

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN Y
TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL
PERSONAL MEDICO DEL PRIMER NIVEL DE LA
CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL
COCHABAMBA, FEBRERO A MARZO 2021.**

**POSTULANTE: Dra. Priscila Ariely Mamani Cala
TUTOR: M.Sc. Dra. Patricia Philco Lima**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de Especialista
en Salud Pública mención Epidemiología**

La Paz - Bolivia
2021

DEDICATORIA

A mi querida familia, mi esposo David y mi querido hijo Agustín por el apoyo incondicional.

Priscila Ariely Mamani Cala

AGRADECIMIENTOS

Al post grado de la Universidad Mayor de San Andrés, por todo el apoyo brindado.

A los docentes que me apoyaron en todo mi trabajo.

A mi tutora Dra. Patricia Philco por su guía y su paciencia.

Al personal de todos los centros de Salud de primer nivel que ingresaron al estudio

Priscila Ariely Mamani Cala

ÍNDICE GENERAL

Pág.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
V. OBJETIVOS.....	10
5.1. Objetivos Específicos:.....	10
VI. MARCO TEÓRICO	11
6.1. Síndrome de Burnout	11
6.1.1. Antecedentes históricos.....	11
6.1.2. Factores que influyen en el desarrollo del burnout	13
6.1.3. Componentes del síndrome de Burnout	15
6.1.4. Evaluación e instrumentos de medida del Síndrome de Burnout	17
6.1.5. Epidemiología del Síndrome de Burnout	18
6.2. Contexto epidemiológico de la Pandemia por COVID-19.....	19
6.2.1. Antecedentes internacionales.....	19
6.2.2. COVID-19 en trabajadores de la Salud a nivel mundial.....	21
6.2.3. Antecedentes Nacionales	21
6.2.4. Antecedentes institucionales COVID-19 Caja Nacional de Salud	22
6.3. Análisis del contexto de investigación:.....	23
6.3.1. Departamento de Cochabamba.....	23
6.3.2. Establecimientos de salud de primer nivel en Bolivia:	24
6.3.3. Seguridad Social a Corto Plazo “Caja Nacional de Salud” en Bolivia	24

6.3.4. Primer Nivel de atención.....	29
6.4. Sustento legal	32
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	34
7.1. Tipo de Estudio	34
7.2. Área de Estudio.....	34
7.3. Población de estudio	34
7.4. Tamaño de la muestra	35
7.5. Criterios de inclusión	35
7.6. Criterios de exclusión	36
7.7. Variables	36
7.7.1. Definición y operacionalización de variables	39
7.8. Consideraciones Éticas.....	44
7.9. Técnica y procedimiento de recolección de datos.....	44
VIII.RESULTADOS	46
IX. DISCUSIÓN.....	56
X. CONCLUSIONES	61
XI. RECOMENDACIONES.....	64
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
XIII.ANEXOS.....	73

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla N° 3 Red De Servicios De Salud Caja Nacional De Salud	28
Tabla N° 4 Red de Servicios de Salud	30
Tabla N° 5 Población adscrita	30
Tabla N° 6 Distribución de RR.HH.	31
Tabla N° 7 cálculo de puntuaciones para identificar el Síndrome de Burnout	37
Tabla 8: Clasificación del nivel de identificación.....	38
Según puntuación por dimensiones del síndrome de burnout	38
Tabla 9: Definición y Operacionalización de variables	39
Tabla 10: Definición y Operacionalización de variables	42
Test Maslach Burnout Inventory	42
Tabla 11: Definición y Operacionalización de variables	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura N° 1 Distribución porcentual según edad del personal médico	47
Figura N° 2 Distribución porcentual, según sexo del personal médico	47
Figura N° 3 Distribución porcentual, según estado civil del personal médico	48
Figura N° 4 Distribución porcentual, según el número de hijos del personal médico ..	48
Figura N° 5 Distribución porcentual, según el establecimiento de salud del personal	49
Figura N° 6 Distribución porcentual, según la especialidad médica del personal	50
Figura N° 7 Distribución porcentual, según situación laboral del personal médico ...	50
Figura N° 8 Distribución porcentual, según experiencia profesional del personal	51
Figura N° 9 Distribución porcentual, según tiempo de trabajo del personal medico .	51
Figura N° 10 Distribución porcentual, según turno de trabajo del personal médico	52
Figura N° 11 Distribución porcentual, según áreas de trabajo COVID-19 del personal .	52
Figura N° 12 Distribución porcentual, incentivo económico por trabajo COVID-19.....	53
Figura N° 12 Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal medico	53
Tabla N° 13 Distribución de valor de la Media de los tres componentes del Test MBI	54
Figura N° 13 Distribución de valores para el componente agotamiento emocional	54
Figura N° 14 Distribución de valores para el componente Despersonalización	55
Figura N° 16 Distribución de valores para el componente realización personal	55
Figura N° 17: Distribución de casos confirmados acumulados de COVID-19	73
Figura N° 18: Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19	73
Figura N° 19: Comparación de incidencia de casos COVID-19	74

Figura N° 20: Reporte Epidemiológico N° 368 Bolivia	74
Figura N° 21: Comparación de la tasa de letalidad por COVID-19	75
Figura N° 22: Reporte diario de casos COVID-19 de 16/03/2021	75
Figura N° 23: Reporte Epidemiológico COVID-19 C.N.S.	76
Figura N° 24 División Política, 2017.	76
Figura N° 25 Proyecciones de población, según sexo y área, 2016	77
Figura N° 26 Proyecciones de población, según sexo y área, 2016	77
Figura N° 27 Red de servicios de salud de Bolivia, 2021.	78
Figura N° 28 Marco estratégico institucional de la C.N.S gestión 2016-2020.	78
Figura N° 29 Estructura MODELO para PAISES:	79
Figura N° 30 Estructura MODELO para CIMFA:	79
Figura N° 31 Estructura MODELO para CIS:	80

ÍNDICE DE ANEXOS

Pág.

Anexo N° 1: Detalle de figuras de marco teórico.....	73
Anexo N° 2: Nota de solicitud y aprobación	81
Anexo N° 3: Aprobación de validación de instrumentos.....	83
Anexo N° 4. Correlación de Confiabilidad de un instrumento.....	88
Anexo N° 5: Hoja de información y consentimiento informado.....	93
Anexo N° 6: Instrumentos de recolección de datos:.....	95
Anexo N° 7: Detalle de codificación:	98
Anexo N° 8: Análisis estadístico de la variable edad.....	99
Anexo N° 9: Análisis estadístico de la variable sexo.....	100
Anexo N° 10: Análisis estadístico de la variable estado Civil	100
Anexo N° 11: Análisis estadístico de la variable número de Hijos	100
Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable Establecimientos de salud	101
Anexo N° 11: Análisis estadístico de la variable Personal Médico	102
Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable Situación Laboral	102
Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable año de experiencia profesional	102
Anexo N° 13: Análisis estadístico de la variable.....	103
tiempo en el puesto de trabajo actual.....	104
Anexo N° 14: Análisis estadístico de la variable turno de trabajo.....	104
Anexo N° 16: Análisis estadístico.....	104
Anexo N° 17: Análisis estadístico.....	105
Anexo N° 18: Análisis estadístico Test de MBI en sus tres componentes.....	105

Anexo N° 19: Análisis estadístico.....	107
Anexo N° 20: Análisis estadístico de la dimensión Despersonalización.....	107
Anexo N° 21: Análisis estadístico de la dimensión Realización Personal	107

Resumen

El personal médico en los diferentes niveles de atención se encuentra en un riesgo continuo de presentar Síndrome de Burnout, enfermedad profesional que ha tomado relevancia debido al actual escenario epidemiológico por una pandemia mundial por COVID-19, donde los sistemas de salud se han visto colapsados, repercutiendo en la sobrecarga de trabajo en el personal de salud, motivo por el cual, los niveles de ansiedad, depresión, estrés, y calidad de vida profesional, se vieron drásticamente afectados, dando como consecuencia un impacto negativo sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios, que en consecuencia fueron desarrollando patologías propias del estrés generadas en los ambientes laborales, dentro de los que se encuentra con mayor incidencia el Síndrome de Burnout. *Objetivos:* Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia COVID-19 en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba de febrero a marzo de 2021. *Material y métodos:* se realizó un estudio descriptivo, transversal, en todos los médicos del primer nivel de atención de la C.N.S. durante los meses de febrero a marzo de 2021. Se utilizó el instrumento de Maslach Burnout Inventory traducido y validado al español. *Resultados:* La prevalencia de síndrome de Burnout fue de un 53,8%. La muestra de estudio en mayor proporción mujeres 56,2%, edad entre los 26 – 68 años; 40% casados, con un promedio de un hijo, el 41,4% fueron médicos familiares, el 60% de los afectados corresponde a contrato temporal, tiene promedio de 10 años de antigüedad laboral. El 74% refiere haber trabajado en área COVID-19 y 100% refiere no haber recibido incentivo económico por trabajo en área COVID-19.

Conclusiones: Existe una prevalencia de S.B. del 53,8% en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Regional Cochabamba, de febrero a marzo de 2021.

Palabras clave: Síndrome de Burnout, personal médico, Caja Nacional de Salud, Primer Nivel.

Abstract.

Medical personnel at different levels of care are at continuous risk of presenting Burnout Syndrome, an occupational disease that has become relevant due to the current epidemiological scenario due to a global pandemic due to COVID-19, where health systems have been collapsed. , affecting the work overload in health personnel, which is why the levels of anxiety, depression, stress, and quality of professional life were drastically affected, resulting in a negative impact on the mental health of patients. health workers, who consequently were developing pathologies typical of stress generated in work environments, within which the Burnout Syndrome is found with the highest incidence. Objectives: To determine the prevalence of the Burnout Syndrome during the COVID-19 pandemic in the medical personnel of the First Level of care of the National Regional Health Fund Cochabamba from February to March 2021. Material and methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out , in all doctors of the first level of care of the CNS during the months of February to March 2021. The Maslach Burnout Inventory instrument translated and validated into Spanish was used. Results: The prevalence of Burnout syndrome was 53.8%. The study sample in greater proportion women 56.2%, age between 26 - 68 years; 40% married, with an average of one child, 41.4% were family doctors, 60% of those affected correspond to a temporary contract, they have an average of 10 years of work experience. 74% report having worked in the COVID-19 area and 100% report not having received an economic incentive for work in the COVID-19 area.

Conclusions: There is a prevalence of S.B. 53.8% in the medical personnel of the First Level of Care of the Cochabamba Regional, from February to March 2021.

Keywords: Burnout syndrome, medical personnel, national health fund, first level.

ABREVIATURAS

A.P.S.	Atención Primaria de Salud
C.N.S.	Caja Nacional de Salud
C.I.M.F.A.	Centro Integral de Medicina Familiar (1 ^{er} Nivel de atención)
C.I.S.	Centro Integral de salud (1 ^{er} Nivel de atención)
C.I.E.	Clasificador Internacional de Enfermedades
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019 (siglas en ingles)
D.S.	Decreto Supremo
I.N.E.	Instituto Nacional de Estadística
M.S. y D.	Ministerio de Salud y Deportes
O.M.S.	Organización mundial de la salud
O.P.S.	Organización panamericana de la salud
P.A.I.S.E.	Policlínico de atención integral de especialidades medicas
PDES	Plan de Desarrollo Económico Social
PDIS	Plan de Desarrollo Integral de Salud
R.M.	Resolución Ministerial
SAFCI	Salud Familiar y Comunitaria e intercultural
S.B.	Síndrome de Burnout
S.D.	Síndrome
SEDES	Servicio Departamental de Salud
RR.HH.	Recursos Humanos

I. INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout se ha convertido en objeto de numerosos estudios por su importancia y gran impacto en los profesionales que brindan servicios de asistenciales, como es el caso de los profesionales que brindan servicios de salud, entre las diversas variables que explican las tendencias actuales, destaca el aumento de la presión dentro y fuera del entorno laboral (1), sobre todo por el contexto epidemiológico actual de la Pandemia mundial por COVID-19, donde los profesionales de la salud realizaron sus actividades asistenciales en primera línea, de forma ininterrumpida pese a las limitaciones develadas en el sistema de salud nivel Nacional y regional como falta de RR.HH., insumos, infraestructura adecuada y otros (2).

El Síndrome de Burnout, conocido también como desgaste profesional, provocado por el estrés crónico, es considerado como una enfermedad profesional, catalogado como un problema de salud mental y físico, que afecta a los trabajadores, se presenta de en aquellos trabajadores que en su afán de adaptarse al exceso de las demandas laborales, realizan una exigencia superior a sus capacidades, desarrollando la vulnerabilidad a desarrollar la enfermedad (3).

Existen muchos factores individuales y colectivos que pueden predisponer a la persona al desgaste profesional y disminución en la satisfacción en su área laboral. La aparición y desarrollo de este Síndrome puede deberse a varios factores, como la personalidad del individuo, factores sociales, laborales, personales entre otros (4).

Por tanto, presente investigación pretende aportar información sobre el Síndrome de Burnout, describiendo los componentes demográficos, laborales y los componentes que hacen a dicha enfermedad como ser: el agotamiento/cansancio emocional, la despersonalización, la realización personal, centrado en el personal

médico que trabaja en el Primer nivel de atención de la Caja Nacional de salud, Regional Cochabamba, febrero a marzo de 2021.

II. ANTECEDENTES

El Síndrome de Burnout conceptualizada por la O.M.S. (5) como: “Síndrome resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito” ha tomado relevancia debido al actual escenario epidemiológico caracterizado por una pandemia mundial por COVID-19, donde los sistemas de salud a nivel mundial, regional y nacional se han visto colapsados, repercutiendo directamente en la sobrecarga de trabajo para el personal de salud, que a eso se añade el riesgo de contagio, la saturación en los servicios de salud, la escases de insumos básicos para la atención de estos pacientes y la alta tasa de mortalidad que presenta la enfermedad (6). Motivo por el cual, los niveles de ansiedad, depresión, estrés psicológico, y calidad de vida profesional, se vieron drásticamente afectados, dando como consecuencia un impacto negativo sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios, que en consecuencia fueron desarrollando patologías propias del estrés generadas en los ambientes laborales, dentro de los que se encuentra con mayor incidencia es el Síndrome de Burnout (7). La revisión de publicaciones muestran una variación respecto a los resultados obtenidos del Síndrome de Burnout en el personal de salud, que oscila entre 10,5% y el 52% (3,7–11).

En la actualidad se desarrollaron estudios respecto al Síndrome de Burnout durante la pandemia de COVID-19. Como menciona Trumello (9) en su estudio realizado en noviembre 2020, donde se analizó el ajuste psicológico de 627 trabajadores de salud en Italia durante la pandemia de COVID-19, respecto a la salud mental durante el pico más alto de pandemia en Italia, identificando niveles significativamente prevalencia de Síndrome de Burnout del 29,7%, niveles altos de estrés, agotamiento, trauma secundario, ansiedad y depresión entre los profesionales que trabajaban con pacientes con COVID-19. Otro estudio realizado en el Hospital de Igualada (Barcelona) noviembre 2020, analizó el estado emocional de los trabajadores, mientras se enfrentaban a uno de los focos de

contagio más importantes de Europa, incluyendo un total de 395 trabajadores. Donde un porcentaje significativo de profesionales reportó síntomas de ansiedad (71,6%) y depresión (60,3%). El 14,5% informó de síntomas de estrés agudo. Se realizó un análisis de regresión que explicó el 30%. Los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico fueron: estar en contacto directo con pacientes COVID-19, no haberse realizado la PCR, tener la sensación de no contar con los elementos de protección personales adecuados y haber experimentado la muerte de una persona cercana por COVID-19 (7).

Situaciones similares se identificaron en un estudio realizado en el contexto de la situación epidémica por COVID-19 en China en septiembre 2020, como lo menciona Du, Yuexin (3), “Este estudio analizó a 402 empleados y exploró los factores que influyen en el comportamiento de seguridad frente al COVID-19 desde la perspectiva de empleados, estudió el mecanismo psicológico sobre el comportamiento de seguridad de los trabajadores en la situación epidémica actual, probó que el agotamiento laboral afecta negativamente el comportamiento de seguridad de los empleados, incrementando el riesgo de contagio por COVID-19”.

En el escenario latino americano como lo menciona D. Foronda Valencia en un estudio realizado en Colombia en 2019 (8), donde menciona “el síndrome de Burnout es muy común en el personal de salud, según cifras de prevalencia los porcentajes oscilan entre el 10,5% y el 52%”

A nivel nacional no se ha identificado estudios recientes en el marco de la actual de pandemia por COVID-19, los estudios identificados fueron previos a la pandemia. Vasquez Monllor en un estudio realizado en la ciudad de La Paz en el año 2016, identificó una prevalencia de S.B. de 33,7% (11). Similares resultados fueron identificados en el estudio en la ciudad de Cochabamba en por G. Córdova en el 2015, respecto a la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico del primer nivel de atención de la Caja Nacional Regional Cochabamba fue

del 43% (10). Dentro de los estudios antes mencionados se analizaron variables sociodemográficas, sociales y laborales.

III. JUSTIFICACIÓN

La actual pandemia de COVID-19 ha puesto a los profesionales sanitarios de todo el mundo ante un desafío sin precedentes. Esto ha podido causar dificultades emocionales y problemas de salud mental de los trabajadores, especialmente de la salud.

El síndrome burnout, también llamado síndrome de quemado o desgaste profesional, como la describe la O.M.S. conceptualizado como “un síndrome resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Es caracterizado por tres dimensiones: 1) Agotamiento/cansancio emocional: sentimientos de agotamiento de energía o cansancio; 2) Despersonalización: mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo; y 3) realización personal : medida por una eficiencia profesional reducida” (5). Como lo mencionamos anteriormente esta enfermedad no solo repercute en la salud de los trabajadores, sino también en el entorno laboral y organizacional, así como también en los usuarios externos que acuden a los establecimientos de salud.

Actualmente el Síndrome de Burnout es considerada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad profesional, ratificada en la clasificación estadística internacional de enfermedades (CIE-11).

Actualmente, debido al contexto epidemiológico de la pandemia por COVID-19 producida por el SARS-CoV-2, a nivel mundial, los niveles de ansiedad, depresión, estrés psicológico, y calidad de vida profesionales que brindan actividades asistenciales se vieron afectados. Actualmente los profesionales de la salud, se encuentran vulnerables a la aparición de este Síndrome, mismos que se vieron drásticamente afectados, dando como consecuencia un impacto negativo sobre la salud mental de los trabajadores sanitarios, que en consecuencia fueron desarrollando patologías propias del estrés, depresión.

Afectando su calidad de vida, al ser el primer nivel de atención la puerta de entrada al sistema de salud, y los profesionales médicos el primer contacto con los pacientes, trabajando en primera línea, como contención, que a eso se añade el riesgo de contagio por la COVID-19, la saturación en los servicios de salud, la escases de insumos básicos para la atención de estos pacientes y la alta tasa de mortalidad que presenta la enfermedad (6).

Por lo que se hace necesario necesarios identificar, la prevalencia de la enfermedad en los profesionales médicos, que actualmente trabajan en el primer nivel de atención de la Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba, en el periodo de febrero a marzo de la gestión 2021.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Burnout como consecuencia del estrés laboral crónico, influye en la ocurrencia de los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria y secundaria (11).

La Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba actualmente, dispone de equipos Biopsicosociales compuestos por personal de psicología y trabajo social, que trabajan directamente con los usuarios externos, sin embargo, no dispone de información respecto actividades de identificación y contención de la salud mental de los trabajadores institucionales, con el fin de identificar de forma oportuna vulnerabilidades que podrían dar paso a desarrollar la enfermedad de Burnout (12).

Por otro lado, la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, dispone de una Unidad de Medicina del Trabajo, que se encarga de realizar actividades de prevención de riesgos laborales en los trabajadores institucionales y empresas afiliadas a la C.N.S., que principalmente está centrado en la prevención de enfermedades profesionales físicas, sin embargo no se dispone de información respecto a la prevención de enfermedades de salud mental en los trabajadores de la Regional Cochabamba (12).

al no existir un estudio previo con respecto a este tema en el contexto epidemiológico actual de pandemia mundial por COVID-19, que repercute directamente trabajadores de salud y principalmente el personal médico, que actualmente se encuentra en una situación vulnerable frente alto riesgo de infección de COVID-19 debido al contacto directo en el lugar de trabajo y, al mismo tiempo, la carga de trabajo y la presión psicológica a la que están expuestas (13), por lo que es, necesario conocer el estado actual de la problemática en personal médico de los establecimientos de primer nivel, para que

en base a los resultados identificados se pueda desarrollar abordaje de salud integral, dado que es considerada como una enfermedad profesional.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia COVID-19 en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba en febrero a marzo de 2021?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia COVID-19 en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba de febrero a marzo de 2021.

5.1. Objetivos Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas y laborales de la población objeto de estudio.
- Identificar la prevalencia de las tres dimensiones para la clasificación del Síndrome de Burnout mediante la escala de Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) en la población de estudio.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Síndrome de Burnout

6.1.1. Antecedentes históricos

En 1961 Graham Greens reportó el primer caso denominado Síndrome de desgaste profesional “Burnout case”, en su libro del mismo nombre donde narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana, describiendo así que el trabajar en ciertas áreas afectaba directamente en la salud mental de los trabajadores con el paso del tiempo (14).

El síndrome de Burnout fue descrito por primera vez por Freudenberger en 1974, psiquiatra que trabajaba en una clínica para tratar toxicomanías en Nueva York quien relacionó el deterioro de personas que trabajaban en organizaciones que brindaban atención y cuidado a los usuarios, existía una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, presentaban síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo (4).

Desde entonces, numerosos autores han hecho valiosos aportes al tema. En 1976 Cristina Malash dio a conocer la palabra Burnout de forma pública en un Congreso de Psicología de la APA. En 1980, el psicólogo estadounidense, de origen alemán, Herbert J. Freudenberger publica el libro titulado: *“Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it”*, donde describe un fenómeno psicosocial que venía afectando a muchos profesionales cualificados especialmente aquellos que tenían contacto con personas.

Según Aranda (15), “la palabra Burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo”.

El Síndrome de Burnout se desarrolla con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los clientes, desarrollan sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (15).

Considerando al S.B. como una forma de cansancio cognitivo. Es importante mencionar que el estrés crónico está relacionado con una variedad de alteraciones cognitivas y el Síndrome de Burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral. Por consiguiente, una de las definiciones que más se aproxima es la mencionada por Farber (4) donde explica la relación del burnout con el ámbito laboral derivada de un estrés crónico: “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo, se caracteriza por el cansancio físico o psicológico, agotamiento emocional, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y sentimientos de bajo logro personal y profesional”.

Por otro lado, F, Diaz en 2017 (16), argumenta textualmente lo siguiente, que: “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el burnout; de la misma manera un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al burnout”. Desde esta perspectiva el Síndrome de Burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva. Al respecto se desarrollaron fases del síndrome de agotamiento laboral como ser:

- Fase inicial donde el sujeto se siente entusiasmado y expectativas positivas frente al trabajo y gran energía.
- Fase de estancamiento donde el sujeto siente que no se cumplen sus expectativas profesionales, la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada, misma que desencadena el estrés.

- Fase de frustración donde el sujeto tiene sentimientos de frustración, desilusión y desmotivación, preocupación, ansiedad, tensión, agotamiento y fatiga.
- Fase de apatía donde el sujeto presenta cambio actitudinales y conductuales, trato distante y mecánico en sus actividades laborales y personales dentro el trabajo.
- Fase del quemado donde el sujeto presenta un colapso emocional y cognitivo, se siente frustrado e insatisfecho en el trabajo.

En el 2000 la OMS, cataloga al Síndrome de Burnout como un factor de riesgo laboral importante de incapacidad laboral, y también de alta morbilidad psiquiátrica y médica. Por su capacidad de afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida de los trabajadores. En el mismo año la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (CIE-10), describía al síndrome como imposibilidad de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal” (17).

El 25 de mayo de 2020 la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, cataloga al Síndrome de Burnout o Síndrome del trabajador quemado como una enfermedad profesional, y es ratificada en la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos (CIE-11) como Síndrome de desgaste profesional y que hace parte de los problemas asociados al empleo o desempleo, cuya entrada al clasificador está fijada para enero de 2022 (18).

6.1.2. Factores que influyen en el desarrollo del burnout

El enfoque más común para abordar las relaciones entre el medio ambiente psicológico laboral y la salud de los trabajadores ha sido a través del concepto de

estrés, y el medio ambiente de trabajo en conjunto con el estilo de vida provoca la acción de factores psicológicos y sociales negativos (19).

Hans Selye en la década de los años 30, describió un fenómeno que denominó trastorno general de adaptación, que actualmente se conoce como estrés, Selye describe al estrés como una respuesta del organismo del individuo ante la percepción de una amenaza conocida como fase de alarma, posteriormente el individuo se prepara para dar una respuesta conocida como la fase de resistencia, donde aparecen cambios para psicosomáticos que permitan afrontar la situación, y por último se produce la fase de agotamiento, donde el individuo produce desgaste de energía para afrontar la amenaza. Cuando esta percepción de amenaza se encuentra relacionada con la organización y la gestión del trabajo es denominada estrés laboral (20).

La Comisión Europea de seguridad y Salud en el trabajo (21), define al estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, recursos o las necesidades del trabajador”. La falta de un equilibrio en el sujeto respecto a la demanda y el nivel de control que pueda tener el trabajador producirá el grado de estrés que si no se trata este progresa y puede llevar a un estrés crónico, que posterior mente pasara a la segunda fase que es el desarrollo del Síndrome de Burnout.

Actualmente la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo incluyen no solamente los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, sino también los múltiples y diversos factores psicosociales inherentes a la empresa u organización donde se trabaja sino también la manera cómo influyen en el bienestar físico y mental del trabajador. Estos factores individuales como características del profesional como edad, sexo, experiencia laboral, rasgos d personalidad. Respecto a las interacciones entre el trabajo, el medio ambiente laboral, la satisfacción laboral y las condiciones de la organización por un lado y por otra las características personales del trabajador, sus necesidades, su cultura,

sus experiencias y su percepción del mundo. Los principales factores psicosociales generadores de estrés presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración, sistemas de trabajo, diseño de los puestos de trabajo y desde luego la calidad de las relaciones humanas (22).

Por lo antes mencionado, el clima organizacional en el área de trabajo se vincula no solamente a su estructura y a las condiciones de vida de la colectividad del trabajador, sino también a su contexto histórico con su conjunto de problemas demográficos, económicos, condiciones de trabajo, estilos de vida y el contexto social (23).

Otros factores externos al lugar de trabajo pero que guardan estrecha relación con las preocupaciones del trabajador se derivan de sus circunstancias familiares o de su vida privada, de sus elementos culturales, su nutrición, sus facilidades de transporte, la vivienda, la salud y la seguridad en el empleo (19).

6.1.3. Componentes del síndrome de Burnout

En 1981 Cristina Maslach y Susana Jackson desarrolló la concepción tridimensional, de inicio describiendo un Síndrome de estrés crónico que posteriormente en 1982 desarrollaron un instrumento de medición denominado "Maslach Burnout Inventory", instrumento de medición de tres componentes: el agotamiento o cansancio emocional, la despersonalización y baja realización personal en el trabajo. El instrumento fue desarrollado para aplicarse en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.) (4,24,25).

Agotamiento o cansancio emocional: Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, como un sentimiento de agotamiento ante las exigencias del trabajo por las que un individuo no manifiesta ningún entusiasmo, viene acompañado por un desgaste físico y reducción de las

habilidades emocionales que ayudan al individuo a lidiar situaciones de estrés. Se caracteriza por pérdida del entusiasmo como consecuencia del uso de estrategias de afrontamiento ineficaces (26).

Despersonalización: Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Definidas como la pérdida del sentimiento de la realidad de uno mismo, donde un importante componente de la identidad se encuentra perdido, provoca malestar significativo, deterioro social, laboral y no depende de mecanismos fisiológicos o efectos de alguna sustancia. Implica una actitud negativa y despreocupada hacia los clientes o destinatarios del servicio, es una alteración de la conciencia del yo, de tal forma que el individuo se siente como un extraño y distante, sólo un observador de sus procesos mentales y su ámbito corporal (26).

Realización personal o auto realización: Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. supone la orientación del individuo hacia metas que considera valiosas para su vida. Como estimulación al crecimiento, necesidad de ser y autorrealización, mediante su satisfacción se encuentra sentido a la vida a través del cumplimiento del potencial personal mediante una actividad específica. En este sentido la baja realización personal puede denominarse desrealización personal y el sujeto puede sentir que las demandas laborales exceden su capacidad, se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (sentimientos de inadecuación profesional) (26).

Estos tres aspectos están ligados entre sí a través de una relación asimétrica, donde el agotamiento emocional como primer componente conduce a la obtención de los otros dos, la despersonalización y a la realización personal negativa. Por otro lado, este síndrome está considerado como una variable continua, que se extiende desde una presencia de nivel bajo o moderado, hasta altos grados en cuanto a sentimientos experimentados (26).

Aunque no existe un orden de aparición de los signos y síntomas, en general se acepta que el cansancio es lo primero que aparece y que el último en presentarse es el sentimiento de inadecuación personal, siendo la despersonalización el elemento clave en el síndrome. De acuerdo a la evolución de la enfermedad puede clasificarse como leve (síntomas difusos, cansancio, dificultad para levantarse), moderado (trastorno del sueño, déficit de atención, concentración, distanciamiento, irritabilidad y fatiga crónica), grave o extremo (cinismo, aversión por el trabajo, abuso de sustancias psicoactivas, ausentismo laboral, depresión y riesgo de suicidio) (27).

6.1.4. Evaluación e instrumentos de medida del Síndrome de Burnout

El instrumento desarrollado desde 1981, fue el cuestionario de Maslach Burnout Inventory creado por Maslach y Jackson, el test está constituido por 22 ítems donde se pueden diferenciar y medir las tres dimensiones que conforman el S.B. (28)(29). Este instrumento, pero tiene validaciones en países como España, Argentina, Chile, Brasil, Chile, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Perú, Uruguay, República Dominicana, Venezuela y México (14,19,30), además se ha usado en países como Argentina, Cuba, Perú, Bolivia y otros. En nuestro país se ha utilizado este instrumento en su versión validada en español en varias investigaciones (10,11,31).

Se obtiene tanto un resultado global del test como una puntuación dividida por las tres áreas analizadas es decir agotamiento/cansancio emocional, despersonalización y realización personal (29)(32).

6.1.5. Epidemiología del Síndrome de Burnout

En el contexto actual Pandemia por Coronavirus COVID-19.

En la actualidad se desarrollaron estudios respecto al Síndrome de Burnout en el contexto actual por la pandemia de COVID-19, declarada por la O.M.S. el 12 de marzo de 2020 (33). Por lo antes mencionado, los estudios realizados al respecto del Síndrome de burnout fueron analizados en base al escenario epidemiológico actual. Como lo menciona Trumello (9) en su estudio realizado en noviembre 2020, se analizó el ajuste psicológico de los trabajadores de salud en Italia durante la pandemia de COVID-19, donde analizo 627 trabajadores de salud respecto a la salud mental durante el pico más alto de pandemia en Italia, donde se identificó la prevalencia del Síndrome de Burnout del 29,7% entre los profesionales que trabajaban con pacientes con COVID-19 con niveles significativamente altos de estrés, agotamiento, trauma secundario, ansiedad y depresión, y una prevalencia de 26,3% en personal que no realizaba labores asistenciales en área COVID-19.

Otro estudio realizado en el Hospital de Igualada (Barcelona) noviembre 2020, analizó el estado emocional de los trabajadores, mientras se enfrentaban a uno de los focos de contagio más importantes de Europa, incluyendo un total de 395 trabajadores. Donde un porcentaje significativo de profesionales reportó síntomas de ansiedad (71,6%) y depresión (60,3%). El 14,5% informó de síntomas de estrés agudo. Se realizó un análisis de regresión que explicó el 30%. Los factores de riesgo asociados a mayor malestar psicológico fueron estar en contacto directo con pacientes COVID-19, no haberse realizado la PCR, tener la sensación de no contar con los elementos de protección personales adecuados y haber experimentado la muerte de una persona cercana por COVID-19 (7).

Situaciones similares se identificaron en un estudio realizado en el contexto de la situación epidémica por COVID-19 en China en septiembre 2020, como lo menciona Du, Yuexin (3), "Este estudio analizó a 402 empleados y exploró los

factores que influyen en el comportamiento de seguridad frente al COVID-19 desde la perspectiva de empleados, estudió el mecanismo del contexto psicológico sobre el comportamiento de seguridad de los trabajadores en el contexto de la situación epidémica, probó que el agotamiento laboral afecta negativamente el comportamiento de seguridad de los empleados, incrementando el riesgo de contagio por COVID-19”.

En el escenario latino americano como lo menciona D. Foronda Valencia en un estudio realizado en Colombia en 2019 (8), donde menciona “el síndrome de Burnout es muy común en el personal de salud, según cifras de prevalencia los porcentajes oscilan entre el 10,5% y el 52%”

A nivel nacional no se ha identificado estudios recientes en el contexto epidemiológico actual de pandemia mundial por COVID-19, los estudios identificados fueron previos a la pandemia. Vasquez Monllor en un estudio realizado en la ciudad de La Paz en el año 2016, identificó una prevalencia de Síndrome de Burnout de 33,7% (11). Similares resultados fueron identificados en el estudio en la ciudad de Cochabamba en por G. Córdova en el 2015, respecto a la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal médico del primer nivel de atención de la Caja Nacional Regional Cochabamba fue del 43% (10). Dentro de los estudios antes mencionados se analizaron variables sociodemográficas, sociales y laborales.

6.2. Contexto epidemiológico de la Pandemia por COVID-19

6.2.1. Antecedentes internacionales

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades chinas notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de 27 casos de neumonía, incluyendo 7 casos graves, y que estaban expuestos con frecuencia al mercado de pescados y animales vivos en la ciudad de Wuhan. El primer caso desarrollo síntomas el 8 de

diciembre de 2019. El 7 de enero de 2020, se confirmó como patógeno a un nuevo coronavirus llamado SARS-CoV-2. Del 10 y 12 de enero 2020, la OMS emitió documentos orientados para el manejo y control de la epidemia (6).

El 30 de enero de 2020, de acuerdo con el desarrollo de la situación global y las recomendaciones del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional, el Director General de la Organización Mundial de la Salud declaró el brote del nuevo coronavirus (COVID-19) como una (34): “emergencia de salud pública de importancia internacional”. El 12 de marzo de 2020, luego de que pandemia de COVID-19 se extendiera a más de dos continentes, la Organización Mundial de la Salud decidió declarar al COVID-19 como “pandemia” y enfatizó la necesidad de iniciar ampliar los mecanismos de emergencia, para detener a esta pandemia. Desde el mes de enero 2020, la OPS/OMS ha estado apoyando la contención respuesta a esta pandemia. Parte de las iniciativas es la actualización de estrategias frente al COVID-19 emitido por estas organizaciones (6).

Los casos acumulados de COVID-19 hasta el 15 de enero de 2021, reportan 91.492.398 casos confirmados a nivel mundial y el número de defunciones a nivel mundial suma un total de 422.122 estudio publicado por la Organización panamericana de la salud y la organización mundial de la salud el 11 de diciembre de 2020 (35).

Las regiones de las Américas y Europa representan el 77% del total de casos y el 80% del total de defunciones. América representó el 44% del número de total de casos y el 48% del número total de muertes. Europa representa el 33% del total de casos confirmados y 33% del total de defunciones (35). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 17).

6.2.2. COVID-19 en trabajadores de la Salud a nivel mundial.

La notificación de casos confirmados acumulados a nivel mundial reportada por la OMS es de 1.208.370 y 5.780 defunciones entre la población de trabajadores de salud a nivel mundial (35). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 18).

6.2.3. Antecedentes Nacionales

El 10 de marzo 2020, el Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia confirmó dos casos de mujeres ambas provenientes de Italia, que fueron considerados casos importados. El Ministerio de Salud intensificó de inmediato sus esfuerzos para monitorear y fortalecer las capacidades de diagnóstico, para proteger al personal de salud y comunidad del riesgo biológico inminente (6).

De acuerdo a la tasa de incidencia acumulada de casos confirmados por COVID-19 en Bolivia es de 262. 941 hasta la semana epidemiología 11 de la gestión 2021 (36), en comparación con otros países del mundo. En cuanto a la incidencia de COVID-19 en los países de América latina, Bolivia se encuentra alrededor de la media de contagio de la región. Sin embargo, se observa que el promedio es superior a nivel mundial (6). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 19).

Respecto a los casos recuperados el total acumulado es de 209.842 hasta el 18 de marzo de 2021, correspondiente a la semana epidemiológica 11 (36). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 20).

La tasa de letalidad promedio por COVID-19 en Bolivia es de 3,9 por 100.000 habitantes en comparación con otros países del mundo. El departamento de Pando tiene la tasa de letalidad más alta con 8,7 por 100.000 habitantes (6). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 21).

6.2.4. Antecedentes institucionales COVID-19 Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba tiene como población afiliada aproximadamente 562.449 personas, mismas que en esta fase de contención y mitigación de la pandemia son atendidos en los establecimientos de Primer Nivel y tercer nivel de atención en salud de la Regional Cochabamba, detalle se presenta a continuación (12):

Contexto epidemiológico Primer Nivel de atención de la C.N.S.:

- Entre las semanas 25 a 52 de la gestión 2020 y semana 1 a 3 de la gestión 2021, se observó un incremento en la incidencia de casos COVID-19, misma que derivan en un incremento exponencial de la demanda de atención por parte de la población asegurada, sean contactos, sospechosa y/o positivos de COVID -19. Mismas que inciden en la sobre saturación de la consulta externa por COVID- 19 en todos los centros de atención de Primer Nivel. tuvo un incremento abrupto en el Primer Nivel de atención con un promedio de 301 casos por semana epidemiológica, esta fase se catalogó como fase cuatro de contagio sostenido y comunitario, siendo la tasa de ataque 18% a Nivel Regional (37).
- La incidencia de casos acumulados confirmados es de 5.522 y descartado de 12.535 personas desde la gestión 2020 a 16 de 03 de marzo de 2021. Entre las semanas 4 a 10 de la gestión 2021, se observó un descenso importante de casos de COVID-19, haciendo un total acumulado en al regional Cochabamba de en el Primer nivel de atención con un promedio de 99 casos por semana epidemiológica, se continua con la fase cuatro de contagio sostenido y comunitario con una tasa de ataque de 8% (37). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 22-23).
- Actualmente los casos de notificación de personal de salud total de 2 para el 16 de marzo de 2021 (37).

- Respecto a los decesos notificados con un total acumulado de 311 desde la gestión 2020 a 16 de 03 de marzo de 2021 (37).
- Actualmente se cursa con la fase de contagio sostenido y la flexibilización de las medidas sociales mismas que pueden repercutir en rebrotes potenciales como muestra la evidencia científica ((37).

6.3. Análisis del contexto de investigación:

6.3.1. Departamento de Cochabamba:

El presente estudio se desarrollará en el departamento de Cochabamba del Estado Plurinacional de Bolivia, la extensión territorial es de 55.631 Km², la división política del departamento de Cochabamba establece 16 provincias, que a su vez, están divididas en 45 secciones de provincia (38) (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 24).

En los últimos años, el Departamento de Cochabamba, experimento un avance en los procesos de urbanización, acompañado de una migración de población de otras regiones del país; disponiendo de una tasa de migración neta de 2,4 por mil habitantes (38).

Según proyecciones de población del INE de 2016 (39), “el departamento de Cochabamba cuenta con una población de 1.916.000 de habitantes, de este total 960.00 son mujeres y 956.00 son hombres; de cada 100 personas 69 viven en el área urbana y 31 en el área rural”. (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 25).

La tasa de crecimiento poblacional de Cochabamba es del 2,39% anual, Según la edad de acuerdo a la proyecciones del INE, estableciendo que la mayor cantidad de la población se encuentra comprendidas entre las edades de 29 a 59 años correspondientes al 30,2% (39). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 26).

La estructura de la población en mayor porcentaje es la edad productiva de trabajo, como está reflejado en la baja razón de dependencia 76,5 una de las menores en el país (38).

6.3.2. Establecimientos de salud de primer nivel en Bolivia:

Los sistemas de salud en el primer nivel de atención que se encuentra enmarcada en la atención primaria, considerada la puerta de entrada a los sistemas de salud, garantizando el acceso equitativo a los servicios, incluyendo la participación de la ciudadanía (40).

En nuestro país el primer nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidad de salud, mediante el sistema de referencia y contra referencia (41). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 27).

6.3.3. Seguridad Social a Corto Plazo “Caja Nacional de Salud” en Bolivia

Actualmente, la Caja Nacional de salud es una institución pública de la seguridad social, que abarca el 82,1% de la población asegurada a nivel nacional, el 17,9 restante corresponde a la población asegurada a otras cajas de seguro social, constituyéndose de esta forma en una de las principales instituciones de la seguridad social a nivel nacional (42).

La C.N.S. para el logro de sus objetivos, tiene una organización administrativa desconcentrada geográficamente en Administraciones Regionales y Distritales. La

C.N.S. Regional Cochabamba, se encuentra situada como la tercera Regional más importante del país, teniendo un crecimiento exponencial del número de asegurados y beneficiarios de forma anual, debido a procesos de migración interna en el país con un sistema de administración desconcentrada, que se financia con recursos propios, provenientes de aportes patronales del sector público y privado (43).

Las actividades de la C.N.S tienen como objetivo restaurar, mantener y mejorar la condición de la población asegurada mediante la entrega de beneficios económicos (subsídios de incapacidad temporal) y en especie (provisión de servicios médico quirúrgicos de primer, segundo y tercer nivel), bajo regímenes de enfermedad, maternidad y riesgo profesional de corto plazo (12).

Esta institución tiene una experiencia frente a otras instituciones aseguradoras, es un seguro solidario que permite a personas de escasos recursos acceder a un seguro de salud, con todas las prestaciones de servicio que brinda la institución. (12).

Política Institucional de la C.N.S.

El modelo de atención Integral de la caja nacional de salud se basa en la medicina familiar, compatible con la estrategia de la atención primaria de salud. Desde la declaración de Alma Ata en 1978, la Atención Primaria de Salud (A.P.S) ha demostrado ser la mejor estrategia para establecer el primer contacto entre la población y los servicios de salud (42).

El sistema de Atención Integral de la Caja Nacional de salud está basado en un enfoque está basado en la atención primaria y biopsicosocial para responder de forma efectiva a las necesidades de la población asegurada, en sus dimensiones de promoción, prevención de la salud, vigilancia, control de los factores de riesgo, atención dirigida a la recuperación, rehabilitación de la salud y participación de la comunidad asegurada para contribuir a mejorar la calidad de vida (42).

El sistema de Atención Integral de la Caja Nacional de Salud desde el punto estructural, comprende un conjunto de prestaciones que se otorga a los asegurados en sus distintos niveles de atención mediante redes de establecimientos con complejidades diversas, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción, prevención, educación en salud , asistencia y control de enfermedades, rehabilitación, reinserción a la familia y sociedad; respetando sus usos, creencias y costumbres locales, para satisfacer así la demanda y necesidades de salud a lo largo del ciclo vital. Consta de los siguientes componentes (42):

- Marco referencial de la atención integral.
- Modelo de Atención Integral de salud con enfoque de promoción y prevención.
- Modelo de Gestión integral de salud
- Caracterización de establecimientos de salud por niveles de complejidad.
- Estructuración de Redes de resolución con establecimientos de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención de Salud con enfoque de medicina tradicional.
- Gestión de calidad
- Medicina del Trabajo
- Enseñanza e investigación
- Infraestructura
- Subsistema de suministros.

Visión y Misión de la Caja Nacional de Salud

La Caja Nacional de Salud responde al Marco Estratégico Institucional (misión, visión, principios y valores), los cuales se enmarcan en el Plan de Desarrollo Económico Social (PDES) y el Plan de Desarrollo Integral de Salud (PDIS) y al Código de Seguridad Social; los que fueron considerados para la formulación de

los lineamientos generales, objetivos estratégicos, líneas estrategias, acciones, productos y resultados, en el marco del Código de Seguridad Social y lo dispuesto en el Decreto Supremo N° 21637 de 25 de junio de 1987, la Caja Nacional de Salud tiene como visión y Misión (42):

Visión (42): “La Caja Nacional de Salud es referente nacional e internacional en la prestación de servicios integrales de salud de la seguridad social de corto plazo, con transparencia, compromiso, integralidad y excelencia”

Misión (42): “La Caja Nacional de Salud brinda protección integral de salud en enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a la población protegida, con oportunidad, calidad y calidez”

Valores Institucionales

La Caja Nacional de Salud se rige por los principios de la Seguridad a como Universalidad, Solidaridad, Unidad de gestión, Economía, Oportunidad, Eficacia y Calidad, en la otorgación de prestaciones de salud, para favorecer a toda su población protegida, optimizando uso d recursos y buscando ampliar el nivel de cobertura de la población asegurada (42).

La Caja Nacional de Salud practica valores organizacionales que condicionan el comportamiento y/o cultura organizacional en la conducta personal de los trabajadores, los cuales son: lealtad, honestidad, responsabilidad, transparencia, integridad, eficiencia, compromiso y excelencia (42).

Marco estratégico institucional de la C.N.S

Donde establece marco estratégico institucional comprendido por la promoción de la salud, red de salud funcional integral e integrada, salud ocupacional y trabajadores que contempla *“actividades que realiza la C.N.S. orientadas a la promoción y alcance del bienestar físico, mental y social de los trabajadores*

afiliados”, gestión de riesgos para emergencias y desastres y sistema de gestión de calidad (42). (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 28).

Definición de Red Funcional de establecimientos de salud de la C.N.S:

La Red funcional de establecimientos de salud, es un conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos bajo el principio de una capacidad resolutiva resuelta, articulados mediante los subsistemas de referencia y contrarreferencia, información, suministros y control, con enfoque intercultural. La red de Salud es la Unidad funcional del Modelo de atención Integral, están categorizados en tres niveles de atención que difieren por su capacidad resolutiva (44) (ver tabla N° 3):

Tabla N° 3 Red De Servicios De Salud Caja Nacional De Salud

NIVEL DE ATENCIÓN	ESCALÓN DE COMPLEJIDAD	ESTABLECIMIENTO	CATEGORÍA
PRIMER	ESCALÓN I	CENTRO INTEGRAL DE SALUD (CIS)	CONSULTA AMBULATORIA, INTERNACIÓN DE TRANSITO EN ÁREA RURAL Y PERIURBANA.
	ESCALÓN II	CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR (CIMFA)	CONSULTA AMBULATORIA, INTERNACIÓN DE TRANSITO EN ÁREA URBANA.
	ESCALÓN III	POLICLÍNICO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ESPECIALIDADES (PAISE)	CONSULTA AMBULATORIA DE ESPECIALIDADES, INTERNACIÓN DE TRANSITO EN ÁREA URBANA.
SEGUNDO	ESCALÓN IV	HOSPITAL OBRERO BÁSICO	MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGÍA Y TERAPIA INTERMEDIA.

	ESCALÓN V	HOSPITAL OBRERO DE ESPECIALIDAD	MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, PEDIATRÍA, GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA, ANESTESIOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, NEUMOLOGÍA Y TERAPIA INTERMEDIA
TERCER	ESCALÓN VI	HOSPITAL OBRERO GENERAL	CUATRO ESPECIALIDADES BÁSICAS Y SUBESPECIALIDADES
	ESCALÓN VII	HOSPITAL OBRERO DE ALTA COMPLEJIDAD	ATENCIÓN DE HOSPITAL OBRERO GENERAL Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA RELACIONADA A SU ÁREA DE SALUD
	ESCALÓN VIII	INSTITUTOS	ATENCIÓN ESPECIALIZADA ESPECIFICA A UNA ÁREA DE SALUD

FUENTE: Equipo Técnico GSS de Salud, 2015.

6.3.4. Primer Nivel de atención

Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba

Los servicios médicos de primer nivel de la C.N.S se organizan bajo el Modelo de Medicina Familiar, que es la puerta de ingreso al sistema integral de salud y cuyos pilares son asistencia sanitaria especializada con atención continua, integral e integrada, la adscripción fija y cita previa, garantizando la accesibilidad, equidad y continuidad en la atención (44).

El Modelo de Atención de la Caja Nacional de Salud se basa en la Medicina Familiar, compatible con la estrategia de la atención primaria de salud, donde se debe resolver el 80% a 85% de los problemas de salud de la población asegurada. por su contacto directo con la población, brindar atención integral al individuo, familia y comunidad, enfatizando la promoción y prevención de la salud a través de actividades intra y extramurales (44).

La Regional Cochabamba cuenta con 7 C.I.S., 4 C.I.M.F.A, 1 P.A.I.S.E. que son considerados establecimientos de salud de primer nivel de atención (12). (ver tabla N° 4) (Detalle ver Anexo N° 1- figura N° 29- 31).

Tabla N° 4 Red de Servicios de Salud

Primer Nivel de la C.N.S. Regional Cochabamba, gestión 2020.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE I NIVEL DE ATENCIÓN		
C.I.S.	C.I.M.F.A.	P.A.I.S.E.
1.- C.I.S. Sacaba 2.- C.I.S. Sarcobamba 3.- C.I.S. Punata 4.- C.I.S. Coboce 5.- C.I.S. Aiquile 6.- C.I.S. Villa Tunari 7.- C.I.S. Kami	1.- C.I.M.F.A. Manuel Ascencio Villarroel. 2.- C.I.M.F.A. Villa Galindo 3.- C.I.M.F.A. Quillacollo 4.- C.I.M.F.A. del Sur	1.- P.A.I.S.E. Recoleta

FUENTE: Vigencia de Derechos C.N.S. Regional Cochabamba, 2020

Actualmente los establecimientos de salud de primer nivel cuenta con una población total de asegurados de 552.377 para la gestión 2020 (12). (ver tabla N° 5).

Tabla N° 5 Población adscrita

Servicios de Salud de Primer Nivel de la C.N.S. Regional Cochabamba, gestión 2020.

CIS- CIMFAS	ASEGURADOS	ESPOSAS O CONV.	HIJOS	PADRES HERMANOS	TOTALES
CIMFA MAV	88.025	34.496	72.479	1.068	196.068
CIMFA SUR	21.212	7.509	10.466	147	39.334
CIMFA VILLA GALINDO	22.932	8.960	15.987	233	48.112
CIS SARCOBAMBA	4.236	1.763	2.980	3	8.982
CIMFA QUILLACOLLO	44.041	19.154	42.602	204	106.001

CIS KAMI	683	725	2.098	0	3.506
CIS SACABA	7.748	2.054	4.752	22	14.576
CIS VILLA TUNARI	2.754	670	2.312	0	5.736
CIS PUNATA	11.836	4.924	6.150	78	22.988
CIS AIQUILE	2.175	2.095	2.963	2	7.235
TOTALES	205.642	82.350	162.789	1.757	552.377.

FUENTE: Vigencia De Derechos C.N.S Regional Cochabamba, 2020

Actualmente de acuerdo al grado de complejidad, los profesionales médicos (generales, familiares y especialistas) siendo un total de 308 profesionales que están distribuidos en los diferentes CIS, CIMFAS y PAISE de la Regional Cochabamba con el siguiente detalle (12) : (ver tabla N° 6):

Tabla N° 6 Distribución de RR.HH.

Médicos en el Primer Nivel de la C.N.S. Regional Cochabamba, gestión 2020.

CIS- CIMFAS	Población total asignada	Médicos generales	Médicos familiares	Médicos especialistas
CIMFA M.A.V	196.068	37	45	11
CIMFA SUR	39.334	8	23	0
CIMFA VILLA GALINDO	48.112	7	21	0
CIS SARCOBAMBA	8.982	3	2	0
CIMFA QUILLACOLLO	106.001	16	32	8
CIS KAMI	3.506	3	0	0
CIS SACABA	14.576	5	10	0
CIS VILLA TUNARI	5.736	3	0	0
CIS PUNATA	22.988	5	2	0
CIS AIQUILE	7.235	2	0	0
CIS COBOCE		3	0	0
PAISE		11	7	44
TOTALES	552.377.	103	142	63

FUENTE: Recursos Humanos C.N.S Regional Cochabamba, 2020

6.4. Sustento legal

Dentro de los artículos referidos a la prevención y cuidados de la salud integral en salud, se puede destacar algunos que establecen derechos y obligaciones primordiales al momento de elaborar la presente investigación, se puede destacar algunos que establecen lineamiento relacionados los siguientes:

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

Reconoce el derecho a la salud para el personal, la garantía por parte del estado de la inclusión y acceso a la salud sin exclusión ni discriminación alguna y se establece la unicidad del Sistema de Salud (45):

- Toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, a la salud y la seguridad (Art. 7).
- La salud es un derecho fundamental para todos (Art. 18).
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Art. 37).
- Vigilancia de la calidad de atención (Art. 39).
- Toda persona tiene derecho al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional, sin discriminación (Art. 46).

Código de la Seguridad social

El código de la seguridad social es un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del paciente y su grupo familiar (46)

- Código de salud es atribución de poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes definir políticas, normas, planificar, controlar y coordinar las actividades. (Art. 3).

- Sistema de Medicina Familiar, la consulta ambulatoria y domiciliaria se centrará en los médicos familiares y especialistas (Art. 18).

Ley 3131: La gestión de calidad de los servicios de salud es inexcusable para los medios en los establecimientos de todos los sectores del Sistema Nacional de Salud. (Art. 5)

Ley No. 16998 aprobada el 02 de agosto de 21979, establece para los trabajadores como objetivo garantizar condiciones adecuadas de salud, higiene, seguridad y bienestar en el trabajo (47).

Decreto Supremo N° 29894 del 07 de febrero de 2009, Que el inciso d) del Artículo 87, determina que el Viceministerio de Trabajo y Previsión Social tiene la función de promover políticas de prevención de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo; así como la difusión y el cumplimiento de normas laborales, de seguridad y salud ocupacional (48).

Decreto Supremo No 29601: Donde establece el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI, con una nueva estructura de Gestión y Atención en salud priorizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (49).

Decreto Supremo N° 1403 del 09 de noviembre de 2012, sustento del Plan de Reestructuración de la Caja Nacional de Salud cuyos ejes temáticos son: Gestión Administrativa financiera, Gestión Sanitaria, Estructura Organizacional, Política de Recursos Humanos, el marco legal y participación y control social (50).

Plan Estratégico Institucional de la Caja Nacional de Salud 2016 – 2020: Establece como objetivos estratégicos (42): “Objetivo Estratégico 1: Fortalecer La Promoción De La Salud; Objetivo Estratégico 3.: Mejorar La Salud Ocupacional En Empresas Y Trabajadores; Objetivo Estratégico 7. Optimizar La Gestión De Recursos Humanos”.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. Tipo de Estudio

El presente estudio es catalogado como un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, realizado en una muestra calculada mediante fórmulas ajustadas para una población finita conocida.

- Estudio cuantitativo: este es un proceso de investigación sistemático y ordenado que requiere de un análisis de datos objetivos que puede ser medido, que se lleva a cabo siguiendo ciertos pasos para recolectar, y analizar datos sobre las variables de investigación, permitiendo a su vez establecer patrones de comportamiento de la población (51).
- Descriptivo: Busca describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos, únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, que considera al fenómeno estudiado y sus componentes (51).
- Corte Transversal: Analizan la exposición de una determinada enfermedad en una población definida, se utilizan principalmente para determinar la prevalencia de enfermedades o factores de riesgo en un tiempo o periodo determinado por el investigador (52).

7.2. Área de Estudio

El presente estudio se llevará a cabo en los establecimientos de salud de Primer Nivel comprendidos por 4 Centros integrales de medicina familiar y 7 Centros integrales de salud y 1 Policlínico de atención integral de especialidades médicas de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba.

7.3. Población de estudio

La población diana fue el personal médico que realiza sus actividades asistenciales de consulta externa ambulatoria distribuidos en: 4 Centros integrales

de medicina familiar y 7 Centros integrales de salud y 1 Policlínico de especialidades médicas en salud que corresponden al primer nivel de atención de la Regional Cochabamba.

7.4. Tamaño de la muestra

El presente estudio tomó en cuenta como referencia de población total de 308 profesionales médicos que trabajan en los diferentes CIS, CIMFAS y PAISE del primer nivel de atención para la gestión 2021. De acuerdo al cálculo ajustado a la población, y la estimación de proporciones con un nivel de confianza del 95%, frecuencia esperada de 43% y margen de error del 5%, obteniendo una muestra necesaria de 169 individuos que cumplieran los criterios de inclusión y que además aceptaran de forma voluntaria la participación en el estudio.

El muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, debido a que todos los sujetos de estudio tienen la misma posibilidad de ser parte de la muestra (53), y de acuerdo a la fórmula para muestreo aleatorio simple.

Unidad de análisis

- Cada una de las personas que participan en el estudio y que cumplan con los criterios de inclusión.

7.5. Criterios de inclusión

- Ser profesional médico/a titulado que trabaja en los C.I.S., C.I.M.F.A. S y P.A.I.S.E. del primer nivel de atención de la C.N.S.
- Dar consentimiento para participar del estudio
- Tener como mínimo 3 meses de trabajo en los C.I.S., C.I.M.F.A. S y P.A.I.S.E. del primer nivel de atención de la C.N.S.

7.6. Criterios de exclusión

- Ser profesional médico en etapa formativa (residencia e interno).
- Personal administrativo, de limpieza y otros servicios que no atiendan directamente a los pacientes.

7.7. Variables

El presente estudio descriptivo, de corte transversal tiene como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia por COVID-19 en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba de febrero a marzo de 2021, a través de la identificación de características sociodemográficas de la población sujeta de estudio (Ver anexo N° 4 y 6) y la identificación de la prevalencia de las 3 dimensiones del S.B. mediante la escala de Maslach (ver anexo N° 6).

Escala de Maslach Burnout Inventory

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario validado para recolección de datos demográficos y laborales básicos; Escala de Maslach Burnout Inventory creado por Maslach y Jackson en 1981, el test está constituido por 22 ítems donde se pueden diferenciar y medir las tres dimensiones que conforman el S.B. (28)(29).

Se obtiene tanto un resultado global del test como una puntuación dividida por las tres áreas analizadas es decir agotamiento/cansancio emocional, despersonalización y realización personal (29)(32).

El MIB Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout: (54)

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20). **Puntuación máxima 54.**

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). **Puntuación máxima 30.**

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). **Puntuación máxima 48.**

Tabla N° 7 cálculo de puntuaciones para identificar el Síndrome de Burnout

Se suman las respuestas dadas a los ítems que señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de S.D. Burnout
Agotamiento/cansancio emocional	Se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.	Más de 26
Despersonalización	Se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.	Más de 9
Realización personal	Se deben sumar los números obtenidos en la valoración de las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Cabe notar que la ponderación de las preguntas correspondientes a esta esfera se realiza de manera inversa a las dos anteriores.	Menos de 34

Fuente: Eva, Sánchez O. Cuestionario 2: MBI. Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 15/02/2021. This copy is for personal use. 2017. p. 5.

Valoración de puntuaciones

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen el síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el grado del Síndrome de Burnout, que puede ser más o menos severo dependiendo de si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan indicios del síndrome (32). Para saber el grado de estrés laboral en cada una de estas áreas se utiliza la siguiente:

Tabla 8: Clasificación del nivel de identificación

Según puntuación por dimensiones del síndrome de burnout (54)

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento/ cansancio emocional.	0-18	19-26	27-54
Despersonalización.	0-5	6-9	10-30
Realización personal.	0-33	34-39	40-56

Fuente: Eva, Sánchez O. Cuestionario 2: MBI. Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 15/02/2021. This copy is for personal use. 2017. p. 5.

7.7.1. Definición y operacionalización de variables

Tabla 9: Definición y Operacionalización de variables

	Objetivo Especifico	Variable	Definición Operacional	Tipo de variable	Indicador	Análisis	Instrumento
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	Obj. Especifico N° 1:	Edad	Años de vida cumplidos	Cuantitativa continua	En años cumplidos y categorizada en grupos etarios 26- 31 32-37 38-43 44-49 50-55 56-61 62-67 68-73	Promedio y desviación estándar. Porcentaje para la edad categorizada	Encuesta Demográfica Ítem N° 1
		Género/s exo	Identificación personal de género	Cualitativa nominal dicotómica	1. Femenino 2. Masculino	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 2
		Estado civil	Situación de la persona determinada por su relación de pareja.	Cualitativa Nominal politómica.	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Conviviente 5. Viudo/a	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 3
		Número de hijos	Número de hijos del encuestado	Cualitativa ordinal	0 1 2 3 4	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 4

VARIABLES LABORALES		Establecimiento de salud	Establecimiento de salud de primer nivel que corresponde el encuestado	Cualitativa Nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. CIMFA M.A.V 2. CIMFA SUR 3. CIMFA QUILLACOLLO 4. CIMFA VILLA GALINDO 5. CIS SACABA 6. CIS V. TUNARI 7. CIS KAMI 8. CIS COBOCE 9. CIS SARCOBA MBA 10. CIS PUNATA 11. CIS AIQUILE 12. PAISE 	Promedio y porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 5
		Especialidad médica	Área de especialización dentro de la profesión médica.	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Médico general 2. Médico familiar 3. Especialista 	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 6
		Situación laboral	Estado de contratación del personal	Cualitativa nominal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. De planta 2. Contrato recurrente 3. Contrato eventual 4. otro 	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 7
		Años de experiencia profesional	Número de años de experiencia profesional categorizada en grupos	Cualitativa ordinal politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1-6 7-12 13-18 19-24 25-30 31-36 37-42 	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 8

		Tiempo en el puesto de trabajo	Número de años en el actual puesto de trabajo	Cualitativa ordinal politómica	1-4 5-8 9-12 13-16 17-20 21-24 25-28 29-32	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 9
		Turno de trabajo	Rol de turno de trabajo realizado en el área de trabajo	Cualitativa nominal politómica	1. Fijo 2. Rotatorio 3. otros	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 10
		Trabaja o trabaja en área COVID-19	Si el personal trabaja o trabaja en área COVID-19 al momento de la encuesta	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 11
		Recibió algún incentivo económico por trabajar en área COVID-19	Incentivos institucionales al trabajador	Cualitativa nominal dicotómica	1. Si 2. No	porcentaje	Encuesta Demográfica Ítem N° 12

FUENTE: Elaboración propia, 2021.

Tabla 10: Definición y Operacionalización de variables

Test Maslach Burnout Inventory

	Objetivo Especifico	Variable	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Indicador	Instrumento
Test Maslach Burnout Inventory	Obj. Especifico N° 2:	Síndrome de Burnout	Consecuencia del estrés laboral crónico, valorada por la estimación positiva del Test de Maslach. Se consideró que el S.B. estaba presente si el personal de salud tuvo baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización.	Cualitativa nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Presente:</u> Agotamiento/cansancio emocional más de 27, Despersonalización más de 10, Realización personal menos de 33 • <u>Ausente:</u> Agotamiento/cansancio emocional menos de 26, Despersonalización menos de 9, Realización personal más de 34 	porcentaje	Encuesta Test Maslach Burnout Inventory Ítem N° 1-22
		Agotamiento/cansancio emocional.	Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo	Cualitativa ordinal politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Porcentaje	Encuesta Test Maslach Burnout Inventory Ítem N° 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20

		Despersonalización	Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento	Cualitativa ordinal politómica	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Porcentaje	Encuesta Test Maslach Burnout Inventory Ítem N° 5, 10, 11, 15 y 22
		Realización personal.	Evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo.		<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Porcentaje	Encuesta Test Maslach Burnout Inventory Ítem N° 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21

FUENTE: Elaboración propia, 2021.

7.8. Consideraciones Éticas

Todos los participantes de la presente investigación, recibieron información precisa sobre los objetivos, respetando el principio ético de Autonomía (55), mediante la aplicación de un consentimiento informado y su correspondiente hoja de información (ver anexo N° 3), aceptando o rechazando la participación del estudio mismo que fue aplicado de forma voluntaria y anónima.

Durante el desarrollo del presente trabajo de investigación se realizó con la participación directa de profesionales médicos previa autorización de los sujetos de estudio, considerando que los mismos pueden retirarse de la investigación en el momento que ellos así lo decida, respetando los principios éticos de la beneficencia y justicia (55), donde cada participante tuvo el mismas condiciones de acceso al cuestionario para recolección de datos, en el cual, el participante no brinda datos que puedan identificar al sujeto de estudio, en la que ni el investigador conoce la identidad de los sujetos de estudio, con el fin de garantizar los principios éticos individuales de los participantes.

El presente trabajo de grado, se realizó con la aprobación de Supervisión Regional de Enseñanza e Investigación y del Comité de Ética de la Caja Nacional de Salud, Regional Cochabamba, mismas que fue aceptada con las notas correspondientes (Anexo N° 2).

7.9. Técnica y procedimiento de recolección de datos

De los participantes, realizaron el llenado del cuestionario de forma digital y presencial de acuerdo a la accesibilidad del participante. Se garantizó la confidencialidad de los participantes los cuestionarios se respondieron de manera anónima. Al terminar el llenado del cuestionario, se almacenó para el momento de digitalización. Cada cuestionario tuvo un código que correspondió al nombre del

participante y fue almacenado en una base de datos digital; al que solo el investigador tuvo acceso. (Ver Anexo N° 5).

El cuestionario contiene en la primera parte datos demográficos y laborales como edad, sexo, estado civil, número de hijos, Establecimiento de salud, especialidad médica, situación laboral, años de experiencia profesional, tiempo en el puesto de trabajo, turno de trabajo, trabajo en área COVID-19 e incentivo económico por trabajar en área COVID-19, posterior a la recolección de datos se elaboró la ficha de recolección de datos codificados en una hoja Excel (Ver anexo N° 7) que posteriormente fue analizada en el programa IBM SPSS Statistics v24, para posterior realizar el análisis de proporciones y porcentajes.

La segunda parte está constituida por el Test Maslach Burnout Inventory, que contiene 22 preguntas divididas en las tres dimensiones de análisis para la clasificación del síndrome de burnout mediante la escala de Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), cada componente dispone de una escala de puntuación. (Ver anexo Tabla 7-8).

En ambos instrumentos fueron validados por expertos (ver anexo N° 3), antes de la recolección de datos, a su vez, se realizó la validez interna del instrumento de recolección para medir la confiabilidad del mismos, a partir, del coeficiente de Alfa de Cronbach (56), calculado en el programa IBM SPSS Statistics v24. (Ver Anexo N° 4).

VIII. RESULTADOS

La recolección de la información se llevó a cabo en los meses de febrero a marzo de la gestión 2021. De acuerdo a los cálculos estadísticos requeridos la muestra total del estudio comprendió 169 profesionales médicos que trabajan en los 12 centros del primer nivel de atención de la C.N.S. Regional Cochabamba, que cumplieron los criterios de inclusión mencionado anteriormente.

De acuerdo a la confiabilidad del instrumento:

En la tabla N° 11, se evidencia el nivel de confiabilidad del instrumento de recolección de datos, el cuestionario contiene en la primera parte datos demográficos y laborales, y Test Maslach Burnout Inventory, con un coeficiente de Alfa de Cronbach cercano a uno ($\alpha = 0,913$). (Detalle ver anexo N° 4).

Tabla 11: Definición y Operacionalización de variables

Test Maslach Burnout Inventory

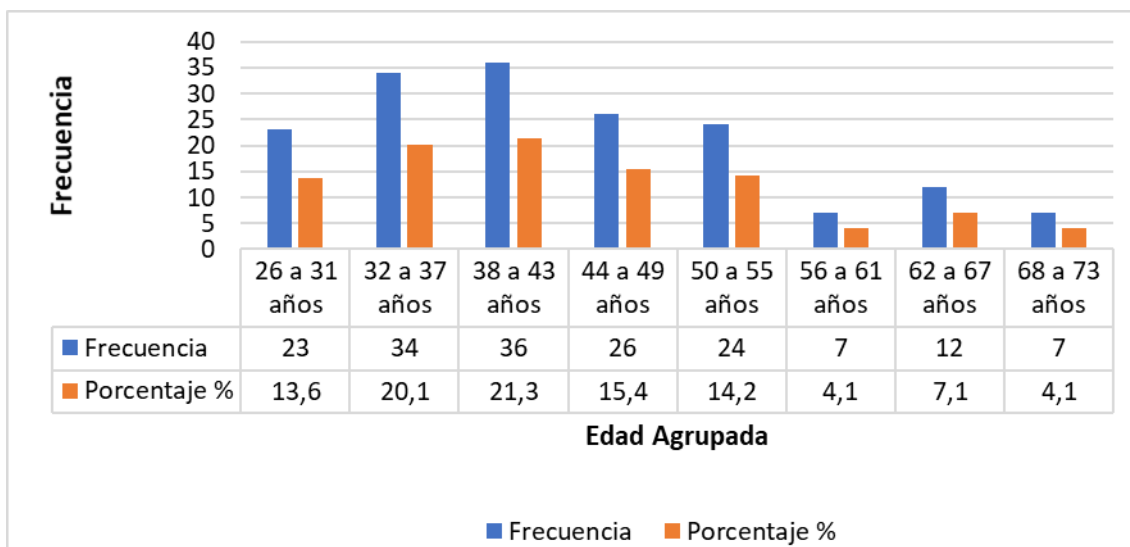
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,913	,904	22

Fuente: Encuesta aplicada a los médicos de la C.N.S., 2021.

De acuerdo a las variables demográficas:

Se identificó que la media de edad de los sujetos de estudio es de 43 años (detalle ver anexo N° 6). Respecto al rango de 26 a 68 años, con una desviación estándar de 12. La figura N° 1 muestra la distribución de edad agrupada, donde se identificó en mayor proporción la edad comprendida entre 38 a 43 años con 21,3% ($n=34$), seguida de edad de 32 a 37 años con 20,1% ($n=36$). (Detalle ver anexo N° 7).

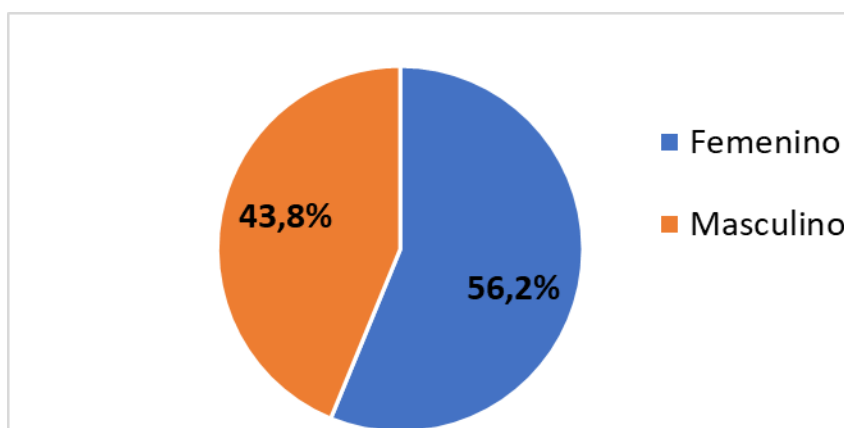
Figura N° 1 Distribución porcentual según edad del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba Febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La figura N° 2, muestra la clasificación por sexo donde se identificó el 56,2% (n=95) corresponde al sexo femenino y 43,8% (n=74) al sexo masculino respectivamente. (Detalle ver anexo N° 9).

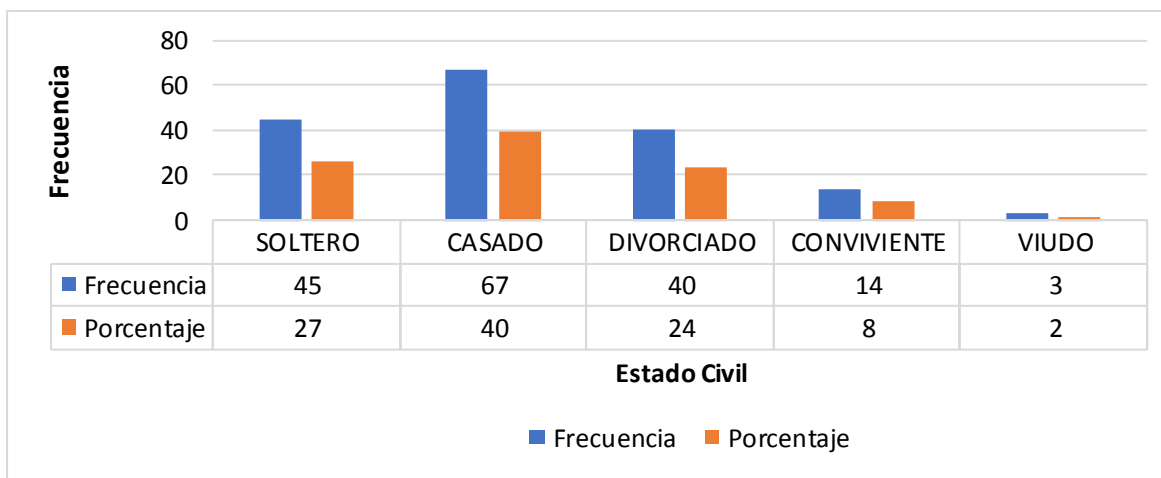
Figura N° 2 Distribución porcentual, según sexo del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba Febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB,2021

La figura N° 3, muestra que el estado civil con mayor proporción es ser casado (a) con el 40% (n=67), y en menor proporción ser Viudo con el 2% (n=3). (Detalle ver anexo N° 10).

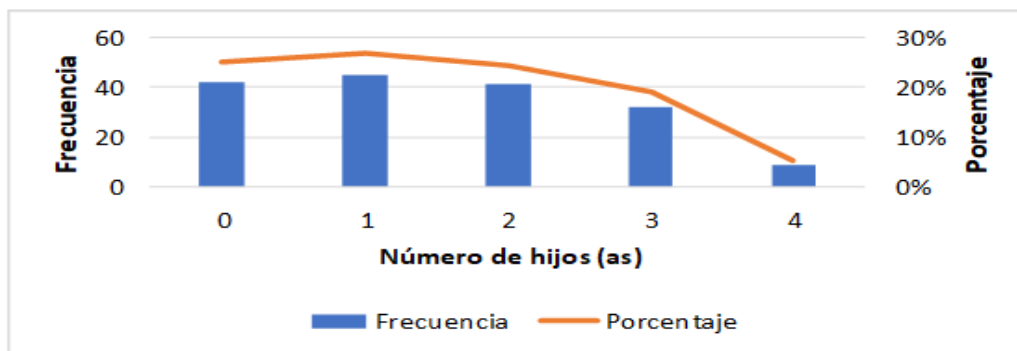
Figura N° 3 Distribución porcentual, según estado civil del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba Febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021.

Respecto al número de hijos por profesional de salud, la figura 4, muestra que en mayor proporción el 26,6% (n=45) tiene un hijo(a). (detalle ver Anexo N° 11).

Figura N° 4 Distribución porcentual, según el número de hijos del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba Febrero a marzo 2021.

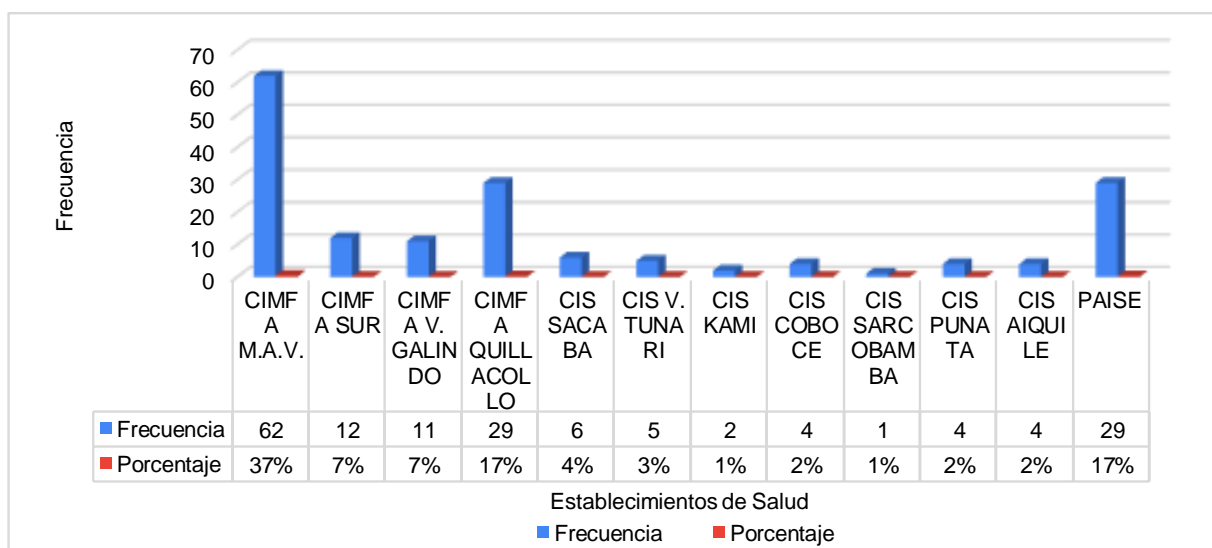


Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

De acuerdo a las variables laborales:

Para fines del presente estudio se seleccionó a los establecimientos de Salud de primer nivel de la Regional Cochabamba 7 CIS, 4 CIMFAS y 1 PAISE. Donde se realizó cuestionarios estructurados al personal médico que trabaja en dichos centros. La figura N° 5, muestra el consolidado general de establecimientos de salud y la distribución de acuerdo al establecimiento de salud de un total de 169 personas encuestadas, en mayor proporción CIMFA MAV, Quillacollo y PAISE. (Detalle ver anexo N° 12).

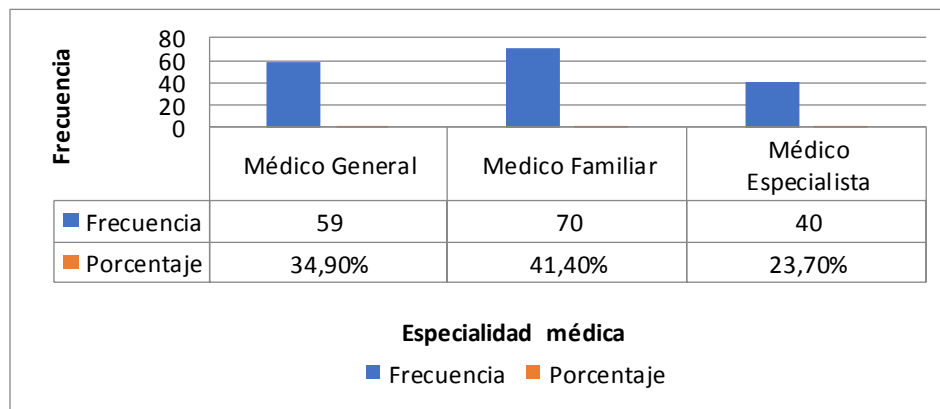
Figura N° 5 Distribución porcentual, según el establecimiento de salud del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La figura N° 6, muestra la especialidad médica de los profesionales médicos encuestados. El 34,9% (n=59) corresponde a Médicos generales, 41,4% (n=70) Médicos Familiares y 23,7% (n=40) Médicos Especialistas (detalle ver anexo N° 11).

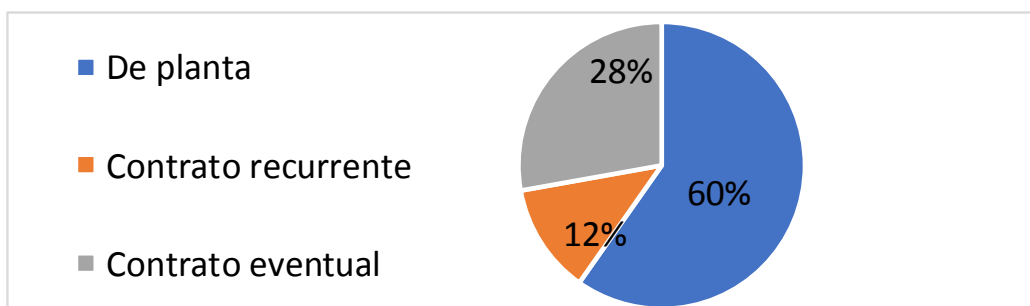
Figura N° 6 Distribución porcentual, según la especialidad médica del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

De acuerdo a la situación laboral de los profesionales médicos, la figura N° 7, se identificó en mayor proporción con el 60% (n=101) que corresponde a personal de planta con ítem asignado. (Detalle ver anexo N° 12).

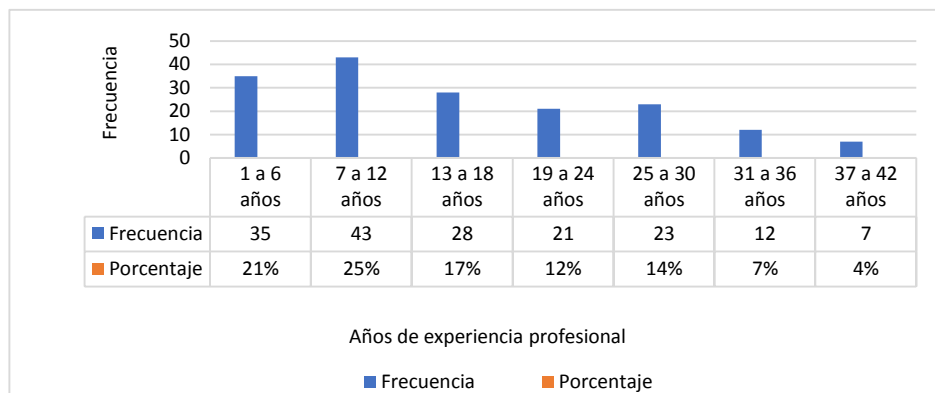
Figura N° 7 Distribución porcentual, según situación laboral del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

Considerando los años de experiencia profesional, se identificó una media de 6 años de experiencia profesional, con una mayor proporción dentro del rango de 1 a 12 años con el 46% (n=78) y en menor proporción 37 a 42 años 4% (n=7). (Detalle Ver anexo N° 12).

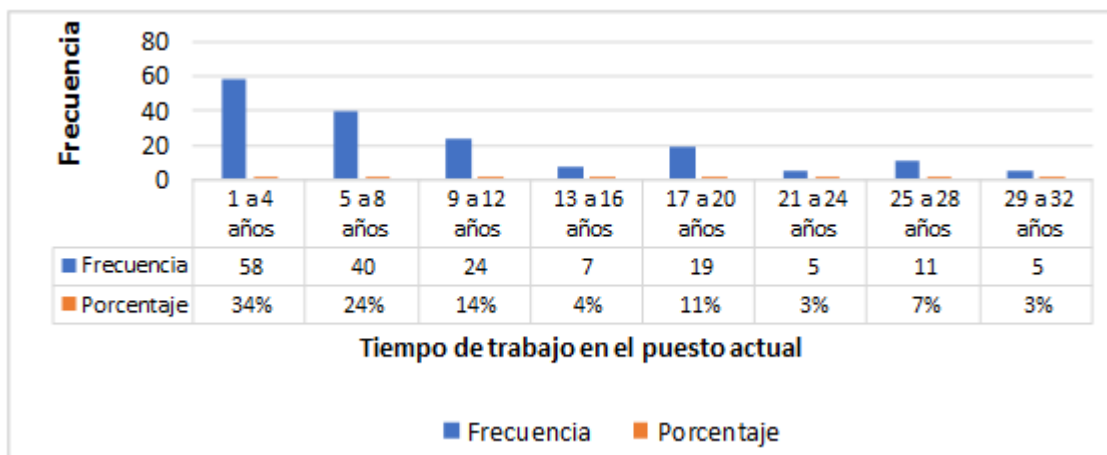
Figura N° 8 Distribución porcentual, según experiencia profesional del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

De acuerdo al tiempo de trabajo, se identificó una media de 10 años, con un rango de 1 a 32 años. La figura N° 9 muestra en mayor proporción el tiempo de trabajo actual de 1 a 4 años el 34% (n=58) (detalle ver anexo N° 13).

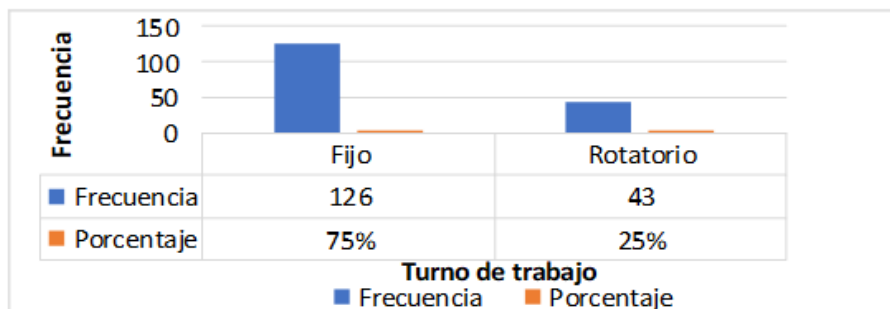
Figura N° 9 Distribución porcentual, según tiempo de trabajo del personal medico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

Respecto al turno de trabajo que realiza el personal médico como muestra la figura N° 10, el 75% (n=126) actualmente se encuentra con turno fijo de trabajo en su establecimiento de salud (detalle ver anexo N° 14).

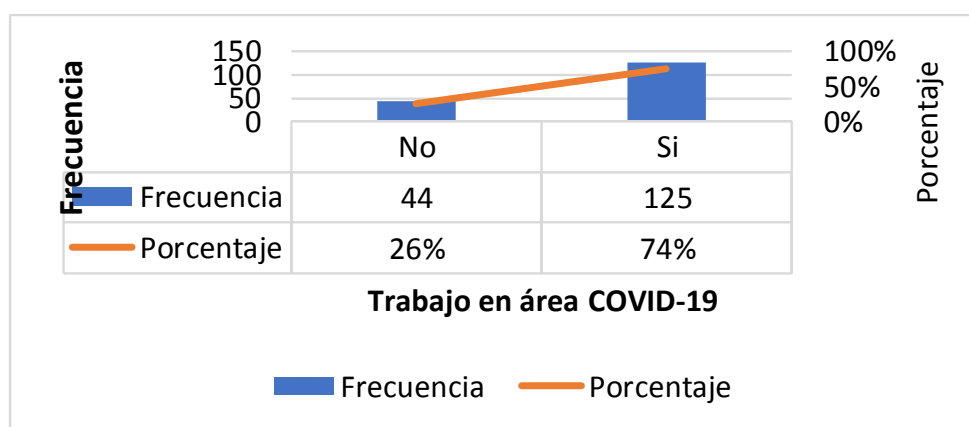
Figura N° 10 Distribución porcentual, según turno de trabajo del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La figura N° 11 muestra la distribución porcentual de trabajo en área COVID-19, el 74% (n=125) indico haber trabajado en área de atención COVID-19 (detalle anexo N° 16).

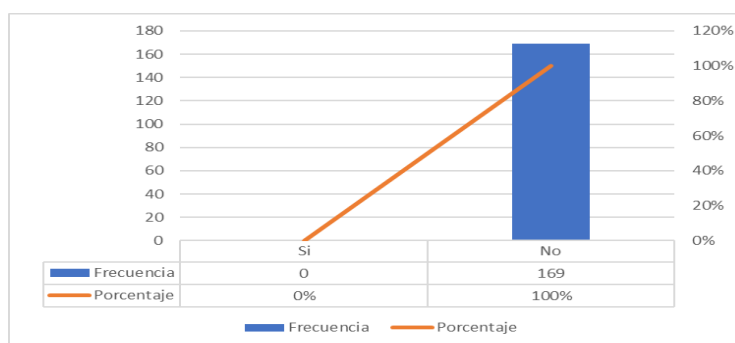
Figura N° 11 Distribución porcentual, según áreas de trabajo COVID-19 del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La figura N° 12 muestra la distribución porcentual de incentivo económico por haber trabajado en área COVID-19, los resultados muestran que el 100% no recibió incentivo económico. (detalle anexo N° 16).

Figura N° 12 Distribución porcentual, incentivo económico por trabajo COVID-19 del personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.

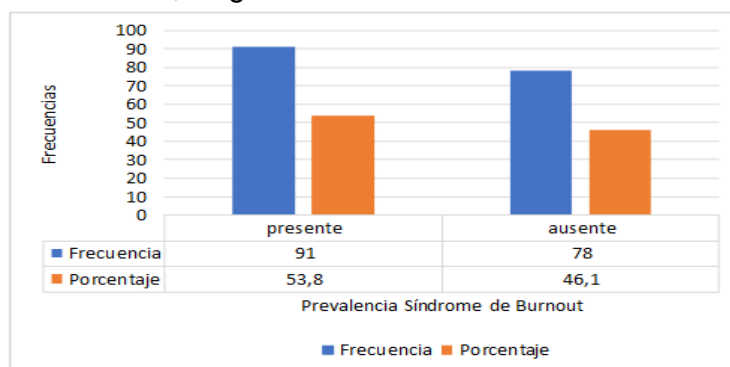


Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

De acuerdo a las variables del Test Maslach Burnout Inventory:

De acuerdo al análisis de prevalencia del Síndrome de Burnout, se identificó que se encuentra presente con el 53,8% (n=91) del personal médico que ingresó al presente estudio. (Detalle ver anexo N° 18).

Figura N° 12 Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal medico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

Respecto a la media de los tres componentes del Test de Malash Burnout Inventory, en relación con la escala establecida bajo, medio y alto. Donde se identifica el Agotamiento/cansancio emocional y despersonalización alta y baja la realización personal (Detalle ver anexo N° 18).

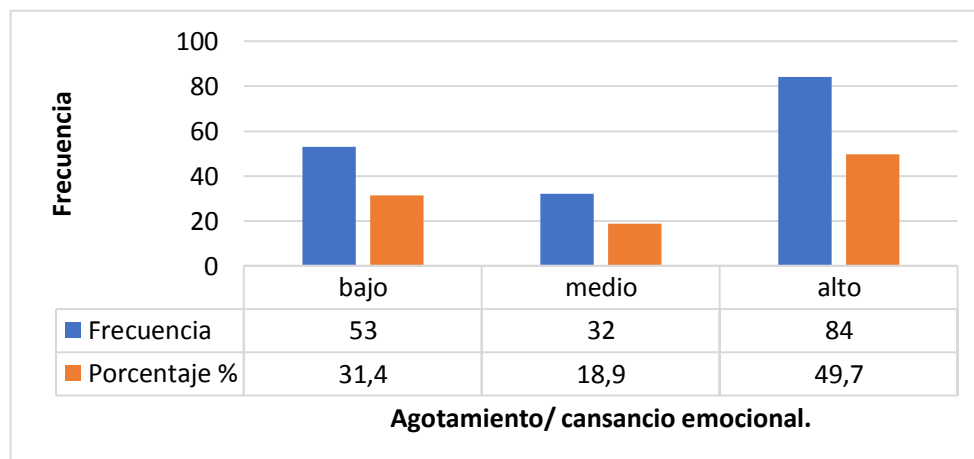
Tabla N° 13 Distribución de valor de la Media de los tres componentes del Test MBI el personal médico del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.

Componente	Media	Escala de medición
Agotamiento emocional	29,1	Alto
Despersonalización	12,1	Alto
Realización personal	32,9	Bajo

Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La figura 13 muestra un valor alto con el 49,7% (n=84) para el componente Agotamiento/ cansancio emocional (Detalle Ver Anexo N° 19)

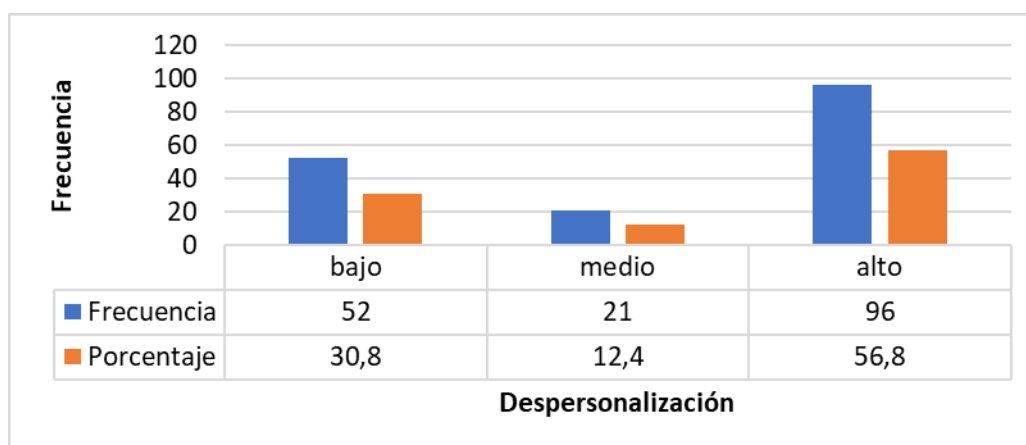
Figura N° 13 Distribución de valores para el componente agotamiento emocional del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

La siguiente figura describe el Componente Despersonalización, en mayor proporción se encuentra alto con el 56,8% (n=96). (Detalle Ver Anexo N° 20)

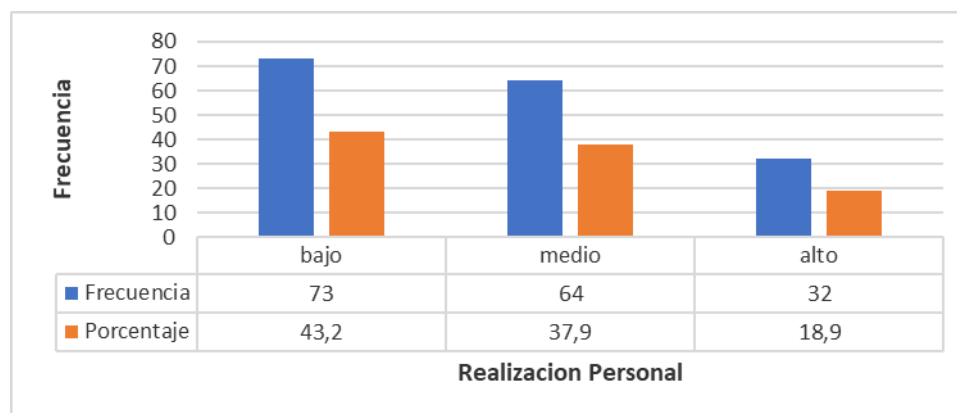
Figura N° 14 Distribución de valores para el componente Despersonalización del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

En lo que respecta al componente Realización Personal, como muestra la figura 16 en mayor proporción se encuentra bajo con el 43,2% (n=73). (Detalle Ver Anexo N° 21).

Figura N° 16 Distribución de valores para el componente realización personal del Primer Nivel de atención, Regional Cochabamba febrero a marzo 2021.



Fuente: Elaboración propia Basada en cuestionario MIB, 2021

IX. DISCUSIÓN

El presente estudio se desarrolló en la ciudad de Cochabamba, entre los meses de febrero a marzo de la gestión 2021, los sujetos de estudio fueron los profesionales médicos con una muestra de 169 personas, cuyas características se ajustaban a los criterios de inclusión y exclusión previamente planteados, de los 12 establecimientos de salud del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud. Con el fin de identificar la prevalencia de Síndrome de Burnout en los profesionales médicos, en el contexto epidemiológico actual de Pandemia mundial por COVID-19, donde el personal de salud estuvo desarrollando sus actividades asistenciales en primera línea, debido a que el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud.

Respecto al instrumento de medición de la investigación, contiene variables cuantitativas recolectando datos demográficos, laborales y variables cualitativas aplicando mediante el Test de Maslach, la validez interna de este instrumento permitió una mayor confiabilidad para la recolección de la información necesaria, con un coeficiente de Alfa de Cronbach (0,913), catalogado como excelente según los planteado por George y Marllerly (56).

Los resultados obtenidos de esta investigación muestran la distribución del personal médico, de acuerdo al sexo, se encuentra en mayor proporción el sexo femenino con un 56,2%, respecto al masculino 43,8%. Respecto a la edad en mayor proporción los grupos etéreos se encuentran comprendidos entre 32 a 43 años, con un porcentaje acumulado de 41,4%, estudios similares realizados en el contexto del primer nivel de atención de la seguridad social muestran edades comprendidas entre 36-45 años (10). Al respecto estudios previos muestran que el S.B. es más frecuente en mujeres, de acuerdo a la edad indican la incidencia menos frecuente en personas mayores de 40 años de edad, considerando como

un factor preponderante los años de experiencia que permiten desarrollar habilidades para afrontar el estrés y el agotamiento (27).

A partir de los datos recopilados sobre factores familiares, considerando el estado civil, se identificó el 40% son casados (as), y en mayor proporción se identifica un 26,6% tener un hijo (a), al respecto del S.B. estudios previos indican que el estar soltero (a) y no tener hijos (as), incide positivamente para desarrollar la enfermedad (27).

De acuerdo, a los establecimientos de salud de primer nivel, en mayor proporción se encuentra el CIMFA Manuel Ascencio Villaroel 37%, seguido del CIMFA Quillacollo 17% y PAISE 17%, esto se debe a que estos centros acoplan la mayor cantidad de población asegurada del primer nivel, por ende disponen de mayor Recurso humano a nivel Regional en la C.N.S. (12).

Respecto a la especialidad del personal médico, los hallazgos muestran una mayor prevalencia de médicos familiares 41,4%, debido a que los establecimientos de salud de primer nivel de la C.N.S está compuesto fundamentalmente por Médicos Familiares, que brindan atención integral basado en la medicina familiar, con la excepción de PAISE donde se realiza atención de especialidades médicas en consulta externa (50)(12).

De acuerdo a la situación laboral del personal médico, indicaron en mayor proporción 60% de planta, respecto al 28% de personal a contrato eventual, identificándose con estabilidad laboral una mayor proporción, el 100% refiere no haber recibido incentivos económicos por trabajar en área COVID-19. El personal a sujeto a contrato eventual como muestran los estudios realizados experimentan una inseguridad laboral, mismo que genera angustia, agotamiento emocional (4).

Analizando los años de experiencia profesional se observó, una proporción acumulada de 46 % en el rango de 1 a 12 años, identificándose un 75% con un turno fijo de trabajo. En este sentido la literatura muestra que los profesionales con

menor experiencia profesional debido a que presentan mayor autoexigencia repercute directamente en la aparición de estrés (27).

La muestra de estudio, el 74% menciono haber trabajado en área COVID-19 del Primer Nivel de atención, como muestran los antecedentes epidemiológicos, como otros países de la región, Bolivia no estuvo excluida de los efectos del COVID-19, pese a las medidas oportunas adoptadas por el Ministerio de Salud, para hacer frente a la pandemia, la morbi-mortalidad creció exponencialmente, mostrando las debilidades estructurales, materiales y de recursos humanos en todo el sistema sanitario, ya sea, público, privado, seguridad social y ONGs (2). Repercutiendo directamente sobre el personal operativo debido al alto riesgo de infección debido al contacto directo en el lugar de trabajo, la carga de trabajo y la presión psicológica a la que estaban expuestos los profesionales de la salud que hacía frente a esta enfermedad (13).

La prevalencia del Síndrome de Burnout se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, agrupado por niveles (alto, medio, bajo) elementos que pueden ser evaluados a través del test de MBI (Maslach Burnout Inventory). Respecto a la prevalencia del síndrome de Burnout identificado en el personal médico del primer nivel de atención de la C.N.S, fue del 53,8%, dato superior y relevante, a los encontrados a nivel nacional sin embargo identificados previos al contexto epidemiológico actual de pandemia por COVID-19, estudios a nivel nacional identificaron S.B. en un 33,7% (11), a nivel local estudio desarrollado en el Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba en 2015, se identificó una prevalencia del 43% (10). Estudios internacionales como Italia refieren una prevalencia de S.B. en contexto de COVID -19 fue del 29,7%, se encontró niveles significativamente altos de estrés, agotamiento, trauma secundario, ansiedad y depresión, respecto del 26,3% en el personal que no realizaba tareas asistenciales en el área de COVID-19 (9),

dato inferior al encontrado en nuestra investigación. Los factores relacionados a la presentación y desarrollo del S.B. se encuentran las características del puesto de trabajo, el ambiente laboral, los turnos laborales, horario de trabajo, seguridad y estabilidad en el puesto, la antigüedad profesional, incorporación de nuevas tecnologías, estructura y clima organizacional, brindar apoyo psicológico, relaciones interpersonales, variables sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil (27)

Los resultados identificados de acuerdo a los tres componentes, agrupado por niveles (alto, medio, bajo) se observó que la media agotamiento/ cansancio emocional de 29,1 (alto), despersonalización 12,1 (alto) y realización personal 32,9 (Bajo), como menciona la literatura respecto al análisis por componente, determinando así, la presencia de S.B. en la población de estudio (26).

De acuerdo al componente Agotamiento/cansancio emocional tiene una mayor proporción 49,7% (alto), un estudio realizado en China en septiembre de 2020, indica que el agotamiento afecta negativamente en el comportamiento de seguridad de los empleados, incrementando el riesgo de contagio por COVID-19 (3). Por otro lado, como menciona la literatura el agotamiento/cansancio emocional se presenta por fatiga o falta de energía, sentimientos de frustración, sensación de falta de apoyo en las organizaciones, delimitación de funciones poco claras, poca motivación, sienten que ignoran las necesidades de los trabajadores, desgaste cognitivo en el trabajo, falta de recompensas, poca posibilidad de desarrollo profesional, y percepción desigual en el trato, por lo general se asocia a la mala administración de la carga laboral (26).

Respecto al componente de despersonalización, se identificó en mayor porcentaje 56,8% (alto), esto puede deberse a varios factores, como muestran los estudios previos, y el trabajador puede experimentar situaciones de crisis, puede tratar de forma inadecuada a los usuarios externos e internos, utiliza lenguaje inapropiado, reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, al presentar una actitud negativa

y despreocupada hacia los usuarios internos y externos y se convierte en un espectador de los eventos que puedan ocurrir, al tratarse de personal del área médica que brinda atención asistencial, la intervención debe realizarse de forma oportuna e inmediata (26).

Respecto al componente de realización personal, se identificó en mayor porcentaje 43,2% (bajo), en este componente se evalúa de forma inversa, estudios previos indican que al encontrarse este componente bajo, el trabajador experimenta sentimientos de descalificación personal, siente que no tiene la productividad laboral necesaria, sienten que las demandas laborales exceden su capacidad y se encuentra insatisfecho con sus logros profesionales (26).

X. CONCLUSIONES

En este acápite se detalla la conclusión de los resultados obtenidos en la investigación, realizada para determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout durante la pandemia por COVID-19, en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba de febrero a marzo 2021.

- Se identificó una mayor prevalencia del sexo femenino respecto al masculino, el grupo atareó con mayor prevalencia es la edad comprendida entre 32 a 43 años variable relevante, de acuerdo a estudios previos realizados, consideran al sexo femenino y los grupos etáreos identificados como vulnerables para el desarrollo del Síndrome de Burnout.
- En relación al estado civil del personal médico, la mayor proporción representa personas casados (as), en contraste con una menor proporción viudos (as). Respecto a número de hijos en mayor proporción refieren tener un hijo, en ambos casos como muestra la literatura estas variables incidirían positivamente, para evitar el desarrollo de la enfermedad.
- El estudio se centró en el primer nivel de atención y los profesionales médicos, que actualmente se encuentra en primera línea para la contención del COVID-19, debido a que representan la puerta de entrada y el primer contacto de la población al sistema de salud, brindando asistencia sanitaria esencial mediante los diferentes prestaciones de servicios de salud que brinda el primer nivel, mediante consultas ambulatorias, enmarcadas en la promoción, prevención en riesgos en salud, curación y rehabilitación.
- Respecto a la distribución de los sujetos de estudio en primer nivel de la C.N.S. se identificó, que los centros integrales de salud Manuel Ascencio Villaroel, Quillacollo y Policlínico de especialidades médicas representa la mayor proporción de la muestra de estudio.

- De acuerdo a la estabilidad laboral, más de la mitad de los profesionales encuestados refiere ser de planta, el total de los encuestados menciona que no recibió incentivo o remuneración económica por trabajar en área COVID-19, y que cuentan con una experiencia profesional en un rango de 1 a 12 años, y un rango de trabajo en la institución de 1 a 4 años. Variables que de acuerdo a estudios previos representan un factor predisponente a la aparición de estrés en el ámbito laboral, por la falta de experiencia profesional y la inestabilidad laboral a la que están expuestos.
- Respecto al trabajo en área COVID-19, sólo un tercio de la muestra de estudio refirió que no trabajó en área COVID-19 por consiguiente, el restante trabajó de forma directa en la atención de pacientes COVID-19.
- El síndrome de Burnout se encuentra presente con un valor alto en los profesionales médicos, situándose por encima de la mitad de la muestra, en concordancia con estudios nacionales e internacionales previos, realizados en el contexto epidemiológico actual de pandemia por COVID-19, en el personal de salud que brinda servicios asistenciales directos a los usuarios.
- De acuerdo al análisis de los tres componentes, se identificó un valor alto del componente agotamiento/cansancio emocional, que está íntimamente relacionado con la administración de la carga laboral y la estructura organizacional de los establecimientos de salud, como refieren estudios previos realizados.
- Respecto al componente despersonalización se identificó un valor alto, dimensión de análisis de prioridad, que debe ser tomada en cuenta para futuras investigaciones, y el desarrollo de mecanismos institucionales integrales para afrontamiento oportuno, y así, evitar desencadenar patologías psiquiátricas como cambios conductuales, apatía, ansiedad y otros propias de los profesionales médicos y que repercute en los pacientes. Debido a que, pasados los 10 años de desempeño laboral, el trabajador se vuelve más sensible y vulnerable a la despersonalización.

- Respecto al componente realización personal se encuentra en un valor bajo, que puede estar relacionado e interferir con en el rendimiento laboral, y la incapacidad de hacer frente a la presión laboral, y baja autoestima.

Dentro de las conclusiones de este estudio, podemos mencionar que representa un paso importante dentro esta problemática de salud laboral, debido a que es el primer estudio realizado en el contexto epidemiológico actual por COVID-19 en la institución, y representa la necesidad de seguir estudiando el Burnout entre los profesionales que trabajan en los establecimientos de salud, con el fin de desarrollar futuros programas de prevención y atención temprana para reducir y eliminar el síndrome de manera que se asegure la salud emocional y psíquica de los profesionales, para el beneficio de los usuarios internos y externos de la institución.

XI. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los hallazgos identificados en la presente investigación, se recomienda:

- A la Unidad de Medicina del trabajo, en coordinación con los directores y Coordinadores de los establecimientos de salud de Primer Nivel, implementar la vigilancia epidemiológica de enfermedades profesionales que comprometan la salud mental de los trabajadores, aplicando instrumentos de medición continua y periódica para identificar factores de riesgo en los profesionales, con el fin de, desarrollar acciones oportunas dirigidas a la población vulnerable.
- A la Unidad de Psicología del Primer Nivel de atención, implementar estrategias de abordaje con los equipos biopsicosociales de cada establecimiento de salud de primer nivel, para la detección, abordaje y tratamiento oportuno de factores de riesgo asociado al desarrollo del Síndrome de Burnout de forma continua y permanente.
- A Recursos Humanos, desarrollar el proceso de gestión del talento humano, actualizar los descriptores de cargos y manual de funciones obsoletas, inducción a personal nuevo respecto a las políticas y reglamentos institucionales, realizar test para reclutamiento y selección de personal.
- A jefe de Enseñanza e investigación, de forma periódica desarrollar capacitación continua en temas relacionados a manejo de estrés, manejo del talento humano, detección temprana de enfermedades profesionales que afecten la salud mental de los trabajadores, y otros relacionados. Por

otro lado, promover investigaciones respecto a la satisfacción laboral en los establecimientos de salud de Primer Nivel.

- A director de medicina familiar y comunitaria, incorporar en el comité de análisis de información indicadores para medición de enfermedades profesionales que afecten la salud mental de los trabajadores institucionales, para su análisis periódico y medidas correctivas oportunas.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals. The Cochrane [Internet]. 2020 Nov 5 [cited 2021 Feb 7];11(CD013779):18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33150970/>
2. Unidas P de las N. En la senda de la recuperación del desarrollo COVID-19 en Bolivia. [Internet]. 1a ed. PNUD, editor. La Paz: PNUD; 2020. 37 p. Available from: www.latinamerica.undp.org
3. Du Y, Liu H. Analysis of the influence of psychological contract on employee safety behaviors against COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Sep 2 [cited 2021 Feb 7];17(18):1–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32947955/>
4. Quinceno M, Vinaccia S. Burnout: Syndrome of burning oneself out at work. *Acta Colomb Psicol* [Internet]. 2007 [cited 2021 Feb 16];10(21):12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552007000200012
5. OMS. Estadísticas de morbilidad y mortalidad CIE-11 [Internet]. 2019. 2019 [cited 2021 Feb 7]. p. 5. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es/#/>
6. (MSyD). M de salud y deportes. Estrategia de vigilancia comunicaria activa. 1a ed. MSyD, editor. La Paz: MSyD; 2019. 104 p.
7. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2020 Nov 27 [cited 2021 Feb 7];155(10):434–40. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-impacto-emocional-pandemia-covid-19-trabajadores-S0025775320304838>
8. Berrío García N, Foronda Valencia DS, Ciro Parra DG. Síndrome de burnout en personal de la salud latinoamericano. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2019 Jun 25;10(2):157–81.
9. Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Nov 12 [cited 2021 Feb 7];17(22):3. Available from:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8358>

10. Cordova Rodriguez JG. Síndrome de Burnout y satisfacción marital en los trabajadores en salud de la CNS – Cochabamba, de 2015 al 2017. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 7]. p. 10. Available from: <http://hdl.handle.net/123456789/10430>
11. Monllor V, Peralta IR fernandez. Síndrome de Burnout en el personal médico asistencial de Hospitales de 2º y 3º nivel en la ciudad de La Paz – Bolivia, Gestión 2015. [Internet]. [LA PAZ]: UMSA; 2016 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/14985>
12. Regional E. Reporte epidemiológico de la Caja Nacional de Salud gestión 2020. Cochabamba; 2020.
13. Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, et al. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. *J Occup Health* [Internet]. 2020 Jan 31 [cited 2021 Feb 7];62(1):34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1348-9585.12175>
14. Gil-Monte P, Zúñiga-Caballero LC. Validez factorial del “cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos. *Univ Psychol* [Internet]. 2010 Feb 27 [cited 2021 Feb 7];9(1):169–78. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/284>
15. Ordenes N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2004 Sep [cited 2021 Feb 16];75(5):449–54. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Díaz Bambula F, Gómez IC. La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latino America entre 2000 y el 2010. *Psicol desde el Caribe* [Internet]. 2016 Jan 15 [cited 2021 Feb 7];33(1):113–31. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v33n1/v33n1a09.pdf>
17. Saborío Morales L, Fernando Hidalgo Murillo L. Revisión Bibliográfica del Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica* [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 16];32(1):6. Available from: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
18. OMS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos [Internet]. 2019. 2019 [cited 2021 Feb 7]. p. 4. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-12-2020-43rd-ecdd->

recommendations-presented-to-the-cnd

19. Vásquez JF, Maruy MA, Verne E. Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 7];3(168–174):7. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n3/a05v77n3.pdf>
20. Teixeira C, Gherardi-Donato, Cardoso P. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. *Enferm Glob* [Internet]. 2016 Oct [cited 2021 Mar 17];15(23):12. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000400012
21. Europea C. La comision Europea defiende la proteccion frente al estrés laboral. [Internet]. Consejo general de Psicología de España. 2011 [cited 2021 Mar 17]. p. 6. Available from: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3383
22. Almonte J, Mena C, Ortiz S, Osorio J. Psiquiatría y ley de enfermedades profesionales en Chile: Revisión histórica y crítica de una relación compleja. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Feb 16];144(12):1591–7. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
23. Londoño LF. Análisis de las características del estrés laboral, según datos sociodemográficos, en el personal de la Corporación Universitaria Lasallista de Caldas Antioquia en el año 2016. *Rev Difusión Cult y científica la Univ La Salle en Bolív* [Internet]. 2019 [cited 2021 Mar 17];17(26):13. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2019000100004
24. Yu H, Qiao A, Gui L. Predictors of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2021 Feb 16];55(100961):10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X20301336>
25. Jain A, Tabatabai R, Vo A, Riddell J. “I Have Nothing Else to Give”: A Qualitative Exploration of Emergency Medicine Residents’ Perceptions of Burnout. *Teach Learn Med* [Internet]. 2021 Jan 30 [cited 2021 Feb 16];99(4):1–9. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10401334.2021.1875833>

26. Caballero CC, Bresó É, Gutiérrez OG. Burnout en estudiantes universitarios. *Psicol desde el caribe* [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 16];32(11):19. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v32n3/v32n3a07.pdf>
27. Trabajo M del. Síndrome de agotamiento laboral-"Burnout" Protocolo de prevención y actuación. [Internet]. LAVEGRAF. LAVEGRAF, editor. Bogotá; 2016 [cited 2021 Mar 17]. 46 p. Available from: <http://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf>
28. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 16];19(58):5. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Kulakova O, Moreno Jiménez B, Garrosa E, Ocalin Sánchez Hernández M, Aragón A. Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 15];7(12):2679–90. Available from: www.psicologia.unam.mx/acta-de-investigacion-psicologica/
30. Ivette C, Vargas H, Gumbau SL, María Rodríguez Sánchez A. Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. *Forum Recer la Univ Jaume* [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 16];11(39):10. Available from: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/77348>
31. Ledezma Quiroz CD. Estrategias de afrontamiento y predisposición al síndrome de Burnout en personal de salud que trabaja en cuidados paliativos en el "Centro de Salud Jesús Obrero" [Internet]. Repositorio UMSA. Universidad Mayor de San Andrés; 2019 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/23412>
32. Dulce Adelaida, Rivera JC. Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y Burnout en residentes. *Investig en Educ medica* [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 8];6(21):25–34. Available from: Dulce Adelaida Rivera
33. OMS/OPS. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) [Internet]. PAHO. Washington, D.C.; 2021 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://www.paho.org/es/tag/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
34. OMS. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.; 2020 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
35. OMS/OPS. Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus

- (COVID-19) [Internet]. Washington, D.C.; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
36. (MSyD). M de salud y deportes. Reporte Epidemiológico COVID-19 en Bolivia N° 368 [Internet]. Ministerio de salud y deportes. La Paz; 2021 [cited 2021 Mar 19]. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/5388-885-casos-positivos-de-covid-19-5-819-pruebas-negativas-y-155-945-dosis-de-la-vacuna-contr-el-virus-fueron-aplicadas-hasta-la-fecha>
 37. Regional E. Reprte epidemiológico Semana epidemiológica N° 10, Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba. Cochabamba; 2021.
 38. PNUD. "Programa de Políticas y Gestión Pública Descentralizadas para el Logro de los Objetivos del Milenio". PNUD. (editor) PM (coordinadora) y WC, editor. La Paz: 2017; 2017. 158 p.
 39. Estadística IN de. Población de Cochabamba llega a 1.916.000 habitantes al 2016 - INE [Internet]. 2016. Cochabamba; 2016 [cited 2021 Mar 13]. p. 3. Available from: https://www.ine.gob.bo/index.php/wpfd_file/poblacion-de-cochabamba-llega-a-1-916-000-habitantes-al-2016/
 40. Giovanella L, Almeida PF de, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saúde em Debate [Internet]. 2015 Jun [cited 2021 Feb 16];39(105):300–22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 41. (MSyD). M de salud y deportes. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel. [Internet]. 2da ed. Katari T, editor. La Paz: MSyD; 2013 [cited 2021 Feb 16]. 238 p. Available from: https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_nivelseguro.pdf
 42. Salud CN de. Plan Estratégico Institucional 2016 - 2020 [Internet]. CNS. Salud CN de S, editor. La Paz: CNS; 2020. 259 p. Available from: <https://www.cns.gob.bo/Publicaciones/Noticias/1133>
 43. Salud CN de S. Organización administrativa de la Caja Nacional de salud [Internet]. Caja Nacional de salud. 2021 [cited 2021 Mar 13]. p. 3. Available from: <http://www.cnsccbba.gob.bo/cns/c-n-s-cbba/2/1>
 44. Rojas A, Jurado F, Pardo E, Ocaña K. Nuevo sistema integral de salud de la Caja Nacional de salud [Internet]. CNS. Salud CN de S, editor. La Paz: CAJA NACIONAL DE SALUD; 2014. 245 p. Available from: <https://www.scribd.com/document/405079518/Nuevo-Sis-Int-de-Salud-Cns>

45. Constituyente A. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]. Bolivia. Constituyente A, editor. La Paz; 2009 [cited 2021 Mar 13]. 107 p. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf
46. Jimenez AV. El código de seguridad social y sus reformas. UMSA, editor. Rev Jurídica Derecho [Internet]. Instituto. 2014 [cited 2021 Mar 13];1(1):75–84. Available from: http://www.scielo.org.bo/pdf/rjd/v1n1/v1n1_a06.pdf
47. Bolivia. Ley general de higiene y seguridad ocupacional y bienestar (Decreto Ley N° 16998) [Internet]. La Paz; 1979 [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://aporteasesoria.com/2019/08/14/decreto-ley-n-16998-ley-general-de-higiene-seguridad-ocupacional-y-bienestar/>
48. Ejecutivo P. Estructura organizativa del Poder Ejecutivo del Estado Plurinacional (Decreto Supremo N° 29894). [Internet]. La Paz; 2009 [cited 2021 Mar 13]. Available from: <http://www.mineria.gob.bo/juridica/20090607-10-38-1.pdf>
49. Bolivia EP de. Bolivia: Decreto Supremo N° 29601 [Internet]. 11 de junio. 2008 [cited 2021 Mar 13]. p. 30. Available from: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-29601.html>
50. CNS. Plan de Reestructuración de la Caja Nacional de salud (R.D. N° 120/2016). In: CNS, editor. Plan de Reestructuración de la Caja Nacional de Salud. Equipo téc. La Paz: CNS; 2016. p. 1–2.
51. Sampieri RH, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación 6ta edición. [Internet]. 6ta ed. S.A. I, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2014 [cited 2021 Feb 15]. 636 p. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
52. Pita Fernández S. Tipos de estudios clínico epidemiológicos [Internet]. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. 2001 [cited 2021 Mar 20]. p. 47. Available from: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.asp
53. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017 [cited 2021 Mar 13];35(1):227–32. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
54. Tojerron R. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) [Internet]. [Mexico]: UMAN; 2015 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21156/Capitulo2.pdf>
55. Espinoza DM. Consideraciones éticas en el proceso de una publicación

científica. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2019 May 1 [cited 2021 Feb 16];30(3):226–30. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-consideraciones-eticas-en-el-proceso-S0716864019300380>

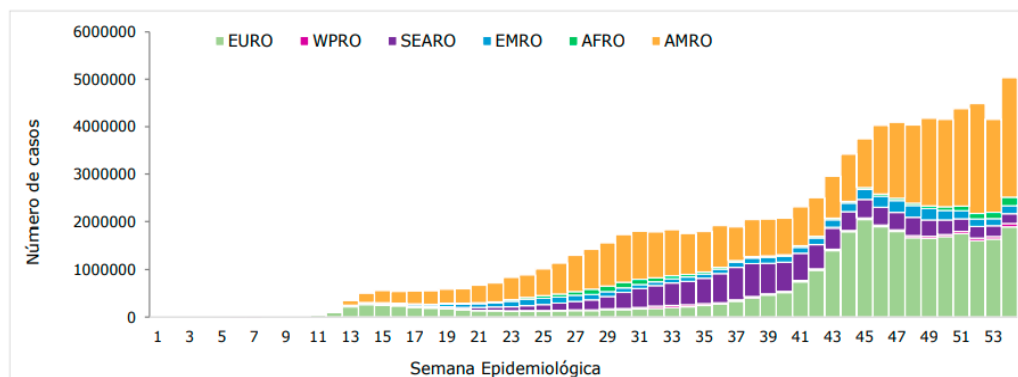
56. Rodriguez J, Reguant M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. Recer en Interv Socioeducatives en la Infància y la Joventut [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 20];34(11):13. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/174084/1/706343.pdf>

XIII. ANEXOS

Anexo N° 1: Detalle de figuras de marco teórico.

Figura N° 17: Distribución de casos confirmados acumulados de COVID-19

Por regiones de la OMS y semana epidemiológica (SE). SE 1 de 2020 a 1 de 2021.



Oficinas regionales de la OMS: AMRO: Región de las Américas - SEARO: Región de Asia Sudoriental - EURO: Región de Europa EMRO: Región del Mediterráneo Oriental - AFRO: Región de África - WPRO: Región del Pacífico Occidental. Fuente: Tablero de datos de la OMS de la COVID-19 al 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 15 de enero de 2021 (35)

Figura N° 18: Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19

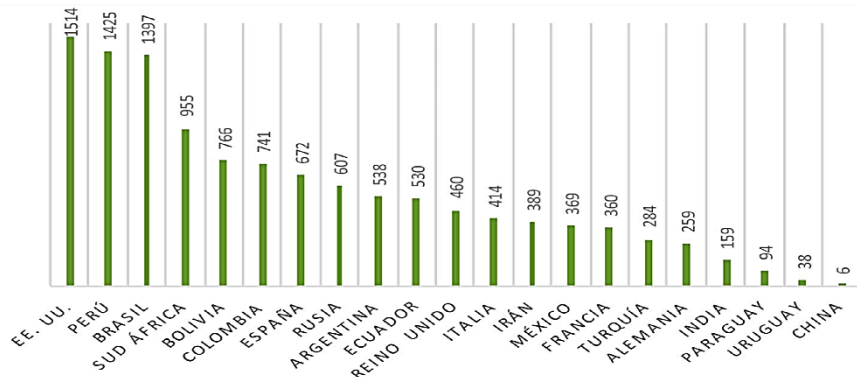
En trabajadores de la salud de las Américas, al 14 de enero* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	68.156	419
Brasil	442.285	390
Chile	49.519	66
Colombia	30.045	152
Costa Rica	7.579	21
Ecuador	7.621	111
Estados Unidos de América	362.544	1.250
Guatemala	5.021	56
Jamaica	362	5
México	195.558	2.580
Paraguay	6.891	38
Perú	30.675	589
República Dominicana	567	N/D
Uruguay	922	3
Venezuela	625	100
Total	1.208.370	5.780

Nota: * El 14 de enero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos. **Fuentes** □ Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

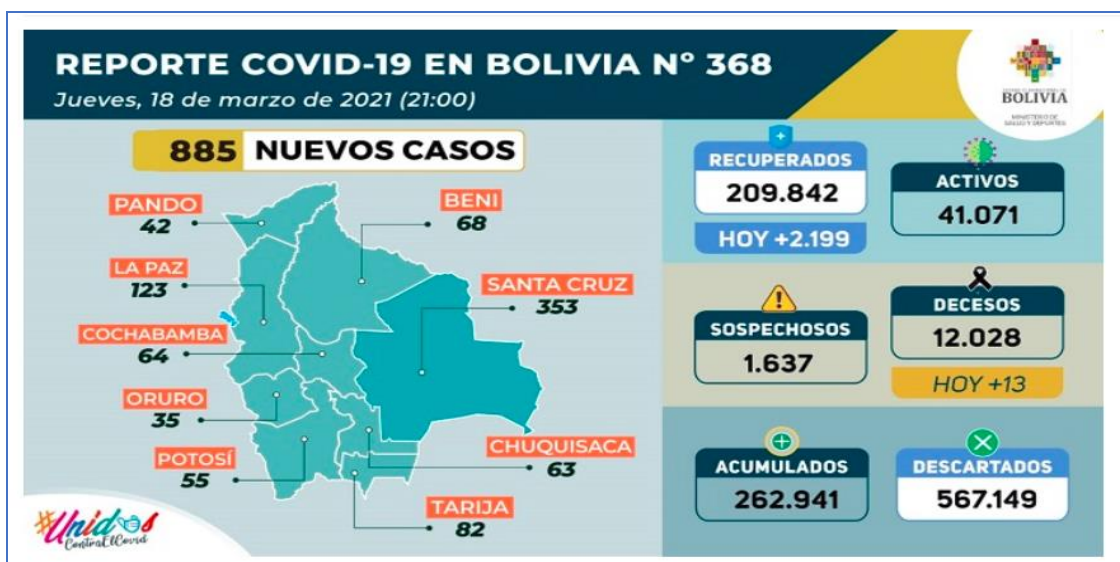
Figura N° 19: Comparación de incidencia de casos COVID-19

Bolivia con otros países.



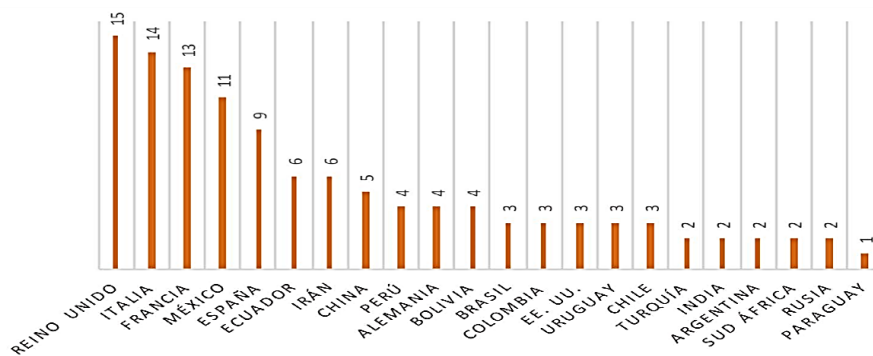
Fuente: SNIS-VE 2020.

Figura N° 20: Reporte Epidemiológico N° 368 Bolivia



Fuente: Ministerio de Salud, 2021

Figura N° 21: Comparación de la tasa de letalidad por COVID-19



Fuente: Ministerio de Salud, 2021

Figura N° 22: Reporte diario de casos COVID-19 de 16/03/2021



CAJA NACIONAL DE SALUD
GERENCIA SERVICIOS DE SALUD
EPIDEMIOLOGIA NACIONAL

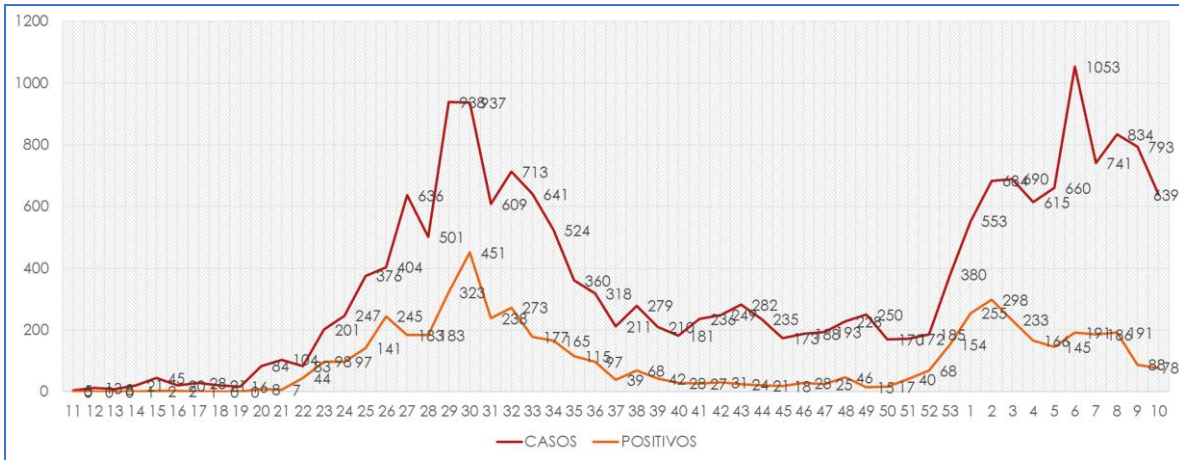
REPORTE DIARIO DE CASOS COVID-19 16/03/2021

NUMERO DE CASOS POR REGIONAL Y DISTRITAL C.N.S. 2020

REG/DIST	SOSPECHOSOS	CONFIRMADOS	DESCARTADOS	TOTAL	RECUPERADOS	DECESOS	CASOS EN INVESTIGACION	PERSONAL DE SALUD BAJO INVESTIGACION	PACIENTES COVID-19 EN UTI
LA PAZ	630	21967	51153	73750	15014	945	200	110	19
ORURO	1173	3246	4274	8693	2914	141	0	0	0
POTOSI	57	2542	4856	7455	1110	113	0	45	2
COCHABAMBA	0	5522	12535	18057	2943	311	0	2	1
SUCRE	38	3347	6448	9833	2118	203	350	6	4
TARIJA	211	3906	2896	7013	3002	154	0	0	9
SANTA CRUZ	173	17461	23604	41238	14126	626	336	8	15
TRINIDAD	415	751	669	1835	188	39	0	107	0
PANDO	134	690	1281	2105	653	67	1	0	2
VALLEGRANDE	0	238	321	559	220	0	0	0	0
CAMIRI	0	822	904	1726	766	4	0	0	0
TUPIZA	31	519	826	1376	415	33	19	0	0
UNCIA	0	1743	1832	3575	2	2	21	7	0
UYUNI	7	339	671	1017	331	20	0	0	0
ATOCHA	11	148	333	492	141	5	12	0	0
CAMARGO	12	183	519	714	174	0	0	1	0
YACUJIBA	5	1410	565	1980	512	11	27	0	0
RIBERALTA	440	315	224	979	138	21	0	3	4
GUAYARAMERIN	76	178	662	916	147	19	2	4	0
TOTAL	3413	65327	114573	183313	44914	2714	968	293	56

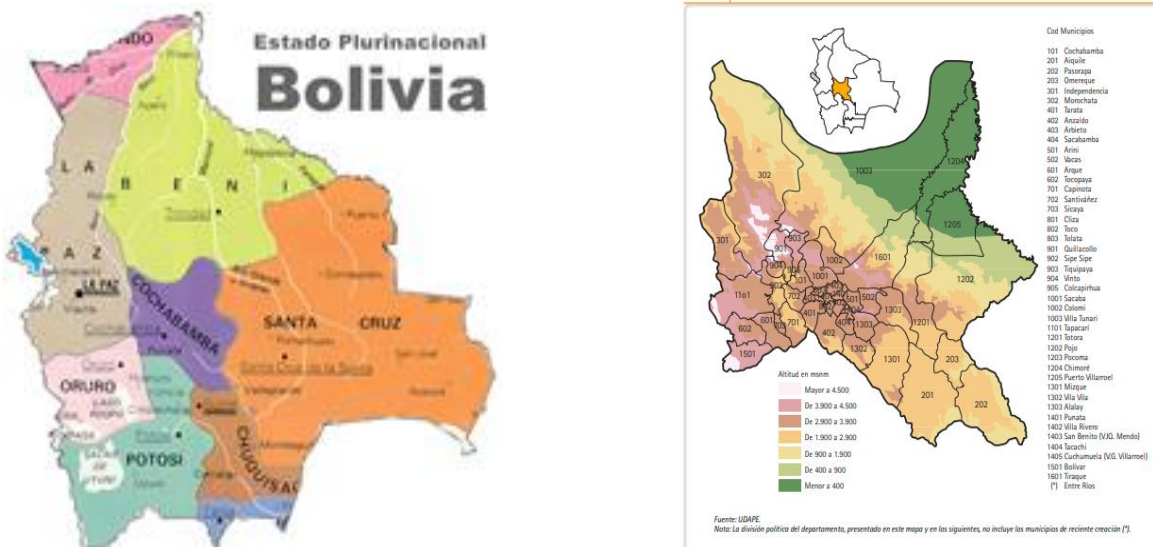
Fuente: Administraciones Regionales/Distritales, Unidades de Epidemiología Regional C.N.S.

Figura N° 23: Reporte Epidemiológico COVID-19 C.N.S.



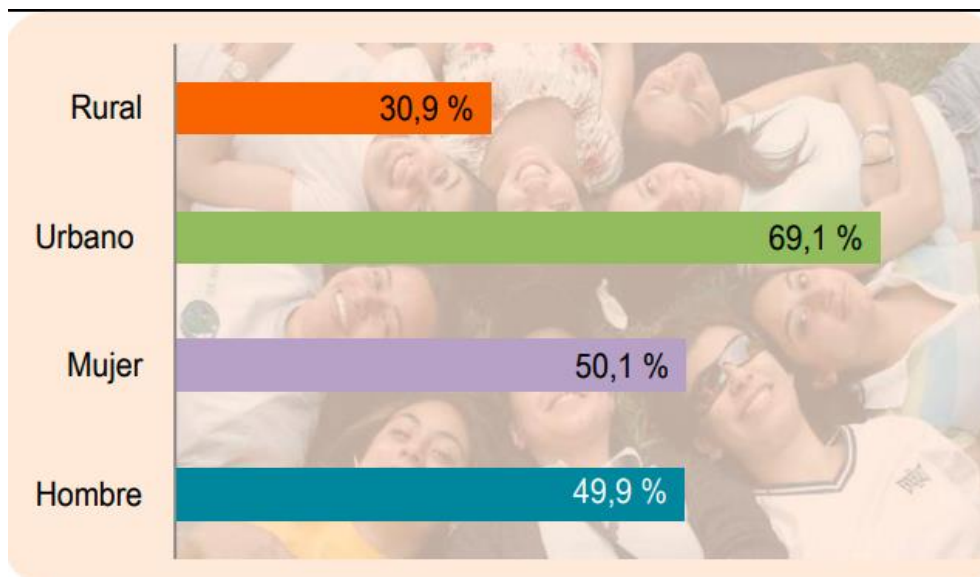
Fuente: Reporte Epidemiológico – Estadística Regional Cochabamba, S.E. 10 gestión 2021.

Figura N° 24 División Política, 2017.



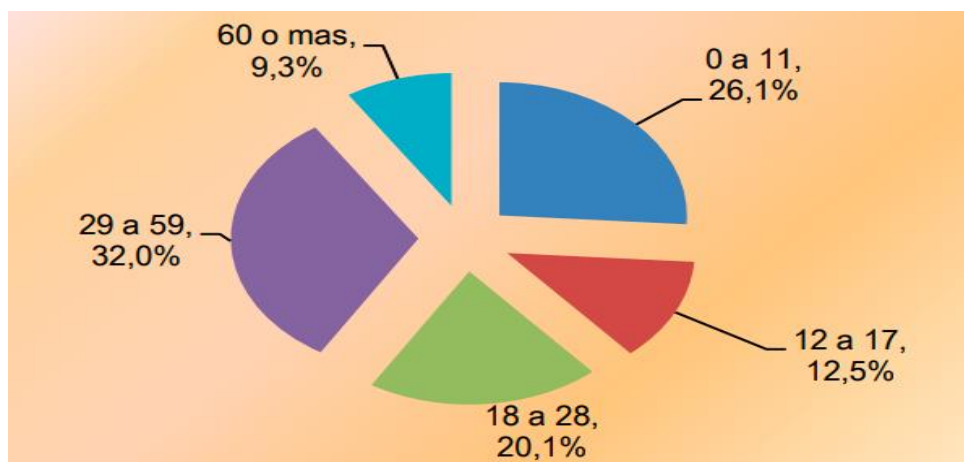
Fuente: "Programa de Políticas y Gestión Pública Descentralizadas para el Logro de los Objetivos del Milenio". (editor) PM (coordinadora) y WC, editor. La Paz: 2017; 2017. 158 p.

Figura N° 25 Proyecciones de población, según sexo y área, 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2016

Figura N° 26 Proyecciones de población, según sexo y área, 2016



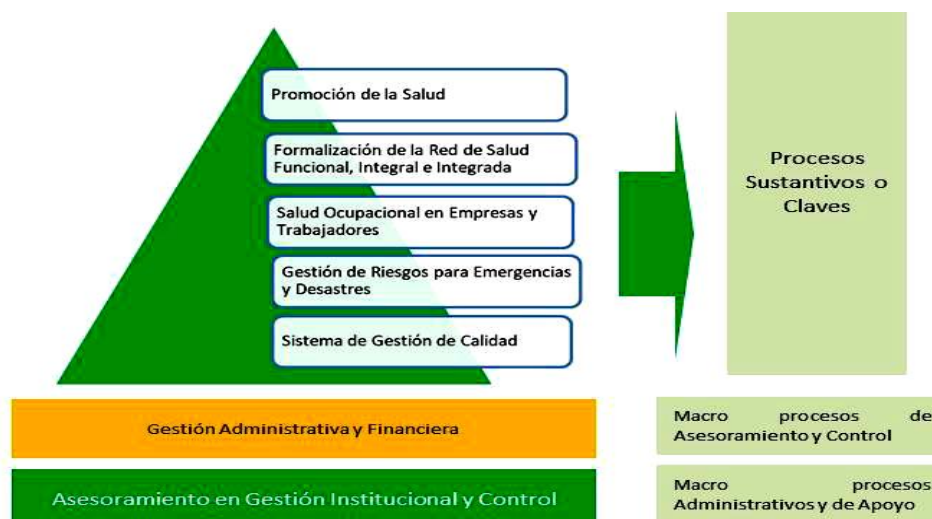
Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2016

Figura N° 27 Red de servicios de salud de Bolivia, 2021.



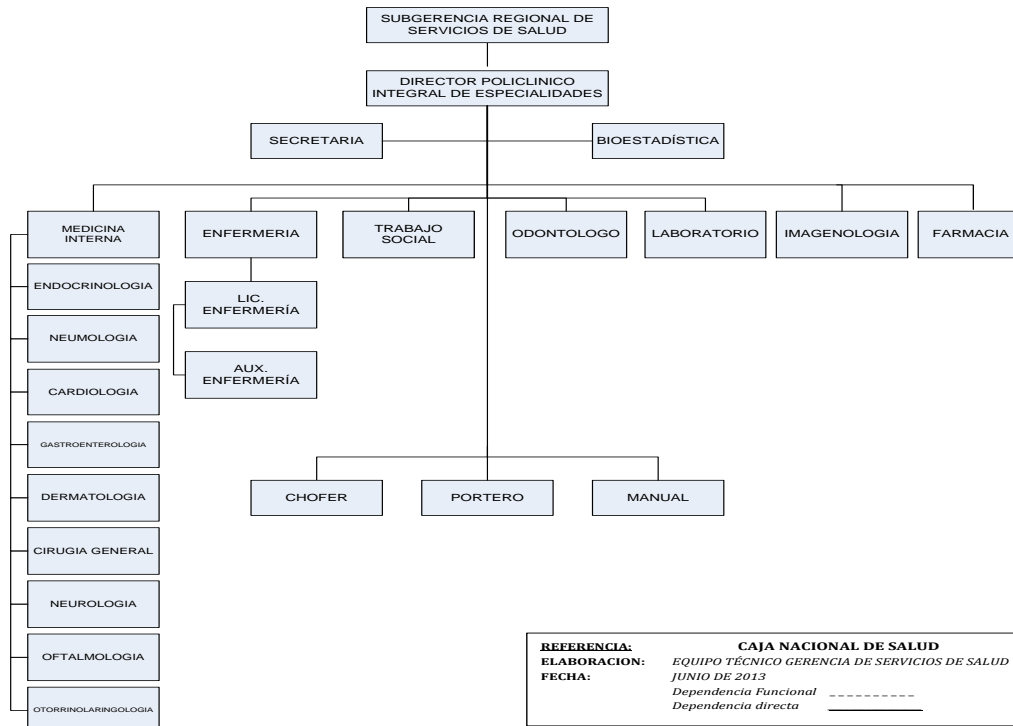
Fuente: Ministerio de Salud y Deportes- Estado Plurinacional de Bolivia 2021.

Figura N° 28 Marco estratégico institucional de la C.N.S gestión 2016-2020.



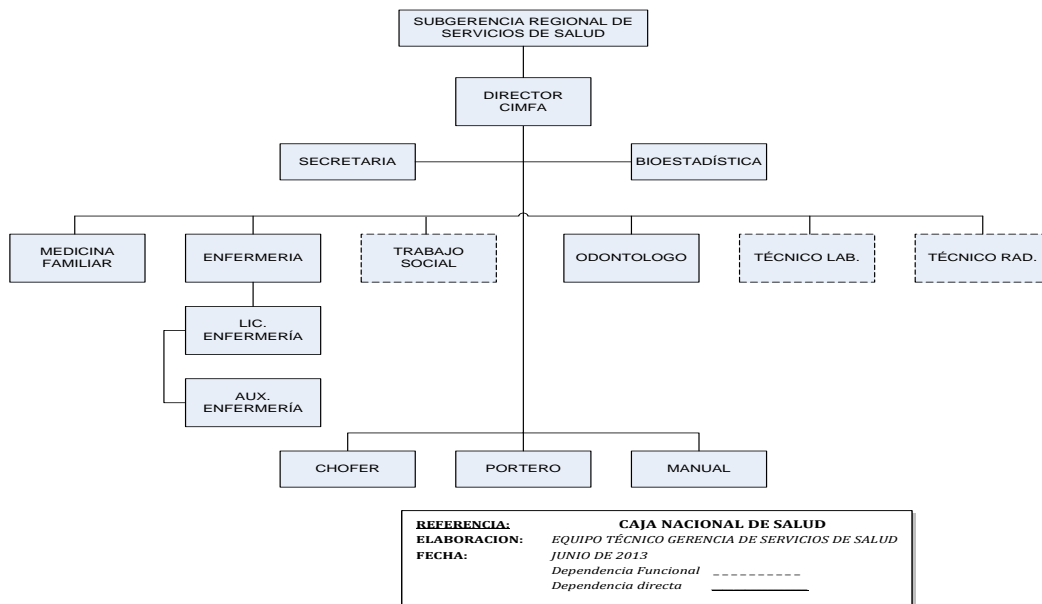
FUENTE: PLAN ESTRATÉGICO INSTITUCIONAL 2016-2020 C.N.S

Figura N° 29 Estructura MODELO para PAISES:



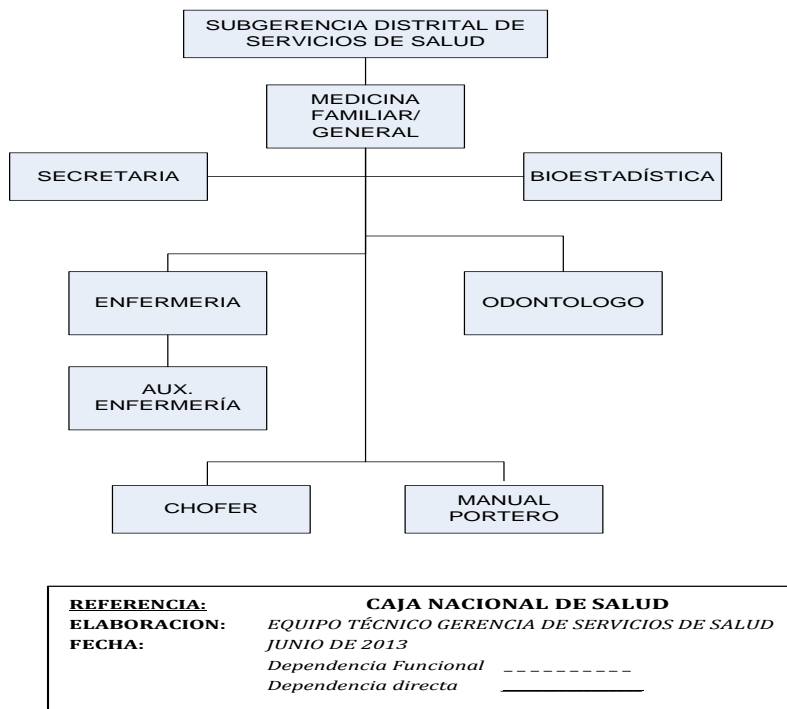
FUENTE: NUEVO SISTEMA INTEGRAL DE SALUD C.N.S. , 2015

Figura N° 30 Estructura MODELO para CIMFA:



FUENTE: NUEVO SISTEMA INTEGRAL DE SALUD C.N.S. , 2015

Figura N° 31 Estructura MODELO para CIS:



FUENTE: NUEVO SISTEMA INTEGRAL DE SALUD C.N.S. , 2015

Anexo N° 2: Nota de solicitud y aprobación

Cochabamba, 22 de febrero de 2021

Señores:
Comité de Bioética
CAJA NACIONAL DE SALUD

Presente. -

REF.: SOLICITUD DE REVISIÓN PARA POSTERIOR APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

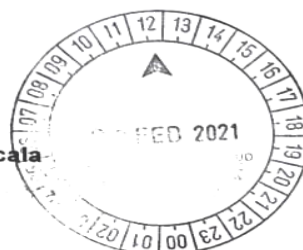
De mi mayor consideración:

Mediante la presente solicito al Distinguido Comite de Bioética de la Caja Nacional de salud, REVISIÓN PARA POSTERIOR APROBACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

El presente protocolo ***Síndrome de burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021.*** Fue propuesto con el fin de identificar el objetivo del presente estudio es identificar la cantidad de médicos del primer nivel de atención con Síndrome de Burnout que es considerado como un estado de agotamiento mental, emocional y físico. Con el fin de desarrollar medidas preventivas necesarias para el área médica del primer nivel. Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial.

Ante cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con mi persona Dra. Priscila Mamani Cala al Cel. 79376657.


Dra. Priscila Ariely Mamani Cala
C.I. 5923748 CBBA





Form. O&M1

CAJA NACIONAL DE SALUD

Esteban Arze O-456 • Casilla 524 • Teléfono: 425 1142 • Fax: 425 1186
OFICINA REGIONAL COCHABAMBA - BOLIVIA

Repartición: Cite N°

Cochabamba, 2 de marzo 2021

Señora:
Dra. Priscila Ariely Mamani Cala
INVESTIGADOR RESPONSABLE
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente. -

REF.: APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN POR COMITÉ DE BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN CAJA NACIONAL DE SALUD

De mi consideración:

A tiempo de saludarle, me dirijo a usted para informarle que en fecha 1 de marzo se realizó la reunión de Comité de bioética e investigación de la Caja Nacional de Salud, donde se consideró el protocolo de su propuesta de investigación:

“CARACTERIZACIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA COVID – 19 EN EL PERSONAL MÉDICO DE PRIMER NIVEL DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL COCHABAMBA, FEBRERO 2021”.

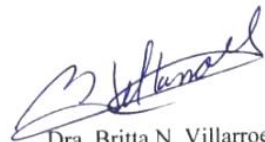
El Comité de Bioética e investigación de la Caja Nacional de Salud regional Cochabamba **APRUEBA** dicho trabajo de investigación, pero se sugirió que se amplió la población objeto de estudio a personal médico de tercer nivel, incluyendo médicos residentes, en un futuro próximo o pueda ser parte de otra investigación y además debe tomar en cuenta trabajos ya realizados dentro la institución.

Observando que dicha investigación daría un aporte interesante al primer nivel de atención de nuestra institución, **se da la autorización correspondiente** para que pueda realizar la investigación, así mismo es importante que la población objeto de estudio, firme el consentimiento informado para participar en dicha investigación.

Atentamente.



Dra. Roxana Blanco Villarte
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN



Dra. Britta N. Villarroel Ibarra
PEDIATRA
Mat. Prof. V-1479 C.M. 8714
SECRETARIA DEL COMITÉ DE
BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN

Cc/Arh

Anexo N° 3: Aprobación de validación de instrumentos

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

CUESTIONARIOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nota de información previa: El cuestionario dispone de dos formularios el primero cuestionario sociodemográfico y el segundo cuestionario MBI (inventario de Burnout de Malash).

La encuesta se realizará para determinar el Síndrome de Burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021. Con el objetivo de identificar la cantidad de médicos del primer nivel de atención con Síndrome de Burnout en el personal médico que es un estado de agotamiento mental, emocional y físico, le invitamos a responder este cuestionario. Le solicitamos responder de la forma más sincera para obtener la información válida que permita desarrollar medidas preventivas necesarias para el área médica del primer nivel. Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial. Ante cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con la Dra. Priscila Mamani Cala al Cel. 79376657. Puede responder este cuestionario hasta 31 de febrero de 2021 antes de las 23:59 horas.

Cuestionario Físico:

I. CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO.																					
<i>Maque con una "X" en el recuadro o anote el dato solicitado.</i>			Código: <input style="width: 100px;" type="text"/>																		
Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Género: masculino <input checked="" type="checkbox"/> femenino <input checked="" type="checkbox"/>	Establecimiento de salud: <input style="width: 100px;" type="text"/>																			
Estado civil: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1. Soltero</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Casado</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Divorciado</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Conviviente</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5. Viudo</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. Soltero	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Casado	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Divorciado	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Conviviente	<input checked="" type="checkbox"/>	5. Viudo	<input checked="" type="checkbox"/>	Número de Hijos: <input style="width: 80px; height: 30px;" type="text"/>	Situación laboral: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1. De Planta</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Contrato recurrente</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Contrato eventual</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4. Otro</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. De Planta	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Contrato recurrente	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Contrato eventual	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Otro	<input checked="" type="checkbox"/>	Años de experiencia profesional: <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>
1. Soltero	<input checked="" type="checkbox"/>																				
2. Casado	<input checked="" type="checkbox"/>																				
3. Divorciado	<input checked="" type="checkbox"/>																				
4. Conviviente	<input checked="" type="checkbox"/>																				
5. Viudo	<input checked="" type="checkbox"/>																				
1. De Planta	<input checked="" type="checkbox"/>																				
2. Contrato recurrente	<input checked="" type="checkbox"/>																				
3. Contrato eventual	<input checked="" type="checkbox"/>																				
4. Otro	<input checked="" type="checkbox"/>																				
Tiempo en el puesto de trabajo: <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	Especialidad médica: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1. Médico general</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Médico familiar</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3. Especialista</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. Médico general	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Médico familiar	<input checked="" type="checkbox"/>	3. Especialista	<input checked="" type="checkbox"/>	Turno de trabajo: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1. Fijo</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2. Rotatorio</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1. Fijo	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Rotatorio	<input checked="" type="checkbox"/>	Trabaja o trabajó en área COVID-19 de la institución: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Si</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>				
1. Médico general	<input checked="" type="checkbox"/>																				
2. Médico familiar	<input checked="" type="checkbox"/>																				
3. Especialista	<input checked="" type="checkbox"/>																				
1. Fijo	<input checked="" type="checkbox"/>																				
2. Rotatorio	<input checked="" type="checkbox"/>																				
Si	<input checked="" type="checkbox"/>																				
No	<input checked="" type="checkbox"/>																				
Recibió algún incentivo económico por trabajar en área COVID-19: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Si</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	Si	<input checked="" type="checkbox"/>	No	<input checked="" type="checkbox"/>																	
Si	<input checked="" type="checkbox"/>																				
No	<input checked="" type="checkbox"/>																				
Página 1-2																					

II. CUESTIONARIO MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MALASH)

Código:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos.	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días.

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento "marque con una x".

ÍTEMS		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo							✓
2	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.							✓
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado(a)							✓
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes							✓
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							✓
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes, supone un gran esfuerzo y me siento agotado.							✓
7	Creo 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 las vidas de otras personas a través de mi trabajo							✓
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión							✓
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							✓
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							✓
13	Me siento frustrado(a) en mi trabajo							✓
14	Siento que trabajo demasiado							✓
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes							✓
16	trabajar directamente con pacientes me produce estrés.							✓
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo							✓
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes							✓
19	Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión							✓
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades							✓
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma							✓
22	Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.							✓

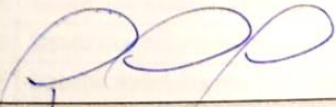

¡¡Muchas gracias!!

Página 2-2

Validación por experto de instrumentos de recolección de datos

"CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERSONAL MEDICO DEL PRIMER NIVEL DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL COCHABAMBA, FEBRERO 2021".

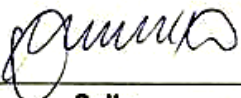

OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	Ninguno
Recomendaciones	Ninguno

Aplicable	Si	
Aplicable atendió las observaciones	Si	
Validado por:	C.I.	Fecha:
Dra. Roxana Blanco Villarte	4063535 0 r	22/02/2021
Firma	celular	Email
	74908576	roxblanca@hotmail.es
Sello	Institución donde trabaja	
	Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba Jefe Regional de Enseñanza e investigación	

Validación por experto de instrumentos de recolección de datos

"CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERSONAL MEDICO DEL PRIMER NIVEL DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL COCHABAMBA, FEBRERO 2021".

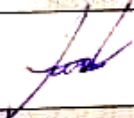
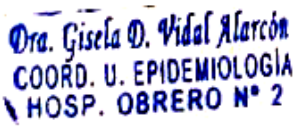
OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	Ninguno
Recomendaciones	Ninguno

Aplicable	Si	
Aplicable atendió las observaciones	Si	
Validado por:	C.I.	Fecha:
Dra. Fanny Ninoska Franco Rada	3473606 LP	22/02/2021
Firma	celular	Email
	72287181	nino_bo@hotmail.com
Sello	Institución donde trabaja	
	Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba Gestora de calidad – Auditoria Medica	

Validación por experto de instrumentos de recolección de datos

"CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL PERSONAL MEDICO DEL PRIMER NIVEL DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD REGIONAL COCHABAMBA, FEBRERO 2021".

OBSERVACIONES (si debe eliminarse o modificarse un Item)	Ninguno
Recomendaciones	Ninguno

Aplicable	Si	
Aplicable atendió las observaciones	Si	
Validado por:	C.I.	Fecha:
Dra. Gisela Vidal	6122676	22/02/2021
Firma	Celular	Email
	70168294	gise_vidal@hotmail.com
Sello	Institución donde trabaja	
	Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba Epidemióloga Hospital Obrero N° 2	

Anexo N° 4. Correlación de Confiabilidad de un instrumento

Investigación con Alfa de Cronbach SPSS

Fiabilidad del cuestionario sociodemográfico

Advertencias

Cada una de las variables de componente siguiente tiene una varianza cero y se ha eliminado de la escala: incentivo económico

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	169	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	169	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,706	,469	10

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
años	43,86	11,577	169
sexo	,44	,498	169
establecimiento de salud	4,63	4,140	169
estado civil	2,19	,982	169
numero de hijos	1,53	1,205	169
situacion laboral	1,68	,882	169
años de experiencia profesional	15,91	10,575	169
tiempo de trabajo en el puesto	9,44	8,606	169
especialidad medica	1,89	,759	169
trabajo en covid19	,74	,440	169

Correlación entre elementos entre elementos

	años	sexo	establecimiento de salud	estado civil	numero de hijos	situación laboral	años de experiencia profesional	tiempo de trabajo en el puesto	especialidad medica	trabajo en covid19
años	1,000	,008	,040	,345	,540	-,631	,912	,792	,505	-,426
sexo	,008	1,000	,094	,049	,065	-,032	,070	,116	,131	-,020
establecimiento de salud	,040	,094	1,000	,070	,002	-,018	,093	,012	,426	,074
estado civil	,345	,049	,070	1,000	,251	-,253	,357	,351	,212	-,188
numero de hijos	,540	,065	,002	,251	1,000	-,365	,591	,486	,287	-,242
situación laboral	-,631	-,032	-,018	-,253	-,365	1,000	-,649	-,676	-,667	,275
años de experiencia profesional	,912	,070	,093	,357	,591	-,649	1,000	,868	,562	-,476
tiempo de trabajo en el puesto	,792	,116	,012	,351	,486	-,676	,868	1,000	,485	-,471
especialidad medica	,505	,131	,426	,212	,287	-,667	,562	,485	1,000	-,302
trabajo en covid19	-,426	-,020	,074	-,188	-,242	,275	-,476	-,471	-,302	1,000

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
años	38,44	402,320	,860	,840	,546
sexo	81,87	933,245	,079	,064	,714
establecimiento de salud	77,68	902,123	,067	,350	,721
estado civil	80,12	912,807	,373	,144	,706
numero de hijos	80,78	894,032	,561	,364	,697
situación laboral	80,63	972,438	-,678	,672	,731
años de experiencia profesional	66,40	419,016	,936	,906	,509
tiempo de trabajo en el puesto	72,86	535,702	,819	,797	,564
especialidad medica	80,42	908,543	,585	,662	,703
trabajo en covid19	81,57	948,187	-,461	,296	,720

Fiabilidad del cuestionario test de Malash Burnout Inventory

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	169	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	169	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,913	,904	22

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de elemento

	Media	Desviación estándar	N
Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo	3,40	1,770	169
Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.	3,18	1,913	169
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado(a)	3,08	1,798	169
Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes	4,33	1,822	169
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,97	1,919	169
Siento que trabajar todo el día con pacientes, supone un gran esfuerzo y me siento agotado.	2,86	1,928	169
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	4,48	1,666	169
Siento que mi trabajo me está desgastando	2,89	1,901	169
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	4,18	1,677	169
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión	2,46	1,985	169
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	2,75	1,868	169
Me siento con mucha energía en mi trabajo	4,53	1,406	169
Me siento frustrado(a) en mi trabajo	2,71	1,956	169
Siento que trabajo demasiado	2,83	1,984	169
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	2,26	2,130	169
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo	2,73	1,948	169
Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes	4,67	1,471	169
Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión	4,66	1,463	169
Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	4,52	1,472	169
Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	2,43	2,020	169
En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	4,54	1,500	169
Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.	2,72	1,949	169

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Me siento emocionalmente agotado (a) por mi trabajo	70,77	500,881	,700	,887	,906
Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.	70,99	490,786	,767	,867	,904
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado(a)	71,08	494,195	,776	,851	,904
Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes	69,83	532,425	,282	,907	,914
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	72,20	501,610	,630	,862	,907
Siento que trabajar todo el día con pacientes, supone un gran esfuerzo y me siento agotado.	71,31	490,119	,769	,855	,904
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	69,69	533,883	,296	,892	,914
Siento que mi trabajo me está desgastando	71,28	485,857	,835	,854	,902
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	69,99	535,119	,277	,843	,914
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión	71,71	489,838	,747	,876	,904
Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	71,42	497,828	,697	,804	,905
Me siento con mucha energía en mi trabajo	69,64	552,006	,083	,811	,917
Me siento frustrado(a) en mi trabajo	71,46	487,880	,784	,934	,903
Siento que trabajo demasiado	71,33	489,199	,756	,877	,904
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes	71,91	498,801	,590	,863	,908
trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	71,44	491,605	,741	,894	,904
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo	69,50	539,168	,265	,757	,914
Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes	69,50	549,156	,119	,863	,916
Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión	69,64	554,683	,037	,786	,918
Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	71,74	498,372	,632	,902	,907
En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	69,62	544,725	,178	,653	,915
Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.	71,44	502,879	,604	,799	,908

Correlación entre elementos entre elementos

Me siento emocionalmente agotado (o) por mi trabajo	1,000	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo	0,830	0,824	0,037	0,519	0,653	0,024	0,766	0,032	0,614	0,537	-0,235	0,745	0,737	0,566	0,610	-0,002	-0,162	-0,201	0,623	-0,162	0,541
Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo	0,830	1,000	0,841	0,277	0,405	0,735	0,735	0,270	0,736	0,254	0,519	0,548	-0,033	0,615	0,613	0,379	0,572	0,266	0,115	0,026	0,487	0,080	0,446
Cuando me levanto por la mañana y me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo me siento agotado(a)	0,824	0,841	1,000	0,170	0,518	0,708	0,118	0,118	0,797	0,143	0,692	0,591	-0,159	0,692	0,723	0,484	0,658	0,100	-0,057	-0,140	0,617	0,018	0,554
Tengo dificultad para comprender como se sienten los pacientes	0,037	0,277	0,170	1,000	-0,176	1,000	0,181	0,501	0,138	0,844	-0,022	-0,026	0,591	-0,105	-0,091	-0,222	-0,030	0,697	0,616	0,541	-0,267	0,555	-0,257
Creo que trato a algunos pacientes como si fueran máquinas y me siento impotente	0,519	0,735	0,708	0,181	1,000	0,517	0,000	0,175	0,821	0,170	0,731	0,644	-0,102	0,778	0,710	0,413	0,704	0,122	-0,032	-0,135	0,523	0,041	0,501
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0,653	0,735	0,708	0,181	1,000	0,517	0,000	0,175	0,821	0,170	0,731	0,644	-0,102	0,778	0,710	0,413	0,704	0,122	-0,032	-0,135	0,523	0,041	0,501
Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0,024	0,270	0,118	0,901	-0,223	0,175	1,000	0,160	0,843	-0,057	0,009	0,634	-0,081	-0,041	-0,041	-0,252	-0,038	0,750	0,607	0,582	-0,280	0,588	-0,221
Siento que mi trabajo me está desgastando	0,766	0,736	0,797	0,138	0,686	0,821	0,160	1,000	0,136	0,136	0,766	0,646	-0,143	0,832	0,824	0,545	0,723	0,080	-0,078	-0,141	0,665	0,051	0,607
Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	0,032	0,254	0,143	0,844	-0,191	0,170	0,843	1,000	0,126	1,000	-0,039	0,020	0,644	-0,048	-0,084	-0,241	-0,002	0,697	0,677	0,565	-0,270	0,453	-0,227
Me he vuelto insensible con la gente desde que ejercí mi profesión	0,614	0,579	0,682	-0,022	0,766	0,731	0,057	0,768	-0,039	1,000	1,000	0,731	-0,176	0,828	0,796	0,719	0,685	-0,099	-0,195	-0,238	0,683	-0,064	0,656
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejercí mi profesión	0,579	0,682	-0,022	0,766	0,731	0,057	0,768	-0,039	1,000	1,000	1,000	0,731	-0,176	0,828	0,796	0,719	0,685	-0,099	-0,195	-0,238	0,683	-0,064	0,656
Pienso que este trabajo me está desdiciendo emocionalmente	0,537	0,548	0,501	-0,026	0,715	0,644	0,009	0,646	0,020	0,731	1,000	1,000	0,155	0,672	0,581	0,670	0,781	-0,046	-0,175	-0,259	0,700	-0,031	0,710
Me siento mucha energía en mi trabajo	-0,235	-0,033	-0,159	0,591	-0,246	-0,102	0,634	-0,143	0,644	-0,176	-0,155	-0,155	1,000	-0,174	-0,259	-0,211	-0,280	0,638	0,788	0,766	-0,362	0,668	-0,255
Me siento frustrado(a) en mi trabajo	0,745	0,615	0,682	-0,105	0,732	0,778	-0,061	0,832	-0,048	0,828	0,672	0,672	1,000	0,883	0,883	0,721	0,791	-0,065	-0,224	-0,286	0,762	-0,088	0,749
Siento que trabajo demasiado	0,737	0,613	0,723	0,051	0,718	0,710	-0,041	0,824	-0,084	0,796	0,581	0,581	1,000	0,883	0,883	0,721	0,791	-0,065	-0,224	-0,286	0,762	-0,088	0,749
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes	0,556	0,379	0,484	-0,222	0,872	0,413	-0,252	0,545	-0,241	-0,241	0,719	0,670	1,000	0,721	0,681	1,000	0,727	-0,204	-0,273	-0,258	0,818	-0,173	0,737
Trabajar frecuentemente con pacientes me produce estrés	0,610	0,572	0,658	-0,030	0,770	0,704	-0,038	0,723	-0,082	0,685	0,761	0,761	1,000	0,791	0,761	0,727	1,000	-0,069	-0,252	-0,311	0,838	-0,114	0,791
Siento que puedo crear un clima agradable en el trabajo	-0,002	0,266	0,100	0,697	-0,225	0,122	0,750	0,000	0,697	-0,099	-0,046	0,638	1,000	-0,085	-0,066	-0,204	-0,069	1,000	0,800	0,666	-0,255	0,584	-0,211
Me siento molesto después de trabajar en contacto con pacientes	-0,162	0,115	-0,057	0,616	-0,280	-0,032	0,687	-0,078	0,677	-0,195	-0,175	0,798	1,000	-0,224	-0,220	-0,273	-0,252	0,800	1,000	0,820	-0,384	0,605	-0,342
Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión	-0,201	0,026	-0,140	0,541	-0,288	-0,135	0,682	-0,141	0,665	-0,238	-0,238	0,706	1,000	-0,286	-0,249	-0,258	-0,311	0,666	0,820	1,000	-0,385	0,585	-0,343
Me siento agotado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	0,623	0,487	0,617	-0,267	0,839	0,523	-0,280	0,655	-0,270	0,683	0,700	-0,362	1,000	0,762	0,760	0,818	0,838	-0,255	-0,384	-0,285	1,000	-0,191	0,820
En mi trabajo todo los problemas emocionalmente con mucha calma	-0,162	0,080	0,018	0,555	-0,193	0,041	0,586	0,051	0,453	-0,084	-0,084	-0,081	1,000	-0,088	-0,126	-0,173	-0,114	0,584	0,605	0,585	-0,191	1,000	-0,121
Siento que los pacientes me cubren por sus problemas.	0,541	0,446	0,564	-0,257	0,731	0,501	-0,221	0,607	-0,227	0,656	0,710	-0,355	1,000	0,740	0,718	0,737	0,791	-0,211	-0,342	-0,343	0,820	-0,121	1,000

HOJA DE INFORMACIÓN

Síndrome de burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021.

El objetivo del presente estudio es identificar la cantidad de médicos del primer nivel de atención con Síndrome de Burnout que es considerado como un estado de agotamiento mental, emocional y físico. mediante el presente formulario le invitamos a responder este cuestionario. Le solicitamos responder de la forma más sincera para obtener la información válida que permita desarrollar medidas preventivas necesarias para el área médica del primer nivel. Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial.

Ante cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con la Dra. Priscila Mamani Cala al Cel. 79376657. Puede responder este cuestionario hasta 31 de febrero de 2021 antes de las 23:59 horas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(FÍSICO)

Yo participante con código N°..... he sido informado del estudio Síndrome de burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021. Los investigadores aclararon y respondieron mis preguntas y dudas.

Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial.

He leído la hoja informativa, y he tenido suficiente tiempo para pensar y decidir mi participación y doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Numero de carnet.....

Cochabamba, de 2021.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

(DIGITAL)

Síndrome de burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021.

- He comprendido el objetivo del estudio y acepto participar en el mismo.
- No acepto participar.

Anexo N° 6: Instrumentos de recolección de datos:

Nota de información previa: El cuestionario dispone de dos formularios el primero cuestionario sociodemográfico y el segundo cuestionario MBI (inventario de Burnout de Malash).

La encuesta se realizará para determinar el Síndrome de Burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021. Con el objetivo de identificar la cantidad de médicos del primer nivel de atención con Síndrome de Burnout en el personal médico que es un estado de agotamiento mental, emocional y físico, le invitamos a responder este cuestionario. Le solicitamos responder de la forma más sincera para obtener la información válida que permita desarrollar medidas preventivas necesarias para el área médica del primer nivel. Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial. Ante cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con la Dra. Priscila Mamani Cala al Cel. 79376657. Puede responder este cuestionario hasta 31 de febrero de 2021 antes de las 23:59 horas.

Cuestionario Físico:

I. CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO.

CÓDIGO:

Maque con una "X" en el recuadro o anote el dato solicitado.

Edad: **Género:** masculino femenino **Establecimiento de salud:**

Estado civil:

1. Soltero	<input type="checkbox"/>
2. Casado	<input type="checkbox"/>
3. Divorciado	<input type="checkbox"/>
4. Conviviente	<input type="checkbox"/>
5. Viudo	<input type="checkbox"/>

Número de Hijos:

Situación laboral:

1. De Planta	<input type="checkbox"/>
2. Contrato recurrente	<input type="checkbox"/>
3. Contrato eventual	<input type="checkbox"/>
4. Otro	<input type="checkbox"/>

Años de experiencia profesional:

Tiempo en el puesto de trabajo:

Especialidad médica:

1. Médico general	<input type="checkbox"/>
2. Médico familiar	<input type="checkbox"/>
3. Especialista	<input type="checkbox"/>

Turno de trabajo:

1. Fijo	<input type="checkbox"/>
2. Rotatorio	<input type="checkbox"/>

Trabaja o trabajó en área COVID-19 de la institución:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

Recibió algún incentivo económico por trabajar en área COVID-19:

Si	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

I. Test Maslach Burnout Inventory

Código:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos.	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días.

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento “marque con una x”.

ÍTEMS		0	1	2	3	4	5	6
1	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo							
2	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.							
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado(a)							
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6	Siento que trabajar todo el día con pacientes, supone un gran esfuerzo y me siento agotado.							
7	Creo 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 las vidas de otras personas a través de mi trabajo							
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión							
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.							
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13	Me siento frustrado(a) en mi trabajo							
14	Siento que trabajo demasiado							
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes							
16	trabajar directamente con pacientes me produce estrés.							
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo							
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes							
19	Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión							
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades							
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma							
22	Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.							

¡¡Muchas gracias!!

Página 2-2

Cuestionario digital: <https://forms.gle/cX485gK8cA4jX9ov5>

SINDROME DE BURNOUT

El objetivo del presente estudio es identificar la cantidad de médicos del primer nivel de atención con Síndrome de Burnout que es considerado como un estado de agotamiento mental, emocional y físico. mediante el presente formulario le invitamos a responder este cuestionario. Le solicitamos responder de la forma más sincera para obtener la información valida que permita desarrollar medidas preventivas necesarias para el área médica del primer nivel. Los datos obtenidos durante este estudio serán utilizados únicamente por el investigador del proyecto y serán tratados de manera totalmente anónima y confidencial. Ante cualquier pregunta, puede ponerse en contacto con la Dra. Priscila Mamani Cala al Cel. 79376657. Puede responder este cuestionario hasta 31 de febrero de 2021 antes de las 23:59 horas.

***Obligatorio**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Síndrome de burnout en el personal médico del Primer Nivel de atención de la Caja Nacional de Salud Regional Cochabamba, febrero 2021. *

Si no acepta participar, puede retirarse, muchas gracias por su tiempo.

- He comprendido el objetivo del estudio y acepto participar en el mismo.
- No acepto participar.

Cuestionario sociodemográfico *

Edad

Texto de respuesta breve

Genero *

- femenino
- masculino

Anexo N° 7: Detalle de codificación:

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO. Código:

Maque con una "X" en el recuadro o anote el dato solicitado.

Edad: Género: masculino femenino Establecimiento de salud:

Estado civil:

1.	Soltero	<input type="checkbox"/>
2.	Casado	<input type="checkbox"/>
3.	Divorciado	<input type="checkbox"/>
4.	Conviviente	<input type="checkbox"/>
5.	Viudo	<input type="checkbox"/>

Número de Hijos:

Situación laboral:

1.	De Planta	<input type="checkbox"/>
2.	Contrato recurrente	<input type="checkbox"/>
3.	Contrato eventual	<input type="checkbox"/>
4.	Otro	<input type="checkbox"/>

Años de experiencia profesional:

Tiempo en el puesto de trabajo:

Especialidad médica:

1.	Médico general	<input type="checkbox"/>
2.	Medico familiar	<input type="checkbox"/>
3.	Especialista	<input type="checkbox"/>

Turno de trabajo:

1.	Fijo	<input type="checkbox"/>
2.	Rotatorio	<input type="checkbox"/>

Trabaja o trabajó en área COVID-19 de la institución:

Si	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0

Recibió algún incentivo económico por trabajar en área COVID-19:

Si	<input type="checkbox"/>	1
No	<input type="checkbox"/>	0

Página 1-2

II. Test Maslach Burnout Inventory

Código:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos.	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días.

Conteste a las frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento "marque con una x".

Página 2-2

Anexo N° 8: Análisis estadístico de la variable edad.

	Frecuencia	Medias	Varianza	Desviación estándar	Min	25%	Mediana	75%	Max	Modo
Edad (años)	169	44	134	12	26	35	42	53	68	33

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Detalle rango de edad	
numero de datos	169
mínimo	26
máximo	68
N intervalos	8
amplitud	5

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Edad Agrupada

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 26 a 31 años	23	13,6	13,6	13,6
32 a 37 años	34	20,1	20,1	33,7
38 a 43 años	36	21,3	21,3	55,0
44 a 49 años	26	15,4	15,4	70,4
50 a 55 años	24	14,2	14,2	84,6
56 a 61 años	7	4,1	4,1	88,8
62 a 67 años	12	7,1	7,1	95,9
68 a 73 años	7	4,1	4,1	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 9: Análisis estadístico de la variable sexo.

		sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	femenino	95	56,2	56,2	56,2
	masculino	74	43,8	43,8	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 10: Análisis estadístico de la variable estado Civil

		estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	45	26,6	26,6	26,6
	CASADO	67	39,6	39,6	66,3
	DIVORCIADO	40	23,7	23,7	89,9
	CONVIVIENTE	14	8,3	8,3	98,2
	VIUDO	3	1,8	1,8	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 11: Análisis estadístico de la variable número de Hijos

	Frecuencia	Media	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	25 %	Media	75 %	Máximo	Modo
Número de hijos	169	2	1	1	0	1	1	2	4	1

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	42	24,9	24,9	24,9
	1	45	26,6	26,6	51,5
	2	41	24,3	24,3	75,7
	3	32	18,9	18,9	94,7
	4	9	5,3	5,3	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable Establecimientos de salud

Establecimiento de Salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CIMFA M.A. V	62	36,7	36,7	36,7
	CIMFA SUR	12	7,1	7,1	43,8
	CIMFA V. GALINDO	11	6,5	6,5	50,3
	CIMFA QUILLACOLLO	29	17,2	17,2	67,5
	CIS SACABA	6	3,6	3,6	71,0
	CIS VILLA TUNARI	5	3,0	3,0	74,0
	CIS KAMI	2	1,2	1,2	75,1
	CIS COBOCE	4	2,4	2,4	77,5
	CIS SARCOBAMBA	1	,6	,6	78,1
	CIS PUNATA	4	2,4	2,4	80,5
	CIS AIQUILE	4	2,4	2,4	82,8
	PAISE	29	17,2	17,2	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 11: Análisis estadístico de la variable Personal Médico

Especialidad Medica					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MEDICO GENERAL	59	34,9	34,9	34,9
	MEDICO FAMILIAR	70	41,4	41,4	76,3
	ESPECIALISTA	40	23,7	23,7	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable Situación Laboral

Situación Laboral					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DE PLANTA	101	59,8	59,8	59,8
	CONTRATO RECURRENTE	21	12,4	12,4	72,2
	CONTRATO EVENTUAL	47	27,8	27,8	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 12: Análisis estadístico de la variable año de experiencia profesional

	Frecuencia	Medias	Varianza	Desviación estándar	Min	25%	Mediana	75%	Max	Modo
Años de experiencia profesional	169	16	112	11	1	9	13	24	39	1

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Detalle rango de edad	
numero de datos	169
mínimo	1
máximo	39
N intervalos	8
amplitud	5

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Años de experiencia profesional

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 a 6 años	35	21	21	21
7 a 12 años	43	25	25	37
13 a 18 años	28	17	17	50
19 a 24 años	21	12	12	63
25 a 30 años	23	14	14	70
31 a 36 años	12	7	7	75
37 a 42 años	7	4	4	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 13: Análisis estadístico de la variable

Tiempo en el puesto de trabajo actual.

	Frecuencia	Medias	Varianza	Desviación estándar	Min	25%	Mediana	75%	Max	Modo
Tiempo de trabajo	169	10	77	9	1	1	7	15	41	1

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Detalle rango de edad	
numero de datos	169
mínimo	1
máximo	30
N intervalos	8
amplitud	3

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

tiempo en el puesto de trabajo actual.

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 a 4 años	58	34	34	34
5 a 8 años	40	24	24	38
9 a 12 años	24	14	14	50
13 a 16 años	7	4	4	53
17 a 20 años	19	11	11	59
21 a 24 años	5	3	3	62
25 a 28 años	11	7	7	86
29 a 32 años	5	3	3	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 14: Análisis estadístico de la variable turno de trabajo

Turno de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje %	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido fijo	126	75	75	75
rotatorio	43	25	25	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 16: Análisis estadístico

De la variable traja o trabajo en área COVID-19.

trabajo en COVID 19

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	44	26,0	26,0	26,0
SI	125	74,0	74,0	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 17: Análisis estadístico

De la variable recibió algún incentivo económico por trabajar en área COVID-19

Incentivo Económico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	169	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 18: Análisis estadístico Test de MBI en sus tres componentes

Prevalencia de síndrome de Burnout:

Prevalencia de Síndrome de Burnout

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	presente	91	53,8	53,8	53,8
	ausente	78	46,1	46,1	100,0
	Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Estadísticos

		Agotamiento	Despersonalización	Realización Personal
N	Válido	169	169	169
	Perdidos	0	0	0
Media		29,10	12,15	32,91
Desviación estándar		14,923	8,731	10,527
Varianza		222,698	76,226	110,808
Asimetría		-,320	,037	-,824
Error estándar de asimetría		,187	,187	,187
Rango		52	30	40
Mínimo		1	0	8
Máximo		53	30	48

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Componente	Test de Malash Burnout Inventory (MBI)	Media	Desviación estándar	N
Agotamiento/cansancio emocional	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo	3,40	1,770	169
	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.	3,18	1,913	169
	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado(a)	3,08	1,798	169
	Siento que trabajar todo el día con pacientes, supone un gran esfuerzo y me siento agotado.	2,86	1,928	169
	Siento que mi trabajo me está desgastando	2,89	1,901	169
	Me siento frustrado(a) en mi trabajo	2,71	1,956	169
	Siento que trabajo demasiado	2,83	1,984	169
	trabajar directamente con pacientes me produce estrés.	2,73	1,948	169
	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades	2,43	2,020	169
Despersonalización	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	1,97	1,919	169
	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo mi profesión	2,46	1,985	169
	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	2,75	1,868	169
	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a los pacientes	2,26	2,130	169
	Siento que los pacientes me culpan por sus problemas.	2,72	1,949	169
Realización Personal	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes	4,33	1,822	169
	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	4,48	1,666	169
	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo	4,18	1,677	169
	Me siento con mucha energía en mi trabajo	4,53	1,406	169
	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo	4,67	1,471	169
	Me siento motivado después de trabajar en contacto con pacientes	4,66	1,463	169

Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral. He conseguido muchas cosas útiles con mi profesión	4,52	1,472	169
En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma	4,54	1,500	169

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021.

Anexo N° 19: Análisis estadístico

De la dimensión Agotamiento/cansancio emocional

agotamiento (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido bajo	53	31,4	31,4	31,4
medio	32	18,9	18,9	50,3
alto	84	49,7	49,7	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 20: Análisis estadístico de la dimensión Despersonalización

Despersonalización (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido bajo	52	30,8	30,8	30,8
medio	21	12,4	12,4	43,2
alto	96	56,8	56,8	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021

Anexo N° 21: Análisis estadístico de la dimensión Realización Personal

Realización (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido bajo	64	37,9	37,9	37,9
medio	32	18,9	18,9	56,8
alto	73	43,2	43,2	100,0
Total	169	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia Basada en IMB SPSS Statistics v24., 2021