que comienzan a darse cuenta de que su trabajo se va convirtiendo lentamente en una carga con connotaciones negativas. Pero los cambios emocionales no se limitan sólo al ámbito laboral, sino que también se hacen evidentes en el hogar. (Infobae, 2018)



La *Despersonalización*, es un modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. En lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada de hiperactividad que no hace más que incrementar su sensación de agotamiento, alternando con episodios de depresión y hostilidad hacia el medio. (Infobae, 2018)

El *Abandono de la Realización Personal*, se manifiesta en el progresivo retiro de todas las actividades que no sean las laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico. Comienza a generarse pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autoreclusión y aislamiento. Los demás comienzan a percibirlo como una especie de fanático depresivo y hostil (Infobae, 2018)

Según diversas investigaciones los profesionales más propensos a este síntoma son los profesionales en Salud y educadores, debido al estrés diario al que se ven sometidos; es por ello encontramos interés en indagar al personal de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas, tomando como muestra:

Tabla 20 – Muestra Maslach Burnout

MASLACH BURNOUT INVENTORY	Médicos	20
	Residentes	6
	Internos	7
	Camilleros	4
	Administrativos	1
TOTAL		38

Fuente: Elaboración Propia



A su vez, proponemos un Test específico para profesionales en el área de Enfermería

“Nursing Stress Scale”, que propone 34 ítems, basado en:

Tabla 21 – Modelo de evaluación "Nursing Stress Scale"

AGRUPACIÓN			PREGUNTAS
Ambiente físico	Carga de trabajo	EFICIENCIA LABORAL	1, 3, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 23, 25, 27, 28, 30, 31 Y 34
Ambiente Psicológico	Muerte y sufrimiento Preparación insuficiente Falta de apoyo Incertidumbre en el tratamiento	MUERTE Y SUFRIMIENTO	6, 7, 8, 9, 14, 15 Y 21
Ambiente Social	Problemas con los médicos Problemas miembros equipo de enfermería	RELACIÓN PROFESIONAL INTERACCIÓN EMOCIONAL	2, 3, 4, 5, 6 Y 17 22, 24, 26, 29, 31, 32, 33

Fuente: Elaboración Propia

Para ello se toma la muestra de:

Tabla 22 – Nursing Stress Scale

NURSING STRESS SCALE	Enfermeras	4
	Auxiliares	5
TOTAL		9

Fuente: Elaboración Propia

Para la evaluación del total de la muestra tenemos que:



Tabla 23 – Clima Organizacional

INDICADORES		PREGUNTAS
1	Colaboración	1 al 4
2	Comunicación	5 al 9
3	Condiciones de trabajo	10 al 12
4	Carrera profesional	13 al 17
5	Formación	18 al 19
6	Liderazgo	20 al 33
7	Orientación al Paciente	34 al 36
8	Percepción de los servicios centrales	37 al 39
9	Satisfacción en el puesto de trabajo	40 al 46
10	Cuestiones generales	47 al 52

Fuente: Elaboración Propia

Para la misma evaluaremos en ambos Test el Sexo, Edad y Estado Civil, elegimos estas variables ya que consideramos están ligadas a los Ítems que proponen ambas pruebas, evaluándose de la siguiente manera:

4.1. Evaluación Datos Generales

4.1.1. Test de Burnout

4.1.1.1. Datos Socio – epidemiológicos “Sexo”

Tabla 24 – Datos “Sexo”

		Recuento	Porcentaje %
SEXO	Femenino	14	35.9%
	Masculino	25	64.1%
	Total	39	100%

Fuente: Elaboración Propia

Dentro de los encuestados tenemos que la mayoría son del sexo masculino.



4.1.1.2. Datos Socio – epidemiológicos “Profesión”

Tabla 25 – Datos “Profesión”

		Recuento	Porcentaje %
PROFESIÓN	Médico	23	53.5%
	Residentes	6	14%
	Internos	8	18.6%
	Camilleros	4	9.3%
	Trabajador Manual	2	4.7%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la profesión encuestada con el Test de Burnout, tenemos que fueron más médicos, con un 53,5%, seguido de internos con 18,6% y Residentes 14%, basados en muestra medica; a su vez aplicamos le Test de Burnout al personal administrativo en menor proporción, según muestra de la Tabla 11.

4.1.1.3. Datos Socio – epidemiológicos “Edad”

Tabla 26 – Datos “Edad”

		Recuento	Porcentaje %
EDAD	21–30	23	53.5%
	31–40	7	16.3%
	41–59	12	27.9%
	59 o mayor	1	2.3%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

Dentro el personal encuestado tenemos que la mayoría se encuentra entre el rango de 21 a 30 años de edad.



4.1.1.4. Datos Socio – epidemiológicos “Estado Civil”

Tabla 27 – Datos “Estado Civil”

		Recuento	Porcentaje %
ESTADO CIVIL	Soltero	29	67.4%
	Casado	13	30.2%
	Divorciado	1	2.3%
	Separado	0	0%
	Viudo	0	0%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

El Estado civil que tiene mayor prevalencia en la muestra es de solteros con el 67,4%, no tenemos datos de personas separadas ni viudas.

4.1.1.5. Datos Socio – epidemiológicos “Situación Laboral”

Tabla 28 – Datos “Situación Laboral”

		Recuento	Porcentaje %
SITUACIÓN LABORAL	Medio Tiempo	3	7%
	Tiempo Completo	40	93%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

El personal encuestado un 93% trabaja tiempo completo en el Hospital, varios sostienen que pasan más tiempo en el mismo que con sus familias.



4.1.1.6. Datos Socio – epidemiológicos “Tiempo Trabajando”

Tabla 29 – Datos “Tiempo Trabajando”

		Recuento	Porcentaje %
TIEMPO TRABAJANDO	1 a 5 años	22	51.2%
	6 a 11 años	7	16.3%
	12 a 17 años	5	11.6%
	17 o más años	9	20.9%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla se denota que el 51,2%, es personal nuevo; tenemos que el personal de planta (en menor proporción) llevan más de 17 años trabajando.

4.1.1.7. Datos Socio – epidemiológicos “Número de Empleos”

Tabla 30 – Datos “Número de empleos”

		Recuento	Porcentaje %
NÚMERO DE EMPLEOS	1	27	62.8%
	2 a 3	15	34.9%
	4 o más	1	2.3%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la información obtenida 27 tienen solo un empleo, y el 34,9% tiene entre 2 o 3 empleos a parte del hospital y solo una persona tiene más de 1.

4.1.1.8. Datos Socio – epidemiológicos “Horas de trabajo Diario”

Tabla 31 – Datos “Horas de trabajo diario”

		Recuento	Porcentaje %
HORAS DE TRABAJO DIARIO	3 o menos	1	2.3%
	4 a 6	1	2.3%
	7 a 10	3	7%
	10 o más	38	88.4%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia



Como ya mencionamos anteriormente la mayoría del personal pasa más tiempo en el Hospital que en sus hogares, tenemos que el 88,4% se encuentra trabajando más de 10 horas en la Unidad de Emergencias.

4.1.1.9. Datos Socio – epidemiológicos “Ingresos Totales”

Tabla 32 – Datos “Ingresos Totales”

		Recuento	Porcentaje %
INGRESOS TOTALES	Menos de Bs. 1000	2	4.7%
	1001 a 2500	11	25.6%
	2501 a 3500	3	7%
	3501 a 4000	11	25.6%
	4000 o más	16	37.2%
	Total	43	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla se tienen intervalos variados del total ganado, viendo que el más preponderante es el de 4000 o más Bs. Y el menos es de menos de Bs. 1000.

4.1.2. Scale Stress Nursing

4.1.2.1. Datos Socio – epidemiológicos “Sexo”

Tabla 332 – Datos “Sexo”

		Recuento	Porcentaje %
SEXO	Femenino	7	77,8%
	Masculino	2	22,2%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Dentro de los encuestados observamos que se tiene una mayoría del sexo femenino con un 77,8%.



4.1.2.2. Datos Socio – epidemiológicos “Profesión”

Tabla 33 – Datos “Profesión”

		Recuento	Porcentaje %
PROFESIÓN	Enfermeras	4	44,4%
	Auxiliares	5	55,6%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

En la profesión encuestada con el Test de Scale Stress Nursing, observamos que según nuestra muestra fueron 55,6% Auxiliares y 44,4% Enfermeras.

4.1.2.3. Datos Socio – epidemiológicos “Edad”

Tabla 34 – Datos “Edad”

		Recuento	Porcentaje %
EDAD	21–30	6	66,7%
	31–40	3	33,3%
	41–59	0	0,0%
	59 o mayor	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Dentro del personal encuestado observamos que la mayoría se encuentra entre el rango de 21 a 30 años de edad.

4.1.2.4. Datos Socio – epidemiológicos “Estado Civil”

Tabla 35 – Datos “Estado Civil”

		Recuento	Porcentaje %
ESTADO CIVIL	Soltero	6	66,7%
	Casado	3	33,3%
	Divorciado	0	0,0%
	Separado	0	0,0%
	Viudo	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia



El Estado civil que tiene mayor prevalencia en la muestra es de solteros con el 66,7%, no tenemos datos de personas divorciadas, separadas ni viudas.

4.1.2.5. Datos Socio – epidemiológicos “Situación Laboral”

Tabla 36 – Datos “Situación Laboral”

		Recuento	Porcentaje %
SITUACIÓN LABORAL	Medio Tiempo	6	66,7%
	Tiempo Completo	3	33,3%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

El personal encuestado un 66,7% trabaja medio tiempo y el otro 33,3% trabaja tiempo completo en emergencias del hospital de clínicas.

4.1.2.6. Datos Socio – epidemiológicos “Tiempo Trabajando”

Tabla 37 – Datos “Tiempo Trabajando”

		Recuento	Porcentaje %
TIEMPO TRABAJANDO	1 a 5 años	6	66,7%
	6 a 11 años	1	11,1%
	12 a 17 años	2	22,2%
	17 o más años	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Podemos observar en la tabla que un 66,7% del personal es nuevo y un 22,2% ya trabajan a más de 12 años.



4.1.2.7. Datos Socio – epidemiológicos “Número de Empleos”

Tabla 38 – Datos “Número de empleos”

		Recuento	Porcentaje %
NÚMERO DE EMPLEOS	1	7	77,8%
	2 a 3	2	22,2%
	4 o más	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a la información obtenida 7 personas tienen solo un empleo, y las restantes 2 personas tienen entre 2 o 3 empleos a parte del hospital.

4.1.2.8. Datos Socio – epidemiológicos “Horas de trabajo Diario”

Tabla 39 – Datos “Horas de trabajo diario”

		Recuento	Porcentaje %
HORAS DE TRABAJO DIARIO	3 o menos	1	11,1%
	4 a 6	5	55,6%
	7 a 10	3	33,3%
	10 o más	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

Podemos observar que el 55,6% trabaja más de 4 a 6 horas de trabajo diario dentro de emergencias del hospital de clínicas, mientras un 33,3% trabaja de 7 a 10 horas.

4.1.2.9. Datos Socio – epidemiológicos “Ingresos Totales”

Tabla 40 – Datos “Ingresos Totales”

		Recuento	Porcentaje %
INGRESOS TOTALES	Menos de Bs. 1000	2	22,2%
	1001 a 2500	2	22,2%
	2501 a 3500	1	11,1%
	3501 a 4000	4	44,4%
	4000 o más	0	0,0%
	Total	9	100,0%

Fuente: Elaboración Propia



Observamos en la tabla que un 44, 4% de las personas tienen ingresos entre 3501 Bs. a 4000 Bs., mientras que un 22,5% tiene un ingreso menos de 1000 Bs. y el otro 22,5% tiene un ingreso de 1001 Bs. a 2500 Bs.

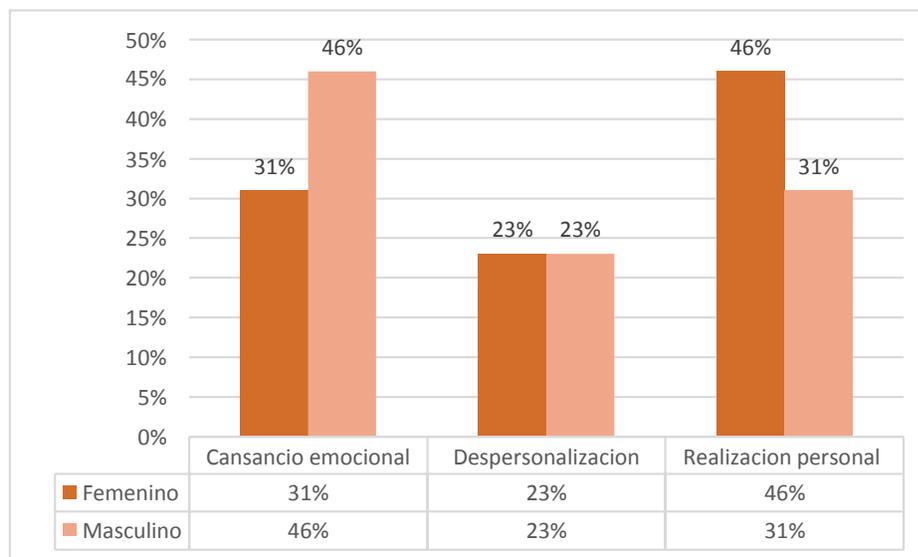
4.2. Evaluación Indicadores – Cruce de Variables

4.2.1. Test Maslach Burnout

4.2.1.1. Médicos

4.2.1.1.1. Sexo

Ilustración 12 – Síndrome de Burnout/Médicos/Sexo



Fuente: Elaboración Propia

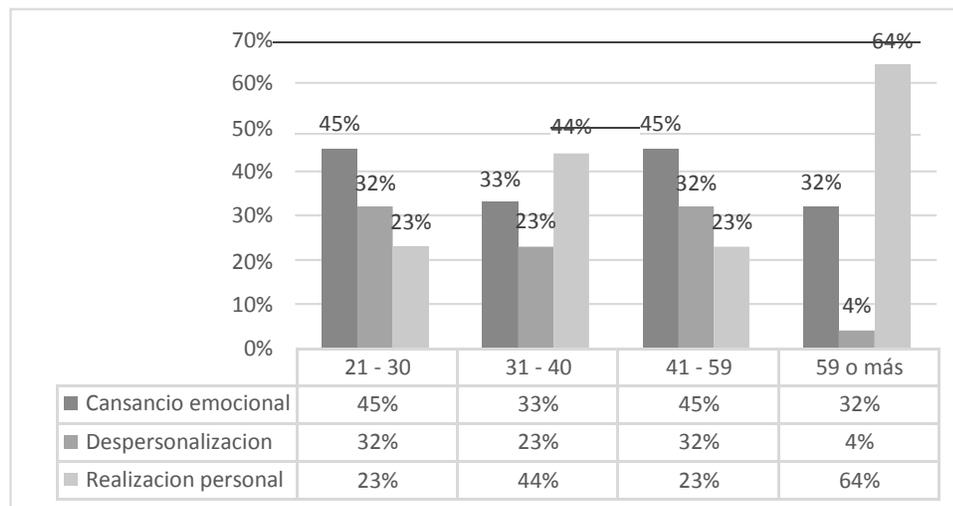
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los Médicos tienen un: **39% de Realización Personal** que vincula emocionalmente al abandono paulatino de sus actividades, afectando en mayor medida al género **Femenino** con un 46% en este escalafón.



El segundo repunte lo lleva el **Cansancio Emocional**, generado un retiro paulatino de energía, con mayor prevalencia en el género **Masculino** con un **46%** y por último la **Despersonalización** con menor proporción, y este indica no saber responder rápido ante situaciones críticas con un **23%** en ambos géneros.

4.2.1.1.2. Edad

Ilustración 13 – Síndrome de Burnout/Médicos/Edad



Fuente: Elaboración Propia

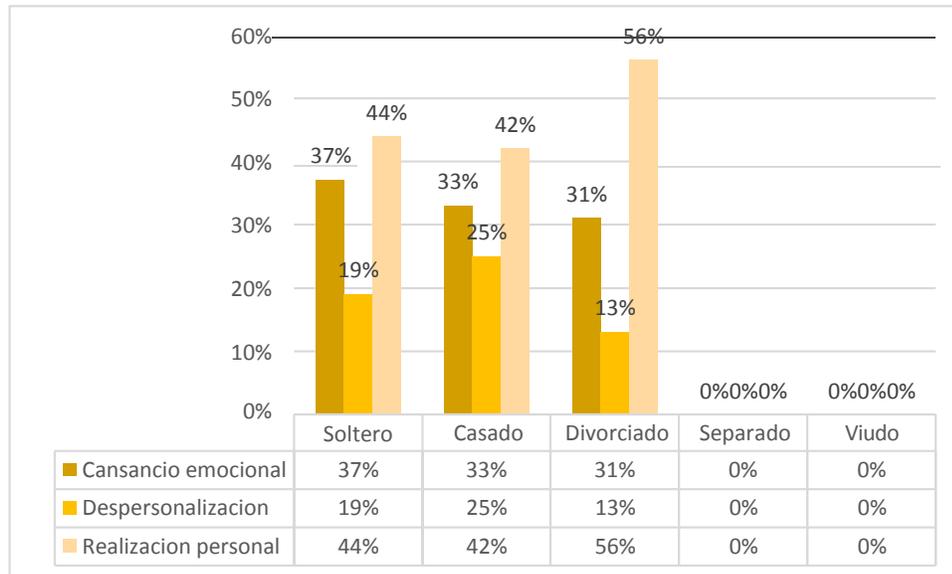
Bajo la escala de la prueba, nos muestran indicios altos/medios/bajos, que el mayor grado se encuentra en **Cansancio Emocional** con un **39%** y la diferencia de **1%** **Realización Personal**, que hacen alusión a un carácter irritable y pérdida de interés en sus actividades cotidianas.

Por último, el de **Despersonalización**, con un porcentaje de **23%**, con agotamiento, depresión y hostilidad.



4.2.1.1.3. Estado Civil

Ilustración 14 – Síndrome de Burnout/Médicos/Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

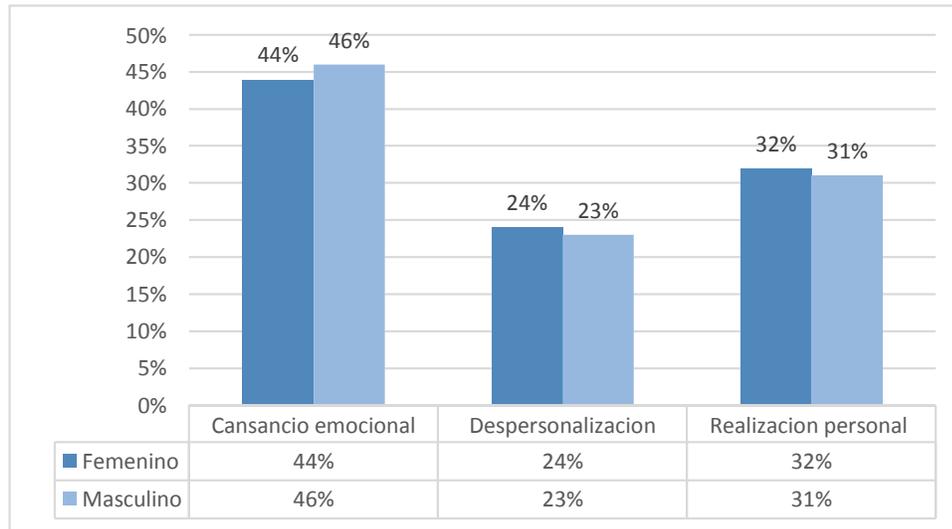
Aun prevaleciendo la **Realización Personal** repuntando con el **47%** siendo un indicador del estrés crónico, seguida del **Cansancio Emocional**, que puede conllevar actitudes irritantes a su entorno, detectado en personas presuntamente insatisfechas con sus actividades por último la **Despersonalización** con un **19%**, volviéndose más hiperactivos en su entorno.



4.2.1.2. Residentes

4.2.1.2.1. Sexo

Ilustración 15 – Síndrome de Burnout / Residentes / Sexo



Fuente: Elaboración Propia

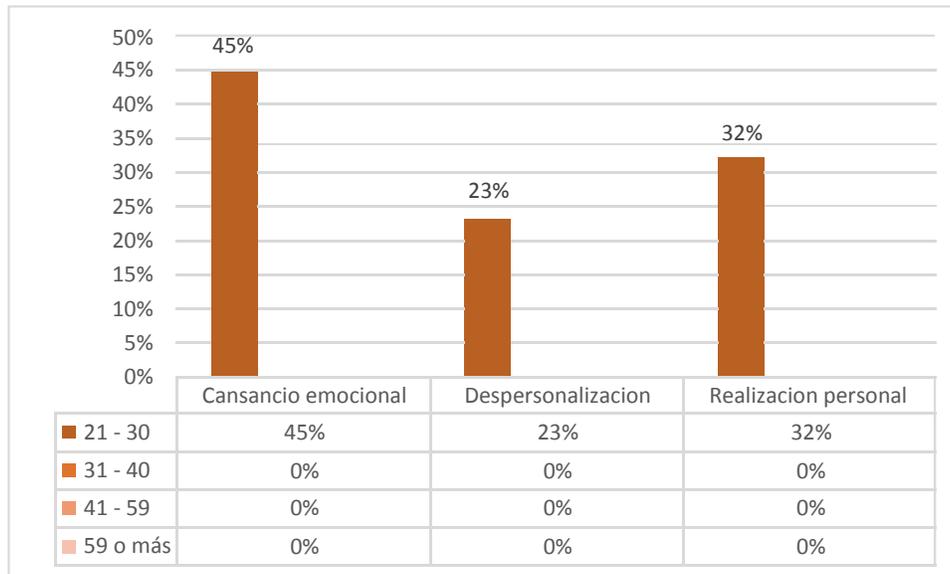
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los residentes tienen un: **44% de Cansancio Emocional** que conlleva indicios de estrés laboral, afectando en mayor medida al género **Masculino** con un 46% en este escalafón.

No podemos obviar el índice de **Realización Personal**, que genera un retiro progresivo de las actividades habituales, con mayor prevalencia en el género **Femenino** con un **32%** y por último la **Despersonalización** que genera un cuadro hiperactividad detectado en mayor proporción en el género **Femenino**.



4.2.1.2.2. Edad

Ilustración 16 – Síndrome de Burnout //Residentes/Edad

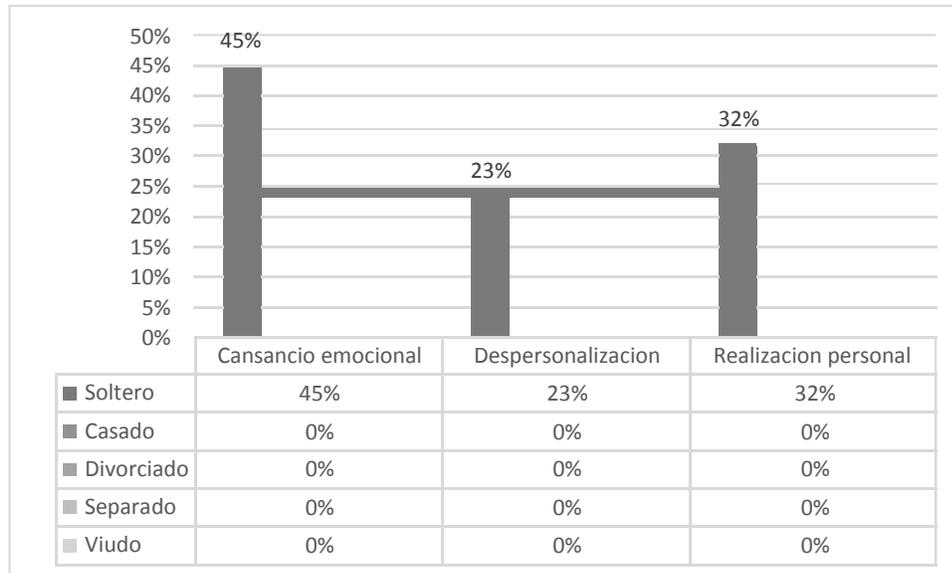


Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los residentes de 21 a 30 años tienen un: **45% de Cansancio Emocional** que conlleva indicios de estrés laboral, seguido de la **Realización Personal**, con un 32% que conlleva pérdida de interés en las actividades y por último la **Despersonalización**, con un 23% que no saben cómo responder ante situaciones estresadas.



4.2.1.2.3. Estado Civil

Ilustración 17 – Síndrome de Burnout / Residentes / Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

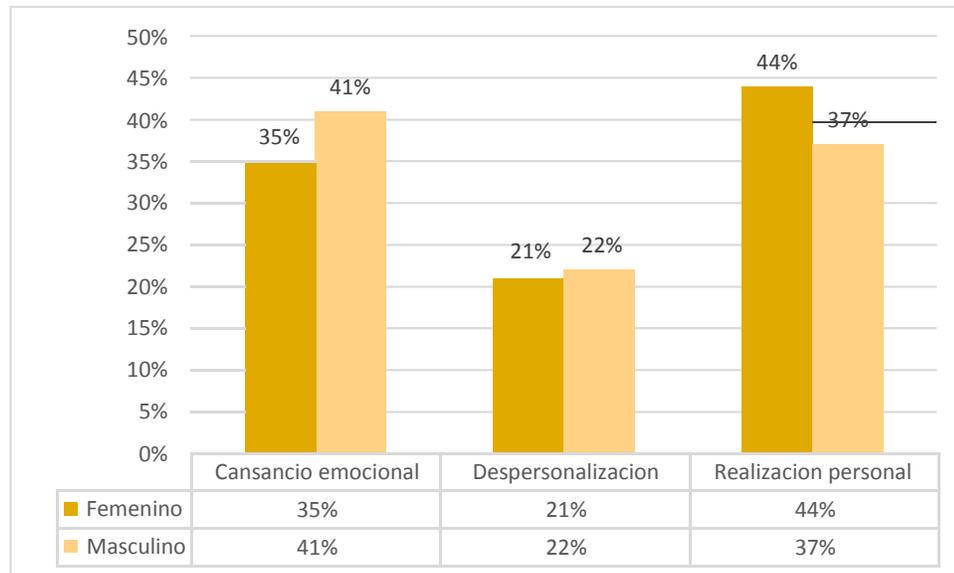
Denotando que los 6 residentes a las que se realizó la prueba son solteros, aún prevalece que el **Cansancio Emocional**, reputa con el 45% cabe recalcar que es uno de los principales indicios del estrés, **Realización Personal**, donde cada vez se sienten insatisfechos con su trabajo, finalizando con la **Despersonalización**, ligado a os sentimientos de impotencia con un 23%.



4.2.1.3. Internos

4.2.1.3.1. Sexo

Ilustración 18 – Síndrome de Burnout /Internos / Sexo



Fuente: Elaboración Propia

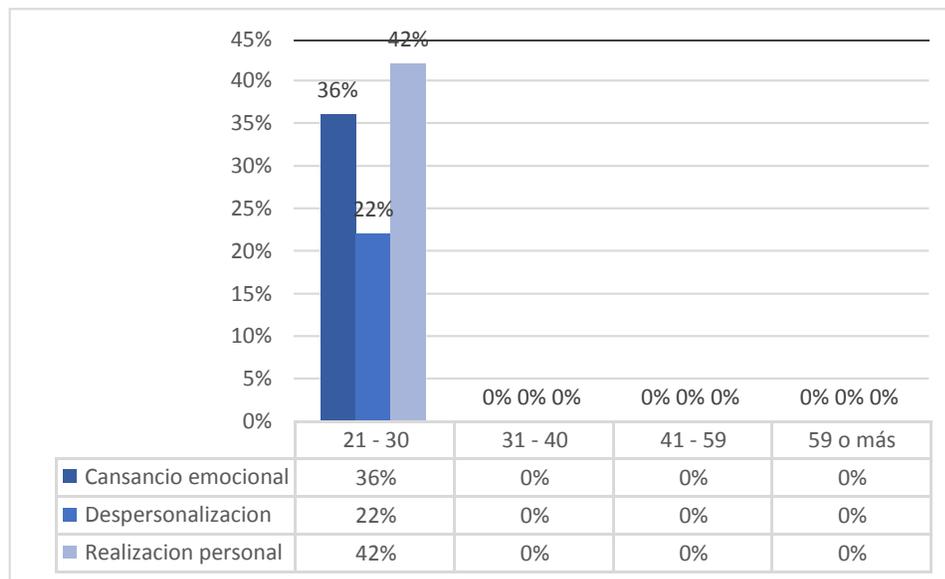
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los residentes tienen un: **44% de Cansancio Emocional** que conlleva indicios de estrés laboral, afectando en mayor medida al género **Masculino** con un 46% en este escalafón.

No podemos obviar el índice de **Realización Personal**, que genera un retiro progresivo de las actividades habituales, con mayor prevalencia en el género **Femenino** con un **32%** y por último la **Despersonalización** que genera un cuadro hiperactividad detectado en mayor proporción en el género **Femenino**.



4.2.1.3.2. Edad

Ilustración 19 – Síndrome de Burnout /Internos /Edad



Fuente: Elaboración Propia

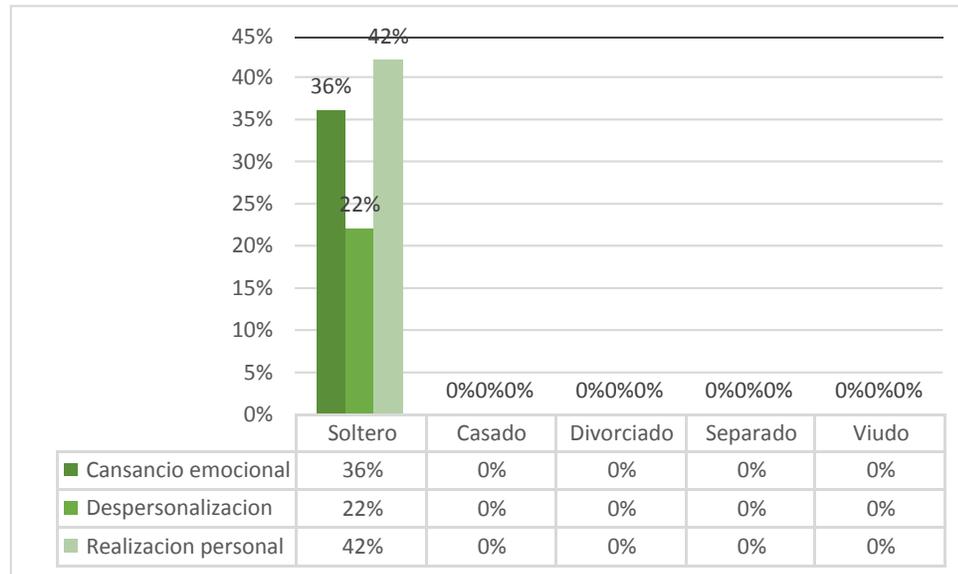
Como la totalidad de los internos esta entre los **21 y 30 años**, es más fácil determinar que el índice de **Realización Personal** sujeto a que las demandas laborales exceden su capacidad, es el más preponderante en este análisis con un **42%**, seguido de **36%** de **Cansancio Emocional** con desproporción entre trabajo y agotamiento.

Un **22%** de **Despersonalización**, en menor grado con pensamientos negativos y de frustración en el entorno.



4.2.1.3.3. Estado Civil

Ilustración 20 – Burnout /Internos / Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

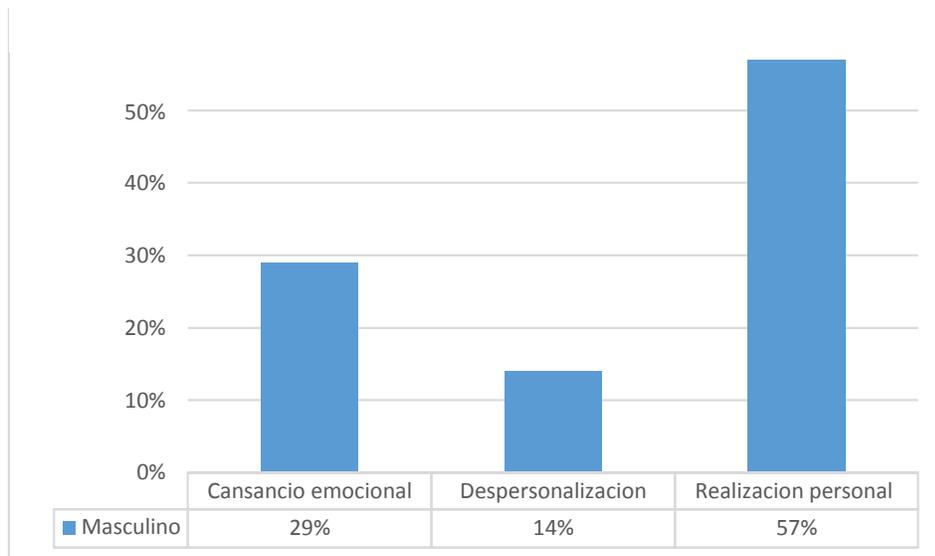
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, con mayor proporción en **Realización personal** del **42%**, sintiendo que las exigencias laborales exceden su capacidad, con el **Cansancio Emocional** de **36%** con posible despreocupación en su entorno, por ultimo **Despersonalización** con un **22%**, prefieren esconder sus sentimientos.



4.2.1.4. Camilleros

4.2.1.4.1. Sexo

Ilustración 21 – Síndrome de Burnout/Camilleros/Sexo



Fuente: Elaboración Propia

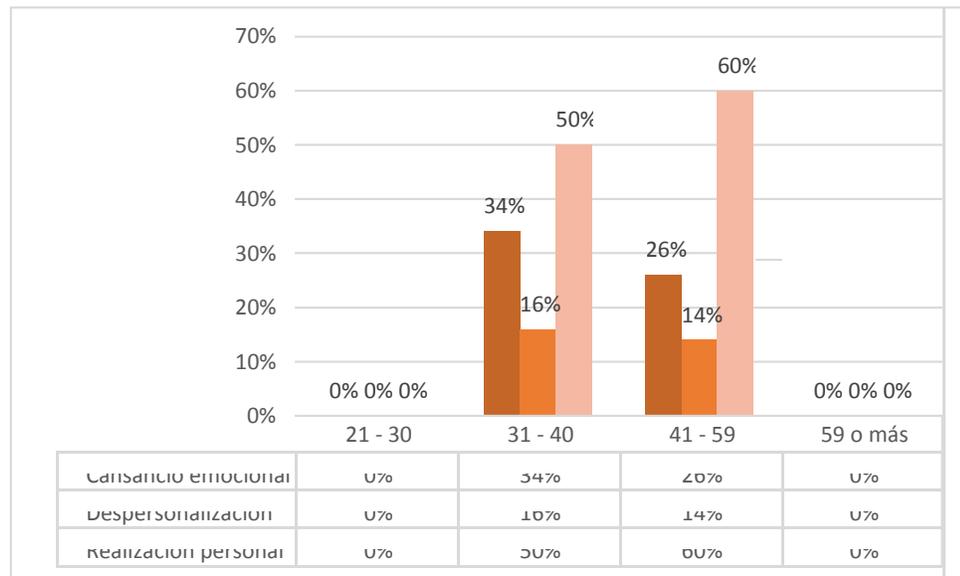
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los Camilleros tienen un: **57% de Realización Personal** que vincula emocionalmente al abandono paulatino de sus actividades, afectando en su totalidad al género **Masculino** con el mismo **57%** en este escalafón.

El segundo repunte lo lleva el **Cansancio Emocional**, generado un retiro paulatino de energía, con mayor prevalencia en el género **Masculino** con un **29%** y por último la **Despersonalización** con menor proporción, y este indica no saber responder rápido ante situaciones críticas con un **14%** en el género **Masculino**.



4.2.1.4.2. Edad

Ilustración 22 – Síndrome de Burnout /Camilleros / Edad



Fuente: Elaboración Propia

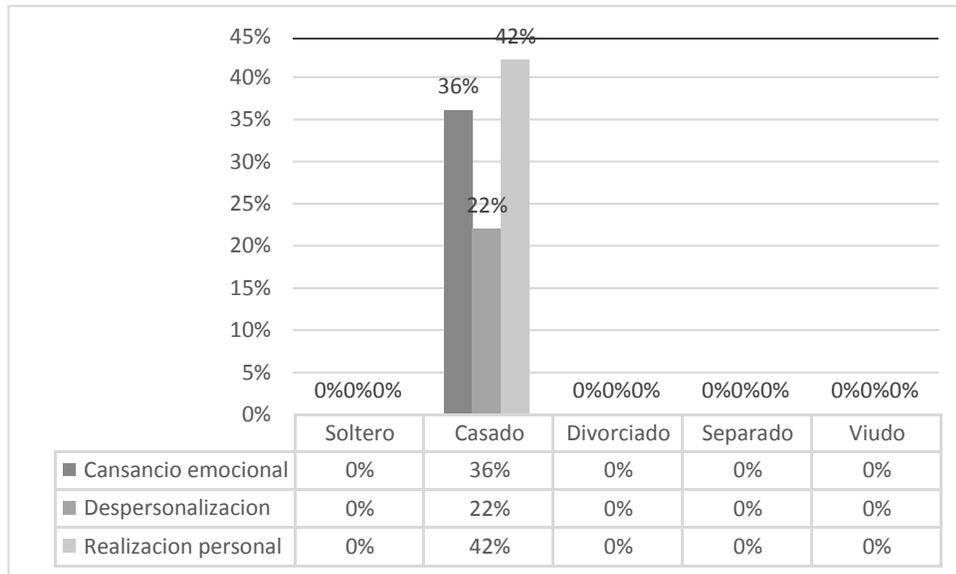
Bajo la escala de la prueba, nos muestran indicios altos/medios/bajos, que el mayor grado se encuentra en **Realización Personal** con un **60%** que hacen alusión a un carácter irritable y perdida de interés en sus actividades cotidianas y teniendo **Cansancio Emocional** con un **26%**.

Por último, el de **Despersonalización**, con un porcentaje de **14%**, con agotamiento, depresión y hostilidad.



4.2.1.4.3. Estado Civil

Ilustración 23 – Síndrome de Burnout /Camilleros / Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

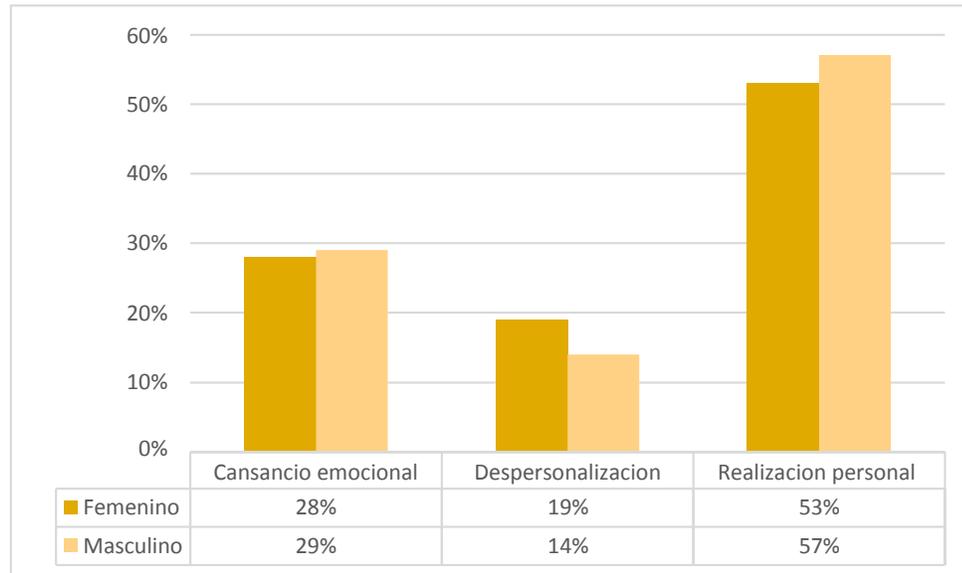
Aún prevaleciendo la **Realización Personal** repuntando con el **42%** siendo un indicador del estrés crónico, seguida del **Cansancio Emocional** con un **36%**, que puede conllevar actitudes irritantes a su entorno, detectado en personas presuntamente insatisfechas con sus actividades por último la **Despersonalización** con un **22%**, volviéndose más hiperactivos en su entorno.



4.2.1.5. Trabajador Manual

4.2.1.5.1. Sexo

Ilustración 24 – Síndrome de Burnout/Trabajador Manual /Sexo



Fuente: Elaboración Propia

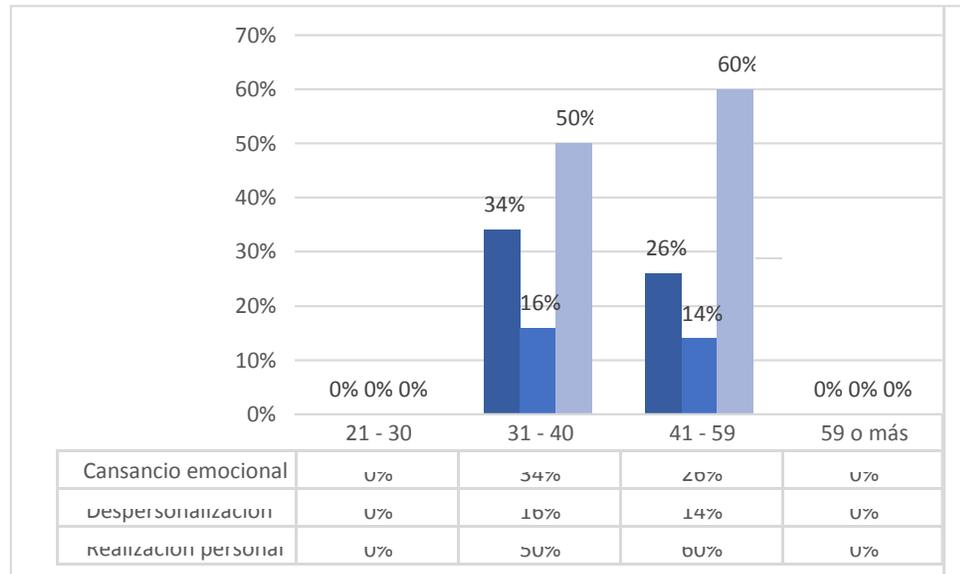
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general los Trabajadores Manuales tienen un: **55% de Realización Personal** que vincula emocionalmente al abandono paulatino de sus actividades, afectando en su totalidad al género **Masculino** con un **57%** en este escalafón.

El segundo repunte lo lleva la **Cansancio Emocional**, generado un retiro paulatino de energía, con prevalencia en el género **Masculino** con un **29%** y por último la **Despersonalización** con menor proporción, y este indica no saber responder rápido ante situaciones críticas con un **16%**.



4.2.1.5.2. Edad

Ilustración 25 – Síndrome de Burnout /Trabajador Manual /Edad



Fuente: Elaboración Propia

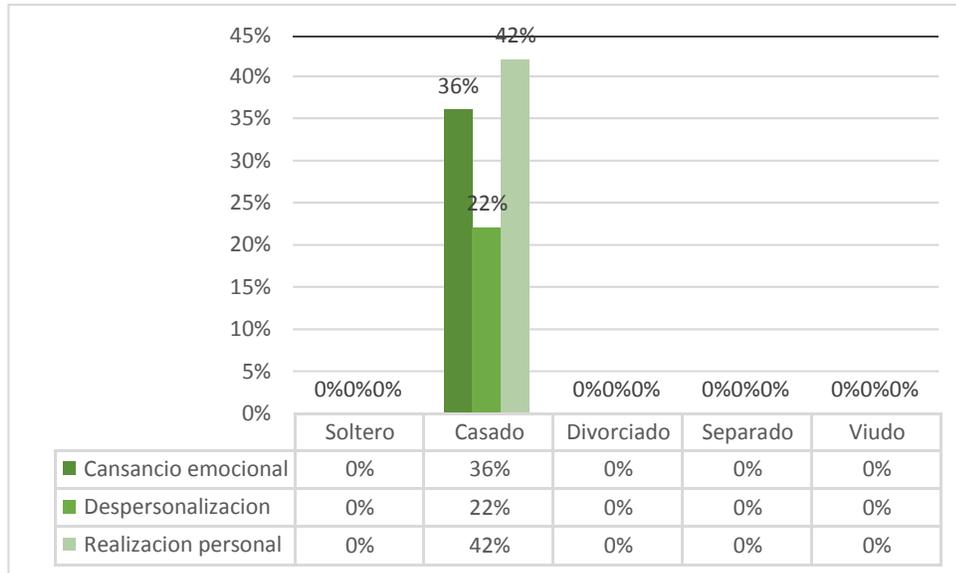
Bajo la escala de la prueba, nos muestran indicios altos/medios/bajos, que el mayor grado se encuentra la **Realización Personal** con un **55%**, que hacen alusión a un carácter irritable y pérdida de interés en sus actividades cotidianas y en **Cansancio Emocional** con un **30%**.

Por último, el de **Despersonalización**, con un porcentaje de **15%**, con agotamiento, depresión y hostilidad.



4.2.1.5.3. Estado Civil

Ilustración 26 – Síndrome de Burnout/Trabajador Manual/Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

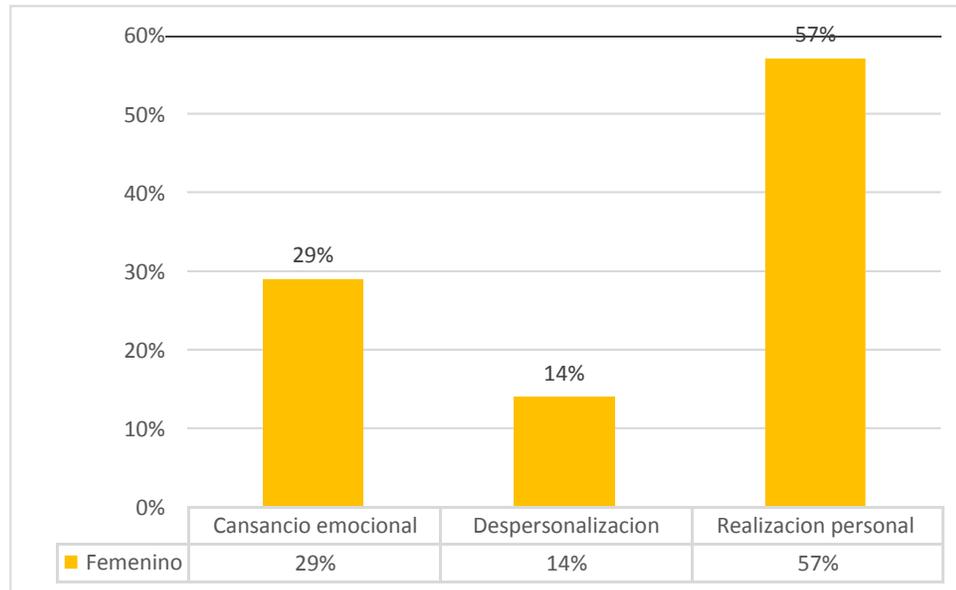
Aún prevaleciendo la **Realización Personal** repuntando con el **42%** siendo un indicador del estrés crónico, seguida del **Cansancio Emocional** con un **36%**, que puede conllevar actitudes irritantes a su entorno, detectado en personas presuntamente insatisfechas con sus actividades por último la **Despersonalización** con un **22%**, volviéndose más hiperactivos en su entorno.



4.2.1.6. Administrativo

4.2.1.6.1. Sexo

Ilustración 27 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Sexo



Fuente: Elaboración Propia

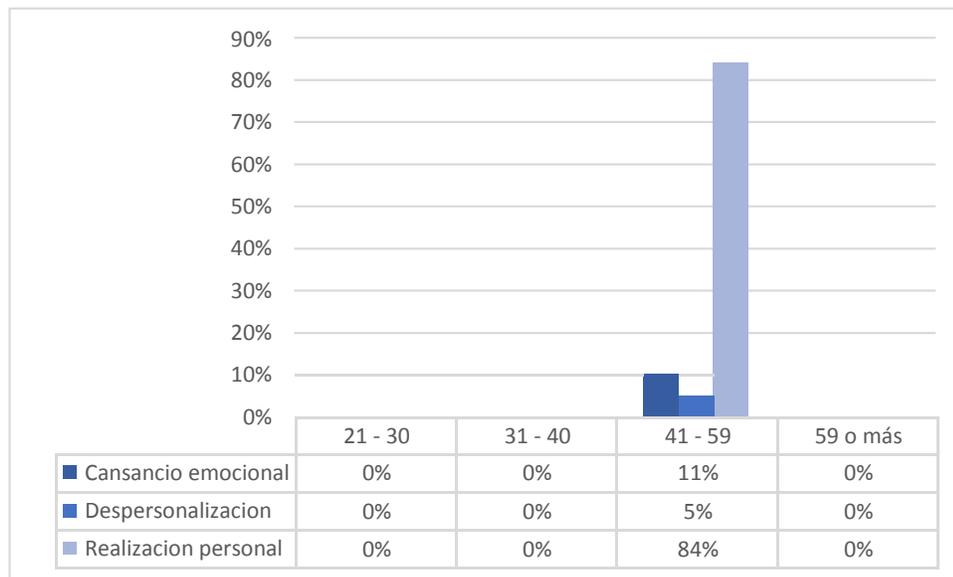
Bajo la escala de la prueba, nos muestra indicios altos/medios/bajos, se denota que a nivel general del Administrativo tiene un **84% de Realización Personal** que vincula emocionalmente al abandono paulatino de sus actividades, afectando en medida al género **Femenino**.

El segundo repunte lo lleva el **Cansancio Emocional**, generado un retiro paulatino de energía, con un **11%** y por último la **Despersonalización** con menor proporción, y este indica no saber responder rápido ante situaciones críticas con un **5%**.



4.2.1.6.2. Edad

Ilustración 28 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Edad



Fuente: Elaboración Propia

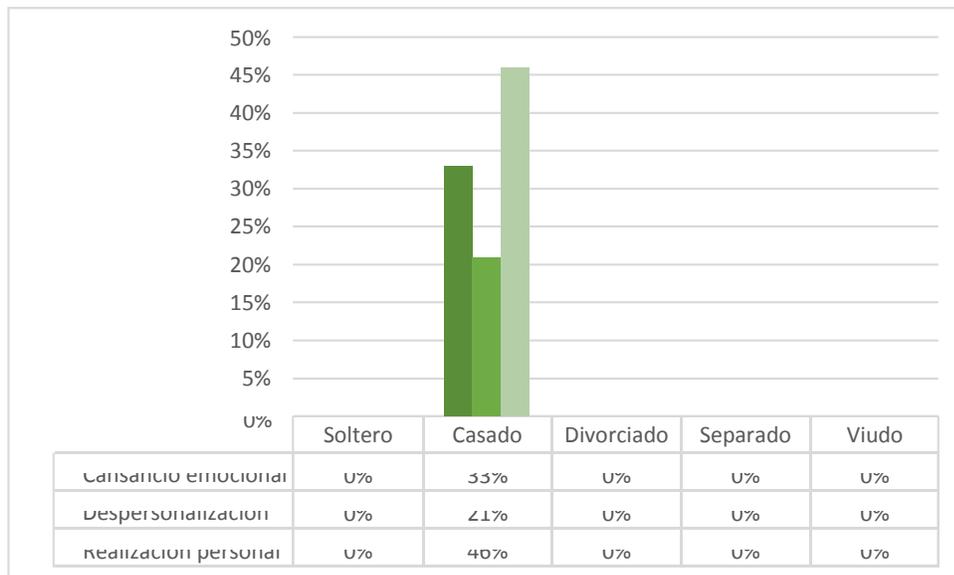
Bajo la escala de la prueba, nos muestran indicios altos/medios/bajos, que el mayor grado se encuentra en **Realización Personal** con un **84%**, que hace alusión a un carácter irritable y pérdida de interés en sus actividades cotidianas y con un **Cansancio Emocional** con un **11%**.

Por último, el de **Despersonalización**, con un porcentaje de **5%**, con agotamiento, depresión y hostilidad.



4.2.1.6.3. Estado Civil

Ilustración 29 – Síndrome de Burnout/Administrativo/Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

Aún prevaleciendo la **Realización Personal** repuntando con el **46%** siendo un indicador del estrés crónico, seguida del **Cansancio Emocional con un 33%**, que puede conllevar actitudes irritantes a su entorno, detectado en personas presuntamente insatisfechas con sus actividades por último la **Despersonalización** con un **21%**, volviéndose más hiperactivos en su entorno.

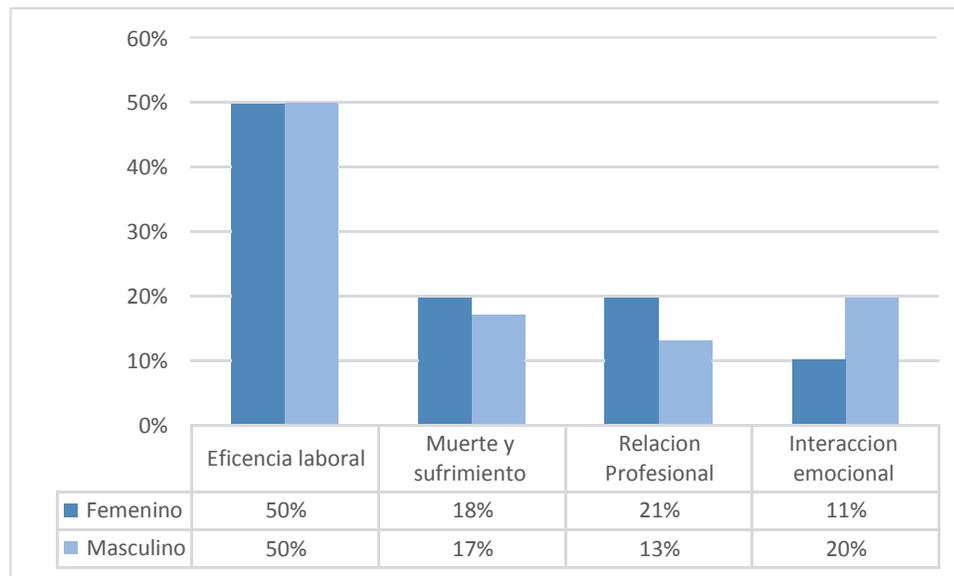


4.2.2. Stres Scale Nursing

4.2.2.1. Auxiliares de enfermería

4.2.2.1.1. Sexo

Ilustración 30 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Sexo



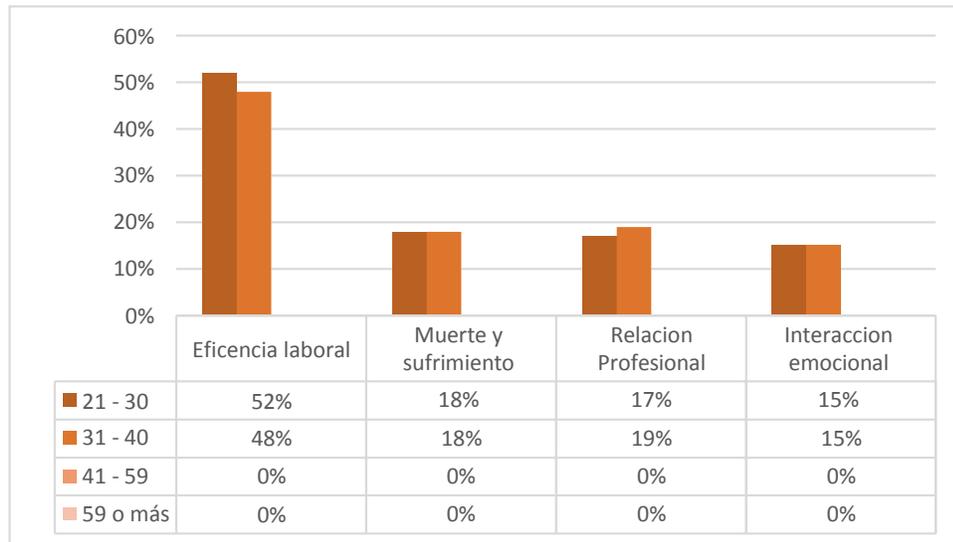
Fuente: Elaboración Propia

Al no tener una escala de evaluación en el Test, se evaluó de manera general y en manera porcentual los mayores sentires en esta área. De manera preponderante tenemos a la **Eficiencia Laboral** en ambos sexos con un **50%**; seguido de la **Relación Profesional** y la **Muerte y sufrimiento**, con un **17%** que está ligada a la relación con su entorno laboral: la **Interacción Emocional**, con un **16%** como la inteligencia emocional.



4.2.2.1.2. Edad

Ilustración 31 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Edad



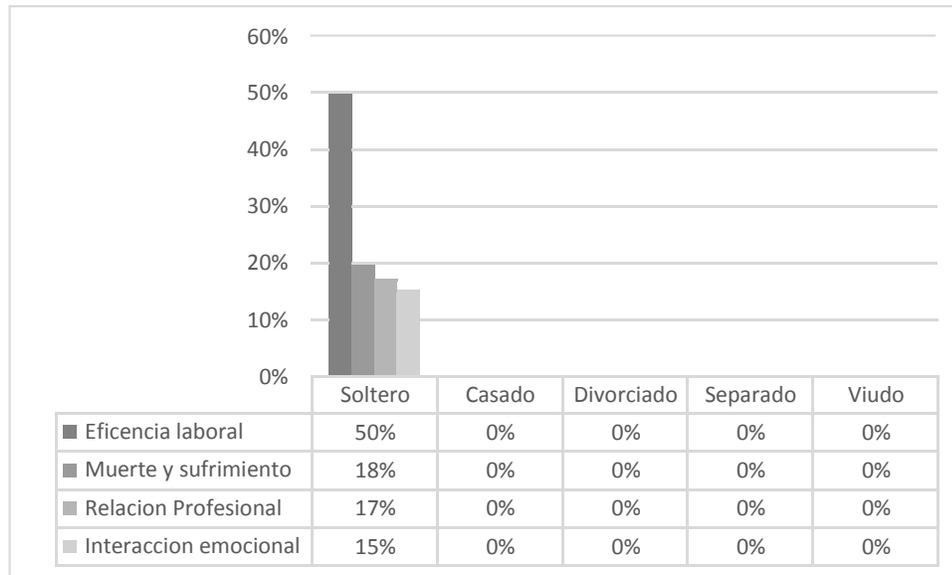
Fuente: Elaboración Propia

Al no tener una escala de evaluación en el Test, se evaluó de manera general y en manera porcentual tenemos que: En este filtro se tiene que la **Eficiencia laboral 49%**, es de mayor importancia entre los auxiliares, seguido de la **Relación profesional** y la **Muerte y sufrimiento** con un **18%**, directamente ligado al entorno laboral, finalizando con la **Interacción Emocional** o la manera de sentir ante los pacientes.



4.2.2.1.3. Estado Civil

Ilustración 32 – Síndrome de Burnout/Auxiliares de enfermería/Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

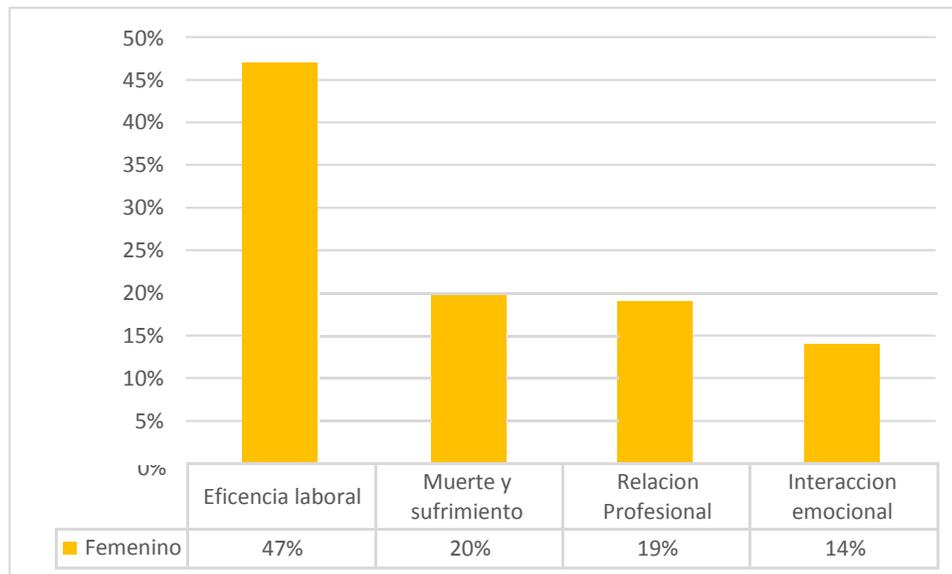
Al no tener una escala de evaluación en el Test, se evaluó de manera general y en manera porcentual los mayores sentires en esta área. Tenemos que la **Eficiencia laboral** con un **50%**, es la más relevante, seguido de la **Muerte y sufrimiento** con un **18%**, y la **Relación Profesional** con un **17%**, directamente ligado al entorno laboral, finalizando con la **Interacción Emocional** con un 15% con sentimientos hacia los pacientes.



4.2.2.2. Enfermeras

4.2.2.2.1. Sexo

Ilustración 33 – Síndrome de Burnout /Enfermeras/Sexo



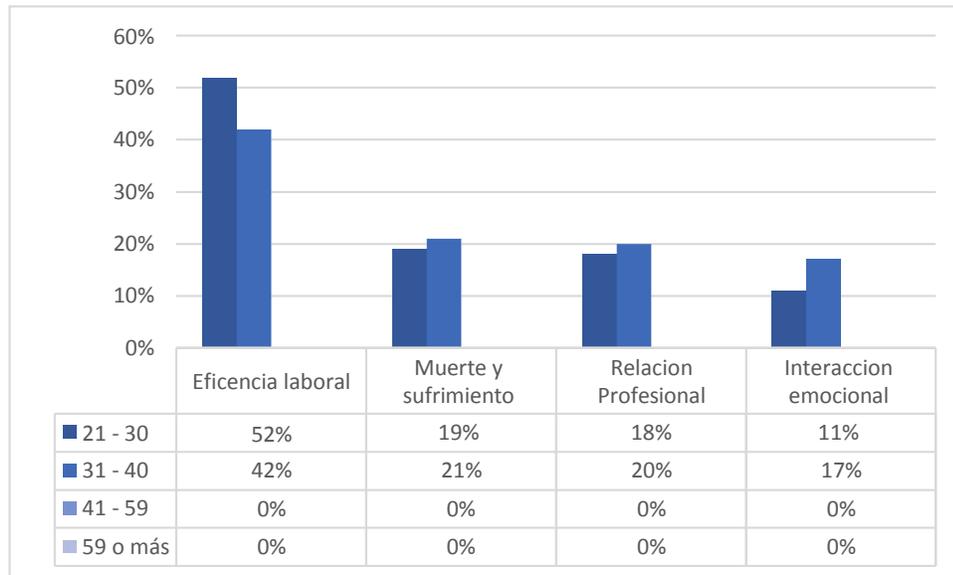
Fuente: Elaboración Propia

Se evaluó de manera general y en manera porcentual. De la cual tenemos a la **Eficiencia Laboral** con un **47%**; seguido de la **Muerte y sufrimiento** con un **20%**, de la **Relación Profesional**, con un **19%** que está ligada a la relación con su entorno laboral y la **Interacción Emocional**, con un **14%** como la inteligencia emocional.



4.2.2.2. Edad

Ilustración 34 – Síndrome de Burnout/Enfermeras/Edad



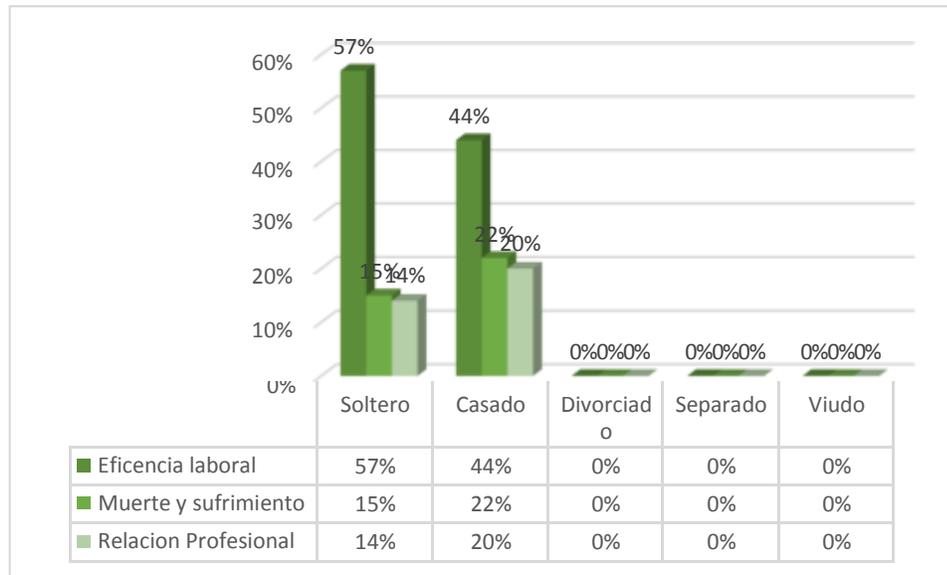
Fuente: Elaboración Propia

Se evaluó de manera general y en manera porcentual tenemos que: En este filtro se observa que la **Eficiencia laboral** esta con un **47%**, es de mayor importancia entre las enfermeras, seguido de la **Muerte y sufrimiento** con un **20%**, la **Relación profesional** con un **19%** que va directamente ligado al entorno laboral, finalizando con la **Interacción Emocional** con un **14%** que muestra la manera de sentir ante los pacientes.



4.2.2.2.3. Estado Civil

Ilustración 35 – Síndrome de Burnout /Enfermeras/Estado Civil



Fuente: Elaboración Propia

Se evaluó de manera general y en manera porcentual. De los cuales observamos que la **Eficiencia laboral** esta con un **50%**, es la más relevante, seguido de la **Muerte y sufrimiento** con un **19%**, y la **Relación Profesional** con un **17%**, directamente ligado al entorno laboral, finalizando con la **Interacción Emocional** con un **14%** con sentimientos hacia los pacientes.



4.3. Evaluación estresores a la muestra General

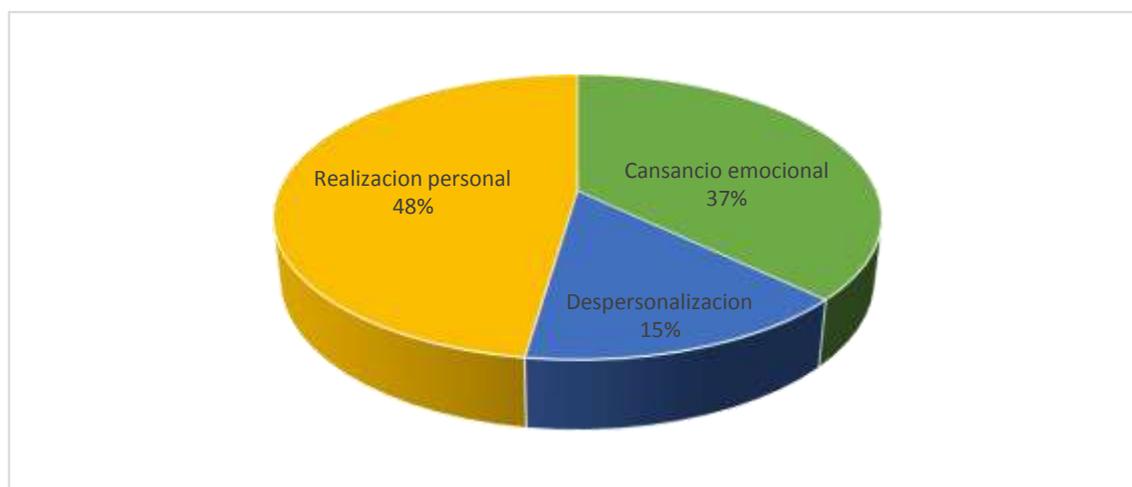
4.3.1. Test Maslach Burnout – General

Tabla 34 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”

	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Médicos	36	20	44
Residentes	45	23	32
Internos	36	22	42
Camilleros	29	14	57
Trabajador Manual	20	18	62
Administrativo	84	5	84
TOTAL	250	102	321

Fuente: Elaboración Propia

Ilustración 36 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”



Fuente: Elaboración Propia



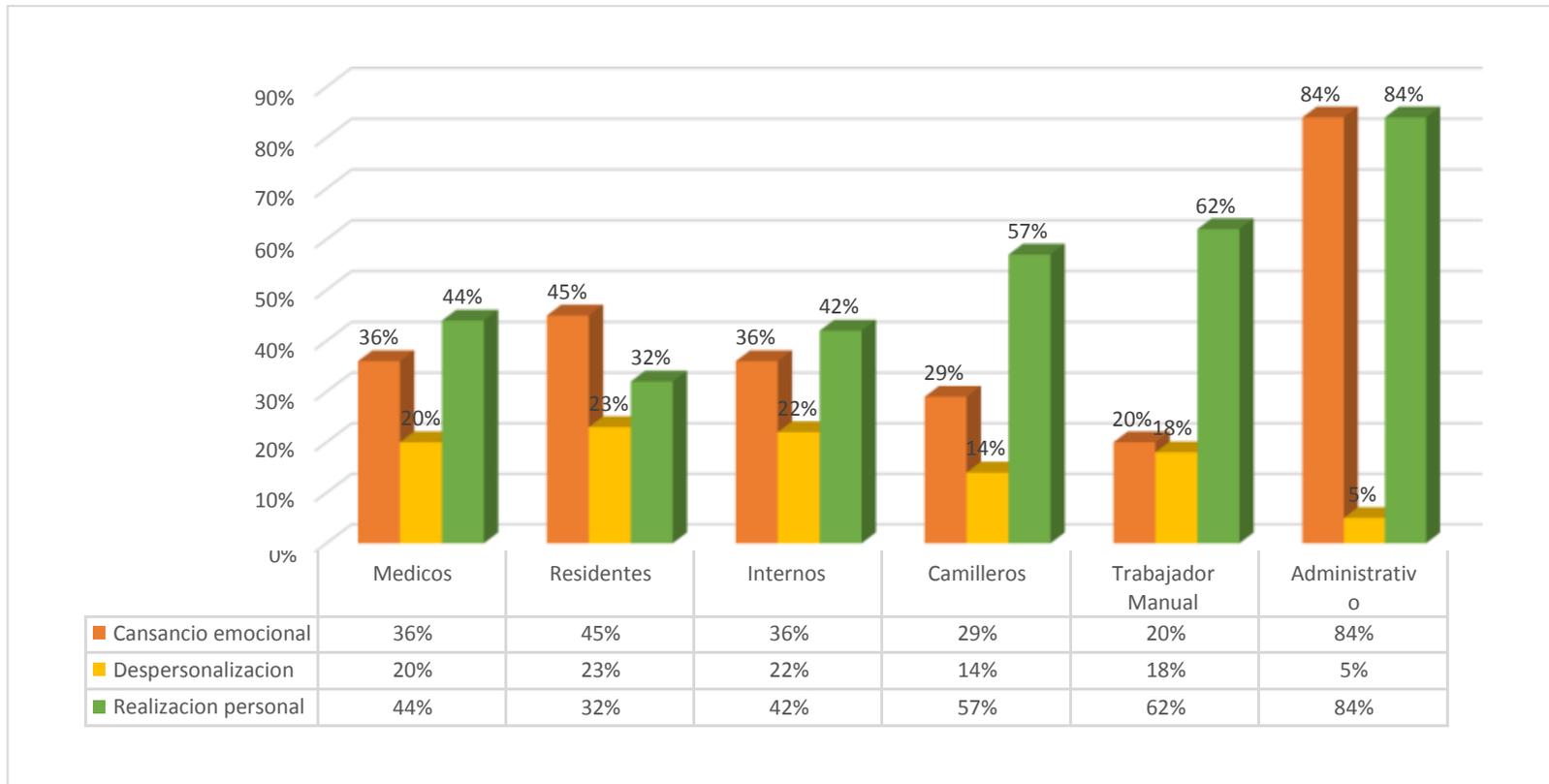
Después de realizar una muestra general individual por áreas de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, observamos que según diversas investigaciones los profesionales más propensos a este síntoma son los profesionales en Salud y educadores, debido al estrés diario al que se ven sometidos, en general:

- ✓ **Realización personal**, de todo el personal de toda la unidad tiene un 48%, los cual comienza a generar pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de autoreclusión y aislamiento.
- ✓ **Cansancio Emocional**, con un 37%, caracterizado por una progresiva pérdida de energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado, detectado en personas permanentemente insatisfechas, quejas e irritables, observando que su trabajo se va convirtiendo lentamente en una carga con connotaciones negativas, estos cambios emocionales no solo son en al ámbito laboral, sino que también se hacen evidentes en el hogar
- ✓ **Despersonalización**, con un 15%, siendo un modo de responder a los sentimientos de impotencia, abandono y desesperanza personal, la persona en lugar de expresar estos sentimientos y resolver los motivos que los originan, las personas que padecen el Síndrome de Burnout muestran una fachada de hiperactividad que no hace más que incrementar su sensación de agotamiento, alternando con episodios de depresión y hostilidad hacia el medio de trabajo donde se encuentra.



4.3.2. Test Maslach Burnout – Por Áreas

Ilustración 37 – Muestra General del Hospital de Clínicas “Test Maslach Burnout”



Fuente: Elaboración Propia



Después de hacer un análisis individual por áreas de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, se realiza una comparación entre ellas, por medio de un cruce de variables: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Con el objeto de realizar una comparación entre sí, analizando al personal que son resistentes, vulnerables y seriamente vulnerables al Burnout, en mayor proporción la Realización Personal.



4.3.3. Nursing Stress Scale – General

Tabla 35 – Muestra Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”

	Eficiencia laboral	Muerte y sufrimiento	Relación Profesional	Interacción emocional
Enfermeras	47	20	19	14
Auxiliares	50	18	17	15
TOTAL	49	19	18	14

Fuente: Elaboración Propia

Ilustración 38 – Muestra General Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”

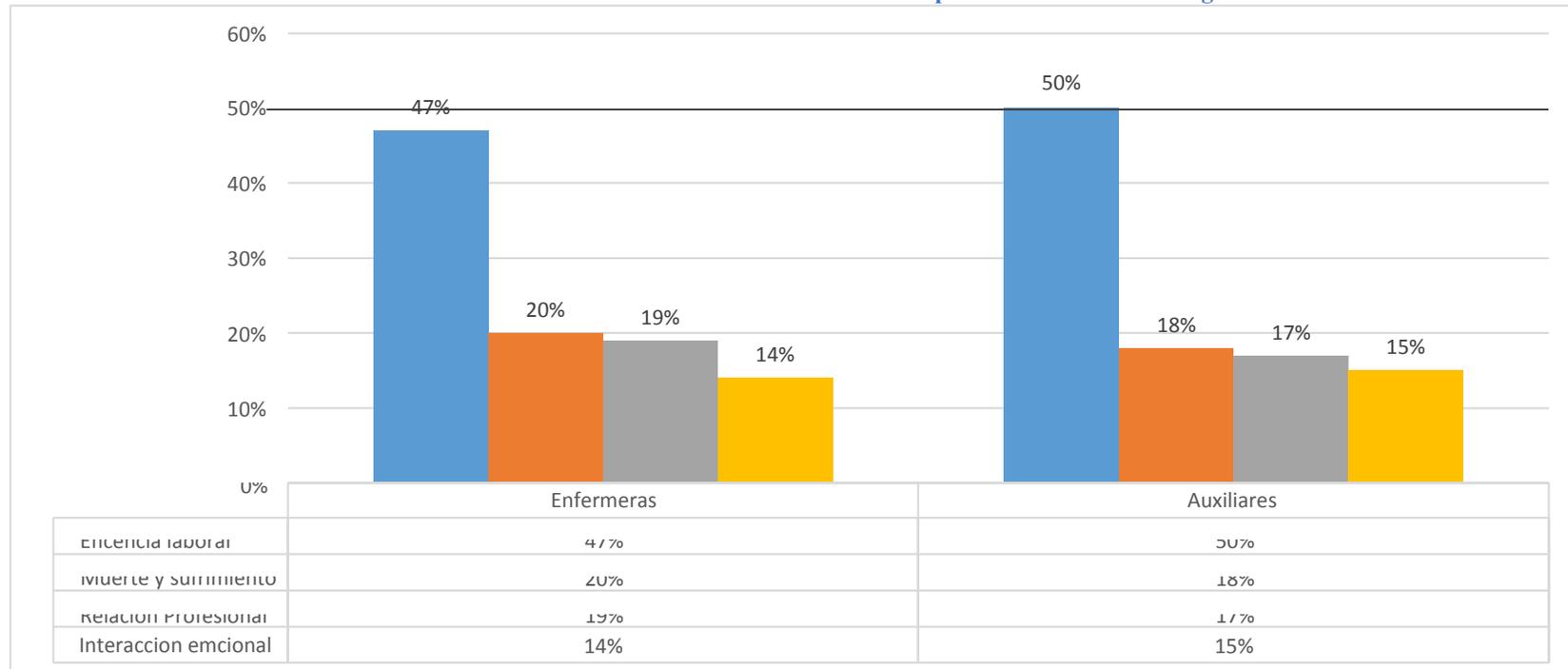


Fuente: Elaboración Propia



4.3.4. Nursing Stress Scale – Por Áreas

Ilustración 39 – Muestra General Personal de Enfermería del Hospital de Clínicas “Nursing Stress Scale”



Fuente: Elaboración Propia



4.4. Análisis de correlación y demostración de hipótesis

Se utilizó el coeficiente de Correlación de Pearson, utilizaremos la siguiente escala:

Ilustración 40 - Tabla de Correlación de Pearson

Valor	Significado
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0,9 a -0,99	Correlación negativa muy alta
-0,7 a -0,89	Correlación negativa alta
-0,4 a -0,69	Correlación negativa moderada
-0,2 a -0,39	Correlación negativa baja
-0,01 a -0,19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0,01 a 0,19	Correlación positiva muy baja
0,2 a 0,39	Correlación positiva baja
0,4 a 0,69	Correlación positiva moderada
0,7 a 0,89	Correlación positiva alta
0,9 a 0,99	Correlación positiva muy alta
1	Correlación positiva grande y perfecta

4.4.1. Test Síndrome de Burnout y Clima Organizacional

Tabla 36 – Correlación Burnout y Clima Organizacional

		GRADO DE	INTERPRETACIÓN
CANSANCIO EMOCIONAL	Colaboración	0.391	Correlación positiva baja
	Comunicación	-0.024	Correlación negativa muy baja
	Condiciones de trabajo	-0.07	Correlación negativa muy baja
	Carrera Profesional	-0.068	Correlación negativa muy baja
	Formación	-0.045	Correlación negativa muy baja
	Liderazgo	0.277	Correlación positiva baja
	Orientación al Cliente	0.265	Correlación positiva baja
	Percepción de Servicio	0.275	Correlación positiva baja
	Satisfacción Trabajo	0.26	Correlación positiva baja
	Cuestiones Generales	0.008	Correlación positiva muy baja



DESPERSONALIZACIÓN	Colaboración	0.215	Correlación positiva baja
	Comunicación	-0.271	Correlación negativa baja
	Condiciones de Trabajo	-0.2	Correlación negativa baja
	Carrera Profesional	-0.067	Correlación negativa muy baja
	Formación	0.036	Correlación positiva muy baja
	Liderazgo	0.229	Correlación positiva baja
	Orientación al Cliente	0.168	Correlación positiva grande
	Percepción de Servicios	0.217	Correlación positiva grande
	Satisfacción de Trabajo	0.287	Correlación positiva grande
	Cuestiones Generales	-0.079	Correlación negativa muy baja
REALIZACIÓN PERSONAL	Colaboración	-0.452	Correlación negativa Moderada
	Comunicación	0.089	Correlación positiva muy baja
	Condiciones de Trabajo	-0.009	Correlación negativa muy baja
	Carrera Profesional	-0.42	Correlación negativa moderada
	Formación	-0.073	Correlación negativa muy baja
	Liderazgo	-0.031	Correlación negativa muy baja
	Orientación al Cliente	0.209	Correlación positiva baja
	Percepción de Servicios	0.074	Correlación positiva muy baja
	Satisfacción de Trabajo	-0.133	Correlación negativa grande
	Cuestiones Generales	-0.28	Correlación negativa baja

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla se observa el grado de correlación existe entre variables:

- ✓ La Correlación entre la *Colaboración* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva baja 0,391, indica que existe una relación baja entre variables
 - Despersonalización, la correlación es positiva baja 0,215, indica que existe una baja relación entre variables
 - Realización Personal, la correlación es negativa grande -0,452, indica que existe no existe una relación negativa moderada entre variables

- ✓ La Correlación entre la *Comunicación* es:



- Cansancio emocional, la correlación es negativa baja $-0,024$, indica que no existe una relación muy baja entre variables
- Despersonalización, la correlación es negativa baja $-0,271$, indica que no existe relación negativa entre variables
- Realización Personal, la correlación es positiva muy baja $0,089$, indica que existe muy poca relación entre variables
- ✓ La Correlación entre la *Condiciones de Trabajo* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es negativa alta $-0,07$, indica que existe una relación muy baja entre variables
 - Despersonalización, la correlación es negativa baja $-0,2$, indica que la relación es muy entre variables
 - Realización Personal, la correlación es $-0,009$ indica una correlación negativa muy baja, siendo casi nula la relación entre variables
- ✓ La Correlación entre la *Carrera profesional* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es negativa grande $-0,068$, indica que relación entre variables es casi nula
 - Despersonalización, la correlación es negativa muy baja $-0,067$, relación entre variables es casi nula
 - Realización Personal, la correlación es negativa moderada $-0,42$, indica que relación entre variables es media
- ✓ La Correlación entre la *Formación* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es negativa muy baja $-0,045$, indica que relación entre variables es casi nula



- Despersonalización, la correlación es positiva muy baja 0,036, indica que relación entre variables es baja
- Realización Personal, la correlación es -0,073, indica que la relación entre variables es casi nula
- ✓ La Correlación entre la *Liderazgo* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva baja 0,277, indica que relación entre variables es media
 - Despersonalización, la correlación es positiva baja 0,229, indica que relación entre variables es moderada
 - Realización Personal, la correlación es negativa muy baja -0,031, indica que relación entre variables es casi nula
- ✓ La Correlación entre la *Orientación al Cliente* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva baja 0,265, indica que relación entre variables es débil
 - Despersonalización, la correlación es positiva grande 0,168, indica que relación entre variables es fuerte
 - Realización Personal, la correlación es positiva baja 0,209, indica que relación entre variables es débil
- ✓ La Correlación entre la *Percepción de los servicios centrales* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva baja 0,275, indica que relación entre variables
 - Despersonalización, la correlación es positiva grande 0,217, indica que relación entre variables



- Realización Personal, la correlación es positiva muy baja 0,074, indica que relación entre variables es casi nula
- ✓ La Correlación entre la *Satisfacción en el puesto de Trabajo* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva muy baja 0,26, indica que relación entre variables es baja
 - Despersonalización, la correlación es positiva grande 0,287, indica que relación entre variables es muy baja
 - Realización Personal, la correlación es negativa grande -0,133, indica que relación entre variables es baja
- ✓ La Correlación entre la *Cuestiones Generales* es:
 - Cansancio emocional, la correlación es positiva muy baja 0,008, indica que relación entre variables es casi nula
 - Despersonalización, la correlación es negativa muy baja -0,079, indica que relación entre variables es casi nula
 - Realización Personal, la correlación es -0,28, indica que relación entre variables es baja



4.4.2. Nursing y Clima Organizacional

Tabla 37 – Correlación Nursing y Clima Organizacional

		GRADO DE	INTERPRETACIÓN
	Colaboración	-,469	Correlación negativa moderada
	Comunicación	-,454	Correlación negativa moderada
	Condiciones de trabajo	,200	Correlación positiva baja
	Carrera Profesional	,087	Correlación positiva muy baja
EFICIENCIA LABORAL	Formación	-,443	Correlación negativa moderada
	Liderazgo	-,153	Correlación negativa grande
	Orientación al Cliente	,591	Correlación positiva moderada
	Percepción de Servicio	,264	Correlación positiva baja
	Satisfacción Trabajo	-,019	Correlación negativa muy baja
	Cuestiones Generales	-,466	Correlación negativa moderada
MUERTE Y SUFRIMIENTO	Colaboración	-,561	Correlación negativa moderada
	Comunicación	,110	Correlación positiva muy baja
	Condiciones de Trabajo	-,233	Correlación negativa baja
	Carrera Profesional	-,476	Correlación negativa moderada
	Formación	-,485	Correlación negativa moderada
	Liderazgo	-,237	Correlación negativa baja
	Orientación al Cliente	,512	Correlación positiva moderada
	Percepción de Servicios	,664	Correlación positiva moderada
	Satisfacción de Trabajo	-,067	Correlación negativa muy baja
	Cuestiones Generales	-,313	Correlación negativa baja
	Colaboración	-,405	Correlación negativa moderada
	Comunicación	,351	Correlación positiva baja
	Condiciones de Trabajo	,179	Correlación positiva muy baja
	Carrera Profesional	-,446	Correlación negativa moderada
REALIZACIÓN PROFESIONAL	Formación	-,195	Correlación negativa grande
	Liderazgo	-,308	Correlación negativa baja
	Orientación al Cliente	,500	Correlación positiva moderada
	Percepción de Servicios	,598	Correlación positiva moderada
	Satisfacción de Trabajo	-,228	Correlación negativa baja
	Cuestiones Generales	-,098	Correlación negativa muy baja



INTERACCIÓN EMOCIONAL	Colaboración	-,336	Correlación negativa baja
	Comunicación	-,438	Correlación negativa moderada
	Condiciones de Trabajo	,337	Correlación positiva baja
	Carrera Profesional	-,093	Correlación negativa muy baja
	Formación	-,173	Correlación negativa grande
	Liderazgo	-,174	Correlación negativa grande
	Orientación al Cliente	,575	Correlación positiva moderada
	Percepción de Servicios	,289	Correlación positiva baja
	Satisfacción de Trabajo	-,007	Correlación negativa muy baja
	Cuestiones Generales	-,605	Correlación negativa moderada

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla se observa el grado de correlación existe entre variables:

- ✓ La Correlación entre la **Colaboración** es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa moderada -0,469, indica que la relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa moderada -0,561, indica que la relación entre variables es media.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa moderada -0,405, indica que la relación entre variables es media.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa baja -0,336, indica que no existe relación negativa entre variables.
- ✓ La Correlación entre la **Comunicación** es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa moderada -0,454, indica que la relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es positiva muy baja 0,110, indica que existe muy poca relación entre variable.



- Realización Profesional, la correlación es positiva baja 0,351, indica que relación entre variables es media.
- Interacción Emocional, la correlación es negativa moderada -0,438, indica que la relación entre variables es media.
- ✓ La Correlación entre la *Condiciones de Trabajo* es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es positiva baja 0,200, indica que relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa baja -0,233, indica que no existe relación negativa entre variables.
 - Realización Profesional, la correlación es positiva muy baja 0,179, indica que existe muy poca relación entre variable.
 - Interacción Emocional, la correlación es positiva baja 0,337, indica que relación entre variables es media.
- ✓ La Correlación entre la *Carrera profesional* es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es positiva muy baja 0,087, indica que existe muy poca relación entre variable.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa moderada -0,476, indica que la relación entre variables es media.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa moderada -0,446, indica que la relación entre variables es media.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa muy baja -0,093, indica que la relación entre variables es casi nula.



- ✓ La Correlación entre la **Formación** es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa moderada -0,443, indica que la relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa moderada -0,485, indica que la relación entre variables es media.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa grande -0,195, indica que la relación entre variables es baja.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa grande -0,173, indica que la relación entre variables es baja.

- ✓ La Correlación entre la **Liderazgo** es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa grande -0,153, indica que la relación entre variables es baja.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa baja -0,237, indica que no existe relación negativa entre variables.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa baja -0,308, indica que no existe relación negativa entre variables.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa grande -0,174, indica que la relación entre variables es baja.

- ✓ La Correlación entre la **Orientación al Cliente** es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es positiva moderada 0,591, indica que la relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es positiva moderada 0,512, indica que la relación entre variables es media.



- Realización Profesional, la correlación es positiva moderada 0,500, indica que la relación entre variables es media.
- Interacción Emocional, la correlación es positiva moderada 0,575, indica que la relación entre variables es media.
- ✓ La Correlación entre la *Percepción de los servicios centrales* es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es positiva baja 0,264, indica que relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es positiva moderada 0,664, indica que la relación entre variables es media.
 - Realización Profesional, la correlación es positiva moderada 0,598, indica que la relación entre variables es media.
 - Interacción Emocional, la correlación es positiva baja 0,289, indica que relación entre variables es media.
- ✓ La Correlación entre la *Satisfacción en el puesto de Trabajo* es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa muy baja -0,019, indica que la relación entre variables es casi nula.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa muy baja -0,067, indica que la relación entre variables es casi nula.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa baja -0,228, indica que no existe relación negativa entre variables.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa muy baja -0,007, indica que la relación entre variables es casi nula.



- ✓ La Correlación entre la *Cuestiones Generales* es:
 - Eficiencia Laboral, la correlación es negativa moderada -0,466, indica que la relación entre variables es media.
 - Muerte y Sufrimiento, la correlación es negativa baja -0,313, indica que no existe relación negativa entre variables.
 - Realización Profesional, la correlación es negativa muy baja -0,098, indica que la relación entre variables es casi nula.
 - Interacción Emocional, la correlación es negativa moderada -0,605, indica que la relación entre variables es media.

4.5. Prueba de Hipótesis

4.5.1. Burnout y Clima Organizacional

Al realizar la prueba de Hipótesis, tenemos que:

Tabla 38 - Correlación y prueba de Hipótesis

		BURNOUT	CLIMORG
BURNOUT	Correlación de Pearson	1	.200
	Sig. (bilateral)		.199
	N	43	43
CLIMORG	Correlación de Pearson	.200	1
	Sig. (bilateral)	.199	
	N	43	43

Fuente: Elaboración Propia

Bajo la prueba de Pearson, el resultado obtenido fue de **0,200**, que indica una **Correlación Positiva Baja**, es decir nos indica que al modificarse en promedio una variable en un sentido, la otra lo hace en la misma dirección, por lo tanto, el Síndrome de Burnout en los



médicos no influye en el Clima Organizacional de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas.

4.5.2. Nursing y Clima Organizacional

Al realizar la prueba de Hipótesis, tenemos que:

Tabla 46 - Correlación y prueba de Hipótesis

		NURSING	CLIMORG
NURSING	Correlación de Pearson	1	-,431
	Sig. (bilateral)		,247
	N	9	9
CLIMORG	Correlación de Pearson	-,431	1
	Sig. (bilateral)	,247	
	N	9	9

Fuente: Elaboración Propia

Bajo la prueba de Pearson, el resultado obtenido fue de **-0,431**, que indica una **Correlación Negativa Moderada**, es decir, a medida que aumenta el valor de una variable, el valor de la otra disminuye, por lo tanto, el Estrés en las enfermeras si influye en el Clima Organizacional de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas.



CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

En función a los objetivos propuestos para esta investigación y recapitulando lo expuesto en el documento, se procederá a dar las conclusiones respondiendo a los objetivos planteados para la investigación, con ayuda del análisis estadístico que nos ayudó a relacionar variables, permitiendo este estudio, obtuvimos que:

Objetivo General: Determinar en qué medida el Síndrome de Burnout afecta el riesgo psicolaboral en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz

El riesgo psicolaboral, son las condiciones propias del ser humano, el medio laboral y del entorno extra laboral que influyen en la Salud, el desempeño, la satisfacción y la productividad, este puede generar enfermedades cardiovasculares, depresión, ansiedad, consumo de fármacos, sedentarismos, aislamiento social, ausentismo laboral, como producto de todos los mencionados la internación directamente ligada al Síndrome de Burnout.

Objetivo específico 1: Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras, basados en la muestra del Hospital de Clínicas de la Ciudad – Unidad de Emergencias de La Paz

Basados en el Modelo Tridimensional de Maslach Burnout, la mayor prevalencia que se tiene a nivel General es la de **Realización Personal** con un 48%, el **Cansancio Emocional** con un 37% y por último la **Despersonalización** con un 15%, que alberga a médicos,



residentes, internos, camilleros, trabajadores manuales y administrativo, vista en la *Ilustración 36* de la *página 110*.

Según el modelo propuesto por la *Nursing Stress Scale*, se tiene mayor predominio la *Eficiencia Laboral* con un **49%**, seguida y con menor escala la *Muerte y sufrimiento* con **19%**, *Relación Profesional* con **18%**, para finalizar la *Interacción Emocional* con un **14%**, vista en la *Tabla 35* de la *página 114*, explicada con más detalle en el siguiente punto.

Objetivo específico 2: Establecer los factores que tienen más prevalencia en el Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras, que tiene mayor presencia en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias de la Ciudad de La Paz

De los médicos, residentes, internos, camilleros, trabajador manual y administrativo.

- ✓ La *Realización Personal*, con un **48%** es el que repunta la escala propuesta por Maslach, el *Ítem 4*, “siento que puedo entender fácilmente a los pacientes” es el más llamativo y el *ítem 19*, “siento que consigo muchas cosas valiosas con mi trabajo”, indican la satisfacción hacia su labor cotidiana, al margen de los horarios, ellos se sienten felices y satisfechos con el resultado obtenido al final de su jornada.

La *Realización Personal*, evalúa los sentimientos de competencia y eficiencia en el ámbito laboral e insuficiencia profesional, pero por los resultados obtenidos, vemos que se sienten orgullosos con su trabajo, tantos doctores, residentes, internos a su vez camilleros y otros,



El **ítem 21**, “*siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada*”, tiene una connotación personal, si bien el test no puede medir si el individuo es más afectado por el entorno social o laboral, esta pregunta según los encuestados, fue tomada como la interacción que deben tener con los pacientes, mostrando afabilidad, pese a los problemas personales que cada uno tiene.

- ✓ El **Cansancio Emocional**, llamando la atención el **Ítem 14** “*siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo*”, que, debido a las exigencias personales tienen mayor predominio, realizando un sondeo entre los encuestados, indican que pasan más tiempo en el Hospital que con sus familias y es origen de constantes reclamos por el descuido familiar que tienen, este se ve más en Doctores y Residentes que a su vez, sienten que deberían estar más tiempo en el Hospital para atender a sus pacientes, pero no encuentran un equilibrio entre su familia y su trabajo.

Cabe recalcar que la realización personal, tiene una connotación a la pérdida de recursos emocionales, cansancio y saturación por el trabajo.

- ✓ La **Despersonalización**, es una respuesta fría e impersonal, hacia los pacientes que pueden tener los profesionales evaluados, de los cuales se tiene un **15%**, cuyo **ítem** más relevante es el **11** “*me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente*” al tratar de salvaguardar el bienestar con sus pacientes, piensan que lo más importante es la empatía, pero al verse saturados con los mismos, la actitud que pueden presentar es la de sosiego o irritabilidad, y el menos relevante el **ítem 15** “*siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes*”, que tiene menos preponderancia, lo cual es un alivio, aun ellos ponen en preminencia la vida de los pacientes y su atención.



A diferencia del *Test de Maslach Burnout* que es una prueba breve y contextualizada, puede ser aplicado a cualquier profesional; la evaluación de la *Nursing Stress Scale*, es más extensa y específica, fue validada en México adaptada y contextualizada para Latinoamérica, así que no existe una puntuación específica por ítems como el de *Maslach*, por lo cual, en esta investigación, se realizó una evaluación porcentual, según *ítem* indicado en la *Tabla 35* de la página 114, realizando una sumatoria entre cada agrupación y valorándola en un *100%*, obteniendo los siguientes resultados:

- ✓ *Eficiencia laboral*, con un 49%, esta escala hace hincapié a la eficiencia de su trabajo que sienten tanto enfermeras como auxiliares y la toma de decisiones rápidas en la ausencia de un inmediato superior, cuyo *ítem* resaltante es el 30, “no tener suficiente tiempo para realizar todas mis tareas de enfermería”, y poder dar más de sí.
- ✓ *Muerte y sufrimiento*, con 19%, según la evaluación realizada, no se encuentran vinculadas directamente con esta.
- ✓ *Relación profesional* y la *Interacción emocional*, con el 18% y el 14%, a simple vista y por el test realizado, tienen buena relación entre los miembros de todo el equipo, que según ellas el mayor conflicto se puede dar en cambios de turno.

Al realizar los test, es resaltante y admirable ver la buena administración de tiempo y espacio que tiene el personal de enfermería y la rápida respuesta (en algunas ocasiones) ante cualquier duda de los pacientes y familiares.

Objetivo específico 3: Realizar una evaluación y relación entre Síndrome de Burnout en médicos y el Estrés en enfermeras con el sexo, edad y estado civil.



Según los resultados obtenidos en el *Test de Maslach Burnout*, se sugiere que:

- ✓ No existe una relación entre edad, sexo y estado civil, siendo que, en los doctores de la muestra solo 1 está divorciado, 12 son solteros y 7 médicos casados, en su mayoría son hombres; los residentes e internos, todos son solteros 7 mujeres y 6 varones; teniendo nuevamente en esta mayor prevalencia en la **Realización personal**, seguida de **Cansancio Emocional** por último la **Despersonalización**, no cambiando los resultados de los datos generales.
- ✓ Según las especialidades estudiadas, y bajo la observación directa, es notorio el cansancio es más fuerte en los internos, seguido de los residentes, como principal estresor es la **Realización Profesional** y el **Cansancio Emocional**.
- ✓ Al margen de las variables propuestas en los objetivos, notamos que a mayor cantidad de trabajo el **Cansancio Emocional** aumenta, se nota también que, a mayor tiempo trabajado, mayor satisfacción laboral (**Realización Personal**).

Según los resultados obtenidos en la Nursing Stress Scale, se tiene que:

- ✓ El 47% de las enfermas se encuentran felices con el trabajo que realizan y un 50% de los auxiliares también, no se ve preponderante evaluar el estado civil, tenemos que 7 son mujeres y 2 varones, de las enfermeras 3 son casadas y los demás solteros.
- ✓ A simple vista se ve el profesionalismo con el cual toman su labor, sin importar horarios y una administración de tiempo idónea, como ya mencionamos el mayor inconveniente que tiene es el del cambio de turno.



5.2. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda a la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas y a los profesionales de la salud del servicio de urgencias la realización de cambios en el entorno laboral de tal modo que haya mejor calidad de vida y se pueda disminuir la prevalencia del síndrome de Burnout en los hospitales.

Cada una de las personas integradas de la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas debe identificar el estrés al que están sometidos los trabajadores y de esta manera implementar métodos que reduzcan la sobrecarga laboral, el estrés, y brinden calidad en el ambiente de trabajo diario.

Lamentablemente, es una carrera en la cual se los adoctrina desde inicios de su carrera al estrés al que se verán sometidos toda su vida profesional, entre los factores de riesgo más relevantes tendremos las elevadas exigencias (evidenciadas en internos), el conflicto de rol, falta de apoyo social (medios limitados para atención), falta de reconocimiento del trabajo, conflictos, etc., para ello sugerimos:

- ✓ Se recomienda a la en la Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas realizar una capacitación a todo el personal del servicio de salud, planificando conferencias preventivas y de tratamiento, para brindar la información respectiva sobre los riesgos a los que están expuestos para el desarrollo del Síndrome de Burnout y/o enfermedades ocupacionales, y poder así brindar una atención de calidad con eficiencia y eficacia al paciente que llega todos los días a esta Unidad. Es preciso determinar las causas del mismo, de tal manera que se pueda corregir y prevenir los efectos negativos con la finalidad de optimizar el ejercicio profesional.



- ✓ Con los datos obtenidos, la intervención de un profesional en psicología que pueda intervenir, realizando una evaluación y proveyendo estrategias de afrontamiento para el Síndrome de Burnout, enfocándose en los más propensos y ver cómo lidiar este síndrome en futuro años, siendo los Internos los más afectados.
- ✓ Realización de talleres y cursos de capacitación Nacionales e Internacionales por especialidades a los profesionales médicos, vinculadas a las áreas en los cuales se desenvuelven diariamente, así obtendrán nuevas técnicas y actualizaciones médicas para una mejor valoración a los pacientes.
- ✓ Solicitar que se distribuya al personal de enfermería como recurso necesario para proporcionar una atención continua, inmediata y óptima considerando las urgencias y las emergencias que requieren los pacientes.
- ✓ Es importante generar estrategias que permitan evaluar periódicamente los niveles de estrés laboral, arrojen datos exactos respecto a cómo están los trabajadores en cuanto a probabilidad de presentar este Síndrome.
- ✓ Ergonomía laboral, adaptando el material de trabajo y no el trabajo al empleado, como ser:
 - Físicos, posturas, tiempos y movimientos, fuerza
 - Descanso, presión de tiempo, trabajo en equipo
 - Infraestructura, iluminación, mueblería adecuada para descanso, ruido, etc.



CRONOGRAMA

Tabla 39 – Fases de Realización estudio de Burnout en el Hospital de Clínicas – Unidad de Emergencias

FASE 1	Selección sujetos de investigación	Médicos
		Residentes
		Internos
		Personal de enfermería
		Camilleros
FASE 2	Relevamiento de información basados en variables de estudio	Cantidad de personas atendidas por día en la Unidad de Emergencias
		Relación cantidad médico paciente
		Dato anual de personas atendidas en la Unidad de Emergencias en los últimos 5 años
		Dato mensual de los ultimo 8 meses de personas atendidas en la Unidad de Emergencias
FASE 3	Realización de encuestas al personal salubrista	Cuestionario socio – epidemiológico
		Maslach Burnout Inventory General Survey
		Escala Nursing Stress Scale
		Entrevista al Dr. Oscar Romero – Director Unidad de Emergencias
FASE 4	Análisis y procesamiento de datos recolectados	Análisis Estadístico Resultados
		Relación entre variables
FASE 5	Elaboración del informe final	Conclusiones generales
		Recomendaciones

Fuente: Elaboración Propia



BIBLIOGRAFÍA

- Albujar Baca, P. F. (2016). Cuando el médico es el paciente.
- Alvarez Gallego, E., & Fernandez Rios, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional. *Revista de la Asociacion Española de Neuropsiquiatria*, 11(39).
- Arduz, D. R. (1999). Reseña Historica del Hospital de Clinicas de La Paz. *Hospital de Clínicas Organo Oficial de la Facultad de Medicina cuadernos* , 15.
- Baron Gonzales, M., Lacasta, M., & Ordoñez, A. (2008). *El síndrome de agotamiento profesional en oncología*. Buenos Aires , Argentinian: Editorial Médica Panamerica.
- Beare Shepard, M. N. (2018). *Desgaste por empatía en médicos de familia*. Trabajo Final de Grado , Universidad de la Republica Uruguay , Montevideo .
- Carmona Garza, L., Montemayor Juarez, C., & Treviño Salas, G. (Mayo de 2007). Síndrome del Quemado.
- Catari Casasola, K. B., & Rolando, Q. V. (2017). *Impacto del estrés en el desempeño laboral del personal administrativo de la Universidad Mayor de San Andrés*. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz.
- Chiavenato, I. (1999). *Administracion de Recursos Humanos* (Quinta Edicion ed.). Mexico: McGraw Hill.
- Chiavenato, I. (2007). *Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones* (Octava Edición ed.). México : McGraw Hill.
- Chuquimia Rocha, C. P. (2017). *Clima organizacional y el Síndrome de Burnout en la division de homicidios de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen "FELCC" departamental La Paz*. Tesis de Grado , Universidad Mayor de San Andres , La Paz.
- Davis, K., & Newstrom, J. W. (1993). *El comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento Organizacional* (Octava ed.). Mexico : McGraw Hill.
- Dessler, G., & Varela, R. (2011). *Administración de Recursos Humanos. Enfoque Latinoamericano* (Quinta Edición ed.). Mexico : Prentice Hall .
- Dra. Vasquez Monllor, I. R. (2016). *Síndrome de Burnout en personal médico asistencial de Hospitales de 2° y 3° nivel en la Ciudad de La Paz – Bolivia, Gestión 2015*. Facultad de Medician, enfermeria, nutricion y tecnologia medica – Unidad de Postgrado , La Paz . Universidad Mayor de San Andres .
- Fidalgo Vega, M. (2005). Síndrome de estar quemado por el trabajo o. *Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el Trabajo*, 7. Recuperado el 24/08/2019



- Fidalgo, M. (2010). Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout: Definición y proceso de generación. *Instituto Nacional de seguridad e higiene del trabajo*, 4.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *The Journal of Social Issues*, 30.
- Galvez, M., Moreno, B., & Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas "El vuelo de ícaro"*. España: Diaz de Santos.
- Gomez Bastar, S. (2012). *Metodología de la Investigación* (1° ed.). México: Red Tercer Milenio.
- Gomez Esteban, R. (Junio de 2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90.
- Google Maps. (2019). Obtenido de Hospital de Clínicas: <https://www.google.com/maps/place/Hospital+de+Clínicas/@-16.5055566,-68.1189922,16z/data=!4m5!3m4!1s0x0:0x779d547e4cfb1911!8m2!3d-16.5075419!4d-68.1187347>
- Group, F. (1074). *Journal of Social Issues*, 166.
- Hernández Sampieri, R. (s.f.). *Metodología de la investigación* (6° ed.). México: McGraw Hill.
- Hospital de Clínicas. (2019). La Paz, Murillo, Bolivia.
- IMF – Business School. (2017). *Blog de Recursos Humanos*. Obtenido de <https://blogs.imf-formacion.com/blog/recursos-humanos/gestion-talento/7-factores-que-afectan-al-rendimiento-laboral/>
- Infobae. (3 de enero de 2018). <https://www.infobae.com/salud/2018/01/03/sindrome-de-burnout-tres-senales-claras-para-poder-reconocer-el-desgaste-profesional/>. Recuperado el 2019
- Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131, 3131 (8 de agosto de 2005).
- Martinez Perez, A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. (U. d. Rioja, Ed.) Argentina .
- Maslach C, J. S. (1992). *Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey*. California: Maslach Burnout Inventory Manual.
- Mingote Adan, J. c., & Perez Corral, F. (1999). *El Estrés Del Médico: Manual de Autoayuda*. Madrid, España: Diaz de Santos.
- Ministerio de Salud. (2019). SUS. La Paz.
- Montejano, S. (2019). *Psicología Global*. Obtenido de <https://www.psicoglobal.com/ansiedad/estres>



- Olabarria Gonzalez, B. (1995). El síndrome del "Burnout" o el cuidador descuidado. *Dialnet*, I(2 – 3), 194.
- Olivares Faundez, V. (2017). *scielo*.
- Olivares, V., & Gil Monte, P. (2009). *Análisis de las principales Fortalezas y debilidades del Maslach Burnout inventory (Mbi)*. España : Ciencia y Trabajo .
- Perea Quesada, R. (2009). *Promoción y educación para la Salud*. España: Diaz de Santos .
- Petit, M. L. (2015). *Slideplayer*.
- Piña, C. (2005). *Síndrome de Burnout y el Desempeño Laboral del Personal de*. Tesis inédita de Maestría en Administración de la Atención en Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México .
- Psicoactiva. (s.f.). *Blog Psicoactiva*. Obtenido de <https://www.psicoactiva.com/blog/diferencia-entre-estres-eustres-y-distres/>
- Sanchez Zorrilla, R. J. (2016). *El Síndrome de Burnout en los empleados del Banco Mnercantil Santa Cruz – Agencia Camacho*. La Paz, Bolivia.
- SedesLaPaz. (2018). *Sedes La Paz*. Obtenido de Site Sedes La Paz: <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sites/default/files/HISTORIA%20CLÍNICAS.pdf>
- (2017). *Síndrome de Burnout y Rendimiento Laboral en enfermeras de la Caja Petrolera de Salud de la Ciudad de La Paz*. Tesis de Grado , Universidad Mayor de San Andres , La Paz , La Paz.
- Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout, consecuencias, evaluación y prevención. (2000). *Instituto de Seguridad e Higiene en el trabajo*.
- Teran Romero, C. A. (2017). *Síndrome de Burnout y rendimiento laboral en enfermeras de la Caja Petrolera de Salud de la Ciudad de La Paz*. Tesis de Grado , Universidad Mayor de San Andres , La Paz .
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: Una mirada del Síndrome dle Burnout*. Buenos Aires , Argentina : Espacio.
- Valdivia Vargas, A. (2013). *El estrés laboral y su impacto en el desempeño laboral en los trabajadores de la UMSA*. Tesis de grado , Universidad Mayor de San Andres , La Paz .
- Vallejo Chavez, L. M. (2016). *Gestión del Talento Humano*. Ecuador: ESPOCH.
- Vallejo Chavez, L. M. (2016). *Gestión del Talento Humano* . Ecuador: ESPOCH.



Wayne Mondy, R. (2010). *Administracion de Recursos Humanos* (11° ed.). Mexico :
Pearson .



ANEXOS

Anexo 1 – Test Maslach Burnout

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY		Nunca	Muy rara vez al año	En algunas ocasiones al año	En bastantes ocasiones al año	Frecuentemente al año	Casi cada día	Cada día
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8	Siento que mi trabajo me está desgastando							
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10	Siento que me he hecho más duro con la gente							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							



13	Me siento frustrado en mi trabajo							
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas							



Anexo 2 – Nursing Stress Scale

NURSING STRESS SCALE		Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo				
2	Recibir críticas de un médico				
3	Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes				
4	Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora				
5	Problemas con un supervisor				
6	Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana				
7	No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio				
8	La muerte de un paciente				
9	Problemas con uno o varios médicos				
10	Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente				
11	No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
12	Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha				
13	El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo				
14	Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente				
15	Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente				



16	No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc.)				
17	Recibir información insuficiente del médico acerca del estado clínico de un paciente				
18	No disponer de una contestación satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente				
19	Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible				
20	Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal				
21	Ver a un paciente sufrir				
22	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios				
23	Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente al paciente				
24	Recibir críticas de un supervisor				
25	Personal y turno imprevisible				
26	El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente				
27	Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej.: tareas administrativas)				
28	No tener tiempo suficiente para dar apoyo emocional al paciente				
29	Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio				
30	No tener tiempo suficiente para realizar todas mis tareas de enfermería				
31	El médico no está presente en una urgencia médica				
32	No saber que se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento				
33	No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado				
34	Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio				



Anexo 3 – Test Clima Organizacional

			ENCUESTA CLIMA LABORAL	Nunca	Alguna vez	casi siempre
Colaboración	1	1	Cuando ingresé en a la Unidad de Emergencias me sentí bienvenido			
	2	2	Cuento con la colaboración de las personas de otras unidades			
	3	3	Considero que existe un buen ambiente de trabajo			
	4	4	Cuento con la colaboración de mis compañeros de la Unidad			
Comunicación	5	1	Los comunicados internos me proporcionan información útil			
	6	2	Tengo disponible información sobre los insumos médicos de la Unidad			
	7	3	Cuando ingresé en la Unidad de Emergencia recibí suficiente información sobre la misma			
	8	4	La comunicación interna en la Unidad de Emergencia es una actividad permanente y planificada			
	9	5	La comunicación sobre los resultados en la Unidad de Emergencia es clara y transparente			
Condiciones de Trabajo	10		La Unidad de Emergencia cumple las normas de Seguridad y Salud en el trabajo de manera diferencial			
	11	1	Dispongo de los materiales y recursos necesarios para realizar mi trabajo			
	12	2	Las condiciones de espacio, ruido, temperatura, iluminación, etc. me permiten desempeñar mi trabajo con normalidad			
Carrera Profesional	13	1	Considero adecuados los criterios de evaluación de mi desempeño en la Unidad de Emergencias			
	14	2	Tengo autonomía para llevar a cabo mi trabajo			
	15	3	Tengo disponible información sobre los puestos vacantes en el Hospital de Clínicas			
	16	4	Al asumir una nueva posición en la Unidad de Emergencias, mi responsable me informa de manera clara sobre las funciones y responsabilidades del puesto de trabajo			
	17	5	Creo que tengo la oportunidad de desarrollarme profesionalmente en la Unidad de Emergencia			
Formación	18	1	Recibo formación para actualizar los conocimientos de mi trabajo			



	19	2	Los planes de formación de la Unidad de Emergencia se adecuan a mis necesidades de desarrollo profesional en la Compañía			
Liderazgo	20	1	Mantengo una buena relación con mi responsable			
	21		Mi responsable se preocupa por conocer mis necesidades e intereses			
	22	2	Mi responsable escucha mis opiniones y me hace partícipe de las decisiones			
	23	3	Puedo tomar decisiones propias sin necesidad de consultar con mi jefe			
	24	4	Mi responsable respeta las diferencias de cultura, sexo, religión			
	25	5	Mi responsable me trata justamente y evita cualquier tipo de favoritismos			
	26	6	Mi responsable me felicita cuando realizo bien mi trabajo			
	27	7	Mi responsable es un referente en la Compañía			
	28	8	Mi responsable se preocupa por conocer mis necesidades e intereses			
	29	9	Mi responsable se preocupa por transmitir los valores, misión y objetivos de la Unidad			
	30	10	Mi responsable hace un seguimiento de mi Plan de Desarrollo Individual			
	31	11	Mi responsable me proporciona periódicamente información sobre mi desempeño			
	32	12	Mi responsable se preocupa por mantener un buen clima en el equipo			
33	13	Mi responsable es claro y específico cuando define mis objetivos de trabajo o los de la unidad				
Orientación al cliente	34	1	He hablado a familiares y amigos sobre las ventajas de los servicios del Hospital de Clínicas			
	35	2	Estoy dispuesto a realizar un esfuerzo extra para satisfacer a los pacientes			
	36	3	Los procesos y procedimientos de trabajo me orientan hacia la buena atención de mis pacientes			
Percepción de los servicios centrales	37	1	Recibo la ayuda que necesito del departamento de RRHH			
	38	2	Recibo la ayuda que necesito del departamento de Informática			
	39	4	Recibo la ayuda que necesito del departamento Jurídico			
Satisfacción en el puesto de trabajo	40	1	Conozco como mi trabajo contribuye a conseguir los resultados de la unidad			
	41	2	Tengo la información que necesito para realizar mi trabajo con excelencia			



	42	3	Tengo claro cuáles son mis tareas y responsabilidades			
	43	4	Mi trabajo me ofrece retos y la oportunidad de seguir mejorando			
	44	5	Mi trabajo es reconocido y valorado			
	45	6	Tengo la oportunidad de proponer nuevos proyectos o nuevas formas de realizar el trabajo			
	46	7	Mi capacidad profesional está de acuerdo a las tareas y responsabilidades asignadas			
Cuestiones generales	47	1	Actualmente estoy satisfecho con mi trabajo			
	48	2	Pienso que la Unidad de Emergencia es un buen lugar para trabajar y me gustaría continuar trabajando aquí			
	49	3	Recomiendo EL Hospital de Clínicas como un lugar donde trabajar			
	50	4	Las personas con las que me relaciono en la Unidad de Emergencia actúan con respeto y de manera ética			
	51	5	Desde mi entrada en el Hospital, pienso que la Unidad de Emergencia se ha ido transformando en un lugar mejor para trabajar			
	52	6	Me siento orgulloso de trabajar para el Hospital de Clínicas			



Anexo 4 – Cuestionario Socio epidemiológico

SEXO							
Femenino		<input type="radio"/>	Masculino		<input type="radio"/>		
PROFESIÓN							
Médico cirujano	<input type="radio"/>	Médico Clínico	<input type="radio"/>	Internos	<input type="radio"/>	Residentes	<input type="radio"/>
Enfermeras	<input type="radio"/>	Camilleros	<input type="radio"/>	Docente	<input type="radio"/>	Otros	<input type="radio"/>
EDAD							
21 – 30	<input type="radio"/>	31 – 40	<input type="radio"/>	41 – 59	<input type="radio"/>	59 o mayor	<input type="radio"/>
ESTADO CIVIL							
Solter@	<input type="radio"/>	Casad@	<input type="radio"/>	Divorciad@	<input type="radio"/>	Separad@	<input type="radio"/>
		Viud@	<input type="radio"/>				
SITUACIÓN LABORAL							
		Medio Tiempo	<input type="radio"/>	Tiempo Completo	<input type="radio"/>		
TIEMPO TRABAJANDO							
1 a 5 años	<input type="radio"/>	6 a 11 años	<input type="radio"/>	12 a 17 años	<input type="radio"/>	17 o más años	<input type="radio"/>
NÚMERO DE EMPLEOS							
1	<input type="radio"/>	2 a 3	<input type="radio"/>	4 o más	<input type="radio"/>		
HORAS DE TRABAJO							
3 o menos	<input type="radio"/>	4 a 6 horas	<input type="radio"/>	7 a 10 horas	<input type="radio"/>	10 o más	<input type="radio"/>
INGRESOS TOTALES							
Menos de Bs. 1000	<input type="radio"/>	1001 a 2500 Bs.	<input type="radio"/>	2501 a 3500 Bs.	<input type="radio"/>	3501 a 4000 Bs.	<input type="radio"/>
		4000 o mas	<input type="radio"/>				



Anexo 5 – Entrevista Dr. Oscar Romero Ayllon

La siguiente entrevista fue realizada al Dr. Oscar Romero Ayllon – Jefe Unidad de Emergencias del Hospital de Clínicas de la Ciudad de La Paz.

ENTREVISTA

1. ¿Cuál fue el motivo para elegir la profesión médica y la especialidad que tiene?

Primero el servicio a la humanidad, desde muy niño he visto que mucha gente, mucha gente, muere sin recursos, sin una buena prestación de salud, sin un buen sistema, ha pero ese tiempo yo no me daba cuenta que había un sistema, que tipos de prestación de salud había, solo veía problemas negativos en la salud, desde muy chiquitito, desde muy chiquitito he estado poniéndome barbijo, gorro de cirujano, porque quería ser cirujano siempre, eso han visto mis padres y me han impulsado, me han ayudado tanto que he ingresado a la facultad en un examen de ingreso y he empezado a trabajar a pesar de que yo ni siquiera tenía el contacto con un cadáver, mis compañeros me han llevado, esta es una anécdota, mis compañeros me han llevado a la morgue, al anfiteatro, de la facultad y he visto un cadáver, a penas verlo he escapado, he corrido como una respuesta al miedo, al huir de ahí, lo que representaba un cadáver, pero si, siendo esto anécdota, porque, porque cuando he entrado a la facultad, yo era el que tenía mi cadáver propio para la disección, yo comía apoyado en mi cadáver, entonces sentía mucha pasión, mucho amor por la medicina, por tratar de saber más, más, cada vez más, he estado en la facultad, he egresado, he conseguido una beca para hacer residencia en el exterior, he estado en México, he hecho en México mi residencia, he hecho muchos cursos en toda Latinoamérica y creo, creo, que a pesar de tantas cosas que hecho en mi vida, todavía no



he llegado a completar que el paciente tenga una atención satisfactoria, ¿porque? Porque hay muchos medios, o sea, los medios no son tuyos, los medios de repente de los tuyos son la atención, son el cariño, son el buen trato, son trato diligente al paciente, el comprometerse con su patología, pero no sirve de nada cuando te comprometes y no tienes estudios complementarios, el paciente no cuenta con recursos económicos para conseguir otros estudios, se dilata todo esto, al final esa patología que debía ser diagnosticada en 24 horas en menos de 24 horas. Se dilata días, meses, el paciente se cansa, no tiene recursos, solicita su alta, y probablemente va a morir en su casa, esa es una de las realidades, la que todavía no hemos mejorado, ojala algún día tengamos todos los medios ya lo vamos a hacer, afortunadamente el banco mundial nos va a construir una Unidad de Urgencias moderna, que quiero que sea, yo como jefe de urgencias, quiero que se la primera Unidad de Latinoamérica en atención a pacientes de emergencia, ojala que tengamos todos los exámenes complementarios aquí en el servicio, nos han prometido desde la tomografía, la ecografía, la radiografía, laboratorio, el quirófano, la terapia, ósea ya listo para determinar inmediatamente la patología del paciente y tomar medidas quirúrgicas o médicas.

2. ¿Qué satisfacciones le deja su trabajo al terminar una jornada laboral?

A veces de sentimientos encontrados, porque en algunas oportunidades en el turno no hemos podido cumplir con lo que nos hemos trazado y a veces de mucha satisfacción porque pacientes que han llegado casi muertos, los hemos reanimado, los hemos revivido, si vale el término, que no es lo correcto, los hemos reanimado, y han permanecido para presentarlos en la siguiente guardia, como pacientes vivos, esa es la satisfacción más grande porque también hay que considerar, ¿porque esa satisfacción es importante?,



porque el paciente se ha dejado mucho tiempo su patología, característica de nuestra idiosincrasia, de nuestra sociedad, hasta el final, hasta cuando su patología esta al último recién acude al médico. Salgo satisfecho cuando hemos hecho una actividad de estas y afortunadamente tenemos personal capacitado en la Unidad de Urgencias con nuestros residentes de emergentología que ha sido una creación también de nuestra gestión en la que estos residentes tienen mucha capacidad nuestros pacientes salen mucho más rápidos, yo creo que sentimientos encontrados es la respuesta.

3. ¿Considera existe un equilibrio entre su vida profesional y personal?

No, no hay equilibrio, porque le dedico más aquí, al hospital, mi vida está en el hospital, y en mi casa no, prueba de ello es que mi esposa me dice: ya pues es hora de venir, a qué hora vas a venir, pero es que tengo esto, tengo el otro, pero tu horario de trabajo es tal, y eso es cierto, le dedico muchísimo más al hospital, hay un desequilibrio.

4. ¿Sabe lo que es el Burnout y su incidencia en su profesión?

Bueno, nosotros estamos sometidos al Burnout, si este es un estudio del estrés crónico, una evaluación crónica, todas las personas o profesionales en Salud como es el caso del Hospital de Clínicas estamos sometidos a aquello, y es acumulativo quienes tienen más años por ejemplo de trabajo 20, 30 años de trabajo, la respuesta al entorno, la respuesta al paciente, la respuesta al familiar siempre ha sido adversa, es decir, negativa, porque no hay una respuesta de mejorar la relación interpersonal con el paciente al revés, la recriminación, el grito, el aislarse de repente de ese paciente porque no ha cumplido con el tratamiento indicado, porque no vino cuando se le ha solicitado, porque se ha dejado, se abandona, el paciente no tiene acogida otra vez con el médico o con el tratante y esto



es sumatorio, con tantos años de trabajo que tiene 20 o 30 años, esta sumatorio da un resultado, cuyo resultado es el estrés que se está hablando en el trabajo de ustedes.

5. Basado en el modelo Tridimensional que propone el test de Maslach Burnout, cual considera que tiene más prevalencia en su vida profesional:

- a. Cansancio Emocional
- b. Despersonalización
- c. Realización Personal

Desde mi punto de vista la **Realización Personal** no existe, porque no hemos sentado las bases como para que nuestro personal, así como existen otras instituciones la premiación al personal de ser el trabajador del mes, darle cursos, darle capacitación, no hemos hecho nunca aquello, esa es una cosa que no hay la Realización Personal, como trabajador.

En cuanto al **Cansancio Emocional**, estamos sometidos a tanto estrés nosotros de poder satisfacer las necesidades de los pacientes y los familiares a tanta exigencia de ellos, que nosotros en algún momento tiramos la toalla, no podemos con el cansancio emocional, no podemos, porque este paciente no hace, porque no tengo los medios y no puedo hacer más y el paciente está exigiendo.

En cuando se refiere a la **Despersonalización**, yo creo que no hay en si una despersonalización tacita, especifica, lo que pasa es que tanto el personal de enfermería como el personal médico, se transforma porque no hay respuesta, no hay medios para responder, entonces se transforma, no hay una **despersonalización**, que quisiéramos decir yo soy médico, yo soy el que tiene la palabra y yo soy el único que tiene la razón, entonces usted hace aquello..., no considero aquello. No vi aquello, porque yo no pueda hacer algo



correee, lo que vi es levantar la voz, es gritar, es llamar a gritos a su personal, para que se pueda conseguir alguna determinación, obviamente no es el camino, pero es lo que más he visto en la despersonalización del personal.

6. Basado en el modelo que propone la Nursing Stress Scale, cual considera que tiene más prevalencia en la vida del personal de enfermería a su cargo:
 - a. Eficiencia laboral
 - b. Muerte o Sufrimiento
 - c. Relación Profesional
 - d. Interacción Emocional

La más relevante es la *Eficiencia Laboral*, son muy buenas personas muy eficientes, siempre les choca la *Muerte o Sufrimiento*, de los pacientes que no podamos hacer nada por ellos, yo creo que lo más importante es la *Relación Profesional*, hay una buena relación profesional, porque hay estigmas en cada uno de ellos, de que no cumple su trabajo, de que no hace esto, de que ella debería hacer en su turno, esto no se ha cumplido, no se ha hecho y por qué, entonces en ese sentido podemos evaluar.



Anexo 6 – Ley 3131 Ejercicio Profesional Médico en Bolivia

LEY N° 3131
LEY DE 8 DE AGOSTO DE 2005
EDUARDO RODRIGUEZ VOLTZE
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Por cuanto, el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente Ley:

EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL,
DECRETA:
LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL MÉDICO

CAPITULO I
OBJETO Y AMBITO DE APLICACION

ARTICULO 1. (Objeto de la Ley). La presente Ley tiene por objeto regular el Ejercicio Profesional Médico en Bolivia.

ARTICULO 2. (Ámbito de Aplicación). La presente Ley se aplicará en el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores: Público; Seguridad Social; Privado sin fines de lucro y Privado con fines de lucro, legalmente autorizados.

CAPITULO II
PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

ARTICULO 3. (Principios).

- a. La profesión médica está consagrada a la defensa de la vida, cuidado de la salud integral de la persona, familia y comunidad.
- b. El médico ejerce una labor en el marco de la probabilidad de toda ciencia para obtener resultados probables.
- c. El médico en el ejercicio de su profesión actuará con autonomía e independencia, guiado por normas y protocolos vigentes.
- d) En el ejercicio profesional médico, inclusive en la enseñanza de la medicina, el secreto médico es inviolable salvo las excepciones previstas en la presente Ley.

ARTICULO 4. (Definiciones).

ACTO MÉDICO: Toda intervención profesional del médico respaldado por protocolos y normativa vigente con calidad y calidez humana.

GESTION DE CALIDAD: Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico.

IATROGENIA: Resultado inesperado de la aplicación de técnicas y fármacos.

IDIOSINCRASIA: Resultado no previsible de la aplicación de fármacos, dependiente de factores propios de la persona.



INSTITUCIONALIZACIÓN: Procedimiento administrativo obligatorio para el ingreso y promoción de los médicos en condición de dependientes, mediante concurso de méritos y examen de competencia.

MÉDICO GENERAL: Profesional médico que, habiendo realizado estudios superiores en universidades legalmente reconocidas, cuenta con Diploma Académico y Título en Provisión Nacional, expedidos por autoridades competentes.

MÉDICO RESIDENTE: Profesional médico en formación de una especialidad, sujeto a un régimen de trabajo y actividad académica especial.

MÉDICO ESPECIALISTA: Profesional médico que ha culminado sus estudios de especialización en una de las ramas de la medicina reconocidos por el Ministerio del área de Salud y acreditados por el Colegio Médico de Bolivia.

PERITAJE: Es la evaluación médico científica y técnica de las condicionantes relacionadas con un hecho cuestionado, realizado por médicos reconocidos y designados por autoridad competente.

SECRETO MÉDICO: Toda información identificada durante el acto médico sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, su tratamiento y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, inclusive después de su muerte, para salvaguarda de la dignidad del paciente.

CAPITULO III ORGANIZACIONES MEDICAS

ARTICULO 5. (Entidad Colegiada). El Colegio Médico de Bolivia es la máxima entidad organizacional, científica, gremial y de perfeccionamiento profesional del cuerpo médico, se rige por la Constitución Política del Estado, las Leyes de la República, sus Estatutos y Reglamentos.

ARTICULO 6. (Supervisión y Control). El Ministerio del área de Salud es el responsable de la supervisión y control del ejercicio profesional médico en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia.

CAPITULO IV DEL EJERCICIO MÉDICO Y LAS FUNCIONES

ARTICULO 7. (Matrícula Profesional). Para el ejercicio profesional, el médico debe estar matriculado en el Ministerio del área de Salud.

ARTICULO 8. (Funciones del Ejercicio Profesional). El ejercicio profesional médico tiene como funciones:

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Promoción de la salud. | c. Recuperación de la salud. |
| b. Prevención de la enfermedad. | d. Rehabilitación del paciente. |

ARTICULO 9. (Actividades Relacionadas). Las siguientes actividades están relacionadas con el ejercicio profesional:

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| a. Medicina Forense, | c. Auditoria Médica, y; |
| b. Peritaje, | d. Otras de igual naturaleza. |

ARTICULO 10. (Documentos Médicos Oficiales). Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de uso exclusivo del médico, siendo los siguientes:



- a. Expediente médico.
- b. Historia clínica.
- c. Consentimiento informado.
- d. Informes de procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- e. Certificado médico.
- f. Informes médicos.
- g. Certificado de mortinato.
- h. Certificado de nacido vivo.
- i. Certificado de defunción.
- j. Protocolo de autopsia.
- k. Informe pericial.
- l. Hoja anestésica.
- m. Interconsultas.
- n. Descripción del procedimiento quirúrgico.
- o. Epicrisis.
- p. Transferencias.
- q. Informes médico legales.
- r. Recetas médicas.

CAPITULO V DERECHOS Y DEBERES DEL MÉDICO

ARTICULO 11. (Derechos del Médico). Todo médico tiene derecho a:

- a. Una remuneración justa.
- b. Un trato digno del paciente, los familiares de éste y la comunidad.
- c. Trabajar en condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones.
- d. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones.
- e. Que se respete su criterio médico, diagnóstico y terapéutico y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y protocolos vigentes.
- f. Recibir capacitación y actualización de su institución.

ARTICULO 12. (Deberes del Médico). Son deberes del profesional médico:

- a. Cumplir con los principios éticos de la Declaración de Ginebra, aprobados por la Asociación Médica Mundial.
- b. Estar inscrito en el Colegio Médico de Bolivia.
- c. Colaborar a las autoridades del Sistema Nacional de Salud en caso de epidemias, desastres y emergencias.
- d. Respetar el consentimiento expreso del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado.
- e. Guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud.
- f. En caso de urgencia ningún médico, centro de salud, Hospital o clínica podrá negar su atención básica.
- g. Brindar atención cuando una persona se encuentre en peligro inminente de muerte aún sin el consentimiento expreso.
- h. Otorgar los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin distinción alguna y sin más limitaciones que las señaladas por Ley.
- i. Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico.
- j. Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.



- k. Guardar el secreto médico, aunque haya cesado la prestación de sus servicios.
- l) Capacitación médica continua, para ello deberán someterse a los programas de capacitación y actualización periódica de conocimientos que definirá el Estado boliviano en forma obligatoria.

CAPITULO VI DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

ARTICULO 13. (Derechos del Paciente). Todo paciente tiene derecho a:

- a. Recibir atención médica humanizada y de calidad.
- b. La dignidad como ser humano y el respeto a sus creencias y valores étnicos culturales.
- c. La confidencialidad.
- d. Secreto médico.
- e. Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente.
- f. Libre elección de su médico, de acuerdo a disponibilidad institucional.
- g. Reclamar y denunciar si considera que sus derechos humanos han sido vulnerados durante la atención médica.
- h. Disponer de un horario y tiempo suficiente para una adecuada atención.
- i. Respeto a su intimidad.
- j. Trato justo y equitativo sin desmedro de su condición socioeconómica, étnico cultural, de género y generacional.
- k. Solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.
- l. Negarse a participar en investigaciones o enseñanza de la medicina, salvo en situaciones que la Ley establece.
- m. Apoyar a la práctica médica como voluntarios en el tratamiento de enfermedades graves y ayudar a su rehabilitación.

ARTICULO 14. (Deberes del Paciente). Todo paciente tiene deber de:

- a. Trato digno y respetuoso a su médico.
- b. Cumplir oportuna y disciplinadamente las prescripciones e indicaciones médicas.
- c. Comunicar de manera veraz y completa sus antecedentes de salud, personales y familiares.

CAPITULO VII AUDITORIA MEDICA

ARTICULO 15. (Auditoría Médica). La auditoría médica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen, informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de los servicios de salud.

ARTICULO 16. (Auditores Acreditados). La auditoría médica será realizada exclusivamente por profesionales médicos debidamente acreditados como auditores médicos por el Ministerio del área de Salud en coordinación con el Colegio Médico de Bolivia, con el apoyo de otros profesionales en determinadas circunstancias.



ARTICULO 17. (Revelación del Secreto Médico). Se exceptúa y se exime al médico, de guardar el secreto médico en los siguientes casos:

- a. Cuando el paciente o su responsable legal autoriza expresamente al médico a revelarlo.
- b. Cuando actúa en el desempeño de sus funciones como médico forense a requerimiento de autoridad competente.
- c. Cuando se trate de casos de enfermedad notificable.
- d. Cuando la salud de la familia y la comunidad se encuentren en riesgo inminente.
- e. En caso de menores de edad los padres, parientes o responsables de los mismos no podrán dar a conocer la información sobre su estado médico salvo para dar cumplimiento a lo establecido en la normativa legal.
- f. Cuando la Ley disponga expresamente.

CAPITULO VIII **CONCILIACION Y ARBITRAJE MÉDICO**

ARTICULO 18. Se crea el Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje que regula la relación de conflicto médico – paciente ocupándose de sus controversias, debiendo ser reglamentado por Decreto Supremo en su estructura y funcionamiento.

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO UNICO. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley, con la participación del Colegio Médico de Bolivia, en el plazo no mayor a 60 días a la fecha de su publicación.

Remítase al Poder Ejecutivo, para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones del Honorable Congreso Nacional, a los diecinueve días del mes de julio de dos mil cinco años.

Fdo. Hormando Vaca Díez Vaca Díez, Mario Cossío Cortez, Juan Luis Choque Armijo, Gonzalo Chirveches Ledezma, Erick Reyes Villa B., Ernesto Poppe Murillo.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley de la República

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los ocho días del mes de agosto de dos mil cinco años.

FDO. EDUARDO RODRIGUEZ VELTZE, Iván Avilés Mantilla, Alvaro Muñoz Reyes Navarro

SUSCRIPCION OBLIGATORIA

DECRETO SUPREMO N° 690

03 DE NOVIEMBRE DE 2010.– Dispone la suscripción obligatoria, sin excepción alguna, de todas las entidades del sector público que conforman la estructura organizativa del Órgano Ejecutivo, así como de entidades y empresas públicas que se encuentran bajo su dependencia o tuición, a la Gaceta Oficial de Bolivia, dependiente del Ministerio de la Presidencia, para la obtención física de Leyes, Decretos y Resoluciones Supremas.



Anexo 3 – Ley 1152 “Hacia un Sistema Único Universal y Gratuito”

**LEY N° 1152
LEY DE 20 DE FEBRERO DE 2019**

**EVO MORALES AYMA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA**

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

DECRETA:

**LEY MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013,
DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL
DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA,
MODIFICADA POR LEY N° 1069 DE 28 DE MAYO DE 2018**

“HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO”

ARTÍCULO 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

ARTÍCULO 2. (MODIFICACIONES).

I. Se modifica el numeral 2 del Artículo 1 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

“2. Establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada.”

II. Se modifica el Artículo 2 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS). La presente Ley se rige por los siguientes principios:



1. Eficacia. Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad con estos servicios.
2. Equidad. Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades.
3. Gratuidad. La atención en salud es otorgada sin ningún pago directo de los usuarios en el lugar y momento de la atención.
4. Integralidad. Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación.
5. Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: biomédica, indígena originaria campesina y otras, a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.
6. Intraculturalidad. Es la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos con respecto a la salud.
7. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afecten o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas.
8. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que pudiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños.
9. Preeminencia de las Personas. Es la prioridad que se da al bienestar y a la dignidad de las personas y comunidades sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.
10. Progresividad. Es la implementación gradual y progresiva de los servicios de salud que se prestan en el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.
11. Solidaridad. Es la concepción de la comunidad boliviana arraigada y unida, como una sola familia, expresada permanentemente en la mutua cooperación y complementación entre las personas, géneros y generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, para alcanzar el ejercicio universal del derecho a la salud y el Vivir Bien.



12. Universalidad. Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.

13. Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud. Es prioridad del Estado asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias adecuadas, eficaces, seguras y de calidad, prescritos, dispensados y utilizados correcta y racionalmente, contemplando la medicina tradicional ancestral boliviana.”

III. Se modifica el Artículo 3 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES). A efectos de la aplicación e interpretación de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones:

1. Cuarto Nivel de Atención en Salud. Es la red de institutos de salud encargados de ofrecer la más alta tecnología disponible para resolver los problemas de salud que los niveles inferiores le refieren y generar nuevo conocimiento que alimente el desarrollo del sistema de atención sanitaria en su conjunto.

2. Equipo Móvil de Salud. Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud que realiza atención en lugares alejados o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud.

3. Fragmentación en Salud. Significa que los diferentes elementos del sistema de salud no se articulan ni coordinan entre sí, provocando superposiciones, vacíos e ineficiencia.

4. Infraestructura Sanitaria. Se refiere a la infraestructura física de establecimientos de salud para la atención de la población.

5. Longitudinalidad. Es la relación interpersonal de largo aliento que el médico o el equipo de salud establece con la persona, su familia y su comunidad, coordinando y resolviendo la atención de todos los problemas de salud a lo largo del ciclo de vida, promoviendo una vida sana y económicamente productiva.

6. Modelo de Atención en Salud. Es la forma como se organiza el proceso de atención integral en salud de toda la población boliviana, para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

7. Primer Nivel de Atención en Salud. Es el conjunto de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza, sobre todo, actividades de promoción de la salud



y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.

8. Segundo Nivel de Atención en Salud. Es la red de hospitales que ofrece servicios en, al menos, las especialidades básicas de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, que dan atención a la mayoría de los casos que requieren hospitalización o atención especializada que el primer nivel no puede ofrecer. También realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pudiendo contar con otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local.

9. Segmentación en Salud. Significa que distintos grupos de población, de acuerdo a su condición social, económica y laboral, tienen acceso diferente a servicios de salud, de distintas calidades, con gestores y financiadores también diferentes, conduciendo a la inequidad.

10. Tercer Nivel de Atención en Salud. Es la red de hospitales, generales o especializados, con alta capacidad resolutive y tecnológica cuyos servicios de salud que por su complejidad, no se pueden atender eficientemente en la red de establecimientos de primer y segundo nivel, y que requieren recursos humanos, estructurales o tecnológicos específicos.

11. Productos en Salud. Es el conjunto de servicios individuales de salud (Prestaciones de Salud) que hacen parte de la atención sanitaria y que se relacionan entre sí alrededor del diagnóstico principal que caracteriza a cada caso. Se constituyen en instrumentos para la planificación, control y financiamiento de la atención en salud.

12. Referencia. Es el proceso por el cual un paciente es derivado desde un establecimiento de salud a otro con mayor capacidad resolutive para que se le otorgue servicios necesarios de diagnóstico y/o tratamiento, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.

13. Contrarreferencia. Es el proceso por el cual un paciente es obligatoriamente derivado desde el establecimiento de mayor complejidad al establecimiento de salud de primer nivel de atención donde está adscrito en cuanto le fueron otorgados los servicios de diagnóstico y/o tratamiento que necesitaba, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.”

IV. Se modifica el Artículo 4 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las Entidades Territoriales Autónomas y las entidades del Subsector Público de Salud.”



V. Se modifica el nombre del Capítulo II y el Artículo 5 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo I del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

CAPÍTULO II
BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRODUCTOS, PRESTACIONES
Y ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD”

ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIOS).

I. Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:

a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.

b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.

c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;
2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;
3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;
5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

II. Los servicios de salud ofertados por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, se otorgarán de manera coordinada y complementaria.”

VI. Se modifica el Artículo 6 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:



ARTÍCULO 6. (ATENCIÓN EN SALUD). La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud.”

VII. Se modifica el Artículo 7 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo II del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 7. (ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD).

I. El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías:

a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito;

b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención;

c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención;

d) El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención;

e) Los servicios públicos de salud se encuentran obligados a brindar atención preferente en la prestación de servicios y en los trámites administrativos a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa, a: mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros de Pueblos Indígena Originario Campesinos, comunidades interculturales y afrobolivianas;

f) El Ministerio de Salud regulará el sistema de referencia y contrarreferencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los establecimientos de salud más adecuados para cada caso.

II. Se exceptúa de lo establecido en el Parágrafo precedente, los casos de emergencia que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.

III. El Ministerio de Salud reglamentará todos los procesos para el acceso de la población a la atención universal y gratuita.”



VIII. Se modifica el Artículo 9 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 9. (FONDOS DEL TESORO GENERAL DE LA NACIÓN).

I. El Tesoro General de la Nación financiará los Recursos Humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud.

II. El financiamiento de los Productos en Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional.”

IX. Se modifica el Artículo 10 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo III del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 10. (FONDOS DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES E INDÍGENA ORIGINARIOS CAMPESINOS).

I. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH.

II. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, a fin de garantizar el acceso a la salud de su población en el primer y segundo nivel de atención, destinarán un porcentaje mayor al quince punto cinco por ciento (15.5%) señalado en el Parágrafo anterior u otros recursos adicionales, cuando el mismo sea insuficiente.

III. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios.

IV. Cumplido lo establecido en el Parágrafo precedente y en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”, serán reprogramados para las atenciones de salud de la siguiente gestión o podrán ser utilizados en el siguiente orden de prioridades, para el fortalecimiento de equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de Recursos Humanos de los establecimientos de salud.



V. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos administrarán estos recursos mediante una cuenta corriente fiscal específica, denominada “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”.

VI. El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos, según reglamentación específica emanada por el Ministerio de Salud.

VII. El presupuesto para establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, se realizará con base en la programación de servicios curativos enmarcados en los Productos en Salud definidos por el Ministerio de Salud.

VIII. Se establecen los cobros y pagos intermunicipales en salud con fondos de la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita” para garantizar el financiamiento de la atención en salud de la población adscrita.

IX. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, tienen la obligación de realizar el pago por los Productos en Salud otorgados a su población beneficiaria en establecimientos de salud de otros Municipios, en un plazo de veinte (20) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso realizada por los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinos.

X. En caso de incumplimiento de lo establecido en los Parágrafos VIII y IX del presente Artículo, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, efectuar el Débito Automático u Orden de Pago; a este fin, el Ministerio de Salud emitirá un informe técnico y legal de manera previa al débito.

La ejecución del Débito Automático u Orden de Pago a las cuentas de salud universal y gratuita, podrá efectivizarse cuando la obligación tenga como objeto la realización de pagos intermunicipales en salud.

XI. El plazo máximo de presentación de solicitudes de pago de deudas intermunicipales de una gestión fiscal, será hasta el treinta y uno (31) de enero de la siguiente gestión; de no hacerlo, la entidad acreedora deberá asumir las obligaciones financieras con sus recursos.

XII. El nivel central del Estado pagará a los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos por Productos en Salud de Tercer Nivel de Atención brindados por establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, sujeto a Reglamentación específica del Ministerio de Salud.

XIII. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, pagarán por los productos en salud otorgados en el Tercer Nivel de Atención, cuando se trate de



casos cuya referencia no esté justificada, de acuerdo a Reglamentación específica del Ministerio de Salud.”

X. Se modifica el Artículo 14 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 14. (FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES

EXTRAORDINARIAS DE SALUD). Las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus competencias y responsabilidades en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales de promoción, prevención y diagnóstico temprano de enfermedades de alta incidencia, prevalencia y/o alta carga, en el ámbito de su jurisdicción, para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de Salud.”

XI. Se incorpora el Capítulo VI en la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

**CAPÍTULO III
SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD
Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN**

ARTÍCULO 18. (SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD).

I. El Sistema Único de Información en Salud – SUIS, centralizará e integrará la información de todas las instituciones del Sector Salud en todos sus niveles de atención y gestión, y será administrado por el Ministerio de Salud.

II. Todas las entidades del Sistema Nacional de Salud están obligadas a proporcionar información en formato digital, interoperada y de manera oportuna al SUIS, conforme a Reglamentación.

ARTÍCULO 19. (LINEAMIENTOS).

I. El SUIS se desarrollará bajo los lineamientos de digitalización, interoperabilidad, gestión, administración y uso de tecnologías de información y comunicación, así como de simplificación y control de procesos y procedimientos de la Política Nacional de Gobierno Electrónico.

II. La estructura y funciones del SUIS serán establecidas de acuerdo a Reglamentación específica.



III. El Ministerio de Salud es responsable de coordinar el desarrollo e implementación del SUIS y elaborar su Reglamentación.

ARTÍCULO 20. (COMPONENTES DEL SUIS).

I. El SUIS permite, por medios digitales:

- a) La gestión integral de la salud en cuanto a registro de todos los componentes necesarios para la prestación de salud y la administración y asignación de recursos financieros;
- b) La gestión o integración de la información de los servicios clínicos y la gestión administrativa–financiera de los establecimientos de salud;
- c) La gestión del expediente clínico digital y carpeta familiar;
- d) La gestión y análisis de información de salud;
- e) Otros que sean establecidos por reglamentación específica.

II. El Ministerio de Salud emitirá los catálogos de datos para la integración de información de salud.

III. La Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías de Información y Comunicación – AGETIC, brindará asesoramiento y apoyo técnico para el desarrollo e implementación del SUIS.”

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA. El Ministerio de Salud realizará el seguimiento de la ejecución física y financiera de los recursos destinados para la implementación de la presente Ley, mismos que se financiarán al interior de su presupuesto institucional.

SEGUNDA. Para el cumplimiento del Artículo 133, inciso q), de la Ley General de Aduanas, aprobado mediante Ley N° 1990 de 28 de julio de 1999, la Aduana Nacional y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas priorizarán los procedimientos legales y administrativos para efectivizar la regularización de la importación de medicamentos, insumos y equipos médicos necesarios para la atención en salud.

Todas las observaciones efectuadas por la Aduana Nacional deben ser realizadas en conjunto y por única vez, en consideración de los plazos de regularización establecidos legalmente y en resguardo del derecho a la salud de la población.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS



PRIMERA. El Ministerio de Salud, de manera excepcional, podrá adquirir productos en salud específicos del Subsector Privado, hasta lograr el fortalecimiento del Subsector Público de Salud, conforme a Reglamentación específica.

SEGUNDA.

I. Se autoriza de manera excepcional al Ministerio de Salud y a las Entidades Territoriales Autónomas, durante las gestiones 2019, 2020 y 2021, a suscribir contratos adicionales con profesionales especializados en salud, que prestan servicios en establecimientos de salud del Subsector Público. La lista de especialidades médicas, será emitida mediante norma expresa del Ministerio de Salud.

II. Los contratos adicionales a ser suscritos, deberán considerar la prestación de servicios por medio tiempo, no pudiendo concurrir dos tiempos completos, y las normas básicas de contratación de bienes y servicios.

III. Los servicios profesionales previstos en la presente Disposición, no serán considerados como una actividad que genere doble percepción, ni son incompatibles con ninguna actividad pública o privada, independientemente de la carga horaria de trabajo.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. El nivel central del Estado podrá otorgar recursos financieros para garantizar la universalidad y gratuidad de los servicios de salud para la población beneficiaria de la presente ley en establecimientos de salud de Tercer Nivel, Segundo Nivel y Primer Nivel, en sujeción a Reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y a la suscripción de convenios intergubernativos entre el Ministerio de Salud y las Entidades Territoriales Autónomas correspondientes.

SEGUNDA. A efectos de implementación del SUIIS, el Ministerio de Salud, las Entidades Territoriales Autónomas y otras instancias de salud vinculadas a la prestación de servicios alcanzadas por la presente Ley, deben garantizar el equipamiento y conectividad necesarios para el uso pleno del sistema en todos los establecimientos públicos de salud a nivel nacional, así como otras instancias usuarias de la plataforma.

TERCERA. Todas las entidades públicas y del Sistema Nacional de Salud que resguarden información necesaria para la implementación y uso del SUIIS, deberán interoperar sus registros con éste a través de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado, en el marco de la Política Nacional de Gobierno Electrónico.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

ÚNICA. Se deroga el Artículo 12 y la Disposición Adicional Única de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.



Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los quince días del mes de febrero del año dos mil diecinueve.

Fdo. Adriana Salvatierra Arriaza, Víctor Ezequiel Borda Belzu, Omar Paúl Aguilar Condo, Eliana Mercier Herrera, Nelly Lenz Roso, Norman Lazarte Calizaya.

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Casa Grande del Pueblo de la ciudad de La Paz, a los veinte días del mes de febrero del año dos mil diecinueve.

FDO. EVO MORALES AYMA, Diego Pary Rodríguez, Juan Ramón Quintana Taborga, Carlos Gustavo Romero Bonifaz, Mariana Prado Noya, Luis Alberto Arce Catacora, Felix Cesar Navarro Miranda **MINISTRO DE MINERÍA Y METALURGIA E INTERINO DE HIDROCARBUROS**, Lilly Gabriela Montaña Viaña.

SUSCRIPCION OBLIGATORIA

DECRETO SUPREMO N° 690

03 DE NOVIEMBRE DE 2010 .– Dispone la suscripción obligatoria, sin excepción alguna, de todas las entidades del sector público que conforman la estructura organizativa del Organo Ejecutivo, así como de entidades y empresas públicas que se encuentran bajo su dependencia o tuición, a la Gaceta Oficial de Bolivia, dependiente del Ministerio de la Presidencia, para la obtención física de Leyes, Decretos y Resoluciones Supremas.



Anexo 74 – Tabulación General Nursing Stress Scale

CARGOS	Sexo		Edad				estado civil				Situación laboral		Tiempo trabajando			Numero de empleados			Horas de trabajo diario				Ingresos totales				Burnout				Burnout					
	Femenino	Masculino	21-30	31-40	41-59	59 mas	Soltero	Casado	Divorciado	Separado	Viudo	Medio tiempo	Tiempo Completo	1 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	17 o mas	1	2 a 3	4 o mas	3 o menos	4 a 6	7 a 10	10 o mas	Menos de 1000	1001 a 2500	2501 a 3500	3501 a 4000	4001 o mas	Eficiencia laboral	Fuente y sufrimiento	Relación Profesional	Interacción emocional	Eficiencia laboral	Fuente y sufrimiento	Relación Profesional
1 Enfermeras	1		1				1					1	1				1						1					1	17	8	7	3	31	15	13	5.6
2 Enfermeras	1			1			1					1	1				1				1							1	23	8	7	9	43	15	13	17
3 Enfermeras	1		1				1					1		1			1				1						1	12	3	3	3	22	5.6	5.6	5.6	
4 Enfermeras	1			1			1				1			1				1			1						1	5	6	6	2	9.3	11	11	3.7	
5 Auxiliar		1	1				1				1		1				1					1		1				25	9	7	9	46	17	13	17	
6 Auxiliar	1		1				1				1		1				1				1			1				9	5	9	7	17	9.3	17	13	
7 Auxiliar		1	1				1				1		1				1				1			1				18	6	4	8	33	11	7.4	15	
8 Auxiliar	1			1			1				1		1				1			1				1				13	5	5	4	24	9.3	9.3	7.4	
9 Auxiliar	1		1				1				1		1				1			1					1			33	10	9	1	61	19	17	1.9	
TOTAL	7	2	6	3	0	0	6	3	0	0	6	3	7	1	1	7	2	0	1	5	2	1	2	2	1	3	1	155	60	57	46	287	111	106	85	



Anexo 85 – Tabulación General Test Maslach Burnout

	CARGOS	Sexo		Edad				estado civil				Situación laboral		Tiempo trabajando			Numero de empleos			Horas de trabajo diario			Ingresos totales					Burnout			Burnout			
		Femenino	Masculino	21-30	31-40	41-59	59 mas	Soltero	Casado	Divorciado	Separado	Viudo	Medio tiempo	Tiempo Completo	1 a 5 años	6 a 11 años	17 a 17 años 17 o mas	1	2 a 3	4 o mas	3 o menos	4 a 6	7 a 10	10 o mas	Menos de 1000	1001 a 2500	2501 a 3500	3501 a 4000	4001 o mas	Cansancio emocional	Despersonalizacion	Realizacion personal	Cansancio emocional	Despersonalizacion
1	Administrativo	1				1		1				1			1	1					1							1	5	2	36	9.3	3.7	67
2	Trabajador Manual		1	1				1				1	1				1						1		1				6	2	29	11	3.7	54
3	Trabajador Manual		1			1			1			1			1	1							1				1	16	18	38	30	33	70	
4	Camilleros		1		1				1			1	1				1						1		1			19	9	28	35	17	52	
5	Camilleros		1			1			1			1			1	2							1		1			21	10	33	39	19	61	
6	Camilleros		1			1			1			1			1	1							1		1			9	6	22	17	11	41	
7	Camilleros		1			1			1			1			1	1							1			1		7	3	28	13	5.6	52	
8	Internos	1		1				1				1	1				1						1		1			47	20	35	87	37	65	
9	Internos	1		1				1				1	1				1						1		1			16	8	36	30	15	67	
10	Internos	1		1				1				1		1			1			1			1		1			26	21	27	48	39	50	
11	Internos	1		1				1				1	1				1						1		1			18	9	34	33	17	63	
12	Internos		1	1				1				1		1			1				1			1				23	16	24	43	30	44	
13	Internos	1		1				1				1		1			1						1		1			20	21	30	37	39	56	
14	Internos		1	1				1				1	1				1						1	1				34	15	27	63	28	50	
15	Residentes		1	1				1				1	1				1						1			1		42	28	28	78	52	52	
16	Residentes		1	1				1				1	1				1						1		1			35	23	22	65	43	41	
17	Residentes		1	1				1				1		1			1						1		1			43	13	22	80	24	41	
18	Residentes		1	1				1				1	1				1						1		1			31	11	29	57	20	54	
19	Residentes	1		1				1				1		1			1						1		1			33	23	30	61	43	56	



	CARGOS	Sexo		Edad				estado civil				Situación laboral		Tiempo trabajand o				Numero de empleos				Horas de trabajo diario				Ingresos totales					Burnout			Burnout	
		Femenino	Masculino	21-30	31-40	41-59	59 mas	Soltero	Casado	Divorciado	Separado	Viudo	Medio tiempo	Tiempo Completo	1 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años	1 o mas	1	2 a 3	4 o mas	3 o menos	4 a 6	7 a 10	10 o mas	Menos de 1000	1001 a 2500	2501 a 3500	3501 a 4000	4001 o mas	Cansancio emocional	Despersonalizacion	Realizacion personal	Cansancio emocional	Despersonalizacion
20	Residentes	1		1			1					1	1				1						1				1			37	15	22	69	28	41
21	Medicos		1				1	1				1			1	1		1					1				1		17	2	34	31	3.7	63	
22	Medicos		1		1			1				1		1				1					1				1		25	17	25	46	31	46	
23	Medicos		1	1				1				1	1					1		1						1		17	7	35	31	13	65		
24	Medicos	1			1			1			1		1					1					1	2				21	16	31	39	30	57		
25	Medicos	1				1		1				1			1	1							1				1	21	8	31	39	15	57		
26	Medicos	1		1				1				1	1					1					1			1		46	20	20	85	37	37		
27	Medicos		1			1			1			1			1	1			1				1				1	16	7	29	30	13	54		
28	Medicos		1			1			1			1			1	1							1				1	12	6	18	22	11	33		
29	Medicos		1	1				1				1	1					1					1			1		20	15	42	37	28	78		
30	Medicos	1		1				1				1	1					1					1			1		43	12	18	80	22	33		
31	Medicos		1	1				1				1	1					1					1			1		17	10	32	31	19	59		
32	Medicos		1			1			1			1			1	1							1				1	28	26	28	52	48	52		
33	Medicos		1	1				1				1	1					1					1			1		42	20	35	78	37	65		
34	Medicos		1		1			1				1	1							1						1		15	6	35	28	11	65		
35	Medicos		1			1			1			1			1	1							1				1	22	14	25	41	26	46		
36	Medicos		1		1			1				1			1	1							1				1	22	15	27	41	28	50		
37	Medicos	1				1			1			1			1	1							1				1	18	17	27	33	31	50		
38	Medicos		1		1				1			1		1									1			1		23	17	25	43	31	46		
39	Medicos	1				1			1			1		1	1								1			1		16	16	25	30	30	46		
40	Medicos	1			1			1				1		1	1								1			1		20	15	27	37	28	50		
TOTAL		15	25	20	7	12	1	27	12	1	0	0	2	38	19	7	14	26	14	1	1	3	1	35	2	11	3	10	15	866	539	1149	1757	998	2128