



UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS ECONÓMICAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**SINDROME DE BURNOUT EN
PROFESIONALES DE
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES EN
PANDEMIA DE COVID-19**

Nombre: Fernanda Ceccoli

Director/a del TIF: Lic. Antonella Ramos

Co-Directora: Lic. Mariela Cabañas

Mendoza, 2022

Antonella Ramos

Mat. 3799

Mariela Cabañas

Mat. 3072

Fernanda Ceccoli

N.º de Registro: 761520407

HOJA DE EVALUACIÓN

NOTA:

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer especialmente mi mamá Rosa, quien me apoyo y acompaño desde el primer momento en que decidí elegir esta carrera, siempre alentándome a seguir, dándome palabras de aliento cuando quería bajar los brazos. Y que sin ella no hubiera sido posible cumplir mis objetivos. Es mi ejemplo a seguir, siempre motivándome a buscar un mejor futuro a base de esfuerzo y estudio. ¡Muchas gracias por todo Ma! Te quiero mucho.

A mi hermano Franco quien está siempre, gracias por ser compañero y estar en todo momento. A Daira, mi cuñada, quien junto a mi hermano me alentaron siempre a seguir, y estuvieron en cada momento acompañando a pesar de que ellos también estaban finalizando sus estudios. ¡Los quiero mucho a los dos!

A mi abuela Elsa quien siempre se alegra de mis logros y tiene palabras de aliento y abrazos, ella es mi compañera de aventuras y es una de las personas más importantes en mi vida.

También a mi papá y mi abuelo, dos personas muy importantes para mí, que ya no están, pero seguramente me acompañan siempre y estarían orgullosos de mis logros.

Quiero agradecer enormemente a la Lic. Antonella Ramos y a la Lic. Mariela Cabañas, mis directoras de tesis. Ellas me acompañaron en todo momento, desde que les propuse guiarme en este camino en la elaboración de tesis, a pesar de sus responsabilidades. Tuve la suerte de conocer a dos excelentes profesionales, muy buenas personas, con grandes valores y una calidad humana admirable. Muchas gracias por todo, fue un honor para mí que aceptaran acompañarme y aprender de ustedes.

También agradezco a mis amigos Juan Manuel y Georgina con quien tuve la suerte de compartir en el trayecto de mi formación profesional. A mis amigos fuera de universidad quienes todo el tiempo me brindaban su cariño y palabras de aliento, ellos son las personas que están en mi vida, son la familia que pude elegir.

A mis compañeros de estudio, ellos que se quedaban conmigo en todo momento mientras me quedaba estudiando hasta tarde, mis mascotas Bubu, Kiara, Mara y Nina.

¡Gracias a mi todos los que estuvieron junto a mí en el trayecto de mi formación y están siempre presentes en mi vida!

INDICE

Hoja de evaluación.....	2
Agradecimientos	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO	10
CAPÍTULO 1: SÍNDROME DE BURNOUT	11
1.1.1 Historia del Síndrome de Burnout.....	11
1.1.2 Definición de burnout.....	12
1.1.3 Causas y consecuencias del Burnout.....	14
1.1.4 Niveles de Burnout.....	15
1.1.5 Fases del proceso del Síndrome de Burnout.....	16
CAPÍTULO 2: SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES.....	18
2.2.1. Descripción del servicio de diagnóstico por imágenes.....	18
2.2.2. Clasificación de imágenes diagnósticas	19
CAPÍTULO 3: PANDEMIA.....	20
3.1 Concepto de Pandemia	20
3.2. Síntomas producidos por el burnout en profesionales de salud durante la pandemia	22
SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÒGICO	
1. Objetivos de la Investigación	26
1.1 Objetivo General:	26
1.2 Objetivos Específicos:	26
1.3 Hipótesis.....	26
2. Diseño de la investigación.....	27
2.1 Diseño del estudio.....	27

2.2 Muestra.....	27
3. Instrumento:.....	28
2.1 Encuesta Ad hoc.....	28
3.2 El Inventario de Burnout de Maslach o Maslach Burnout Inventory	29
4. Procedimiento:.....	30
5. Aspectos vinculados al Análisis de datos:.....	32
6. Consideraciones éticas	33
7. Presentación de Resultados	34
Primer Objetivo: <i>Describir la presencia de Burnout en profesionales que se desempeñan en diferentes tareas dentro del servicio de diagnóstico por imágenes de hospitales de Mendoza</i>	40
Segundo Objetivo: <i>Describir la presencia de Burnout en médicos y radiólogos.</i> ..	41
Tercer Objetivo: <i>Describir si existe correlación entre la edad, el género y antigüedad laboral con respecto a la presencia de Burnout.</i>	42
8. Discusión de Resultados.....	44
9. CONCLUSIONES	47
TERCERA PARTE: REFERENCIAS	50
CUARTA PARTE: ANEXOS.....	55
Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.....	55
CUESTIONARIO.....	56
INVENTARIO DE BURNOUT.....	58

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo analizar la presencia del Síndrome de burnout en profesionales del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos y radiólogos) de hospitales de Mendoza bajo el contexto de pandemia por Covid-19, en el año 2022. Para lo cual se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, con un diseño descriptivo-correlacional, y de corte transversal.

Este estudio, se llevó a cabo con una muestra de profesionales (n=70), siendo los criterios de inclusión tener entre 22 y 60 años, ser médicos o radiólogos (licenciados o técnicos en diagnóstico por imágenes) y que lleven trabajando como mínimo 1 año. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron un cuestionario sociodemográfico y el inventario de Burnout de Maslach validado en Argentina.

Como resultado, se demostró la ausencia del Síndrome de Burnout en la muestra total de los participantes con un 71,4% (50), dejando un 28,6% (20) con la presencia de este. De los profesionales que presentaron Burnout, se utilizó una tabla de contingencia, para conocer qué porcentaje de los grupos presentaba Burnout, y se obtuvo que el 85% eran médicos. Por otro lado, se observaron elevados valores en las dimensiones de agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP) de manera individual, siendo estos criterios insuficientes para componer el Burnout. Además, se estableció que las variables antigüedad y género no eran resultados significativos en la investigación, pero que la edad, demostró tener relación con las dimensiones del Burnout.

En síntesis, se demostró presencia de Burnout en médicos, dejando al resto de los profesionales (radiólogos) ausencia de este. Por lo cual, no constituyeron los criterios necesarios para el Síndrome de Burnout, pero si presentaron valores elevados en las tres dimensiones (AE, D y RP) por separado.

Palabras claves: Burnout - profesionales de diagnóstico por imágenes - pandemia de COVID 19

ABSTRACT

The objective of this research is to analyze the presence of Burnout Syndrome in professionals of the diagnostic imaging service (doctors and radiologists) of hospitals in Mendoza under the context of the Covid-19 pandemic, in the year 2022. For which it was carried out a quantitative study, with a descriptive-correlational, cross-sectional design.

This study was carried out with a sample of professionals (n=70), the inclusion criteria being between 22 and 60 years old, being doctors or radiologists (graduates or diagnostic imaging technicians) and having worked for at least 1 year. The instruments used for data collection were a sociodemographic questionnaire and the Maslach Burnout Inventory validated in Argentina.

As a result, the absence of Burnout Syndrome was demonstrated in the total sample of participants with 71.4% (50), leaving 28.6% (20) with its presence. Of the professionals who presented Burnout, a contingency table was used to find out what percentage of the groups presented Burnout, and it was found that 85% were doctors. On the other hand, high values were observed in the dimensions of emotional exhaustion (AE), depersonalization (D) and personal fulfillment (PR) individually, these criteria being insufficient to compose Burnout. In addition, it was established that the variables seniority and gender were not significant results in the investigation, but that age was shown to be related to the dimensions of Burnout.

In short, the presence of Burnout was demonstrated in doctors, leaving the rest of the professionals (radiologists) without it. Therefore, they did not constitute the necessary criteria for Burnout Syndrome, but they did present high values in the three dimensions (AE, D and RP) separately.

Keywords: Burnout - diagnostic imaging professionals – COVID 19 pandemic

1. INTRODUCCIÓN

La situación de pandemia de COVID-19, cumplió con factores que convirtieron el sistema de salud en un contexto “ideal” para la proliferación del Burnout entre los profesionales sanitarios, que estuvieron en primera línea de batalla luchando contra esta enfermedad (Miranda et al., 2020).

Dado el plan de acción por COVID-19, que generó una multiplicidad de estresores en el personal del área de la salud, fue de gran importancia medir las consecuencias emocionales, e identificar los factores sociodemográficos y cuantificar las áreas con mayor sobrecarga en los ambientes laborales (Miranda et al., 2020).

En el área de la salud, específicamente en el servicio de diagnóstico por imágenes de hospitales de Mendoza, se llevó a cabo una investigación acerca del Síndrome de Burnout que sufren los trabajadores.

El servicio anteriormente mencionado, cuenta con diferentes sectores tales como, médicos residentes, médicos de planta, técnicos y/o licenciados en bioimágenes que cumplen diferentes tareas, como realizar ecografía, radiografías, tomografías, mamografías y resonancias magnéticas. Cada una de las áreas mencionadas tiene diferentes niveles de complejidad, el trabajo con las personas es variado, desde efectuar una radiografía, hasta estudios complejos como resonancia magnética. (Universidad de Buenos Aires, 2020).

Continuando con el artículo presentado por la Universidad de Buenos Aires en 2020, se mencionó que al comienzo de la pandemia este fue uno de los sectores en los cuales, nunca se reconoció su labor como una de las tareas esenciales en esta época. Es uno de los servicios que se encontraba en la primera línea, y su trabajo fue esencial a la hora de un diagnóstico temprano, no solamente en COVID-19, sino también con otras enfermedades.

Los profesionales sanitarios estaban continuamente expuestos al sufrimiento y dolor de pacientes y familiares. Si a esto se le añade la saturación de tareas, la falta de recursos y la responsabilidad que exige el cargo, el resultado puede ser una situación muy estresante (Lozano Gonzalo, 2017).

Los técnicos en diagnóstico por imágenes exponen su salud en relación con el virus, así como también la radiación, siendo el mismo un trabajo insalubre, con probabilidades de provocar consecuentemente enfermedades a largo plazo. Muchos de estos trabajadores poseen 2 trabajos, lo cual aumentaría el riesgo (Universidad de Buenos Aires, 2020). Por otro lado,

personal médico también se vio obligado a tomar mayores medidas de bioseguridad, esto fue el uso de traje de protección personal que si bien les ayudaba a protegerse también se volvió más incómodo y estresante cuando se lo debían retirar por riesgo de contaminación, el miedo de contagio y de contagiarse a su familia, estos factores en profesionales hizo que sea más propenso al Síndrome de Burnout (Urgilés, 2020).

Por lo mencionado anteriormente, esta investigación posee un aporte a otro sector del área de salud que cumplió un rol importante durante al dar un diagnóstico rápido y certero, complementando a los PCR o test rápidos de detección de covid-19. Este estudio tuvo como objeto principal analizar el Síndrome de Burnout en profesionales del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos y radiólogos) de hospitales de Mendoza durante la pandemia de COVID-19, para conocer si en estos sujetos existe la presencia de Burnout. Así como también poder realizar correlaciones con algunas variables sociodemográficas para comprobar si estas variables se encontraron asociadas al Síndrome de Burnout.

Además, durante la investigación se pudo observar que se encontraron explicados los temas por capítulos: Síndrome de Burnout, Diagnóstico por imágenes y pandemia. Cada uno de estos apartados poseían información sobre su definición, clasificación, algunos aportes históricos y causas o consecuencias que pudieron influir en la composición del Síndrome de Burnout.

Por lo cual, se realizó un análisis estadísticos con el programa SPSS, donde a través de diferentes pruebas estadísticas se pudo realizar comparaciones, conocer porcentajes que trataron de aportar resultados cuantitativos que brinden información acerca de la demostración de los objetivos propuestos en la investigación, así como las hipótesis que se plantearon en el siguiente estudio.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO

El estrés y las enfermedades psicosomáticas actualmente son muy recurrentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional. El personal sanitario del servicio a investigar, que trabajó en las instituciones de salud no escapó a esta condición, lo que repercutió en la calidad de los servicios que ofrecía.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima. La prolongación del estrés por el trabajo puede generar trastornos en la salud mental del empleado, como el "burnout" o desgaste emocional, afectando el desempeño laboral o causando actitudes poco saludables (Lozano Gonzalo, 2017).

CAPÍTULO 1: SÍNDROME DE BURNOUT

1.1.1 Historia del Síndrome de Burnout

El concepto de Síndrome de Burnout surgió como idea en Estados Unidos en 1974, siendo Herbert J. Freudenberger, uno de los referentes, fue el primero en acuñar en la literatura científica la locución: Burnout (“estar quemado”), con un significado similar al que se le aplica en el contexto actual. Este psiquiatra trabajaba como voluntario en una clínica de Nueva York, con pacientes toxicómanos donde, constató cómo sus propios compañeros, tras un período de tiempo relativo, experimentaban un “patrón conductual homogéneo” caracterizado por agotamiento, pérdida de motivación y una serie de síntomas asociados compatibles con la ansiedad y la depresión (Blanca Gutiérrez y Arias Herrera, 2018).

Freudenberger (1974) definió el Síndrome de Burnout como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”. Dicho autor, situó las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral (Castillo Ávila et al., 2015, par. 3)

En 1976, Cristina Maslach dio a conocer la palabra Burnout de forma pública en el congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, mostrándolo como una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose”. Según Maslach y Jackson 1981, el Síndrome de Burnout lo definieron como “una respuesta inadecuada a un estrés caracterizado por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo”. En respuesta a un estrés emocional crónico, caracterizado por síntomas de agotamiento psicológico, actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar en el trabajo (Buzzetti Bravo, 2005).

Fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida”. La definición de este problema de salud no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero se lo describió como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales eran el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Quiroz et al., 2021).

1.1.2 Definición de burnout

Maslach y Jackson (1980) son autoras que han desarrollado con mayor profundidad este pensamiento, definiendo el Burnout como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y escasa realización profesional, que puede darse entre individuos que de alguna manera trabajan con personas; este síndrome puede llevar a un deterioro en la calidad de la asistencia y/o de los servicios proporcionados" (Toledo Neira, 2016, p10).

Según Marroquín (2018, p. 9) en su investigación mencionó a Maslach y Jackson en 1981, quienes definieron como un Síndrome cuyos síntomas eran:

- a) Agotamiento emocional: eran los recursos emocionales del trabajador, que se agotan, se perciben incapaces de dar de sí mismos tanto en el aspecto psicológico y como en el afectivo,

- b) Baja realización personal en el trabajo: el trabajador tiene la propensión de valorarse de manera negativa con respecto a su trabajo, está disgustado consigo mismo y descontento con los resultados alcanzados en el trabajo,
- c) Despersonalización: que consistió en la aparición y progreso de actitudes y sentimientos adversos hacia los clientes a los cuales estaba destinado su trabajo, pudiendo llegar a la situación en que el trabajador viera a sus clientes como merecedores de los problemas que traen.

En los últimos años, el Síndrome de desgaste profesional adquirió importancia por la repercusión directa que tuvo sobre la asistencia sanitaria, el ausentismo laboral, la disminución del nivel de satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes, el riesgo de conductas adictivas, la excesiva movilidad laboral, las alteraciones de la dinámica familiar. El Síndrome de Burnout es una enfermedad que trastorna la calidad de vida familiar, social y laboral de quien lo padece, así como de los usuarios de los servicios que el profesional presta (Casari et al., 2017.)

Estas tres variables propuestas interrelacionadas; se integraron en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utilizó para medir dicho Síndrome. Es por ello, que se presentaron clínicamente como tres dimensiones como se observaban en Toledo Neira (2016):

a) Agotamiento o cansancio emocional

El agotamiento o cansancio emocional se refiere a la disminución y/o pérdida de recursos emocionales, es decir, los que sirvió para entender la situación de otras personas (empatía) con los que interrelacionamos en el ambiente laboral. El trabajador desarrolló sentimientos de estar exhausto tanto física como psíquicamente, que ya no pudo dar el mismo rendimiento, sintiendo impotencia y desesperanza (Toledo Neira, 2016, p10)

b) Despersonalización o Cinismo

La despersonalización o deshumanización, reveló un cambio que consistió en actitudes y respuestas negativas, como insensibilidad y cinismo hacia los “beneficiarios” del servicio. Este aislamiento y evitación se tradujo en conductas como son: absentismo laboral, ausencia de reuniones, resistencia a enfrentarse con otros individuos o atender al público, o en actitudes

emocionales fría, distante y despectiva. Estas conductas de endurecimiento afectivo eran vistas por los usuarios de manera deshumanizada (Toledo Neira, 2016, p.11).

Esto derivó en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basaban en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Buzzetti Bravo, 2005).

Más adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original de dos de las dimensiones, en la cual despersonalización fue renombrado como Cinismo, el cual es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis (Buzzetti Bravo, 2005).

c) Abandono de la Realización Personal

La dimensión de falta de Realización Personal aludió a la sensación de que no se estaban obteniendo logros de su trabajo, autocalificándose negativamente. Se describió la tendencia a auto evaluarse negativamente, declinando el sentimiento de competencia en el trabajo. (Saborio e Hidalgo, 2015)

1.1.3 Causas y consecuencias del Burnout

María del Carmen Neira (2004), en su libro mencionó que:

Algunos autores, indican que el Burnout es una consecuencia de la situación laboral más que de las variables personales del sujetos (Maslach, 1986). Otros enfatizan en la personalidad diciendo que es a través de ella que se realiza la evaluación cognitiva de los eventos laborales para ser considerados estresantes (Garden, 1989). (Neira, 2004, p. 32)

En cuanto a la personalidad, serían más proclives los sujetos empáticos, sensibles, idealistas con intensa dedicación profesional, que tienden a identificarse masivamente con los demás. Las estrategias de afrontamiento que promueven evitación, aislamiento, negación y pasividad aumentaban la probabilidad de Burnout, también la falta de apoyo familiar y social en relación con el desempeño y a las circunstancias laborales, relaciones interpersonales negativas, etc. (Neira, 2004)

Neira (2004, p.33) expuso que las variables laborales facilitaban el Burnout eran aquellas relacionadas con las condiciones adversas del ambiente físico del trabajo (ruido, mala iluminación, falta de higiene, etc.), con las relaciones interpersonales y con las tareas en sí misma como:

- trabajo repetitivo y monótono, que provoca fatiga y mayor propensión a accidentes;
- Falta de claridad en las funciones que le corresponden
- Elevada responsabilidad
- Innovación tecnológica sin apoyo para su aprendizaje
- Recursos e insumos inadecuado
- Sobrecarga cualitativa y cuantitativa de trabajo, con exigencias y apremio de tiempo.
- Remuneración independiente
- Inestabilidad laboral en el puesto y/o en la organización

Entre las consecuencias laborales del Burnout mencionadas en Neira (2004), se destacaron: disminución de la satisfacción, del interés, de la motivación, compromiso, rendimiento, calidad de servicio y productividad; aumento del ausentismo, rotación, accidentes y errores; clima laboral hostil con relaciones interpersonales pobres y conflictivas, falta de cooperación y apoyo. Etc. (Neira, 2004, p.35)

1.1.4 Niveles de Burnout

Existieron varios tipos de manifestaciones a considerar como señales de alarma como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), íra, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño (Saborio e Hidalgo, 2015).

Neira (2004, p.41), propuso en su investigación sobre profesionales de salud argentinos, una escala para el MBI, que según el punto de corte se categorizaban en alta, media y baja (ver tabla 1).

Tabla 1

Clasificación tripartita y estadísticos básicos

	Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
BAJO	< 12	< 3	<36
MEDIO	12 – 21	3 - 6	36 – 40
ALTO	>21	>6	>40

Esta escala hizo énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador, de cómo se desempeña en el servicio o ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Saborio e Hidalgo, 2015).

Además, muchos de los trabajadores de la salud no han tenido vacaciones desde el año pasado ya que las mismas fueron suspendidas, están cumpliendo más horas de trabajo con el mismo sueldo, pérdidas de compañeros debido al COVID-19, entre otras situaciones nocivas para el personal sanitario (Boletín Oficial República Argentina,2020).

1.1.5 Fases del proceso del Síndrome de Burnout

Según mencionó Marroquín (2018, p.13), se van a proponer las siguientes fases:

- **Fase de entusiasmo:** en esta primera fase, el individuo que iniciaba su actividad, cuya finalidad es dar servicio a personas, experimentaba entusiasmo, incluso pasión y tiene perspectivas de crecimiento con elevadas aspiraciones. Hay carencia de noción de peligro. Puede extender la jornada laboral.

- **Fase de estancamiento:** en esta segunda fase se empezaba a sentir cierta sensación de derrota, no alcanza las expectativas deseadas, cuestionaba las retribuciones que recibió por el trabajo ya que consideraba que no estaban en relación con el esfuerzo realizado. Apareció el

desequilibrio entre las exigencias y los recursos lo que definió el estrés psicosocial. El trabajador no se sintió capaz de responder eficazmente.

- Fase de frustración: en esta tercera fase, el trabajo se percibió como algo carente de sentido. Se generaron sentimientos negativos hacia el trabajo, se percibió como impedimento para sentirse satisfecho y conseguir estatus personal. El trabajador se encontró frustrado, la desilusión y/o el abatimiento se hicieron presentes, se irrita con facilidad y es causa de conflictos entre sus compañeros de trabajo. En esta fase pudo empezar a deteriorarse la salud y manifestarse desequilibrios a nivel emocional, de conducta y fisiológicos. Este sería el núcleo central del Síndrome.

- Fase de apatía: en esta cuarta fase se presentaron cambios en la actitud y la conducta, el trabajador estaba a la defensiva, su actitud hacia los usuarios tendió a ser distante y mecánica, anteponiendo abiertamente la satisfacción de sus necesidades a la mejor atención del usuario y evitará las tareas estresantes. Estos fueron mecanismos de defensa cuando la frustración se volvió crónica. Se hizo presente el agotamiento físico y emocional, evitando todo lo que significó un cambio o nuevo desafío, si es posible evita atender a los usuarios de la empresa.

- Fase de quemado: en esta quinta etapa se presentó el colapso emocional y cognitivo, con repercusión importante en la salud del trabajador. Como consecuencia, el trabajador pudo verse obligado a dejar su trabajo y acarrear una vida de frustración e insatisfacción a nivel profesional. Se ha observado que este Síndrome es de naturaleza cíclica, puede recurrir aun cambiando de trabajo y en otras situaciones de la vida laboral.

Por lo cual, este estudio pretendió identificar la relación que existe entre las tres categorías propias del Síndrome de Burnout: agotamiento emocional, cinismo y despersonalización, y los profesionales (médicos y/o técnicos/licenciados en Bioimágenes) de los distintos sectores del Servicio de Diagnóstico (ecografía, tomografía, resonancia, mamografía y rayos x), de hospitales de la provincia de Mendoza.

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional entre las provincias, así como también dentro de los trabajadores de un mismo sector; dependiendo de las características del sistema de salud en que se operó, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudió y de los profesionales de salud en los que se realizaron (Castillo Ávila et al, 2005).

Aunque el Burnout no fue una enfermedad como tal, se conoció que sus consecuencias o efectos comprendieron trastornos de la salud mental y el bienestar subjetivo, pero también deterioros objetivos del sistema musculoesquelético, respiratorio, cardiovascular, endócrino e inmunológico, así como otros efectos en el desempeño laboral de personal de salud, que se extendieron al ausentismo, errores médicos y más días de recuperación de pacientes, entre muchas otras disfunciones adicionales (Juárez García, 2020).

Existió una aceptación generalizada, de que, por un lado, el Burnout es un mediador patógeno entre el estrés por exposición a diversos factores psicosociales laborales, y por el otro, los múltiples trastornos mentales y físicos que se presentaban como consecuencia de éste, y que su proceso forma parte de los mecanismos del estrés negativo (Juárez García, 2020).

CAPÍTULO 2: SERVICIO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

2.2.1. Descripción del servicio de diagnóstico por imágenes

Las pruebas de diagnóstico por la imagen ofrecieron una imagen interior del organismo, ya sea de su totalidad o solo de una parte. Las mismas, permitieron a los profesionales de la salud observar el interior del cuerpo para buscar indicios de una afección médica o mostrar el interior del organismo (Mehmet Kocak, 2019).

Las pruebas de imagen ayudan a los médicos a diagnosticar los trastornos, a determinar la gravedad de las enfermedades, y a controlar a los pacientes una vez diagnosticados. La mayoría de las pruebas de diagnóstico por la imagen son indoloras, relativamente seguras y no invasivas (Mehmet Kocak, 2019).

Dentro del sistema de salud, los servicios de radiología debían adaptarse a la pandemia, por lo que fue necesario una apresurada toma de decisiones (muchas veces improvisadas) y confeccionar planes de contingencia dinámica. Ante una situación excepcional, debieron tomarse medidas de implementación rápida, para hacer frente a gran demanda por la pandemia de SARS-Cov-2. Dentro del servicio de radiología, la lucha contra la COVID-19 se libró principalmente en la primera línea, donde los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico fueron los actores principales en el frente de batalla. (Ribas et al., 2021)

Según se mencionaba en el artículo presentado por la Biblioteca nacional de medicina de los EE. UU. (2021), el tipo de imágenes que utilice el médico depende de los síntomas y de la parte del cuerpo que se examinó. Estas incluyen:

- Rayos X
- Tomografías computarizadas
- Resonancia magnética
- Ecografías, etc.

Muchas pruebas por imágenes son indoloras y fáciles de realizar. Algunos requieren que permanezca quieto en el dispositivo durante mucho tiempo. Esto puede resultar incómodo. Algunas pruebas pueden incluir dosis bajas de radiación (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU, 2021).

2.2.2. Clasificación de imágenes diagnósticas

- **Rayos X:** Las radiografías funcionan al pasar un haz de energía a través de una parte de su cuerpo. Sus huesos u otras partes del cuerpo bloquearán el paso de algunos de los haces de los rayos X. La radiografía de tórax es generalmente la primera prueba de imagen en los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 por su utilidad, disponibilidad y bajo costo, aunque es menos sensible que la tomografía computarizada (Martínez Chamorro et al, 2021).
- **Tomografía Computarizada:** Una tomografía computarizada (TC) se puede utilizar para visualizar casi todas las partes del cuerpo y diagnosticar enfermedades o lesiones, así como para planificar tratamientos médicos, quirúrgicos o de radiación. La TC de tórax de alta resolución es una prueba accesible y rápida y se consideró la prueba de imagen más sensible para detectar COVID-19. En algunos estudios se vio que los hallazgos de la TC torácica pudieron preceder a la positividad de la PCR (Martínez Chamorro et al., 2021).
- **Resonancia Magnética:** este tipo de estudio no utiliza radiación, sino que utiliza imanes fuertes y ondas de radio para afectar los átomos en las moléculas de agua dentro de los tejidos de su cuerpo. Cuando las ondas de radio se apagan, los átomos liberan energía que son detectados por la máquina de resonancia magnética. (Institutos Nacionales de la Salud, 2021).

Durante el escaneo, el paciente se acuesta en una mesa que se desliza dentro de un aparato con forma de túnel. La realización del estudio suele demorar y el paciente debe permanecer inmóvil. La exploración no causa dolor. La máquina de IRM hace mucho ruido. El técnico puede ofrecerle tapones para los oídos (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 2019).

Estas tres clasificaciones mencionadas anteriormente, fueron realizadas por técnicos en diagnóstico por imágenes o licenciados en bioimágenes. El estudio que se menciona a continuación es realizado por un médico o residente en imágenes.

- **Ecografías:** La ecografía constituye un método de diagnóstico por imágenes seguro, no invasivo, portátil, de bajo costo y fácilmente reproducible, que brinda excelentes resultados cuando es realizado por un operador entrenado. Sin embargo, dado que en ciertas circunstancias se la utiliza mal, ha sido superada por el crecimiento y desarrollo vertiginosos de la tomografía computada y la resonancia magnética (Poggio et al., 2020). La ecografía torácica ha demostrado ser útil en el diagnóstico de afectación pulmonar por la COVID-19. Se han descrito varias escalas para cuantificar el grado de afectación (Ramos Hernández et al., 2021)

CAPÍTULO 3: PANDEMIA

3.1 Concepto de Pandemia

Según refiere en su investigación Fernandino Lamarca (2020, p. 18). La OMS (2010) le llamó pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Para que se declare el estado de pandemia se tienen que cumplir dos criterios: que el brote epidémico afecte a más de un continente y que los casos de cada país ya no sean importados sino provocados por transmisión comunitaria

Clasificación de una pandemia propuesta por la OMS:

- FASE 1: Se refiere a virus que circulan entre los animales pero que aún no han causado ninguna infección en los humanos.
- FASE 2: El virus, que afectaba a animales domésticos o salvajes, ha contagiado a alguna persona, por lo que puede considerarse una potencial amenaza de pandemia.

- FASE 3: El virus afecta a pequeños grupos de personas y se da, por primera vez, la transmisión de humano a humano, y no sólo de animales a humanos. Sin embargo, son casos esporádicos y bajo ciertas circunstancias.
- FASE 4: El poder del virus para transmitirse entre personas se verifica y es capaz de provocar “brotos comunitarios”. Esta situación aumenta significativamente el riesgo de pandemia. Frente a esta situación, es la OMS la encargada de evaluar las estrategias pertinentes. Esta fase indica un importante salto en el riesgo de pandemia, pero no quiere decir que ésta se produzca inevitablemente.
- FASE 5: Se caracteriza por la propagación del virus de humano a humano en, al menos, dos países de una misma región. “Aunque muchos lugares no se ven afectados, la declaración de esta fase es un signo claro de que la pandemia es inminente y que el tiempo para poner en marcha todas las medidas necesarias se acaba”.
- FASE 6: La fase pandémica. El brote de la enfermedad se ha registrado en más países de distintas regiones. La pandemia ha comenzado; no se puede prevenir, sino sólo tratar de controlar (Farrandino, 2020, p. 18).

En diciembre del 2019 se identificó un brote respiratorio en Wuhan, provincia de Hubei, China denominado COVID-19 al SARS-CoV-2. El cual fue declarado como pandemia por la OMS al extenderse a varios países del mundo (Urgilés, 2020).

Es innegable que el brote por el SARS-CoV-2 ha significado un momento decisivo en la historia de la humanidad, pues sus efectos han sido devastadores en muy poco tiempo. El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la enfermedad COVID-19 (ocasionada por el virus SARS-CoV-2) como una pandemia, y tan solo dos semanas después, ya se había propagado a 114 países, muchos de ellos adoptando cuarentenas totales con impactos económicos incalculables (Juárez García, 2020).

Aún se sigue estudiando el impacto global que la pandemia de COVID 19 ha tenido en el estrés y la salud mental. Pero la Organización de las Naciones Unidas ha advertido que provocará un aumento en el número y severidad de los problemas de salud mental en cientos de millones de personas y que dichos problemas tienen riesgo de ser ignorados o subestimados. La OMS por su parte, ha confirmado que el impacto de la pandemia en la salud mental es extremadamente preocupante y que los trabajadores de cuidado de la salud que están en la primera línea de atención a la COVID-19, son particularmente vulnerables por las

altas cargas de trabajo, el riesgo de infección y las decisiones de vida o muerte que tienen que tomar, entre otras cosas (Juárez García, 2020).

3.2. Síntomas producidos por el Burnout en profesionales de salud durante la pandemia

El síndrome Burnout es un trastorno que se desarrolló en profesiones con altos niveles de estrés y responsabilidad; lugar que hoy ocupa el personal sanitario. El estrés crónico laboral afectó no solo el funcionamiento biológico, entre ellos se destacan: la fatiga crónica, dolor de cabeza y estómago, irritabilidad, frustración, ansiedad; sino también afectó notoriamente el rendimiento laboral (Universidad de Buenos Aires, 2020).

En investigaciones recientes refirieron que el Síndrome de Burnout se consideró primero, como un cuadro específico de profesiones de servicio caracterizado por el agotamiento emocional, que se aludió a una baja de energía del trabajador y falta de motivación en el trabajo. La despersonalización, tuvo que ver con una conducta cínica para con el paciente que implicó un trato distante en el que el usuario del servicio es tratado como “cosa”. Y, la baja realización personal, que indicó sentimientos de ineficacia en el trabajador (Gallego et al., 2017).

El personal de salud, debido a la situación actual de pandemia trabajó sin descanso desde marzo del 2019, expuestos físicamente al contagio de la Covid-19 y psicológicamente al riesgo de "Burnout", a estar "quemado" por la intensa sobrecarga y tensiones del trabajo (Universidad de Buenos Aires, 2020).

El contexto actual de pandemia por la COVID-19, conllevó un grado de incertidumbre elevado, causando un impacto significativo en la salud mental de los trabajadores de la salud, especialmente en aquellos que trabajaron en primera línea o que han expuesto a una presión extrema y continua, causando agotamiento físico, estrés emocional, estigmatización e insomnio. Antes de la pandemia por la COVID-19, las profesiones sanitarias ya eran consideradas como altamente estresantes (Navinés et al., 2021).

El cansancio, el agotamiento, la sensación de no poder dar más en el trabajo, afectó de manera directa: disminuyendo la atención y el rendimiento, y esto pudo llevar a cometer errores o a aumentar su número. También, llevó a subestimar riesgos, en especial los relacionados al cuidado personal de profesionales de la salud, y como consecuencia se pudo producir un aumento de las infecciones en este grupo de profesionales (Universidad de Buenos Aires, 2020).

En la pandemia, los hospitales grandes con mayor disponibilidad de camas de Unidad de Cuidados Intensivos fueron los hospitales que atendieron mayor número de pacientes COVID-19, lo que, por un lado, ha llevado a un elevado número de médicos y profesionales de salud, como el caso de técnicos y licenciados en diagnóstico por imágenes, a estar en primera línea de la pandemia, lo cual generó una situación de incertidumbre e inseguridad y gran estrés laboral. Sin embargo, la existencia de protocolos claros, las capacitaciones prácticas con el personal en cuanto a las medidas de protección, el acceso y el uso adecuado de los equipos de protección actuaron como factores protectores de Burnout (Navinés et al., 2021).

Según Juárez García (2020) en su investigación mencionó un modelo de semaforización donde los procesos de estrés y Burnout eran claves en la prevención más temprana de trastornos severos de salud mental y física por causa de la pandemia de COVID-19 (ver figura 1).



Figura 1.

Semaforización del proceso psicosocial ante el COVID-19: el burnout una luz naranja.

Se estimó que la pandemia por la COVID-19 tuvo cuatro olas o huellas en la salud de la humanidad; la primera, impactó directo de morbi-mortalidad por contagios, la segunda fue el impacto por la limitación los recursos o atenciones a condiciones de salud que no son COVID-19, la tercera se refirió a impactos que implicaban la interrupción de atención a pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas, y la cuarta ola que se advirtió como la más grande, refirió al incremento sustancial de casos de Burnout, trastornos mentales y traumas psíquicos derivados de todos los sucesos sociales y económicos relacionados con la pandemia (Juárez García, 2020).

De este modo, los profesionales de la salud mental fueron los próximos a estar en la primera línea de atención, por lo que debió diseñarse estrategias tempranas y programas preventivos exhaustivos para este daño colateral producido por esta crisis sanitaria, el cual apenas comenzó y amenazó con una fase aguda e intensa (Juárez García, 2020).

En la cuarta ola, equivalente a una pandemia de salud mental no está exenta para los trabajadores de la salud, y la depresión y ansiedad severas, así como el estrés postraumático serán muy comunes, por lo que el monitoreo y atención temprana del estrés negativo y el Burnout, eran estrategias ineludibles desde la prevención secundaria que deben aminorar los impactos en la salud mental causados por la COVID-19 en todo el planeta (Juárez García, 2020).

MARCO METODOLÓGICO

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Objetivo General:

Analizar el Síndrome de Burnout en profesionales del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos y radiólogos) de hospitales de Mendoza en pandemia de COVID-19.

1.2 Objetivos Específicos:

- Describir la presencia de Síndrome de Burnout en profesionales que se desempeñan en diferentes tareas dentro del servicio de diagnóstico por imágenes de hospitales de Mendoza.
- Identificar el porcentaje de médicos y radiólogos del total de participantes que presentan Síndrome de Burnout.
- Describir si existe correlación entre la edad, género y antigüedad laboral con respecto a la presencia de Síndrome de Burnout.

1.3 Hipótesis

Comprobar qué porcentaje de profesionales de diagnóstico por imágenes presentan el Síndrome de Burnout y si el mismo se relaciona con las variables sociodemográfica de la edad, género y antigüedad; en hospitales de Mendoza.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Diseño del estudio:

El estudio de la investigación tuvo un enfoque cuantitativo, porque intentó comprobar la hipótesis planteada en el estudio. Poseía un alcance descriptivo ya que pretendió especificar los atributos, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno a analizar. (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Así mismo, tuvo un alcance correlacional, ya que estableció relaciones entre dos o más categorías, variables en un momento determinado. Este tipo de estudio buscó determinar cómo se relacionaban o vinculaban diversas variables o características, así como también si no se relacionaban (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Además, tenía un diseño no experimental, debido a que “se implementan sin manipular variables, es decir, se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza” (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018, p.149).

Esta investigación tuvo una dimensión temporal transversal, es decir que la recolección de datos se dió en un solo momento, un tiempo único. (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Por lo tanto, la investigación fue descriptiva y correlacional, ya que buscó indagar el nivel o estado de una o más variables en una población; en este caso, en un tiempo único. También, este estudio pretendió realizar descripciones comparativas entre los grupos de personas que fueron parte de la muestra en la tesis propuesta (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

2.2 Muestra

La muestra que se utilizó fue, cuantitativa, no probabilística, intencional dirigida debido a que supone un proceso de selección siguiendo las características de la investigación, sin que los casos sean estadísticamente representativos de la población (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018). Dicha muestra constó, de un N=70 personas. La misma se encontraba conformada por médicos, técnicos en diagnóstico por imágenes y/o licenciados en bioimágenes, especializados en el Diagnóstico por imágenes, de hospitales de la provincia Mendoza.

Como requisitos de inclusión, se tuvo en cuenta los siguientes:

- Edad: entre 22 y 60 años,
- Profesión: médico/a, técnico radiólogo o licenciados en bioimágenes
- Área de trabajo: Servicio de diagnóstico por imágenes de instituciones hospitalarias de Mendoza.
- Antigüedad: al menos 1 año de trabajo en el servicio

Los criterios de exclusión fueron:

- Empleados no profesionales: cualquier otro personal que no sea profesional
- Empleados que lleven menos de 1 año trabajando

3. INSTRUMENTO:

3.1 Encuesta Ad hoc

Para llevar a cabo esta encuesta sociodemográfica, se procedió a obtener datos de los participantes, como: edad, género, estado civil, maternidad/paternidad o familiar a cargo, jornada laboral, profesión, estabilidad en el puesto de trabajo, antigüedad, incorporación de nuevas tecnologías o capacitaciones, responsabilidades durante la pandemia. Algunos de los antecedentes obtenidos, fueron utilizados dentro del estudio, y otros quedaron como una base de datos de futuras investigaciones.

Los datos solicitados fueron tenidos en cuenta como factores potenciadores del Síndrome de Burnout. Así como también, serían utilizados para los resultados obtenidos del Inventario de Burnout (MBI).

3.2 El Inventario de Burnout de Maslach o Maslach Burnout Inventory (MBI de sus siglas en inglés)

En su versión traducida del español, poseía dos versiones: la primera versión del instrumento fue desarrollada por Maslach y Jackson, en 1981 y, la segunda versión, en 1986 por la misma autora.

Se utilizó la adaptación argentina llevada a cabo por Grilla et al., 2019. Para evaluar la estructura interna del instrumento se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) por medio del método de estimación de Máxima Verosimilitud robusto. La consistencia interna se calculó mediante el coeficiente de confiabilidad compuesta (fc), la misma tuvo como resultado ($fc > .70$). La fiabilidad compuesta de la escala, considerada superadora de otras medidas de consistencia interna, ya que permitió tener en cuenta todos los constructos implicados en la escala. Los coeficientes obtenidos fueron muy satisfactorios (.90 para el factor AE, .70 para el factor DP y .75 para RP) dando cuenta de la confiabilidad de la escala (Gilla et al., 2019.)

Así mismo, se utilizó para complementar al cuestionario el su libro “Cuando enferman los que curan”, de María del Carmen Neira, quien hizo un aporte a investigación sobre el Síndrome de Burnout en personal de salud, comparando los resultados obtenidos en Argentina con los originarios de Estados Unidos. (Neira, 2004)

El MBI, consistió en un cuestionario autoadministrable, que estaba compuesto por 22 ítems, valorados mediante una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). Estos ítems se distribuyeron en tres factores o subescalas:

- Agotamiento Emocional (AE, 9 ítems),
- Despersonalización (DP, 5 ítems) y,
- Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems),

Por lo tanto, se obtuvieron como resultado una puntuación, que luego se valoraba como baja, media o alta. Se consideró que niveles elevados de AE y DP, y bajos niveles de RP determinaban la presencia de Burnout (Gilla et al., 2019.)

Basándose en Neira (2004, p.36), para administrar en inventario de Burnout, así como también para la clasificación de los ítems, se empleó un sistema de respuesta que puntuaban la

frecuencia con la que el sujeto experimentaba los enunciados en cada ítem, se utilizó el sistema de puntuación, de tipo Likert, con seis niveles de 0 a 6

- 0 = nunca;
- 1 = algunas veces al año;
- 2= una vez al mes;
- 3 = varias veces al mes;
- 4 = una vez por semana;
- 5 =varias veces a la semana;
- 6 = todos los días.

4. PROCEDIMIENTO:

Se estableció un primer contacto con los jefes del servicio de Diagnóstico por imágenes de un hospital privado de la ciudad de Mendoza, donde se realizó una presentación y se puso en conocimiento acerca de los criterios éticos de la investigación. La misma fue llevada a cabo por una estudiante avanzada de la carrera de psicología de la Universidad Católica Argentina, y donde se hizo saber cuáles eran los fines académicos del estudio. Luego, los jefes del servicio proporcionaron los email o números telefónicos de los distintos profesionales, con quienes posteriormente se estableció comunicación para explicarles en qué consistía el estudio y pedir su participación.

Durante la comunicación con el personal de diagnóstico por imágenes, médicos, técnicos y/o licenciados, se procedió a la explicación de los objetivos de la investigación, asegurándole la confidencialidad de los datos obtenidos, y así se solicitó su participación voluntaria.

Luego, se envió un enlace a los participantes con un cuestionario de Google forms autoadministrable junto con el consentimiento informado de la participación voluntaria de la investigación, con una duración aproximada entre 10 a 15 minutos. Dicho proceso se llevó a cabo por medio de WhatsApp o mail. Debido a que no se pudo realizar la reunión por Meet que se tenía prevista, por problemas de tiempo que manifestaron los participantes, debido a que varios poseían otros trabajos, entonces respondieron cuando tenían un tiempo libre. Por ello, los profesionales plantearon la opción de responder el cuestionario y contactar a la investigadora en caso de tener dudas con las preguntas.

El cuestionario comenzaba con el consentimiento informado, donde una vez que lo aceptaban se pasaba al siguiente paso que era la encuesta sociodemográfica. Luego, se procedió

al último paso que consistía en la administración del inventario de Maslach adaptado en Argentina.

Después, se llevó a cabo la recolección de datos y posteriormente se analizaron a través del programa estadístico SPSS 20, obteniendo así los resultados de la investigación.

En el análisis del SPSS, surgió un inconveniente, el cual, para realizar comparaciones en los grupos de estudio, se observó una muestra desproporcionada con gran cantidad de radiólogos y pocos médicos. Por lo tanto, en mutuo acuerdo con las directoras de la Tesis que me acompañan, se decidió ampliar la muestra de médicos, para que la misma quedara más equitativa.

Para lograr lo propuesto, se contactó nuevamente a los médicos para pedir el contacto de colegas de otras instituciones hospitalarias, que se desempeñen en el diagnóstico de imágenes. Por lo tanto, se produjo un efecto de bola de nieve y se logró conseguir los participantes que faltaban (20 médicos).

Se les envió el cuestionario por la misma vía que a los participantes que originalmente participaron de la investigación “Síndrome de Burnout en el personal de Diagnóstico por imágenes en Pandemia de COVID-19”.

Una vez completada la muestra, se continuó con los análisis estadísticos en el programa SPSS. Para ello, se realizó pruebas de normalidad con las variables a estudiar, siendo las mismas paramétricas.

Una vez que se conocieron las características de las variables, y en base a los objetivos, se realizaron pruebas estadísticas como frecuencias y porcentajes (primer objetivo) para conocer la presencia o ausencia de Burnout en la muestra. Para el segundo objetivo, se utilizaron Tablas de contingencia, para describir qué grupo hay presencia de Burnout (Médicos y/o Radiólogos). Por último, para el tercer objetivo se utilizaron 2 análisis para su evaluación, debido a las características que presentaban las variables: pruebas CHI cuadrado, y prueba de Pearson. Así, se analizó si existían diferencias significativas con la presencia de Burnout según género, profesión, y antigüedad.

Finalmente, una vez que se obtuvieron los resultados para cada uno de los objetivos, se elaboró un informe por escrito detallando sobre los resultados obtenidos de esta investigación. Complementariamente, se realizó una breve presentación en PowerPoint a los participantes

voluntarios de la investigación a través de la plataforma Meet, a modo de devolución por su participación en la investigación.

5. ASPECTOS VINCULADOS AL ANÁLISIS DE DATOS:

Para el procesamiento de datos, se llevó a cabo un análisis estadístico con el programa SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences). Allí se evaluaron las variables de la investigación, teniendo en cuenta las pruebas estadísticas como Tablas de contingencias, prueba CHI cuadrado, y Prueba de Pearson (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

Una vez cargados los datos en el SPSS, se procedió a imputar los datos necesarios para conocer los resultados sociodemográficos, donde se calculó la frecuencia y porcentajes de cada variable.

Para llevar a cabo los objetivos primeramente se aplicó las pruebas de normalidad de las variables propuestas en los objetivos, para determinar la cualidad de estas, siendo estas paramétrica. En relación con lo obtenido, se decidió qué pruebas utilizar para responder a los objetivos.

Por lo tanto, para el primer objetivo, se llevó a cabo una sumatoria de las preguntas del inventario para clasificar las variables en Agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP). Luego, a través del criterio que propuso Neira (2004), el cual consistió en que las variables AE y D, tuvieran un puntaje alto y RP bajo, se realizó un recuento manual de cada participante para conocer si existía la presencia de Burnout. Después se calculó la frecuencia y porcentaje y así conocer la respuestas de los datos obtenidos de los participantes.

Para el Segundo objetivo, se llevó a cabo una tabla de contingencia donde se identificó el porcentaje de médicos y radiólogos del total de participantes que presentaban Burnout.

Para el tercer objetivo, se procedió a realizar una prueba de Pearson entre las variables edad y Burnout. Por otro lado, se realizó la prueba de CHI-cuadrado para calcular la variable antigüedad y Burnout. Se utilizaron diferentes pruebas para un mismo objetivo, debido a las cualidades que presentaron las variable, al momento de analizarlas.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Como se mencionó anteriormente, se obtuvo de cada participante, un consentimiento informado donde los sujetos pudieron decidir si deseaban o no participar. La participación fue absolutamente voluntaria. A su vez, pudieron decidir no continuar con el estudio cuando lo deseaban, es decir retirarse del mismo sin ningún tipo de dificultad. Sus datos de identificación personal no fueron revelados y la información, por ende, fue confidencial y no se utilizaron para ningún otro propósito fuera de los fines del estudio. Por último, cada participante, en caso de desearlo, pudo acceder a los resultados obtenidos durante la investigación

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los datos sociodemográficos que se obtuvieron fueron: género, edad, estado civil, profesión, antigüedad, estabilidad en el puesto de trabajo, incorporación de nuevas tecnologías, capacitaciones, horas de trabajo, si poseen otro trabajo, aumento de responsabilidades y tareas, si su vida personal se vio afectada y de qué manera.

La muestra estuvo conformada por 70 sujetos, donde el 65,7% pertenecen al género femenino (46) y el 34,3% corresponden al género masculino (24), como se puede observar en la Figura 2. Donde las edades de los participantes oscilan entre los 22 y 60 años, (Tabla 2).

Figura 2

Género de los profesionales

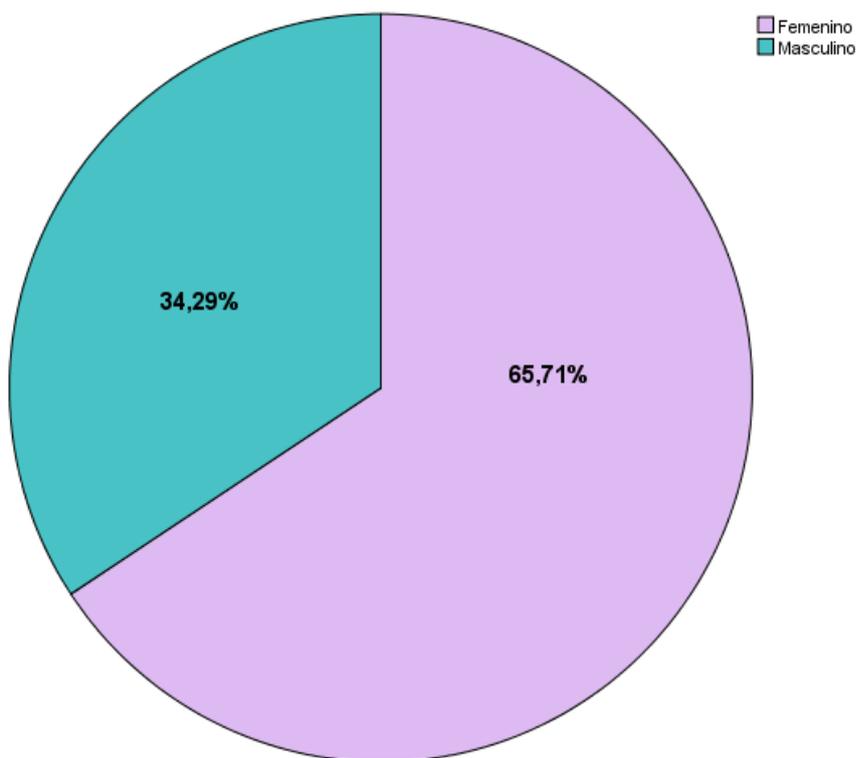


Tabla 2

Edad de los participantes

Media	35,90
Mínimo	23
Máximo	60

En relación con el estado civil de los participantes el 58,57% son solteros (41), el 32,86 % casados (23) y el 8,571% divorciados (6) ver Figura 3. Y de los cuales el 42,86% tienen hijos o algún familiar a cargo, dejando un 57,14% que no posee familiares a cargo (Figura 4).

Figura 3

Estado civil de los participantes

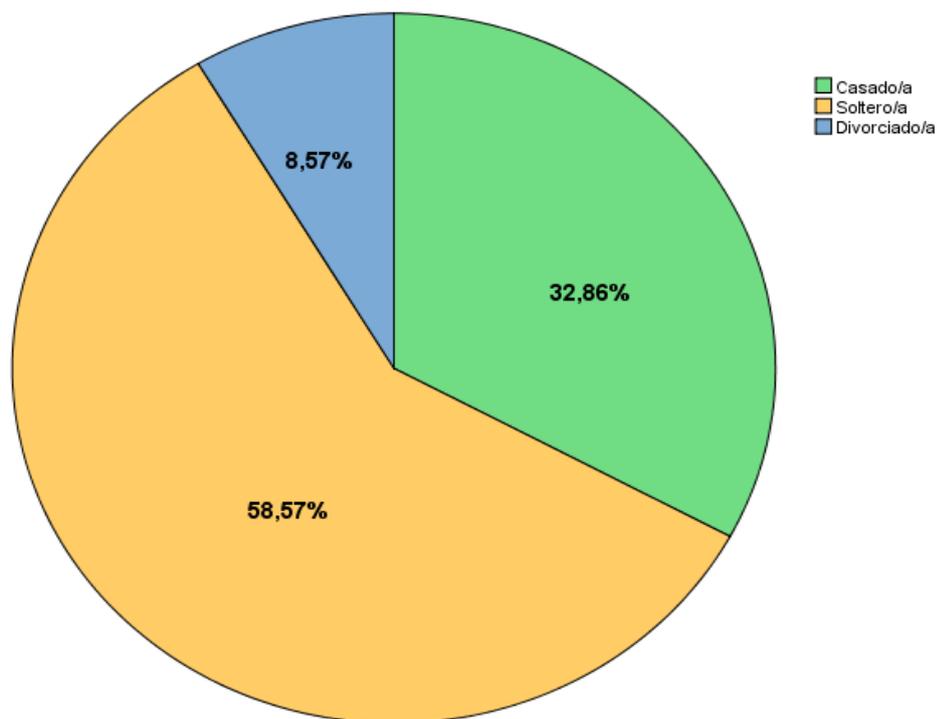
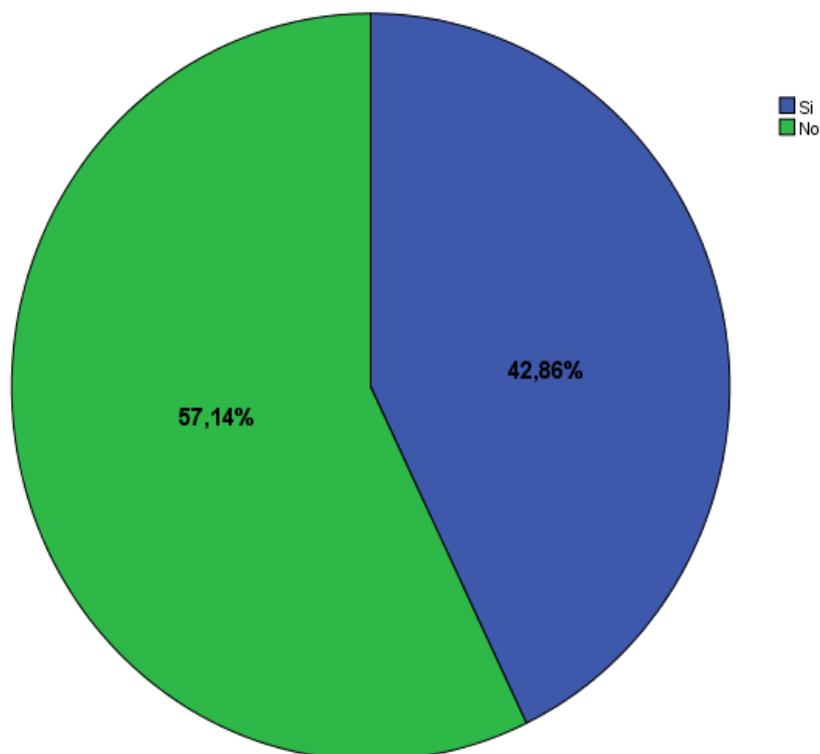


Figura 4

Hijos o Familiar a cargo de los participantes



Por otro lado, los profesionales que participaron en la investigación correspondían el 20% licenciados en bioimágenes (14), 34,3% técnicos en diagnóstico por imágenes (24), 35,7% médicos de planta (25), y 10% médicos residentes (7) de diferentes años de residencia (Tabla 3). Por lo tanto, el 54,3% se agruparon en radiólogos y el 45,7% en médicos. En relación con la antigüedad de los participantes, se observó una media que correspondía a 7 años de antigüedad. (Tabla 4).

Tabla 3

Profesión de los participantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Médico/a de planta	25	35,7	35,7	35,7
Médico/a Residente	7	10,0	10,0	45,7
Licenciado/a en bioimágenes	14	20,0	20,0	65,7
Técnico/a en radiología	24	34,3	34,3	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Tabla 4

Antigüedad en el servicio

Media	7,15
Mediana	4,00
Moda	1ª
Desv. típ.	7,623
Varianza	58,111

También se observó en la muestra un predominio de trabajadores en relación de dependencia, lo cual indicaría cierta estabilidad laboral, como se ve en la Figura 5. Además, se apreció que durante la pandemia se incorporó nuevas tecnologías (Figura 6), pero no así las capacitaciones para el personal de diagnóstico por imágenes, ya que se percibió una prevalencia de las respuestas negativas; siendo los resultados el 22,8% corresponde afirmativamente, el 45,71% negativamente y el 31,43% ocasionalmente (Figura 7).

Figura 5

Estabilidad laboral del personal de diagnóstico por imágenes

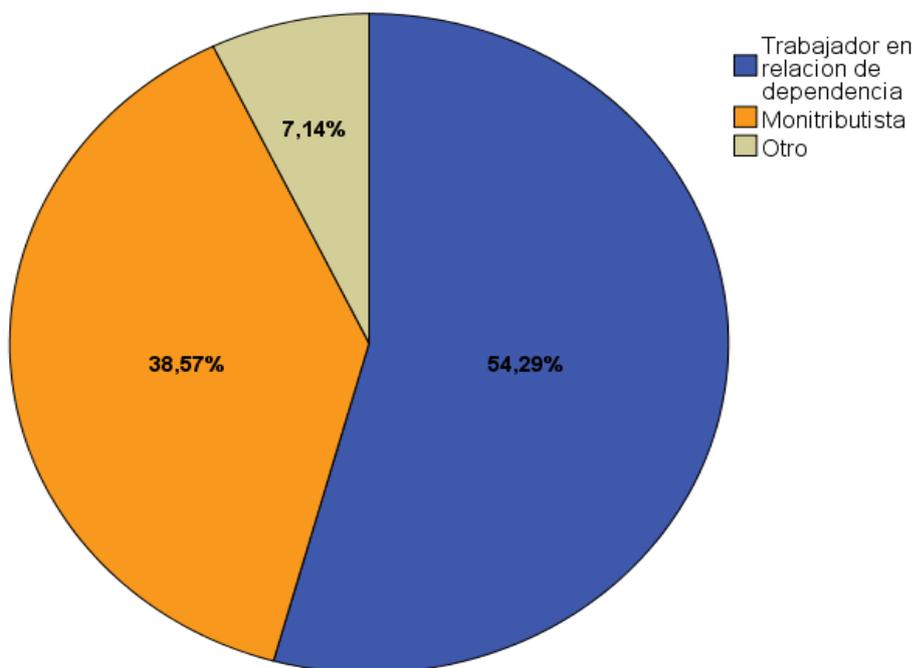


Figura 6

Incorporación de nuevas tecnologías durante la pandemia

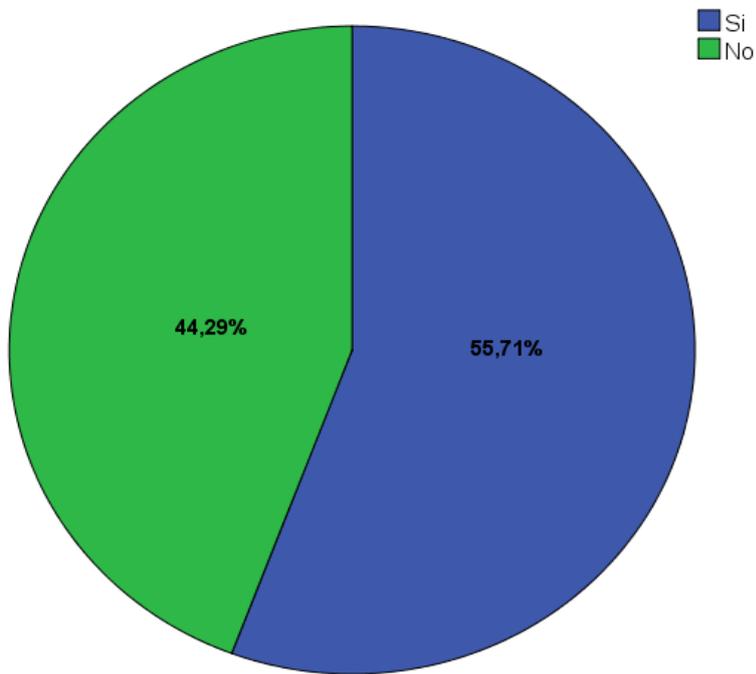
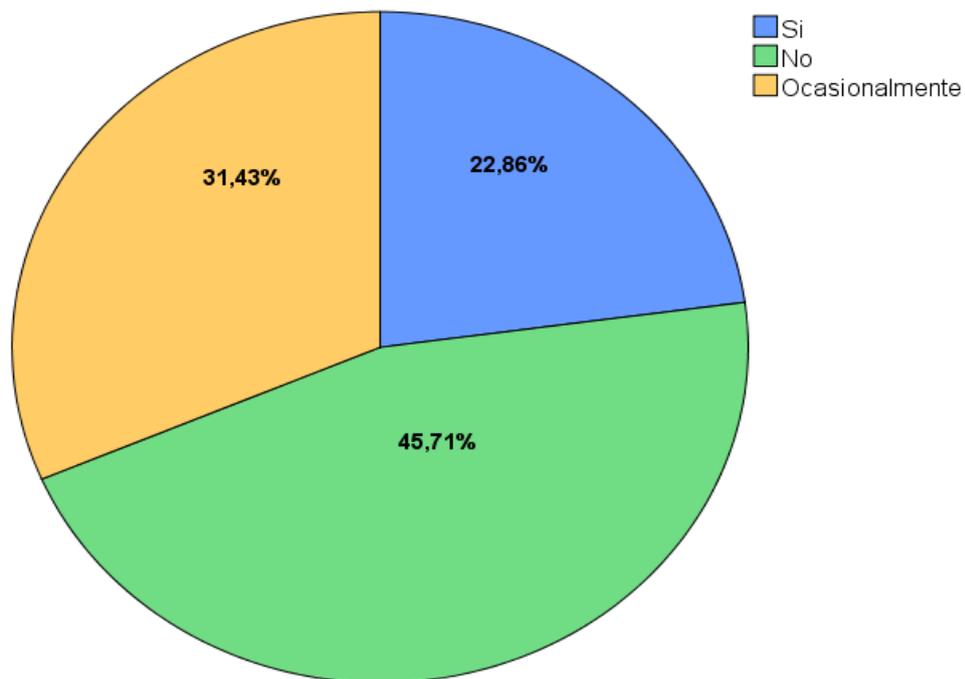


Figura 7

¿Recibieron capacitaciones los profesionales durante la pandemia?



Estos profesionales en la institución hospitalaria en estudio, se observó un predominio de 6 hs de trabajo, en relación con las opciones mencionadas en la encuesta sociodemográfica (Tabla 5). Además, el 62% de los participantes poseían otro trabajo lo cual incrementaba la carga horaria en un día laboral, o guardias de 24 hs (Tabla 6).

Tabla 5

Horario laboral que cumplen los profesionales

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
4 hs	17	24,3	24,3	24,3
6 hs	28	40,0	40,0	64,3
8 hs	4	5,7	5,7	70,0
Más de 8 hs	20	28,6	28,6	98,6
Entre 1 y 4 hs	1	1,4	1,4	100,0

Tabla 6

¿Posee otro trabajo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	44	62,9	62,9	62,9
No	26	37,1	37,1	100,0

Cuando se indagó acerca del aumento de las responsabilidades y tareas durante las pandemia, se vio un incremento de estas siendo del 92,9%, con un dominio afirmativo de la consigna (Tabla 7). Por lo tanto, los participantes manifestaban que un 28,6% que no se vio afectado en su vida personal, pero un 55,7% afirmó que si influyó en su vida personal (Tabla 8).

Tabla 7

Durante la pandemia, ¿Consideras que aumentaron las responsabilidades y tareas?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	65	92,9	92,9	92,9
No	1	1,4	1,4	94,3
Tal vez	4	5,7	5,7	100,0

Tabla 8

¿Cree que debido a las horas trabajo que realiza, le afecta en su vida personal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	39	55,7	55,7	55,7
No	20	28,6	28,6	84,3
Tal vez	11	15,7	15,7	100,0

Primer Objetivo: *Describir la presencia de Burnout en profesionales que se desempeñan en diferentes tareas dentro del servicio de diagnóstico por imágenes de hospitales de Mendoza*

Primeramente, se describieron los resultados alcanzados de las distintas categorías:

→ Se observó un alto nivel de Agotamiento Emocional, siendo el 60% de la muestra de estudio. (Ver tabla 10)

Tabla 10

Niveles Agotamiento Emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO	9	12,9	12,9	12,9
MEDIO	19	27,1	27,1	40,0
ALTO	42	60,0	60,0	100,0

→ Se infirió un alto nivel de Despersonalización en el personal de salud en investigación, siendo el mismo de 50%. (Ver tabla 11)

Tabla 11

Niveles de Despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO	16	22,9	22,9	22,9
MEDIO	19	27,1	27,1	50,0
ALTO	35	50,0	50,0	100,0

→ Se mostró un alto grado de Realización personal, donde el mismo correspondía a un 40 % de la muestra; dejando a un 24,3% como un nivel medio y un 35,7% restante que indicó una baja tendencia de participantes a autoevaluarse negativamente. (Ver tabla 12)

Tabla 12

Niveles de Realización Personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO	25	35,7	35,7	35,7
MEDIO	17	24,3	24,3	60,0
ALTO	28	40,0	40,0	100,0

Por lo tanto, para el primer objetivo propuesto, a través de los estadísticos descriptivos; se observó una predominancia del 71,4% que indicó una ausencia del Síndrome de Burnout en los profesionales de hospitales de Mendoza que se investigaron en el estudio. (Tabla 13)

Tabla 13

Presencia de BURNOUT en profesionales de Diagnóstico por imágenes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	20	28,6	28,6	28,6
NO	50	71,4	71,4	100,0

- **Segundo Objetivo:** Identificar el porcentaje de médicos y radiólogos del total de participantes que presentan Síndrome de Burnout.

Las muestras en estudio se dividió en dos, médicos (residentes y de planta) y radiólogos (Licenciados en bioimágenes y técnicos en diagnóstico por imágenes). Se obtuvieron los siguientes resultados al indagar la presencia de Burnout (Tabla 14).

Dado el objetivo de investigación propuesto, se realizó una tabla de contingencia (Tabla 14) que describió la presencia/ausencia de Burnout en médicos y radiólogos. La misma, arrojó como resultado que del total de la muestra el 28,6% (20) presentan Burnout. Del total de los

participantes que presentaron Burnout el 85% (17) son médicos y 15% (3) son radiólogos. Aquellos que no presentaron Burnout constituyó el 71,4% (50).

Tabla 14

*Tabla de contingencia BURNOUT * Radiólogos/Médicos*

			Radiólogos/Médicos		Total
			Médicos	Radiólogos	
BURNOUT	SI	Recuento	17	3	20
		% dentro de BURNOUT	85,0%	15,0%	100,0%
	NO	Recuento	15	35	50
		% dentro de BURNOUT	30,0%	70,0%	100,0%
Total	Recuento		32	38	70
	% dentro de BURNOUT		45,7%	54,3%	100,0%

Tercer Objetivo: *Describir si existe correlación entre la edad, el género y antigüedad laboral con respecto a la presencia de Burnout.*

Para tal objetivo se aplicó la prueba de correlación Rho de Pearson para la asociación de la edad y el síndrome de Burnout debido a la cualidad de la variable. Se observa en la tabla 15 que existe una asociación entre ambas variables. Hay un $r = .275$ con un nivel de significancia de $p = .021$.

Tabla 15

Prueba de Pearson de Edad- Burnout

		Edad	BURNOUT
Edad	Correlación de Pearson	1	,275*
	Sig. (bilateral)		,021
	N	70	70
BURNOUT	Correlación de Pearson	,275*	1
	Sig. (bilateral)	,021	
	N	70	70

Por otro lado, en lo que refiere a las variables Burnout y género, se utilizó la prueba de Chi- cuadrado, debido a que ambas variables son nominales. Como resultado se contempló que no hay asociación entre las variables mencionadas ya que se percibió una significancia de .937. (Ver tabla 16).

Tabla 16*Pruebas de chi-cuadrado de Género- Burnout*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,006 ^a	1	,937		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,006	1	,937		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,574
Asociación lineal por lineal	,006	1	,937		
N de casos válidos	70				

Por último, la variable antigüedad laboral se relacionó con la presencia de Burnout, a través de la prueba chi-cuadrado: se pudo observar que no habría asociación entre sus variables con una significancia de .770. (ver tabla 17).

Tabla 17*Prueba CHI cuadrado de Antigüedad y Burnout*

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,106 ^a	20	,770
Razón de verosimilitudes	19,414	20	,495
Asociación lineal por lineal	3,983	1	,046
N de casos válidos	70		

En respuesta a la hipótesis que se planteó en la investigación, se resolvió que teniendo en cuenta la muestra total, se observa un porcentaje importante de ausencia de Burnout en los participantes. Pero al estudiar a los profesionales que presentaron Burnout, se resolvió que el mismo estaba presente en el 85 % de los médicos. Además, con respecto a las variables sociodemográficas, se observó que únicamente la edad sería un factor asociado al Burnout, dejando al género y la antigüedad, como variables que no se asociaron al Síndrome de Burnout.

8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo principal de la investigación consistió en analizar si existe la presencia del Síndrome de burnout en profesionales del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos y radiólogos) de hospitales de Mendoza. Así mismo, para el estudio se tuvieron en cuenta algunos datos sociodemográficos, para ver que correlación existía entre las variables y el Burnout.

La investigación que se llevó a cabo con un grupo de profesionales especializados en diagnóstico por imágenes de la provincia de Mendoza ($n=70$). En los cuales se incluyeron médicos de planta, residentes, licenciados en bioimágenes y técnicos radiólogos. De los cuales se dividió en dos grupos: médicos y radiólogos.

Para ello se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el inventario de Burnout Maslach, el cual definió Síndrome de Burnout como valores altos de agotamiento emocional y despersonalización, y bajos de realización personal. A pesar de que existen otras escalas de medición, la fiabilidad del instrumento que se utilizó alcanza un nivel de confianza de un 95%. (Gilla et al., 2019)

Como referencia se tomó como comparación las investigaciones llevadas a cabo por Gilla et al (2019) quienes realizaron la adaptación del instrumento en Argentina y Neira (2004), quien basó su investigación sobre en Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, y publicó un libro con los resultados que obtuvo en los distintos sectores de salud.

Primer objetivo específico: *Describir la presencia de Burnout en profesionales que se desempeñan en diferentes tareas dentro del servicio de diagnóstico por imágenes de hospitales de Mendoza.*

El resultado obtenido en la investigación demostró una ausencia de Burnout en los participantes con el 71,4% que representa el total de la muestra. Pero, se detectó un alto nivel en las tres dimensiones: agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y realización personal (RP). Si bien las dimensiones AE y D, son elevados los mismos no fueron criterios suficientes para componer el Síndrome de Burnout.

En Casari et al. (2017), se estudió Burnout y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área materno infantil de la provincia de Mendoza, para ello utilizaron a médicos residentes en una clínica pediátrica, medicina familiar y gineco-obstetricia. La muestra constó de 39 participantes en la primera toma y 32 completaron la segunda, para llevar a cabo la comparación de resultados de las evaluaciones.

La similitud de resultados se presentaron en que en ambas investigaciones se apreciaban elevados valores de agotamiento emocional y despersonalización, pero no cumplen con los criterios que constituyen el Burnout. Por otro lado, en relación con los datos sociodemográficos se detectó una disparidad en los estudios, donde se encontró que en las variables sexo y edad, no había diferencias significativas, pero en el estudio que se propuso, se halló que la edad era una característica que se asocia al Burnout.

- **Segundo Objetivo específico:** *Identificar el porcentaje de médicos y radiólogos del total de participantes que presentan Burnout.*

En los resultados obtenidos a través de la tabla de contingencia para responder a este objetivo, se pudo ver que existe una presencia de Burnout en médicos y ausencia en radiólogos.

Según lo que planteó Lozano Gonzalo (2017) en su investigación afirmó que “El nivel de estrés laboral en tecnólogos médicos en radiología del servicio de emergencia de los hospitales nacionales de acuerdo con el porcentaje fue BAJO”. Es decir, una ausencia de Burnout en médicos de diagnóstico por imágenes. Su estudio estuvo basado en 42 tecnólogos médicos en radiología del servicio de emergencia de los hospitales nacionales de Perú. En contraste a los resultados en el estudio, se pudo hipotetizar que la diferencia debió a, los distintos entornos, uno fuera de la pandemia, y otro en contexto de COVID-19. Además, otro factor pudo ser que fueron llevadas a cabo en países distintos. Esas 2 características podrían inferirse como motivos que influyeron en los resultados de las investigaciones.

Por otro lado, Urgilés Sandra (2020) demostró en su estudio que, encontró un porcentaje importante del personal de médicos residentes que calificaban con indicios del Síndrome de Burnout con un 50%. La muestra de esta investigación estuvo conformada por enfermeras, terapeutas respiratorios, residentes y médicos tratantes de la unidad que acepten participar en el estudio. El cuestionario fue respondido por 82 trabajadores de la Unidad de cuidados Intensivos. El elevado porcentaje de profesionales que presentaron Burnout, se encontró similitud de resultados de la tesis de investigación, a pesar de ser servicios de salud diferentes. Por ello, se infiere que pudo ser debido a las altas cargas laborales que soportan, así como mayor tiempo de atención en áreas contaminadas con Covid-19, lo cual provocó elevados valores de agotamiento emocional y despersonalización.

También se encontró semejanza en los resultados del estudio propuesto por Neira, (2004). Quien en su análisis refiere que el 38% de los médicos radiológicos presentó un puntaje compatible con los criterios compatibles con el síndrome de Burnout. Además, menciona que los radiólogos también presentan Burnout, contradiciendo los resultados obtenidos en la investigación. La discrepancia de resultados se puede hipotetizar que se debió a los distintos contextos en los cuales se realizaron las investigaciones.

- **Tercer Objetivo específico:** Describir si existe correlación entre la edad, antigüedad, y el género con respecto a la presencia de Burnout.

Los resultados obtenidos refieren que la edad es un factor que está asociado a la presencia de Burnout, pero entre el género y la antigüedad laboral no se encuentra relación al Burnout.

En la investigación de Casari et al. (2017), en su estudio propusieron que las variables sociodemográficas: edad y sexo, no eran resultados significativos con las dimensiones del Burnout. Mientras, que en el estudio propuesto la edad era un factor que influía en el Síndrome de Burnout, esto se pudo deber a que en pandemia muchos de los participantes jóvenes que se recibieron y tenían poca experiencia se encontraron trabajando con un contexto de COVID-19, donde las responsabilidades y tareas aumentaron, y en profesionales con mayor edad se puede inferir que hubo más agotamiento emocional y despersonalización, donde estas dimensiones se pueden elevar, en personas que poseían más de un trabajo.

Por otro lado, Marroquín Valz (2018), en su estudio de “Burnout en personal médico del servicio de urgencia de un complejo hospitalario universitario”, con origen en España. El mismo, trató sobre 44 médicos adjuntos que realizaron su labor asistencial a tiempo completo en el servicio de urgencias hospitalario, con un rango de edad 29 a 65 años. Como resultado, se demostró que no se encontró relación entre la presencia del Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas (sexo, estado civil y tiempo de servicio o antigüedad). Por lo tanto, se estableció similitud en los resultados de la investigación que se llevó a cabo. Pero en el estudio “Síndrome de Burnout en profesionales de diagnóstico por imágenes en pandemia de COVID-19”, se demostró que la edad es una variable, que tuvo relación con el Síndrome de Burnout y sus dimensiones. Esto podría deberse a la asociación que existió en las dimensiones AE, D y RP con la edad, y cómo influyó la misma, teniendo en cuenta las características en

9. CONCLUSIONES

Como conclusión de la investigación, que tuvo por objetivo analizar el Síndrome de Burnout en profesionales del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos y radiólogos) de hospitales de Mendoza, en pandemia de covid-19. En los cuales participaron 70 profesionales, dentro de los que se encontraban médicos y radiólogos.

Se dedujo, que de la muestra total el 71,4% (50) tuvo ausencia de Burnout. El 28,6% (20) restante que presentaba Burnout. Al comparar los grupos con la presencia de Burnout entre los profesionales, se demostró que el 85% de los médicos presentaba Burnout y el 15% ausencia de Síndrome de Burnout en radiólogos.

Por otro lado, se demostró que la variable “edad” presentó asociación con las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Además, se resolvió que la antigüedad y el género no mostraron resultados significativos en relación con las dimensiones mencionadas.

Se dejó fuera del análisis al resto de las variables sociodemográficas referidas en el trabajo, ya que las mismas no eran datos relevantes en esta investigación, pero se mencionó como base de datos en futuras investigaciones.

Se contemplo que las características como el agotamiento emocional y la despersonalización mostraron puntajes elevados, pero los mismos no fueron criterios suficientes para componer el Burnout.

Esta investigación, hizo un aporte novedoso a un sector de salud que no se ha estudiado previamente. Brindando así, información y datos estadísticos a través del presente estudio a futuras réplicas o. también a modo de conocer nuevos alcances del Burnout en servicios de salud en los cuales no se registraban investigaciones previas.

Como una fortaleza de esta investigación, se hizo alusión a la variable del sector de diagnósticos por imágenes de hospitales de Mendoza, como novedosa, donde la misma no había sido explorada en profesionales del sector de salud mencionado.

Por otro lado, como limitación, se consideró que la investigación hubiera ofrecido un mayor aporte, si la recolección de datos hubiera sido presencial, pero el contexto de pandemia no lo permitía.

Todo el estudio llevado a cabo se realizó en contexto de covid-19, por consiguiente, como futura línea de investigación se propone replicar esta investigación una vez que haya finalizado el contexto de pandemia (2 años aproximadamente), para poder realizar una comparación de los resultados obtenidos de los profesionales de salud en situación de COVID y en situación normal fuera de una pandemia.

También, se planteó como otra línea futura de investigación, profundizar en la temática, con un estudio cualitativo o mixto que permita profundizar en las experiencias de los profesionales. Además, se aconseja agregar otro instrumento de recolección de datos como, por ejemplo, alguna entrevista, redes semánticas u otro.

Así mismo, también quedó a disposición, los datos sociodemográficos de las variables que no fueron utilizadas en esta investigación, ya que las mismas no fueron relevantes para los objetivos propuestos en el estudio Síndrome de Burnout en personal de diagnóstico por imágenes en pandemia de covid-19, pero sí podrían ser importantes en una próxima investigación.

REFERENCIAS

10. REFERENCIAS

- Arias Gallegos, W., Muñoz del Carpio A. , Delgado Montesinos Y., Ortiz Puma M., y Quispe Villanueva, M. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(249), 331-344. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000400331&lng=es&tlng=es.
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2019). Imágenes por resonancia magnética. Medline Plus: Información de salud para usted. <https://medlineplus.gov/spanish/mriscans.html>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. (2021). Diagnóstico por Imágenes. Medline Plus: Información de salud para usted. <https://medlineplus.gov/spanish/diagnosticimaging.html>
- Blanca Gutiérrez, J., y Arias Herrera, A.. (2018). Síndrome de burnout en personal de enfermería: asociación con estresores del entorno hospitalario, Andalucía, España. *Enfermería universitaria*, 15(1), 30-44. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>
- Boletín oficial República Argentina- Personal de la salud - Decreto 315/2020. (s/f). <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227193/20200327>
- Buzzetti Bravo M. (2005). *Validación de Maslach Burnout inventory (MBI), en dirigentes del colegio de profesores A.G. de Chile*. Memoria para optar al título de Psicólogo (tesis de grado). Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales Carrera de Psicología. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2005/buzzetti_m/sources/buzzetti_m.pdf
- Casari,L., Llano López, L., Moreno, E., Nosal, P.,Piera L., Torres, N. y Waldheim, J.(2017). Burn Out y calidad de vida percibida en profesionales residentes del área materno-infantil de la provincia de Mendoza. *Facultad de Psicología UBA. Investigaciones en Psicología* (2017, 22, 2), pp. 7-16. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/41284>
- Castillo Ávila, y Orozco J, Alvis. (2015) Síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de indias. *Revista Univ Ind Santander Salud.*, volumen 47(2), 187-192. <https://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278010.pdf>

- Ferrandino Lamarca, F. (2020). *Burnout en profesionales de salud en tiempos de Pandemia de Covid-19*. (Tesis de grado). Fundación H.A. Barceló Facultad de Medicina. http://repositorio.barcelo.edu.ar/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH0169/cfd0881b.dir/BRC_TFI_Ferrandino.pdf
- Gilla, M, Giménez B., Moran, S. y Olaz, Fabián O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193. <https://dx.doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education
- Institutos Nacionales de la Salud (NIH) (2021). Temas de Salud. Escáneres médicos explicados. <https://salud.nih.gov/articulo/escaneres-medicos-explicados/>
- Juárez García, Arturo. (2020). Síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 52(4), 432-439. <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>
- Lozano Gonzalo, E. (2017), *Nivel de estrés laboral en tecnólogos médicos en radiología del servicio de emergencia de los hospitales* (Tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Peru. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6588>
- Manchón Gabas, P. (2020). *COVID-19 y desgaste profesional en radiología*. https://proyctohurra.com/desgaste_profesional_en_radiologia
- Marroquín Valz, H. (2018), *Síndrome de Burnout en el personal médico del Servicio de Urgencias de un Complejo Hospitalario Universitario* (Tesis de maestría). <http://193.147.134.18/bitstream/11000/5645/1/MARROQUIN%20VALZ%2C%20Hugo%20Antonio%20TFM.pdf>

- Martinez Chamorro E., Diez Tascón A., Ibañez Sanz L., Ossaba Vélez S., Borrueal Nacenta S. (2021). Diagnóstico radiológico del paciente con COVID-19. Radiología 1, volumen (63), 57-73. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.11.001>
- Mehmet Kocak (2019). Manual Merck, Versión para público general. Introducción a las pruebas de diagnóstico por la imagen. <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/temas-especiales/pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen-habituales/introducci%C3%B3n-a-las-pruebas-de-diagn%C3%B3stico-por-la-imagen>
- Miranda M., Morales Sanchez V., Saenz Bernal P., Urrutia Pardo N., yValencia V. (2020) “Factores asociados a Burnout post pandemia en personal de salud”. (Tesis de grado) Universidad Viña del Mar Escuela de salud carrera de enfermería. <https://repositorio.uvm.cl/handle/20.500.12536/1266>
- Navinés, R., Olivé, V., Fonseca, F. y Martín-Santos, R. (2021). Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina clinica* . doi: 10.1016 / j.medcli.2021.04.003
- Neira, M.,(2004). *Cuando enferman los que curan. Estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*. Gambacop Industria Gráfica. 1ºed.
- Olivares Fáundez V., Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout (2017). Ciencia y Trabajo, 58. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v19n58/0718-2449-cyt-19-58-00059.pdf>
- Poggio G., Mariano J., Gopar L. y Ucar M. (2017). La ecografía primero: ¿Por qué, cómo y cuándo?. *Revista argentina de radiología*, vol.81(3), 192-203. <https://dx.doi.org/10.1016Zj.rard.2016.06.005>
- Quiroz- Asencio G., Vergara Orozco M., Yañez Campos M., Pelayo Guerrero P., Moreno Ponce R. y Mejía Mendoza M. (2021). “Prevalencia de síndrome de Burnout en profesionales de la salud ante pandemia de COVID-19”. *Revista Salud Jalisco RevSalJal*, Año 8, Número especial. [sje211h.pdf \(medigraphic.com\)](sje211h.pdf)
- Ramos Hernández C., Botana Rial M., Pazos Area L., Núñez Fernández M., Pérez Fernández S., Rubianes González M., Crespo Casal M. y Fernández Villar A. (2021). “Predicción de evolución desfavorable en pacientes hospitalizados por COVID-19 mediante ecografía

pulmonar". *Archivos de Bronconeumología*, volumen (57), 47-54.
<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.07.043>

Ribas D., del Riego J., y Perendreu J. (2021). Papel del personal técnico superior en imagen para el diagnóstico durante la pandemia COVID-19: importancia de la organización y planificación en la primera línea. *Revista de Radiología* 1, volumen 63 (1), 50-55.
<https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.09.006>

Saborío Morales, L., e Hidalgo Murillo, L. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, volumen 32 (1), 119-124.
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014&lng=en&tlng=es.

Seguel Palma, F., y Valenzuela Suazo, S. (2016). Síndrome de burnout en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile. *Avances en Enfermería*, 34(1), 39-47. <https://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41599>

Serna Corredor, D. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. Universidad Pontificia Bolivariana. Facultad de Medicina. Medellín, Colombia
<https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2020/ccm201v.pdf>

Toledo Neira, E. (2016). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de salud de la Clínica Maison de Santa Lima. (Tesis de grado). Universidad Nacional de San Marcos. Lima Perú.
[https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3935/T061_43224903_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Toledo%2C%20en%20su%20estudio%20Prevalencia,altos%20fue%20despersonalizaci%C3%B3n%20\(26\)](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3935/T061_43224903_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=Toledo%2C%20en%20su%20estudio%20Prevalencia,altos%20fue%20despersonalizaci%C3%B3n%20(26)).

Universidad de Buenos Aires, (27 de noviembre de 2020). El Síndrome de Burnout.
<http://www.uba.ar/noticia/20123>

Urgilés, S. (2020). Síndrome de Burnout en el personal de salud que trabaja en la unidad de terapia intensiva durante la pandemia de covid-19 en un hospital de Quito. (Proyecto de Titulación asociado al Programa de Investigación sobre Seguridad y Salud en el Trabajo). Universidad Nacional SEK. Ecuador.
<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3970/2/Plan%20de%20investigaci%C3%B3n%20corto%20de%20articulo%20cient%C3%ADfico.pdf>

ANEXOS

11. ANEXOS

1. Anexo

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Tesis: “Síndrome de Burnout en el personal de Diagnóstico por imágenes en Pandemia”

A partir de este medio escrito se solicita su colaboración para llevar a cabo una tesis de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica Argentina, denominada “Síndrome de Burnout en el personal de Diagnóstico por imágenes en Pandemia”. El objetivo de la misma es analizar el Síndrome de burnout en trabajadores del servicio de diagnóstico por imágenes (médicos, técnicos y licenciados) de un hospital privado de Mendoza.

La misma será llevada a cabo por Fernanda Ceccoli, DNI 37.738.454, bajo la dirección de la **Lic. Antonella Ramos (Universidad Católica Argentina) y la Lic. Mariela Cabañas (Universidad Católica Argentina).**

Su participación consta en responder dos breves cuestionarios de manera online. Se informa que tiene derecho a decidir no participar, como también dejar de participar cuando lo considere oportuno, en cualquier momento. Los datos obtenidos serán confidenciales y sólo se usarán con fines científicos, resguardando la identidad del encuestado/a ya que no serán individualizados por datos personales sino por medio de un código específico. Es importante aclarar que la decisión de participar o no es únicamente voluntaria.

Cada participante podrá acceder a las conclusiones del estudio una vez finalizado el mismo si así lo desea. Si tiene alguna duda sobre el proyecto puede realizar las preguntas al siguiente mail: feer.ceccoli@hotmail.com

Considerando lo planteado anteriormente acepto voluntariamente aceptar de la investigación:

Si, acepto/ No acepto

CUESTIONARIO

Nombre:

Edad:

Género

- Femenino
- Masculino
- Otro

Estado Civil

- Casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

¿Posee hijos o familiar a cargo?

- Si
- No

Profesión

- Médico de planta
- Médico residente
- Licenciado en Bioimágenes
- Técnico en diagnóstico por imágenes

En el caso de ser médico residente, colocar año de residencia _____

Estabilidad en el puesto de trabajo

- Trabajador en relación de dependencia
- Monotributista
- Otro

Durante la pandemia ¿se incorporó nuevas tecnologías?

- Si
- No

¿Reciben capacitaciones profesionales?

- Si
- No
- Ocasionalmente

Antigüedad en el servicio donde trabaja _____

¿Cuántas horas de trabajo tiene su jornada laboral?

- 4hs
- 6hs
- 8hs
- Mas de 8hs
- Entre 1 y 4 hs

¿Posee otro trabajo?

- Si
- No

Durante la pandemia, ¿considera que aumentaron las responsabilidades y tareas?

- Si
- No
- Tal vez
- No se

¿Cree que debido a las horas de trabajo que realiza, le afecta en su vida personal?

- Si
- No
- Tal vez

En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior. ¿De qué manera afecta?

- Dificultad en la comunicación con la pareja, familia o amigos
- Escaso tiempo para actividades extraprofesionales
- Dificultad en el trato con el paciente (poca paciencia, irritabilidad, etc)
- Otro / ninguna de las mencionadas anteriormente
- Todas las anteriores

INVENTARIO DE BURNOUT

El siguiente cuestionario evalúa el nivel de estrés que padece una persona debido a actividades diarias de su profesión. A continuación, se le presentarán diferentes afirmaciones con respecto a su desempeño en el trabajo cotidiano. Se le solicita que indique con qué FRECUENCIA, experimenta, siente o acontece lo que cada ítem plantea.

Para responder el siguiente cuestionario es necesario responder con las siguientes opciones (las cuales se encuentran como múltiple opción, donde únicamente se debe marcar una opción)

-TODOS LOS DÍAS

-VARIAS VECES POR SEMANA

-UNA VEZ POR SEMANA

-VARIAS VECES AL MES

-UNA VEZ AL MES

-ALGUNAS VECES AL AÑO

-NUNCA.

AE	Me siento emocionalmente agotado en mi trabajo
AE	Me siento agotado al final de la jornada de trabajo
AE	Me siento cansado cuando me levanto a la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
RP	Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes
D	Creo que trato a algunos pacientes como si fuesen objetos
AE	Trabajar todos los días con pacientes me cansa
RP	Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
AE	Me siento desgastado por mi trabajo
RP	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás
D	Creo que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

D	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
RP	Me siento con mucha vitalidad en mi trabajo
AE	Me siento frustrado en mi trabajo
AE	Creo que estoy trabajando demasiado
RP	Siento que realmente no me importa lo que les ocurre a algunos pacientes que atiendo
AE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce estrés
RP	Puedo crear con facilidad un clima agradable con los pacientes
RP	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los pacientes
RP	Creo que he conseguido muchas cosas valiosas en este trabajo
AE	Me siento fundido, al límite de mis posibilidades
RP	Siento que se tratar en forma adecuada los problemas emocionales en mi trabajo
D	Creo que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL