

Journal

of Negative & No Positive Results



Original

Artículo español

Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete.

State Anxiety and Burnout in healthcare workers in Albacete.

M^a Loreto Tarraga Marcos, Prof. Juan Pedro Serrano Selva.

Departamento de Psicología. Facultad de Medicina de Albacete.

Resumen

Objetivo: Valorar el nivel de ansiedad y el síndrome Burnout en una trabajadores sanitarios de Albacete.

Método: La muestra del estudio la componen 104 profesionales sanitarios de edades comprendidas entre 24 y 63 años, que prestan sus servicios en dos tipos de empresa: 52 trabajadores sanitarios de la administración pública y 52 que prestan sus servicios en una empresa que presta servicios sanitarios de forma privada. Para ello se realizó un estudio descriptivo y transversal para medir los niveles de ansiedad (STAI) y de burnout (MBI).

Resultados: La muestra de trabajadores sanitarios presenta altos niveles burnout en éste estudio, ya que las mujeres por un lado tenía Cansancio Emocional medio, Despersonalización alta y Realización Personal baja y los hombres por el otro tienen Cansancio Emocional medio, Despersonalización alta y Realización Personal baja. El grupo de mujeres presentó mínimas diferencias en ansiedad rasgo y estado respecto al de hombres. El grupo de trabajadores sanitarios de Albacete presentan una ansiedad Rasgo alta tanto en hombres como en mujeres. Los trabajadores del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) presentan un nivel de ansiedad rasgo alto respecto a la de trabajadores privados, no existiendo diferencias en la ansiedad estado. Entre las dimensiones de Maslach, existe alto cansancio emocional, baja realización personal y alta despersonalización. Las personas con alta ansiedad, tanto estado como rasgo, presentan mayores valores en las puntuaciones de Burnout.

Conclusiones: Existe alto nivel de Burnout entre los trabajadores sanitarios de Albacete no existiendo diferencias en cuanto a la empresa de trabajo pública o privada.

Palabras clave

Burnout; Personal Sanitario; Servicio de Salud; Empresa privada; Ansiedad; Maslach Burnout Inventory.

Abstract

Objective: To assess the level of anxiety and burnout syndrome in health workers of Albacete.

Method: Participants included 104 health professionals aged between 24 and 63 years, serving in two types of companies: 52 health workers in public administration and 52 who provide services in a company that provides health services privately. A descriptive cross-sectional study was conducted to measure levels of anxiety (STAI) and burnout (MBI).

Results: The sample of health workers had high levels burnout in this study, since women on one side had half emotional exhaustion, high depersonalization and Performing Personal low and men on the other have average emotional exhaustion, high depersonalization and personal accomplishment low. The group of women presented minimal differences in trait anxiety and state compared to men. The groups of health workers Albacete have high trait anxiety in both men and women. Workers Health Service of Castilla la Mancha (SESCAM) have a high trait anxiety levels regarding private workers, with no differences in state anxiety. Among the dimensions of Maslach, there is high emotional exhaustion, depersonalization high and low personal accomplishment. People with high anxiety, both state and trait values have higher scores Burnout.

Conclusions: The high level of burnout among health workers Albacete no differences regarding the company public or private work.

PALABRAS CLAVE

Burnout; Personal Health; Health Service; Private Company; Anxiety; Maslach Burnout Inventory.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loretotarragam@gmail.com (M^a Loreto Tarraga Marcos).

Recibido el 30 de junio de 2016; aceptado el 7 de julio de 2016.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:
Articles published in this journal are licensed with a:
Creative Commons Attribution 4.0.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. Los profesionales en este sector deben a menudo emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional, la cual es necesario controlar cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta en forma eficiente. En muchos casos, estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan estrés mal adaptativo¹⁻².

Los resultados parecen evidenciar que dependiendo del tipo de necesidades asistenciales o el tipo de cuidados que un paciente puede requerir, derivan en una fuente específica de estrés¹⁻²; así mismo se ha demostrado de forma amplia que éste afecta en niveles más altos a aquellos profesionales que realizan actividades de atención a personas y especialmente a los profesionales del sector sanitario, por encima de otros profesionales.

Dentro del grupo de empleados públicos que sufren estrés se encuentran, específicamente, algunos colectivos que son los que registran un mayor índice de enfermedades psicosociales, se trata de los jóvenes, las mujeres y el personal temporal.

Por otra parte Maslach y Jackson³⁻⁴ (1976) definen el Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas.

El síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública de primer grado, puesto que es un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su labor asistencial, lo que conlleva un aumento de los costes económicos y sociales.

En un principio este síndrome estaba adjudicado de forma exclusiva a aquellas profesiones que mantienen un contacto directo con sus beneficiarios – usuarios para el ejercicio de su actividad laboral (profesores, enfermeras, médicos, etc.), sin embargo otros autores⁵⁻⁷ han señalado que el síndrome de Quemarse por el trabajo (traducción realizada al Castellano), puede desarrollarse en profesionales cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas.

El Burnout es un síndrome de stress crónico, que afecta profesionales de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Aparece en profesionales que prestan ayuda al público (sanitario y educador sobre todo).

También nos gustaría destacar la relación que guarda el síndrome de Burnout con el estrés laboral. Concretamente, la presencia de ansiedad y estrés en el profesional de una institución relacionada con el ámbito de salud, no es siempre de origen asistencial o debido a las exigencias del proceso laboral⁸⁻⁹.

En los últimos años sobre todo se han realizado estudios sobre estrés laboral y Burnout en profesionales sanitarios de atención primaria y hospital¹⁰⁻¹¹ y se han centrado fundamentalmente en evaluar la prevalencia del Burnout y sus factores asociados, en especial sociodemográficos y sociolaborales. Tan solo dos introducen factores psicopatológicos⁸⁻¹⁰. Recientemente, se llevó a cabo una investigación para conocer el estrés en el personal hospitalario, concretamente entre los años 2009 y 2012.

Metodología:

Diseño: Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional, cuyo objetivo es evaluar la incidencia del Síndrome de Burnout y de la variable ansiedad en una muestra de Personal Sanitario y las relaciones entre ambos constructos. El tipo de muestreo fue por conveniencia y no probabilístico, seleccionando a todo el personal sanitario de un Centro de Salud de Albacete y a todo el personal sanitario de una residencia geriátrica ubicada en la Zona Básica de Salud del Centro. Los compañeros sanitarios han cumplimentado voluntariamente 3 cuestionarios, en 20 minutos.

Las variables sociodemográficas fueron: Edad, sexo, trabajar en empresa pública o privada.

Las variables dependientes fueron: -El nivel de ansiedad Estado y ansiedad Rasgo, del Cuestionario de Ansiedad de Spielberger.

- El nivel (bajo, medio o alto) en cada una las tres dimensiones del cuestionario MBI, de Maslach: Cansancio Emocional, despersonalización y realización personal.

Participantes: El estudio se realizó con el personal sanitario del Centro de Salud Zona 5 de Albacete y con personal sanitario de la residencia geriátrica de los Alamos. La muestra del estudio la componen 104 profesionales sanitarios de edades comprendidas entre 24 y 64 años. Los niveles profesionales son tres: a) Enfermería, b) auxiliares enfermería, c) facultativo adjuntos de área (FEA).

Participaron 104 trabajadores con una edad media de 39,38 años (DE = 11,45), siendo 45,25 (DE=12,12) y 36,42 (DE=8,26) años respectivamente entre trabajadores públicos y privados. Por sexo 54,80% eran mujeres y 45,2% hombres.

Instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos: Compuestos por variables como la edad, el género y empresa de procedencia.

Inventario de Burnout (MBI)³⁻⁴: Se utilizó la versión española (Maslach y Jackson, 1997), que incluye 22 ítems destinados a medir el estrés laboral asistencial, mediante la valoración de las tres dimensiones contempladas: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). En cuanto a los ítems que componen cada subescala para su interpretación: Agotamiento Emocional (1,2,3,6,8,13,14,16,20), la despersonalización (5,10,11,15,22) y la realización personal (4,7,9,12,17,18,19,21). Se contesta sobre un continuo de medida de frecuencia

de los sentimientos, a través de una escala tipo Likert de 7 opciones de respuesta probable desde: nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5), y todos los días (6). En las tres subescalas, la puntuación mínima alcanzada es de 0, mientras que la máxima es de 54 para cansancio emocional, 30 para despersonalización y 48 para realización personal. En la adaptación española (Maslach y Jackson, 1997) se obtuvo una consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) de 0.90 para la escala de CE; 0.79 para DP y 0.71 para RP. Además se encontró una fiabilidad test-retest (intervalo de 2 a 4 semanas) de 0.82 para CE, 0.60 para DP y 0.80 para RP.

Del global de puntuaciones obtenidas se han descrito tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas, sin existir un punto de corte definido que indique la existencia o no del síndrome:

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	>10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Un alto grado de burnout se reflejaría en puntuaciones elevadas en las escalas CE y DP y bajas en RP. Puntuaciones moderadas en las tres escalas implicarían un nivel medio de estrés, y puntuaciones bajas en CE y DP y altas en RP indicarían un bajo desgaste profesional. Es decir que una persona, que sufre el síndrome de Burnout, debería puntuar a través de las 3 subescalas.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI).

EL STAI¹² es un autoinforme compuesto de 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es “ahora mismo, en éste momento” (20 primeros ítems) y en la ansiedad como rasgo es “en general, en la mayoría de las ocasiones” (20 ítems siguientes). Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta tipo Likert de 4 puntos según la intensidad (0=casi nunca/nada; 1=algo/a veces, 2=bastante/ a menudo; 3= mucho/casi siempre. Cada respuesta es puntuado de 0 a 3, por lo que la puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos: siendo 0 un nivel mínimo de ansiedad y 60 un nivel máximo. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. Los 20 elementos que componen cada parte del test (A/E y A/R) incluyen la evaluación de sentimientos de: tensión, nerviosismo, preocupación y opresión. La escala para medición de las respuestas es de tipo Likert con 4 opciones de respuestas que van desde, A/E: nada 0, algo 1, bastante 2, mucho 3. A/R: casi nunca 0, a veces 1, a menudo 2, casi siempre 3. La escala presenta buenas propiedades psicométricas en relación a su consistencia interna, con valores α de Cronbach que varían entre 0.86 a 0.95 para la subescala A/E y de 0.89 a 0.91 para la A/R. El STAI rasgo ha evidenciado fiabilidad de test-retest excelente (un promedio de $r=0.88$) en intervalos de tiempo múltiples. El STAI sigue siendo uno de los instrumentos de medida de la ansiedad más utilizado. Ha sido traducido a más de cuarenta lenguas y ha sido utilizado en más de 3.000 investigaciones. En un reciente estudio se encontró que, en España, es el séptimo cuestionario más utilizado por los psicólogos.

Análisis de datos

Terminada la fase de recogida de datos, se realizó el análisis de datos empleando el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS v.19. Todas las pruebas estadísticas se realizaron considerando un error tipo alfa máximo del 5% (p-valor menor a 0.05) y contraste bilateral. Se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

- Análisis descriptivo de las características de los sujetos, mediante frecuencias, porcentajes para las variables de tipo nominal; medidas de tendencia central (media) y de dispersión para las variables continuas.

- Para conocer la relación entre las variables se utilizó: Chi cuadrado para variables dicotómicas; la t de Student para la comparación de las variables dicotómicas con variables cuantitativas (si distribución normal).

- Se comprobó la NO homogeneidad de las varianzas a través de la prueba de Levene. En éste caso, se utiliza la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis.

- Por último se realizaron correlaciones entre las distintas variables estudiadas.

Resultados:

Han participado 104 trabajadores sanitarios de Albacete, 52 pertenecientes al Servicio de Salud de Castilla la Mancha y otros 52 pertenecientes a la Residencia de los Álamos de Santa Gema de Albacete. 47 eran hombres y 57 mujeres. La edad media de los participantes es de 39,38 años (DT = 11,45), siendo 45,25 (DT=12,12) y 36,42 (DT= 8,26) años respectivamente entre trabajadores públicos y privados.

Género, MBI y STAI (e-r)

A continuación se muestran los resultados del análisis de las variables ansiedad estado y rasgo (STAI e-r), así como en las tres subescalas pertenecientes a la prueba del MBI (Maslach) (tabla 1). Cuando se compararon por género, tan

sólo aparecen diferencias no significativas entre hombres y mujeres en ansiedad rasgo, siendo este ligeramente superior en el género femenino.

Hay que destacar en primer lugar, que las puntuaciones obtenidas en nuestro trabajo en el Stai-e (ansiedad estado) en hombres y mujeres corresponden a un percentil 70 y 65 respectivamente, y en el Stai-r (ansiedad rasgo) a un percentil 55 y 50, con los baremos de la población de adultos para género. Las puntuaciones de la escala MBI: respecto a la subescala Cansancio Emocional serían valores medios, entre 19 y 26 puntos tanto para hombres como para mujeres. En cuanto a la escala Despersonalización observamos en ambos casos valores altos >10, y además presentan valores de ineficiencia y realización personal altos entre <33.

En cuanto a la procedencia podemos ver valores similares de la ansiedad estado, la ansiedad rango es mayor en los trabajadores del sector público con significación estadística.

En cuanto a las tres dimensiones del Burnout observamos mayor cansancio emocional y despersonalización en los trabajadores públicos, mientras que en los trabajadores de empresa privada hay una ligera mayor realización. (Tabla II)

La media de la escala MBI para Burnout fue de 66,89 (DT=10.104) para mujeres y 65,47 (DT=9,503) para hombres, encontrándose ambos sexos en un nivel bajo de Burnout.

Tabla I. Medias de las principales variables objeto de estudio con relación al género. *Entre paréntesis desviación estándar.*

Variable	Mujeres (n=57)	Hombres (n=47)	Cohen's d	Tamaño del efecto (r)
Stai-e	27.12 (4,18)	26,72 (5,43)	0.082	0.041
Stai-r	20.77 (10,42)	20.47 (12.15)	0.026	0.013
Cansancio Emocional	23,93 (8,08)	23,66 (7,34)	0.035	0.017
Despersonalización	11,28 (4,63)	10,36 (4.10)	0.217	0.108
Realización personal	31,68 (5,88)	31,45 (5,94)	0.038	0.019

Tabla II.- Medias de las principales variables objeto de estudio con relación a procedencia. *Entre paréntesis desviación estándar.*

Variable	Privado (n=52)	Público (n=52)	Cohen's d	Tamaño del efecto (r)
Stai-e	26,94 (4,80)	26,94 (4,78)	0	0
Stai-r	19,98 (10,61)	21,29 (11,78)	-0.116	-0.058
Cansancio Emocional	23,21 (7,10)	24,40 (8,32)	-0.153	-0.076
Despersonalización	10,38 (4,08)	11,35 (4,70)	-0.220	-0.109
Realización personal	31,73 (5,26)	31,42 (6,48)	0.052	0.026

Correlaciones STAI – MBI

A continuación se muestran las correlaciones entre las variables de ansiedad estado y rasgo con las tres dimensiones o subescalas del MBI (Maslach). Como podemos observar en la tabla III.

Tabla III. Correlaciones STAI (A-R) y MBI (CE-D-RP)

Variables	STAI-R	STAI-E	M-CE	M-D	M-RP
STAI-R	1				
STAI-E	0,470**	1			
M-CE	0,603**	0,290**	1		
M-D	0,506**	0,198*	0,732**	1	
M-RP	-0,416**	-0,07	-0,472**	-0.468**	1

Nota: **. La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$ (bilateral). *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización y RP = Realización Personal.

La matriz de correlaciones muestra que aquellas personas que muestran mayor ansiedad rasgo también presentan mayor ansiedad estado, así como mayor cansancio emocional y valores inferiores en despersonalización. Las elevadas puntuaciones en ansiedad rasgo se relacionan con altas puntuaciones en cansancio emocional y valores bajos en realización personal. Puntuaciones altas en cansancio emocional se relacionan con valores altos en despersonalización, y por último también podemos comprobar que quienes presenten valores altos en despersonalización mostraran puntuaciones bajas en realización personal en el trabajo.

Las mujeres tienen mayor ansiedad estado y rango repercutiendo en el agotamiento personal y la realización personal, aunque no hay diferencias estadísticamente significativas.

La procedencia en cuanto que los trabajadores públicos tienen mayor ansiedad rango y sobre todo estado afectando al agotamiento emocional y a la realización personal que es mayor en los trabajadores de empresa privada, si bien no se han encontrado diferencias significativas.(tabla IV)

Tabla IV. Correlaciones STAI (A-R) y MBI (CE-D-RP) con procedencia, edad y sexo.

Variables	Edad	Procedencia	Sexo
STAI-R	-0,059	-0.052	0,014
STAI-E	-0,076	0	0,042
M-CE	-0,103	-0,078	0,017
M-D	-0.106	-0,11	0,104
M-RP	-0,089	0,026	0,02

La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$ (bilateral). La correlación es significativa al nivel $0,05$ (bilateral). CE = Cansancio Emocional; D = Despersonalización y RP = Realización Personal.

Existe relación significativa entre el sexo y la procedencia, ya que en la empresa privada la mayoría son mujeres. La edad si bien es mayor en la empresa pública y en los hombres no llega a ser tener relación significativa.(tabla V)

Tabla V. Correlaciones Procedencia, edad y sexo

Variables	Procedencia	Sexo	Edad
Procedencia	1		
Sexo	0,019	1	
Edad	-0,057	-0,05	1

Discusión:

El síndrome de burnout o “síndrome de estar quemado” por el trabajo es una entidad derivada de la interacción del individuo con determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo que puede aparecer cuando no se protege adecuadamente al trabajador o no se adapta el trabajo a la persona. Se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda o de servicios humanitarios, por las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer, que producen una vivencia de fracaso personal después de otorgar al trabajo una carga emocional excesiva. El burnout se caracteriza por un agotamiento emocional extremo, la despersonalización en el trato con las personas y la ausencia de realización personal en el trabajo³⁻⁴. Pines, Arosón y Kafry¹³ definen el síndrome de burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental a consecuencia de la sobreimplicación laboral y de las demandas emocionales de trabajo.

En nuestro estudio observamos que los trabajadores sanitarios tienen alto nivel de ansiedad, la relación asistencial basada en el contacto directo y continuo con el paciente, da lugar a una mayor exigencia emocional y una relación más personal y cercana con el enfermo. Esto se incrementa con la continua turnicidad en los horarios laborales. Según el Stai-e (ansiedad estado) en hombres y mujeres corresponden a un percentil 70 y 65 respectivamente, y en el Stai-r (ansiedad rasgo) a un percentil 55 y 50, con los baremos de la población de adultos para género. Las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés, sobre todo si la organización no promueve una buena comunicación interpersonal ni se facilita el apoyo social y la resolución de conflictos.

Podemos observar en nuestro estudio como al tener un nivel alto de estado de ansiedad tanto de rango como de estado lleva consigo un nivel medio de desgaste emocional (entre 19-26) con alta despersonalización (>10) y alto estado de ineficiencia y realización personal (<33). Probablemente el personal tanto de la Residencia Geriátrica como del Centro de Salud no se vean excesivamente afectados por los factores que relacionan condicionan o dan lugar al burnout como serían insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, la conflictividad en las relaciones interpersonales, la autopercepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas según los trabajos de Gil-Monte y Maslach^{3,4,7}. En este sentido, las fuentes de estrés y desgaste profesional o burnout dentro del ámbito asistencial que se engloba en las grandes categorías de: el desgaste en la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales¹⁴⁻¹⁶, se ven atenuados con respecto al ámbito hospitalario. Además en el ámbito de atención primaria, según Vega¹⁷, las predisposición a sufrir desgaste profesional por la sobrecarga del trabajo, las necesidad de trabajar de noche (guardias o turnicidad), la competitividad en ocasiones por el ascenso laboral o por tareas de investigación, la burocracia del propio trabajo, la relación con otros miembros del equipo, y sobre todo, el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al profesional sanitario, siendo una importante fuente de ansiedad el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte. Sin embargo podemos apreciar que el personal de la Residencia Geriátrica que está expuesto a turnicidad, a horarios más amplios e incluso a mayor presión laboral tiene un nivel de cansancio emocional menor que los del Centro de Salud (23,21 frente a 24,40) igualmente tiene menor despersonalización (10,38 frente a 11,35) y una mayor realización personal aunque mínima (10,38 frente a 11,35).

También queremos analizar la influencia de la empresa donde desarrollan su actividad y así los trabajadores de empresas privadas presentarán valores superiores en ansiedad estado y rasgo que los de empresas de la administración pública y vemos por lo comentado anteriormente que no se cumple, ya que podemos ver que los trabajadores privados si bien tienen una ansiedad estado igual que los públicos, la ansiedad rango es ligeramente menor (19,98 frente a 21,29) y luego tienen menor cansancio emocional y despersonalización y más realización personal. Esto puede explicarse por el informe de Comisiones Obreras que dice que el 31% de los empleados públicos padece estrés producido por la

burocratización, la jerarquía, la mala planificación laboral y la falta de recursos y la sobrecarga de trabajo, ocasionadas, según la investigación, por el escaso reconocimiento y estima que tienen a su trabajo. Por otro lado, los profesionales que sienten que tienen menos reconocimiento laboral son las enfermeras y los médicos. Este dato tiene mucho que ver con el trabajo que desempeñan de cara al público.

El factor del género femenino podría afectar y presentar valores superiores de burnout que los hombres: “*Los jóvenes, las mujeres y el personal laboral son los colectivos que registran un mayor índice de enfermedades psicosociales*”. En nuestro estudio no se cumple ya que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, en ninguna de las tres dimensiones de la escala Maslach, concretamente, cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Respecto al criterio de Burnout basado en alto cansancio emocional, alta despersonalización y baja realización personal, no cumplieron los criterios de burnout ninguno de los participantes. Podemos observar que si bien existe mayor cansancio emocional en mujeres que hombres (23,93 frente a 23,66) esta diferencia es insignificativa, existe mayor diferencia en la despersonalización (11,28 frente a 10,36) y sin embargo hay mayor realización personal (31,68 a 31,45)

Los participantes que presenten puntuaciones altas en ansiedad estado y rasgo también presentarán a su vez, altas puntuaciones en las dimensiones de la escala Maslach (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). Los resultados avalan nuestra predicción y los participantes que mostraron mayores valores en ansiedad estado también muestran significativamente mayor ansiedad rasgo, mayor cansancio emocional y valores inferiores en despersonalización, aunque este último no es significativo. Lo cual muestra que la ansiedad es un factor que predispone claramente para sufrir niveles más altos de burnout, al menos, en dos de sus dimensiones.

Por tanto podemos concluir, a tenor de los resultados que las cifras de prevalencia encontradas tanto en Ansiedad, como en Burnout son tan altas como podría esperarse en el Personal Sanitario valorado, cómo muestran otros estudios. En segundo lugar, la mayor parte de los estudios se dirige a la evaluación de la ansiedad en médicos o personal de enfermería, siendo pocos los estudios que evalúan a la vez a los dos estamentos y menos aún, los que consideran la evaluación de otro tipo de profesionales que trabajan en estos servicios. En tercer lugar, si bien no hay un estudio que a nivel nacional dé cuenta específicamente del síndrome de Burnout, si es posible una cierta aproximación a lo que podría estar aconteciendo a partir de las vinculaciones entre burnout y estrés, en la medida en que el primero se ha identificado como un tipo del segundo. Por último, aunque no hay diferencias estadísticas significativas entre género o empresa de trabajo¹⁸⁻¹⁹, este trabajo cobra especial relevancia por la posibilidad de detectar personal sanitario, quienes ya manifiestan signos y síntomas de ansiedad, burnout o ambos, y que puedan ser derivados para atención médica y/o psicológica y, si el caso lo requiere, brindarle la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador²⁰. Es novedoso en este estudio la comparación que se hace entre trabajadores de la empresa pública y privada respecto a los niveles de Burnout.

Referencias:

1. Chacón, M. Grau, J. (1997). Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13, (2).118-125.
2. Borja, C., Gómez, A., León, M., Murcia, A., Hewitt, N.& Molina, J. (Dir.) (2001). Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
3. Maslach C, Jackson S. (1986) Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychology Press. Palo Alto (California), 1986.
4. Maslach, C. y Jackson, S. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual (2nd. Ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists. (Versión española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA, 1997.)
5. Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress, and Coping*, 9, 229-243.
6. Demerouti E1, Bakker AB, de Jonge J, Janssen PP, Schaufeli WB. Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand J Work Environ Health*. 2001 Aug;27(4):279-86.
7. Gil-Monte P. R., Carretero N. y Roldán M.D. (2005) Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11, 281-290.
8. Pérez, J. & Páez, D. Satisfacción laboral, síndrome de estrés asistencial y clima emocional en empleados de prisiones de Bogotá: un estudio exploratorio. *Acta colombiana de psicología*, 2001: 6, 41-65.
9. Olmeda García, María Soledad · García Olmos, Ana María. Demands because of work stress in a mental health centre. *Interpsiquis* 2004. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría.
10. Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78, 505-516.
11. Soto, R. y Santamaría, I. (2005): Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 15, 123-130.
12. Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual(3ª Edición). Adaptación Española de TEA ediciones S.A. Madrid

13. Pines, A. y Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237
14. Graham, J.J., (1987). Estrés en enfermería psiquiátrica. En: R. Payne, y Firth-Cozens (Eds.). Oxford: Wiley and Sans.
15. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., González, J.L. (2000). El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 18-28.
16. Moreno-Jiménez, B., González Gutiérrez, J.L., Garrosa Hernández, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. Pp. 59-83.
17. Vega, D. (1994). Estudio del síndrome del desgaste profesional entre los médicos de un Hospital general. Universidad de Salamanca. Tesis Doctoral.
18. Culebras JM. Resultados negativos, cincuenta por ciento del conocimiento. *JONNPR.2016;1(1):1-2*. DOI:10.19230/jonnpr.2016.1.1.926
19. Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA. ¿Se deben publicar los resultados negativos o no positivos?. *JONNPR.2016;1(2):43-44*. DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.928
20. Aranda, C., Pando, M. & Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 1(14), 79-87.