

Burnout en professionals sanitaris

**La seva presència en professionals de cures
pal·liatives**

Treball de Final de Grau en Psicologia

Clàudia Martorell Algueró

Curs 2020-2021

Anna Casellas Grau

Vic, 11 de Maig de 2021

"El burnout és inevitable quan un professional ha d'atendre a massa gent. La sobrecàrrega emocional és cada vegada més gran. Com un cable que té massa electricitat, el treballador es desconnecta emocionalment."

Christina Maslach, 1976

Resum

Actualment estem vivint una crisi a causa de la Covid-19, quelcom que ha fet que els *professionals sanitaris* hagin hagut d'augmentar les seves jornades laborals i treballar sota una pressió immensa. Sorgida d'aquesta necessitat, en el present treball s'ha estudiat el *burnout* en *professionals sanitaris*, més en concret la seva presència en professionals de *cures pal·liatives (CP)*. Per fer-ho s'ha administrat el qüestionari *Maslach Burnout Inventory (MBI)* a 21 participants. El *MBI* avalua la intensitat amb la que un subjecte pot patir el *burnout* a partir de 22 ítems formulats com a afirmacions sobre sentiments i/o actituds que els professionals poden desenvolupar al lloc de treball.

Els resultats obtinguts mostren que, segons el qüestionari administrat, només un dels participants pateix *burnout* i que treballar a una planta de *CP* no és una variable freqüent en els *professionals sanitaris* que pateixen *burnout*.

Per concloure, segons l'estudi que s'ha realitzat, la realitat del *burnout* que s'observa en la mostra és de nivells de *burnout* baixos i no hi ha indicis de *burnout* en els professionals enquestats que treballen a *CP*. Pel que fa a les variables freqüents en *professionals sanitaris* s'ha trobat que el fet de ser dona i ser jove, no tenir fills/es no apunten a ser variables amb pes per desenvolupar-lo.

Aquest estudi suposa una primera aproximació al coneixement de la prevalença i les variables predictorres del *burnout* en *professional sanitari*.

Paraules clau: Burnout, Cures pal·liatives (CP), Professional Sanitari, Maslach Burnout Inventory (MBI).

Abstract

We are currently experiencing a crisis due to Covid-19, which has increased *healthcare professionals* working hours and is making them work under immense pressure. Arising from this need, this project has studied *health professionals burnout*, more specifically, *burnout* in *palliative care* professionals. To study the said *burnout*, the *Maslach Burnout Inventory (MBI)* questionnaire was administered to 21 participants. The *MBI* assesses the intensity with which a subject may suffer from *burnout*, using 22 items formulated as affirmative statements about feelings and/or behaviors that *health professionals* may develop in the workplace.

The results obtained show that, according to the administered questionnaire, only one of the participants suffers from *burnout*. Furthermore, it was found that being a *palliative care* professional is not a common variable in *health professionals* who suffer from *burnout*.

In conclusion, according to the study carried out, the reality of *burnout* observed in the sample is low levels of *burnout* and there are no evidence of burnout in the surveyed professionals working in *PC*. With regard to the frequent variables in *health professionals*, it was found that the fact of being a woman, being young and not having children do not seem to be variables with relevance for developing *burnout*.

This study is a first approximation to the knowledge of the prevalence and predictor variables of *burnout* in *health professionals*.

Key words: Burnout, Palliative Care (PC), Healthcare Professional, Maslach Burnout Inventory (MBI).

Índex

1. Introducció	6
MARC TEÒRIC	7
2. Cures pal·liatives	7
2.1 Definició de cures pal·liatives	7
2.2 El professional pal·liativista	8
2.3 Les cures pal·liatives en l'actualitat	9
3. Burnout	10
3.1 Antecedents	10
3.2 Definició de Burnout	10
3.3 Fases del Burnout	12
3.4 Conceptes relacionats amb el Burnout	13
3.5 Models teòrics del burnout	14
3.5.1 Teoria sociocognitiva del jo	14
3.5.2 Teoria intercanvi social	15
3.5.3 Teoria organitzacional	16
3.5.4 Teoria estructural	18
3.6 Variables predictives del burnout	18
3.6.1 Variables sociodemogràfiques	18
3.6.1.1 Edat	18
3.6.1.2 Gènere	18
3.6.1.3 Estat civil i estructura familiar	19
3.6.1.4 Educació	19
3.6.2 Variables personals	20
3.6.2.1 Personalitat Tipus A	20
3.6.2.2 Locus de control	20
3.6.2.3 Autoestima	20
3.6.2.4 Estratègies d'afrontament	20
3.6.2.5 Personalitat resistent	21
3.6.3 Variables entorn laboral	21
3.6.3.1 Estrès de rol	21
3.6.3.2 Clima laboral	21
3.6.3.3 Suport social dins l'àmbit laboral	21
3.6.3.4 Presa de decisions i grau d'autonomia	22

3.6.3.5 Altres variables	22
3.7 Síntomes i conseqüències de la síndrome de burnout	22
3.7.1 A nivell individual	22
3.7.2 A nivell organitzacional	23
3.7.3 A nivell interpersonal-social	24
3.8 Prevenció i mètodes d'intervenció en el síndrome del burnout	24
3.8.1 A nivell individual	24
3.8.2 A nivell organitzacional	25
3.8.3 A nivell Interpersonal-social	26
MARC PRÀCTIC	27
4. Objectius generals i específics	27
4.1 Objectiu general del Treball de Final de Grau	27
4.2 Objectius específics del Treball de Final de Grau	27
5. Hipòtesis de la recerca	27
6. Metodologia	27
6.1 Tipus de disseny	27
6.2 Procediment	28
6.2.1 Mostra	28
6.2.1 Aspectes ètics	28
6.3 Instruments d'avaluació	28
7. Resultats	30
7.1 Dades sociodemogràfiques	30
7.2 Qüestionari MBI	31
8. Discussió	36
9. Limitacions	39
10. Futures línies d'investigació	39
11. Conclusions	40
12. Bibliografia	42
13. Annexos	47
13.1 Annex 1: Presentació, explicació de l'estudi i consentiment informat	47

Índex de taules

Taula 1. Premisses bàsiques i objectius generals d'un equip de CP.	8
Taula 2. Diferents definicions del burnout (Grau Martín, 2007)	11
Taula 3. Principis bàsics del Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy (1993)	16
Taula 4. Síntomes del burnout	23
Taula 5. Correlació de les respostes amb la seva puntuació.	29
Taula 6. Criteris per la correcció del MBI.	29

Índex de figures

Figura 1. Trajectòries físiques, socials, espirituals i psicològiques d'un pacient amb càncer de pulmó durant el seu últim any de vida (Murray et al., 2007).	7
Figura 2. Model tradicional d'atenció a pacients oncològics amb CP (OMS, 1994).	9
Figura 3. Model proposat per la OMS d'atenció a pacients oncològics amb CP (OMS, 1994).	9
Figura 4. Nombre de fills/es dels participants	30
Figura 5. Participants que treballen actualment o no a CP	31
Figura 6. Gràfic de barres extret de les preguntes resoltes pels subjectes.	32
Figura 7. Diagrama de sectors referent a la pregunta 1 del qüestionari MBI.	33
Figura 8. Gràfic de barres extret del sumatori dels ítems agrupats per cadascun dels participants.	34

1. Introducció

La idea d'aquest treball va sorgir abans que esclatés la pandèmia mundial que actualment estem vivint. Si abans de la pandèmia ja ens inquietàvem per com els professionals de la salut poden sentir-se a la feina, com deuen sentir-se actualment?

A nivell mundial, la salut física és el punt principal de la salut de les persones i tothom li dona molta importància. Però, hi ha salut sense salut mental? Actualment, any 2021, al Congrés dels Diputats d'Espanya, un diputat parlava sobre la necessitat de duplicar els psicòlegs que treballen en la sanitat pública i actualitzar les estratègies que s'utilitzen de salut mental. La resposta de rebuig que aquest va rebre per part d'un altre diputat sobre la necessitat expressada va ser :”Ves-te'n al metge!”.

Si és cert que falten psicòlegs per poder atendre la demanda social que hi ha actualment, falten també psicòlegs per atendre les demandes dels propis professionals de la salut? La síndrome de cremar-se a la feina és molt comú actualment en la societat, sobretot en les professions atencionals. Hi ha una ajuda o un acompanyament? Es formen als professionals amb una capacitat d'acció i resposta assertiva per combatre el burnout?

Aquest treball es basa en poder conèixer més a fons la síndrome del burnout i com aquest afecta als professionals de la salut; més en concret, al professional pal·liativista. Són les situacions properes a la mort un factor desencadenant pel burnout?

La síndrome del burnout o síndrome de cremar-se a la feina es basa en una afrontament poc funcional davant de una situació d'estrés prolongada en el temps. Aquest té tres punts claus; l'esgotament emocional, la despersonalització i un sentiment de baixa realització personal (Maslach, 2003).

L'estructura del treball està dividida en tres blocs. En primer lloc trobem el marc teòric, on es recull informació sobre les cures pal·liatives, la definició del burnout, els models teòrics del síndrome, les variables predictores, entre d'altres. El segon bloc consta de la part més pràctica del treball. Aquesta part s'ha realitzat a partir de l'aplicació del qüestionari MBI (Maslach Burnout Inventory) en una mostra de professionals de la salut. S'explica la metodologia utilitzada, es descriuen als participants, es parlen dels aspectes ètiques tinguts en compte i com s'han recollit les dades. Finalment, es descriuen i es discuteixen els resultats i, a partir d'aquí, s'extreuen les conclusions finals del treball.

MARC TEÒRIC

2. Cures pal·liatives

2.1 Definició de cures pal·liatives

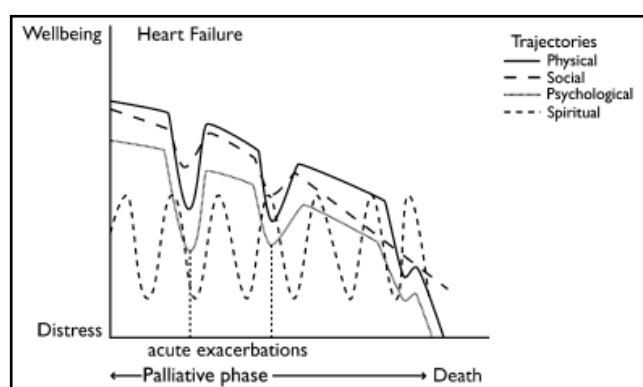
La paraula “pal·liativa” prové del llatí *pallium*, que significa manta o cobrir. Les cures pal·liatives (CP) tenen un enfocament holístic, amb el qual no es té en compte només les molèsties físiques. Aquest enfocament fa que també es doni molta importància a les preocupacions psicològiques, socials i espirituals de les persones terminals i els seus familiars (Palma et al., 2010). Actualment en CP es treballa des del model biopsicosocial per poder abastar tots els àmbits anomenats. Aquests, són els factors que des de CP es treballen per poder ajudar en el benestar-patiment dels pacients (Palma et al., 2010).

La Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les CP com (OMS, 2018, p.5):

La prevenció i l'alleujament del patiment de pacients adults i pediàtrics i les seves famílies que s'enfronten als problemes associats a malalties potencialment mortals. Aquests problemes inclouen el patiment físic, psicològic, social i espiritual dels pacients i patiment psicològic, social i espiritual dels membres de la família.

Els factors físics són els que es podrien alleugerar amb medicaments i equipament mèdic. Serien els símptomes físics com el dolor o els efectes secundaris de la medicació, per exemple. Pel que faria als factors psicològics, s'ha de tenir en compte com li pot afectar al subjecte el transcurs de la malaltia, la presa de decisions, l'estat emocional, entre d'altres. Els factors socials serien l'acompanyament i el suport que pot donar la família, o els amics. Finalment, els espirituals serien considerats des de la religió i la transcendència fins a la satisfacció per la vida portada i el seu sentit (Cruzado Rodríguez, 2016). A la Figura 1 podem veure la trajectòria que segueixen aquests factors durant l'últim any de vida d'un pacient amb càncer.

Figura 1. Trajectòries físiques, socials, espirituals i psicològiques d'un pacient amb càncer de pulmó durant el seu últim any de vida (Murray et al., 2007).



Nota. Extreta de Murray et al. (2007).

Aquests patiments-benestars físics, socials, psicològics i espirituals són els que, des de CP s'intenten alleugerar a partir dels següents punts (OMS, 2018):

- Atenció personalitzada
- Identificació primerenca
- Avaluació i tractament centrat en la persona
- Promoure la dignitat i el confort
- Acompanyar al pacient i a la família durant la malaltia
- Fomentar la participació en l'acompanyament
- Acompanyament en l'acceptació del dol, tant del pacient com de la família.

2.2 El professional pal·liativista

Les unitats de CP solen estar formades per metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials i fisioterapeutes. Dins dels equips de CP, els psicòlegs són els encarregats de l'avaluació i el tractament psicològic. Aquests psicòlegs han de ser de l'àmbit de la salut i han d'haver-se especialitzant en aquesta àrea (Gómez i Ojeda, 2016).

La formació d'equips per treballar en CP és imprescindible, no només per cuidar i ajudar de manera adequada al pacient sinó també pel suport que es proporcionen entre sí, els professionals de l'equip. La manera de treballar en CP és el d'un equip interdisciplinari. Aquest té una constant interacció i interrelació entre els seus professionals. Per tant, és important l'escolta activa i la col·laboració de tots els professionals que formin part de l'equip per una atenció integral amb cada pacient (Martínez i Centeno, 2016). A la Taula 1 es mostren les premisses bàsiques i els objectius generals dels equips de CP.

Taula 1. Premisses bàsiques i objectius generals d'un equip de CP.

Premisses bàsiques	Objectius generals
Comunicació i col·laboració entre els membres de l'equip.	Definir plans generals amb tot l'equip.
Escolta activa, confiança i respecte cap a tots els professionals de l'equip.	Distribuir correctament i de manera consensuada les tasques a dur a terme.
Brindar suport als companys per la prevenció del desgast (Burnout)	Promoure una bona actitud de treball en equip interdisciplinari.
Comprendre que la feina a dur a terme pot ser en certs moments difícil i així prevenir la sobrecàrrega emocional.	Vetllar pel benestar i la qualitat de vida de la persona durant el seu final de vida.
Considerar sempre a tothom vàlid en la seva feina dins de l'equip.	Treballar per alleujar el patiment (físic, social, psicològic i espiritual) del pacient i del seu entorn.

Nota. Creació pròpia a partir de Martínez i Centeno (2016).

2.3 Les cures pal·liatives en l'actualitat

Segons l'OMS (2020), cada any, 40 milions de persones necessiten l'atenció de CP; d'aquest nombre, el 78% viuen en països on hi ha ingressos baixos o mitjans i per tant no poden rebre aquesta atenció que necessiten. D'aquesta demanda tan alta que hi ha actualment, l'OMS afirma que només un 14% de les persones que es troben amb aquesta necessitat la reben.

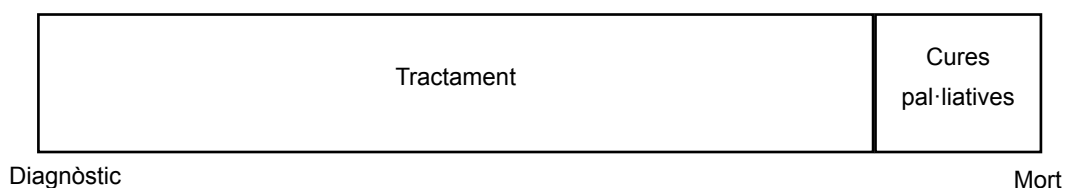
A mesura que passen els anys i amb els avenços de la medicina i la tecnologia l'esperança de vida de les persones és cada vegada més elevada. Però això no significa que l'estil de vida i d'envelliment siguin satisfactoris. Per tant, podem dir, que hi ha una forta relació entre l'augment de l'esperança i l'augment d'atenció en CP (OMS, 2020).

L'OMS (2020) també fa èmfasi a diferents barreres amb les quals es troben les CP:

- Les diferents creences que es tenen sobre la mort i el fet de morir.
- La falsa creença que les unitats de CP són només per pacients oncològics.
- Falta de coneixement sobre les CP i com funcionen.
- Poca consciència dels seus beneficis.

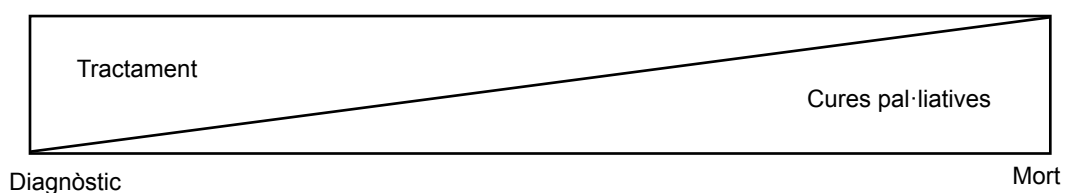
En les següents figures adaptades de l'OMS (1994), es pot veure en la Figura 2 quan actuaven els professionals de CP el 1994. En la Figura 3 es pot veure la proposta que l'OMS va fer per l'atenció de pacients oncològics. El que proposaven és que els professionals de CP atenguessin des del moment del diagnòstic al pacient i a mesura que la mort fos més propera, anar augmentant aquesta atenció.

Figura 2. Model tradicional d'atenció a pacients oncològics amb CP (OMS, 1994).



Nota. Adaptat de OMS (1994).

Figura 3. Model proposat per la OMS d'atenció a pacients oncològics amb CP (OMS, 1994).



Nota. Adaptat de OMS (1994).

3. Burnout

3.1 Antecedents

Per parlar dels antecedents d'aquest terme ens hem de remuntar des del 1599, on en poemes de W. Shakespeare apareix el verb *to burn out*. Com es pot veure a la frase següent d'un poema de l'obra Romeu i Julieta (W. Shakespeare, 2000, p. 36): "*One fire burns out another's burning, One pain is lessen'd by another's anguish*".

Més endavant, el 1879 el neuròleg Beard va aportar un nou terme: *neurasthenia*. Aquest terme servia per descriure un síndrome amb símptomes com l'ansietat, la fatiga i un estat d'ànim depressiu (Bährer-Kohler, 2012). Dos autors més van parlar d'aquesta simptomatologia per descriure com es sentien un grup de professors (Schneider, 1911) i també un grup d'infermeres d'un psiquiàtric (Schwartz i Will, 1953).

Anys després, l'escriptor Graham Greene el 1960, escriu una novel·la sobre un arquitecte famós que pateix fatiga, no troba plaer a la vida i marxa a una colònia de leprosos per ajudar. Allà, el doctor al cap de la colònia li diagnostica un equivalent al *Burnt-out case*. Aquest terme s'utilitzava per definir a una persona amb lepra que havia passat per etapes de mutilació (Bährer-Kohler,2012).

Abans que Freudenberger, com veurem a continuació, fos el primer a publicar sobre el terme burnout, Bradley va utilitzar-ho per descriure l'esgotament que patien uns agents de condicionals que treballaven amb delinqüents juvenils. Ho va anomenar *staff burnout* i va proposar que, per tal que no es donés aquest fenomen, calia desenvolupar una bona estructura de treball (Bährer-Kohler,2012).

3.2 Definició de Burnout

El concepte de Burnout va ser introduït per Freudenberger el 1974. L'autor el va descriure a partir de l'experiència de primera mà que havia tingut en una clínica de desintoxicació on treballaven voluntaris. Va anar observant com els voluntaris anaven gradualment sentint una sèrie de símptomes. Va definir aquest terme com un estat d'esgotament físic i mental en el qual la persona es troba desmotivada i amb falta d'interès per la feina (Acinas, 2012).

Més endavant, el 1976 Christina Maslach utilitza la paraula burnout per definir des d'una perspectiva més social el concepte que Freudenberger havia explicat dos anys abans però des d'una perspectiva més clínica. És a dir, els treballs de Freudenberger es basaven més en l'avaluació i el tractament del burnout i en canvi, els de Maslach estaven més dirigits a la investigació i la teoria (Carlin i De los Fayo, 2010).

Maslach i Jackson (1986, p. 192), prèviament, ja van definir:

El burnout és una síndrome psicològica d'esgotament emocional, despersonalització i una disminució de l'assoliment personal que pot ocórrer entre individus que treballen amb altres persones en certa mesura. Un aspecte clau de la síndrome del burnout és l'augment dels sentiments d'esgotament emocional [...] els treballadors senten que ja no són capaços de donar d'ells mateixos a nivell psicològic. Un altre aspecte [...] és el desenvolupament de la despersonalització.

Aquests dos autors també van aportar les tres dimensions característiques i amb les que van crear el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach i Jackson, 1986):

1. Esgotament emocional: pèrdua de l'interès en allò que fa l'individu i pot tenir sentiments d'incapacitat a certes feines laborals.
2. Despersonalització: desenvolupament d'actituds negatives i cíniques davant les diverses situacions. Gran dificultat per expressar emocions, plaer i amor.
3. Disminució de la realització personal: avaluació de la pròpia feina de manera negativa, es té una sensació de no haver aconseguit allò que s'havia proposat.

A més a més de la definició aportada per Maslach i Jackson (1986), la Taula 2 és un recull de diferents definicions aportades per diferents autors del burnout.

Taula 2. Diferents definicions del burnout (Grau Martín, 2007)

Autor	Definició
Freudenberger (1974)	“Una sensació de fracàs i una existència esgotada o gastada que resulta de una sobrecàrrega per exigències de energies, recursos personals o força espiritual del treballador.” (Grau Martín, 2007, p. 19)
Pines i Kafry (1978)	“Una experiència general de esgotament físic, emocional i actitudinal.” (Grau Martín, 2007, p. 19)
Cherniss (1980)	“Canvis personals negatius que passen al llarg del temps a treballadors com feines frustrants o amb excessives demandes.” (Grau Martín, 2007, p. 19)
Edelwich i Brodsky (1980)	“Una pèrdua progressiva del idealisme, energia i motius viscuts per la gent en las professions d'ajuda, com a resultat de les condicions del treball.” (Grau Martín, 2007, p. 19)
Moreno, Oliver i Aragoneses (1991)	“Un tipus d'estrés laboral que es dona principalment en professions que suposen una relació interpersonal intensa amb els beneficiaris del propi treball.” (Grau Martín, 2007, p. 19)
Ayuso i López (1993)	“Un estat de debilitament psicològic causat per circumstàncies relatives a les activitats professionals que ocasionen símptomes físics, afectius i cognitiu-afectius.” (Grau Martín, 2007, p. 20)

Nota. Creació pròpia a partir d'informació extreta de Grau Martín (2007).

En l'idioma català no trobem una paraula exacte que per si sola pugui significar aquest concepte. Podríem trobar-lo com la síndrome de cremar-se a la feina, síndrome d'esgotament professional, entre d'altres. Si busquem esgotament al diccionari DIEC2, en l'últim punt trobem el següent: "Esgotament nerviós - Estat de fatiga excessiva produït pel treball corporal o intel·lectual intensiu i prolongat" (Institut d'Estudis Catalans [IEC], 2007, definició 2). En el cas de cremar, també en l'últim punt trobem: "Cansar, desgastar. És una feina que crema" (IEC, 2007, definició 7). Per tant, podem veure que dins de la llengua catalana no hi hauria una paraula clau per poder definir completament el Burnout.

En l'actualitat la síndrome del burnout no apareix al Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V) que publica l'Associació Americana de Psicologia ([APA], 2013). En canvi, en el Manual de Classificació Internacional de Malalties - 11 versió (CIE-11) sí que hi apareix, l'entrada està feta com a síndrome de desgast ocupacional i ho defineix de la següent manera:

És una síndrome conceptualitzada com a resultat de l'estrès crònic en el lloc de treball que no s'ha manejat amb èxit. Es caracteritza per tres dimensions: 1) sentiments de falta d'energia o esgotament; 2) augment de la distància mental respecte a la feina, o sentiments negatius o cíncics pel que fa a la feina; i 3) eficàcia professional reduïda. La síndrome de desgast ocupacional es refereix específicament als fenòmens en el context laboral i no s'ha d'aplicar per descriure experiències en altres àrees de la vida (QD85 Síndrome de desgaste ocupacional).

3.3 Fases del Burnout

Diversos autors com Miller i Smith (1993) o Girdin et al. (1996), entre d'altres, han parlat sobre el cicle i les fases del Burnout, però veiem que hi ha certes discrepàncies per trobar un consens. Com que no és considerat un síndrome que pugui aparèixer d'un moment a l'altre les fases també depenen de des d'on ha volgut partir l'autor.

Cal dir que com en tots els cicles, els autors fan èmfasi en el fet que no tothom ha de passar per les fases o etapes de la mateixa manera.

El pare del Burnout, Freudenberger i North (2006), enumera 12 estadis en el cicle del Burnout. Són els següents:

1. Compulsió per provar-se a si mateix.
2. Treballar molt per fer-se insubstituïbles.
3. Deixar a segon pla les necessitats bàsiques.
4. Centrar-se només en la feina i deixar els altres aspectes de banda.
5. Canvis en els valors personals.

6. Intolerància i irritabilitat.
7. Aïllament.
8. Canvis en el comportament.
9. Despersonalització.
10. Buidor interna.
11. Depressió.
12. Burnout.

Des d'un altre punt de vista Gorkin (2004), divideix el cicle del burnout en 4 fases.

1. Esgotament físic, mental i emocional.
2. Vergonya i dubtes.
3. Cinisme i insensibilitat.
4. Fracàs, impotència i crisi.

Les diferències més notòries entre les dues maneres de veure el cicle del burnout és que Gorkin (2004) ho fa des del punt de vista de les persones que pateixen burnout, mentre que, Freudenberger (2006), explica el cicle des de la mirada del professional. Hi ha altres autors, com Miller i Smith (1993) i Girdin et al. (1996), que proposen altres cicles que segueix una persona fins a arribar al burnout.

3.4 Conceptes relacionats amb el Burnout

Després d'haver definit el terme de Burnout és necessari explicar altres conceptes que també es poden identificar amb el malestar patit per professionals o treballadors que es troben amb situacions extremes. Aquestes situacions podrien ser amb un nivell d'estrès alt, emocionalment molt demandants i fins i tot traumatitzant. Aquesta última la podrien viure professionals que treballen amb pacients que han viscut violències o abusos, pacients terminals o pacients que hagin viscut situacions límit (Acinas, 2012).

Joinson (1992) va utilitzar les paraules Fatiga per Compassió per definir el que vivien les infermeres hospitalàries que treballaven en emergències diàries. Aquesta resposta venia més donada pel patiment cap al pacient que no per la situació laboral en si. Després de l'aportació de Joinson, Kottler (1992) va emfatitzar que per donar-se aquesta resposta hi juga un important lloc la compassió del professional cap al pacient. En buscar al diccionari DIEC2 trobem que compassió és el "sentiment amb què hom pren part en el sofriment d'altri; pena que hom sent davant la desgràcia, els defectes, etc., d'un altre, petat, commiseració" (IEC, 2007, definició 1 i 2).

El 1995, Figley va crear el terme Desgast per Empatia, traduït de *Compassion Fatigue*. En el seu treball relaciona directament la compassió i l'empatia amb la capacitat de poder patir a la feina. Explica que aquells professionals que realitzen feines on es veu implicat el patiment humà són més vulnerables per poder desenvolupar el Desgast per Empatia. Per tant, el Desgast per Empatia és segons Figley (1995, citat per Acinas, 2012, p. 8): “la conseqüència natural, predictable, tractables i prevenible de treballar amb persones que pateixen; és el residu emocional resultant de l'exposició a la feina amb aquells que pateixen les conseqüències d'esdeveniments traumàtics”.

Tot i tenir una certa semblança amb el Burnout hi ha diferents punts que els distingeixen. Els símptomes principals que desenvolupa cada un són diferents. En aquest cas els eixos principals són la reexperimentació, l'evitació i la hiperactivació o hiperarousal. En el cas del Burnout com hem vist abans són l'esgotament emocional, la baixa realització personal i la despersonalització (Maslach i Jackson, 1986). El del Desgast per Empatia s'associa més a un estat, quelcom que apareix de manera ràpida i amb pocs senyals previs. En contra, el Burnout està més relacionat amb un procés progressiu, és el resultat de l'acumulació que s'ha pogut viure durant un cert temps (Maslach i Schaufeli, 1993).

Més tard, apareix un altre terme, la Satisfacció per compassió, que podríem dir que és el contraposat del Desgast per Empatia. Aquest concepte defineix el plaer i el fet de gaudir de dur a terme un treball on ajudes a altres persones (Benito et al. 2010).

3.5 Models teòrics del burnout

Des que la paraula Burnout va ser utilitzada per primer cop per Freudemberger el 1974, diversos autors han volgut descriure les causes d'aquest fet a partir de les seves corrents teòriques. Gil-Monte i Peiró (1997) van crear una classificació amb quatre models teòrics; la teoria sociocognitiva del jo, la Teoria de l'intercanvi social, la Teoria organitzacional i la Teoria estructural (Martínez, 2010).

3.5.1 Teoria sociocognitiva del jo

Els models de la teoria sociocognitiva del jo es centren bàsicament en dos punts clau:

- Les cognicions de cada individu influeixen en com aquest percep la realitat i que aquestes cognicions canvien o es modifiquen a partir del que s'ha viscut i les accions que s'han fet (Martínez, 2010).
- L'autoconfiança que tingui l'individu és el que gradua l'obstinació per poder aconseguir els objectius propis (López, 2017).

Hi ha quatre models teòrics a destacar dins de la teoria sociocognitiva del jo. El *Model de competència de Harrison* (Harrison, 1983) es basa en la competència i l'eficàcia percebuda per explicar l'aparició del Burnout (Martínez, 2010). Si l'individu es troba en un entorn laboral on hi ha factors barrera, que podrien ser estrès, recursos escassos, etc, la sensació d'autoeficàcia que tindrà disminuirà i a la llarga podria fer aparèixer el burnout (López, 2017).

El *Model de Pines* (Pines, 1993) es centra en les expectatives i els objectius de la feina i com aquests aporten a l'individu el sentit a la seva vida. És a dir, si els treballadors amb objectius i motivats amb la seva feina fracassen i no els assoleixen, senten que no poden aportar res a la vida i aquest sentiment pot ser un desencadenant del burnout (López, 2017).

Pel que fa al *Model d'autoeficàcia de Cherniss* (Cherniss, 1993) explica que un assoliment dels objectius consecutivament fa que l'eficàcia de l'individu augmenti. En cas contrari, el no assoliment dels objectius porta a un fracàs psicològic i aquest fa minvar l'eficàcia percebuda pel subjecte. Això pot portar que l'individu desenvolupi burnout (Martínez, 2010).

Finalment, el *Model d'Autocontrol de Thompson, Page i Cooper* (Thompson et al., 1993) destaca quatre variables per explicar l'aparició del burnout: nivell d'autoconsciència, discrepàncies entre les demandes de la feina i els recursos personals, les expectatives d'èxit del subjecte i l'autoconfiança (Manzano-García i Ayala-Calvo, 2013). Si l'individu viu de manera negativa aquestes variables, tendiria a retirar-se mentalment o conductualment, per exemple amb la despersonalització. Aquest fet seria un punt clau en l'aparició del burnout (Martínez, 2010).

3.5.2 Teoria intercanvi social

Els models que es troben dins la teoria de l'intercanvi social es centren en les relacions interpersonals que té l'individu. Aquestes relacions fan que l'individu es compari socialment i això pot portar a percebre faltes d'equitat que podria ser un iniciador del burnout (Gil-Monte, 2001).

El *Model de Comparació Social de Buunk i Schaufeli* (1993) es va crear per poder explicar els orígens del burnout en infermeria. Segons els autors, en aquest cas, esmenten dos tipus d'orígens del burnout: els processos d'intercanvi social amb els pacients i els processos d'intercanvi social amb els altres treballadors (Manzano-García i Ayala-Calvo, 2013). La incertesa, la percepció d'equitat i la falta de control són tres fonts generadores d'estrès relacionades amb els processos d'intercanvi social (Martínez, 2010).

Pel que fa al *Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy* (1993) es basa en la motivació del treballador. Quan aquesta motivació és frustrada o amenaçada el subjecte pot sentir estrès i aquest portar al burnout, més endavant (Martínez, 2010). Els autors donen molta importància als recursos laborals, que segons ells poden ser objectes, característiques personals, condicions i energies. Aquests recursos porten a crear diferents principis i corol·laris com es pot observar a la Taula 3 que hi ha a continuació (López, 2017).

Taula 3. Principis bàsics del Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy (1993)

Nom	Descripció
Principi 1	La pèrdua de recursos prima sobre el guany de recursos.
Principi 2	Les persones inverteixen recursos per obtenir recursos i, així, protegir-se dels recursos que perden o per recuperar-se de la pèrdua de recursos.
Corol·lari 1	Les persones amb més recursos estan en millor posició per guanyar recursos. Les persones amb menys recursos són més propenses a experimentar pèrdues de recursos.
Corol·lari 2	Les pèrdues de recursos inicials condueixen a pèrdues futures de recursos.
Corol·lari 3	Els guanys de recursos inicials condueixen a augments futurs de recursos.
Corol·lari 4	La manca de recursos porta a intents defensius per conservar els recursos restants.

Nota. Extret de López (2017).

A partir d'aquest model, no només podem prevenir l'estrès, sinó també la possible aparició de burnout (López, 2017). La idea bàsica que té aquest model és que els treballadors es centren a augmentar o mantenir els seus recursos. Per tant, si aquests recursos es perden, es vegin amenaçats o no es rebi el que s'espera, pot aparèixer el burnout (Martínez, 2010).

3.5.3 Teoria organitzacional

Els models que es troben dins de la teoria organitzacional posen èmfasi als estressors laborals i a les estratègies d'afrontament que cada individu pugui tenir per prevenir una situació de cremor (Gil-Monte, 2001). Aquesta teoria anomena les següents variables com a implicades en l'aparició del Burnout: el suport rebut, el funcionament o disfuncionament del rol, el clima i la cultura organitzacional, l'estructura i la falta de salut organitzacional (López, 2017; Martínez, 2010).

En primer lloc trobem el *Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter* (Golembiewski et al., 1988). Aquest model planteja una seqüència temporal del burnout, és a dir, "el succés d'un component precipita al desenvolupament d'un altre" (López, 2017, p. 48). Contemplen que l'estrès sorgeix de la conseqüència de la sobre càrrega laboral i la pobresa

de rol. En aquest moment l'individu generarà estratègies d'afrontament per distanciar-se de la situació que li està generant estrès. En aquest punt podem trobar dues situacions, o bé la de naturalesa constructiva, que seria quan l'individu no perd l'empatia, però aconsegueix apartar-se una mica dels problemes dels altres, o una altra que a partir d'aquest distanciament hi apareguin actituds de despersonalització i per tant podríem dir que és possible el desencadenament de burnout (Martínez, 2010). Golembiewski et al. (1988) contempen el burnout com una síndrome que no només afecta professionals assistencials (López, 2017).

En segon lloc hi ha el *Model de Cox, Kuk i Leiter* (Cox et al., 1993) que centra en burnout com a quelcom que només es dona en professions humanitàries (Manzano-García i Ayala-Calvo, 2013). Aquest model contempla dues variables importants: la variable *sentir-se gastat*, que fa referència a la debilitat emocional i al cansament; i la variable *sentir-se pressionat i tens*, que la relacionen amb l'ansietat i l'amenaça (López, 2017). Des d'un punt de vista més teòric l'Esgotament Emocional el consideren la dimensió essencial del burnout, associat amb la variable *sentir-se gastat*. La Despersonalització la relacionen amb les estratègies d'afrontament que l'individu utilitza per combatre l'esgotament. I per acabar, la baixa Realització Personal és definida per l'avaluació que fa el mateix individu sobre la situació estressant (Martínez, 2010).

Finalment, el Model de Winnubst (1993) concep com a variables clau i interrelacionades del burnout la cultura, el suport social, el clima i l'estructura de l'organització (Martínez, 2010). Aquest model està creat a partir de quatre suposicions (Manzano-García i Ayala-Calvo, 2013):

1. Les estructures organitzatives consten d'un sistema de suport social que s'ajusta degudament al tipus d'estructura.
2. Si s'optimitza el clima, pot millorar-se l'entorn de treball, ja que està relacionat amb el suport social.
3. L'estructura organitzativa, el suport social i la cultura es troben dins dels criteris ètics que té l'organització.
4. A partir dels criteris ètics es pot predir si aquestes organitzacions poden provocar estrès o burnout en els treballadors.

Com el Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter també considera que el burnout pot sorgir en àmbits que no siguin l'assistencial (López, 2017).

3.5.4 Teoria estructural

Aquesta teoria explica a partir d'un model integral l'etiologia del burnout a través de variables personals, interpersonals i organitzacionals. Contempla la síndrome com una resposta a l'estrès laboral que ha sorgit a partir de desequilibris entre les demandes i la capacitat que té l'individu per afrontar-les (Martínez, 2010).

El *Model de Gil-Monte, Peiró y Valcarcel* (1995) fa èmfasi en el sentiment de culpa, que és un símptoma emocional del burnout. Segons Gil-Monte (2005) aquest sentiment ens permet separar dos perfils d'evolució de la síndrome. En primer lloc, si l'individu no desenvolupa sentiments de culpa, tot i que de totes maneres pot patir burnout, la realització de la feina no es veu del tot afectada. En canvi, si l'individu pateix sentiments de culpa, intentarà implicar-se més en la feina per fer minvar aquests sentiments. Com que les condicions de la feina no variaran, hi haurà un augment en l'esgotament personal i la baixa realització personal i la despersonalització tornarà a aparèixer. Aquest cicle porta una altra vegada a un fort sentiment de culpa i el bucle va reforçant el burnout (Manzano-García i Ayala-Calvo, 2013).

3.6 Variables predictives del burnout

3.6.1 Variables sociodemogràfiques

Per poder fer una predicció sobre les variables més notòries en patir burnout hem de donar primer una ullada a les principals variables demogràfiques.

3.6.1.1 Edat

Segons l'edat, hi ha més prevalença en individus joves que en grans. Aquest fet es dona per dues raons. La primera és que la gent jove sol tenir menys experiència que la gent adulta, i té més dificultats per enfrontar-se a l'esgotament. L'altra raó és que el burnout sol sorgir als primers anys de la professió (Bährer-Kohler, 2012).

3.6.1.2 Gènere

Pel que fa al gènere, les dones tenen més possibilitats de patir burnout. Tot i que alguns autors com Martínez (2010) i Bährer-Kohler (2012) adverteixen que podria ser donat per les desigualtats de gènere que hi ha en el sector laboral. És a dir, les dones solen tenir feines on hi ha menys llibertat de decisió, també hi sol haver més dones que treballen en professions més assistencials, les demandes que poden tenir com a dones dins la família (fills, casa...), entre d'altres.

Segons Maslach (2003), els homes i dones són bastant semblants a l'hora d'experimentar el burnout. Però fa èmfasi en una diferència, les dones solen patir més esgotament emocional que els homes, i, en canvi, els homes tendeixen més a sentir despersonalització. Això podria

venir donat que els individus femenins solen tenir un suport per part de la societat en ser sensibles i en canvi els individus masculins moltes vegades se'ls hi nega.

3.6.1.3 Estat civil i estructura familiar

Si mirem l'estat civil de l'individu, el fet de no tenir parella és considerat un factor de risc per l'aparició del burnout. En canvi, s'ha vist que els casos de burnout en individus que estan casats o tenen parella és menor (Maslach, 2003).

Els individus divorciats es situarien entremig d'aquests dos grups, pel que fa a l'augment de l'esgotament emocional estan més a prop dels solters, i si posem el focus en una menor despersonalització, estarien més propers als individus casats o amb parella (Bährer-Kohler, 2012).

Si ens centrem en l'estructura familiar dels individus, els autors discrepen sobre com afecta aquesta variable al burnout. Segons López (2017) i Bährer-Kohler (2012) aquells que tenen fills tenen més resistència a patir burnout. Els fills fan assolir més experiència en la resolució de conflictes i et fan ser més realista. Per contra Martínez (2010), comenta que com més nombre de fills més alt pot ser el nivell d'estrès laboral, i per tant, més predisposició a patir burnout.

3.6.1.4 Educació

Aquesta variable és difícil d'estudiar, ja que la majoria d'estudis realitzats sobre el burnout estan fets en individus que tenen estudis específics sobre aquesta professió. Com s'ha vist amb les variables de l'edat i el gènere no hi ha més semblances que diferències entre els individus (Álvarez i Fernández, 1991).

Segons Bährer-Kohler (2012) hi ha dues diferències:

- Els individus que tenen més estudis poden tenir més predisposició a patir burnout, ja que les seves ambicions i aspiracions són més altes i poden xocar més amb la realitat que les dels individus que tenen una menor educació.
- En el cas dels individus que han estudiat un postgrau s'ha vist un grau alt d'esgotament, però en les altres dimensions no són notòries. En canvi, en individus que han cursat una carrera universitària però no han cursat un postgrau, experimenten una major despersonalització, una menor realització personal i un alt esgotament emocional.

3.6.2 Variables personals

3.6.2.1 Personalitat Tipus A

El patró de personalitat tipus A correspon a un individu impacient, competitiu, que té un compromís excessiu amb la feina, hostil, entre d'altres (Moreno, 2007). Aquests individus tenen més predisposició a partir burnout, ja que la irritabilitat i la impaciència tenen reaccions negatives a l'estrès (Bährer-Kohler, 2012). Tot i que, Maslach (2003) fa èmfasi a què no tots els individus amb aquest patró n'hagin de tenir, ni que els que no segueixin aquest patró quedin exemptes.

3.6.2.2 Locus de control

El Locus de control té una forta relació amb el burnout, aquest expressa en el subjecte que les situacions que viu són controlades per un mateix (LC-intern) o per quelcom extern (LC-extern; Maslach, 2003).

Els individus amb un locus de control intern tenen una reacció més proactiva a l'estrès i a la resolució i adaptació dels problemes. Per tant, podem dir que són menys propensos a patir burnout. Per contra, els individus amb un locus de control extern, tenen més probabilitats d'entrar en l'estrès laboral, ja que atribueixen aquestes situacions a factors que no són controlables per ells (Moreno, 2007; Zumalde, 1999).

3.6.2.3 Autoestima

Una autoestima baixa i una baixa confiança en un mateix es poden considerar factors de risc per una possible aparició del burnout (López, 2017). Aquests fets fan que l'individu sigui menys fort i menys assertiu a l'hora de tractar amb altres persones/companys i afrontar els problemes que puguin sorgir. La seva reacció sol ser passiva i amb poca energia, poc proactiva, i a mesura que no es poden solucionar els problemes els obstacles es van fent cada vegada més grans (almenys des de la percepció de l'individu; Maslach, 2003).

3.6.2.4 Estratègies d'afrontament

Si les estratègies d'afrontament utilitzades per l'individu no han estat elaborades i aplicades correctament aquest podria ser una altra variable predictiva del burnout. Aquesta situació pot portar a una sensació de fracàs professional i generar sentiments de baixa realització personal i esgotament emocional (Moreno, 2007). A mesura que aquests sentiments van en augment, l'individu adquireix conductes de despersonalització com a estratègia d'afrontament. Les estratègies de tipus evitatiu o d'escapament fan que l'aparició de burnout sigui més fàcil (Gil-Monte, 2001).

3.6.2.5 Personalitat resistent

La personalitat resistent forma part de la personalitat positiva i va ser desenvolupar Kobasa al 1979. Segons l'autor, aquests individus afronten les situacions de manera activa i compromesa. Aquesta personalitat integra tres components: el control, el compromís i el repte (Moreno-Jiménez et al., 2006). Es considera aquesta personalitat que actua en el burnout i en els estressors laborals que promouen la seva aparició (López, 2017).

3.6.3 Variables entorn laboral

3.6.3.1 Estrès de rol

El procés de rol que els individus desenvolupen en una feina seria el conjunt d'expectatives que té l'individu d'aquella feina i les conductes i accions que l'individu desenvolupa (Gil-Monte, 2005).

Es poden distingir tres components dins del rol:

- Ambigüitat de rol: Fa referència a imprecisió dels objectius i dels resultats esperats que porten a la confusió i a l'estrès de l'individu (Moreno, 2007). En l'entorn sanitari es sol relacionar molt l'ambigüitat amb la baixa eficàcia professional (López, 2017).
- Conflicte de rol: L'individu experimenta conflicte en el rol quan hi ha certes expectatives o funcions que ha de complir simultàniament, però que són incompatibles entre si. Està més relacionat amb el component emocional de l'individu (Rubio, 2003).
- Sobrecàrrega de rol: Seria la situació d'haver d'atendre una gran demanda de feina i no tenir prou temps per realitzar-les (Moreno, 2007).

3.6.3.2 Clima laboral

El clima laboral està definit com "la percepció que l'individu té respecte a l'estructura i les interaccions psicosocials en el seu ambient de treball" (Gago et al., 2017, p.3). Si aquesta percepció és positiva i favorable menys estrès li generarà a l'individu, per tant, si passa al contrari pot ser una variable predictiva de l'aparició del burnout (López, 2017).

3.6.3.3 Suport social dins l'àmbit laboral

La falta de suport social dins l'àmbit laboral té efectes directes i indirectes sobre el burnout. Alguns dels efectes directes que poden causar la falta de suport és l'estrès i augmentar els nivells de burnout (Gil-Monte, 2005). Per altra banda, si la percepció del suport és bona, és un bon recurs per crear protecció davant del burnout (López, 2017).

3.6.3.4 Presa de decisions i grau d'autonomia

La presa de decisions està estretament relacionada amb l'aparició de burnout. Brissie et al. (1988) van realitzar un estudi amb professors on van descobrir que hi ha més possibilitats de desenvolupar burnout en organitzacions que hi hagi moltes limitacions en deixar-te prendre decisions. Autors com Burke i Greenglass assenyalen que quan l'individu puja de càrrec, des d'una visió jeràrquica, hi ha menys possibilitats que aparegui el burnout, que serien situacions en què l'individu augmenta les preses de decisions (Rubio, 2003).

3.6.3.5 Altres variables

Una variable que també pot ser predictora del burnout són els baixos sous, en aquestes situacions els individus poden tenir sensacions i actituds de despersonalització (Rubio, 2003). El contacte continu a la feina amb individus que estan greument malalts també pot ser un factor de risc en el fet d'aparició de burnout (Moreno, 2007). Els individus que tenen una addicció per la feina també tenen més probabilitats de patir burnout (Rubio, 2003).

Una altra variable important és la presència constant de la mort en l'àmbit laboral. Situacions com el pes de prendre decisions complicades, haver de comunicar a la família i amics la mort d'algú, etc., poden portar a no gestionar bé l'afrontament i ser un factor de risc per l'aparició del burnout (Arranz et al., 1999).

3.7 Síntomes i conseqüències de la síndrome de burnout

El Burnout s'ha de contemplar com una síndrome multidimensional i com un procés d'inadaptació relacionat directament amb l'estrès (Bährer-Kohler, 2012). Segons Maslach i Jackson (1986) els tres símptomes més notoris en el Burnout són els següents. En primer lloc trobem l'esgotament emocional i físic, en segon lloc la despersonalització i finalment l'individu no tindria tanta sensació de realització personal.

3.7.1 A nivell individual

Tot i que els símptomes que es poden manifestar variaran segons l'individu que experimenti burnout, a la Taula 4 que es troba a continuació, es mostren alguns dels símptomes dividits en emocionals, cognitius, conductuals i socials.

Taula 4. Síntomes del burnout

Emocionals	Cognitius	Conductuals	Socials
Depressió	Cinisme	Absentisme	Malhumor
Irrutació	Pèrdua de la creativitat	Desorganització	Aïllament
Disgust	Pèrdua de valors	Evitar prendre decisions	Evitació professional
Pessimisme	Desaparició expectatives	Conductes inadaptatives	Conflictes interpersonals
Hostilitat	Modificació autoconcepte	Evitar responsabilitats	Impaciència
Falta de tolerància	Distracció	Augment addiccions	Apatia
Sentiments de culpa	Sentiments de que no es valora la seva feina		
Avorriment	Inseguretat		

Nota. Adaptat de Moreno-Jiménez et al. (2001).

Els factors emocionals són els que estan més relacionats amb les conseqüències que pot ocasionar el burnout. Els símptomes cognitius podríem trobar-los durant tota la síndrome, però solen ser els primers a aparèixer, que hi hagi una desaparició d'expectatives, distracció... Pel que fa als factors conductuals estan molt implicats en la despersonalització que l'individu amb burnout experimenta. Finalment, els aspectes socials van molt lligat a la sensació de no realització personal i de fracàs, l'individu s'aïlla i es tanca en el seu sentiment (Moreno-Jiménez et al., 2001).

3.7.2 A nivell organitzacional

El burnout no només afecta l'individu que el pateix, també té una gran repercussió en l'àmbit laboral on l'individu treballa. Segons Rubio (2003), cal investigar i estudiar com afecta els treballadors que estan amb contacte amb l'individu que ho pateix, com també els clients, pacients, alumnes, etc., als que ajuda.

El burnout se'l coneix com un "Efecte contagi", les persones que pateixen burnout tenen una influència dins de l'organització laboral on treballen, sigui causant conflictes o interrompent la feina dels altres (López, 2017). Autors com Smith, Bybee i Raish (1988) fan èmfasi a què el contagi és més fort en les organitzacions on la direcció és la causa del burnout (Rubio, 2003).

Els professionals que es troben afectats pel burnout mostren una disminució en el compromís laboral. La intensió d'abandonament també està relacionada amb els tres símptomes principals del Maslach Burnout Inventory (Maslach i Jackson 1986; citat a López, 2017).

3.7.3 A nivell interpersonal-social

Les conseqüències i els símptomes d'un individu que pateix burnout no es desenvolupen només a la feina. Afecta també fortament a la relació amb la família, els amics, la gent més propera a l'individu. Aquests han d'aprendre a tolerar les situacions en què l'individu pot trobar-se irritable i crear conflictes sovint (Arranz et al., 1999).

Els símptomes socials de la Taula 4 no només afecten l'entorn laboral, els símptomes com l'aïllament o l'apatia poden complicar i posar barreres en les relacions socials fora de l'entorn laboral (Moreno-Jiménez et al., 2001).

3.8 Prevenció i mètodes d'intervenció en el síndrome del burnout

3.8.1 A nivell individual

Aquesta intervenció està centrada en l'ensenyament de tècniques i estratègies per tal que l'individu pugui afrontar situacions estressants sense que acabin desenvolupament l'aparició de burnout, centrat des de professionals de CP (Gómez-Batiste, 2009). Per poder explicar algunes de les tècniques i estratègies les classificarem en fisiològiques, conductuals i cognitives (Rubio, 2003).

Tècniques fisiològiques

Aquestes tècniques s'utilitzen per intentar reduir els efectes que produeix l'estrès laboral. Són estratègies emprades per reduir l'activitat fisiològica, el malestar emocional i el patiment físic (Guerrero i Rubio, 2005). Algunes de les més usades són les següents (Rubio 2003):

- El biofeedback
- Tècniques de relaxació física
- Tècniques de control de la respiració

Tècniques conductuals

En el cas de les tècniques conductuals, l'objectiu seria el d'entrenar a l'individu en aquelles habilitats i competències que facin que l'afrontament als problemes no sigui una font de generació d'estrès que pugui desenvolupar el burnout (Guerrero i Rubio, 2005).

- Entrenament en la resolució de problemes
- Gestió eficaç del temps
- Habilitats socials, comunicació i gestió d'emocions

- Aprendre a distanciar la vida personal de la vida laboral
- Exercici físic

Tècniques cognitives

Finalment, les estratègies cognitives volen millorar la percepció que l'individu té sobre la situació. També es centra a intentar millor la interpretació i l'avaluació que fa l'individu sobre els problemes que es pot trobar (Rubio, 2003).

- Mindfulness: aquesta tècnica ajuda a adquirir una consciència plena i pot servir per afrontar de manera més eficaç les futures situacions. Un major autocontrol i autoconeixement podrien ser un factor protector per l'aparició de burnout, per tant aquesta tècnica seria positiva (Justo, 2010).
- Dessensibilització sistemàtica
- Reestructura cognitiva
- Control dels pensaments irracionals

3.8.2 A nivell organitzacional

Una manera de conèixer com es senten els treballadors podria ser a partir Maslach Burnout Inventory (MBI). Es podria passar de manera periòdica el test als treballadors per poder adaptar les estratègies i tècniques a les seves necessitats.

Gil-Monte (2005) proposa tres mètodes d'intervenció i prevenció del burnout a nivell organitzacional:

- Programes de socialització anticipatòria: preveuen el xoc amb la realitat que es pot produir a partir de tenir creences i expectatives irracionals sobre la pròpia professió. Aquest programa treballa per analitzar com l'individu creu que es realitzen certes coses, segons les seves expectatives, i com realment es realitzen.
- Programes de retroinformació: aquesta retroinformació pot provenir de clients, companys, caps, entre d'altres. Serveix per poder resoldre casos de conflictes i ambigüitats de rol, ajustar la percepció de la falta d'èxit que pot tenir l'individu.
- Desenvolupament organitzacional: "és un procés que busca millorar les organitzacions a través d'esforços sistemàtics i planificats a llarg termini, focalitzats en la cultura organitzacional, i en els processos socials i humans de l'organització" (Gil-Monte, 2005, p.152). Té com a objectiu incrementar la salut i l'eficàcia organitzacional.

3.8.3 A nivell Interpersonal-social

Alguns dels símptomes i conseqüències del burnout són l'aïllament, l'apatia, l'augment de conflictes en l'àmbit social, entre d'altres. En el nivell interpersonal-social trobaríem totes aquelles tècniques i estratègies que puguin fer minvar aquests símptomes. El suport social és una de les tècniques més rellevants en aquest nivell (Guerrero i Rubio, 2005).

Pines (1983) explica diferents maneres de com algú de l'entorn laboral pot oferir ajuda i suport social a l'individu que pateix burnout:

- Tenir una escolta activa cap a l'individu.
- Suport laboral, ajudant a l'individu a comprendre millor en què consisteix la seva feina.
- Compartir creativitat, reptes i necessitats entre els treballadors.
- Suport emocional.

MARC PRÀCTIC

4. Objectius generals i específics

4.1 Objectiu general del Treball de Final de Grau

L'objectiu principal d'aquest treball és explorar la presència de burnout en professionals pal·liativistes.

4.2 Objectius específics del Treball de Final de Grau

- O1: Conèixer la realitat actual del burnout en el context sanitari.
- O2: Investigar quines són les variables sociodemogràfiques que mostren els professionals que han manifestat i que no han manifestat burnout.
- O3: Explorar si els professionals que exerceixen en les plantes hospitalàries dedicades a les cures pal·liatives manifesten burnout de manera més freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes hospitalàries.

5. Hipòtesis de la recerca

Les hipòtesis de la recerca que envolten aquest treball són les següents:

- H1: El professional sanitari mostrarà uns nivells elevats de burnout.
- H2: Ser dona, no tenir fills, i d'edat jove (menors de trenta-cinc) seran variables freqüents en professionals que manifesten burnout.
- H3: El burnout serà més present entre aquells professionals sanitaris que exerceixen a l'àrea de cures pal·liatives que aquells que exerceixen en d'altres àrees.

6. Metodologia

6.1 Tipus de disseny

Per realitzar l'estudi d'aquest treball es va emprar un disseny transversal de tipus descriptiu per poder obtenir informació sobre el burnout i com afecta a una mostra en concret en el moment actual. La metodologia utilitzada per dur a terme la recerca va ser de tipus quantitatiu, ja que es va pretendre cercar els fets o causes per les quals sorgeix el burnout.

6.2 Procediment

6.2.1 Mostra

El procés de selecció de mostra va ser a conveniència, contactant amb aquells professionals que complien els següents criteris d'inclusió:

- Exercir actualment com a professional sanitari en un hospital públic.
- Mostrar voluntat per a participar en l'estudi.

No hi va haver limitacions respecte al sexe dels participants o del nombre d'anys d'exercici professional. Tot i això, es va tenir en compte que la mostra contingués professionals tant de les unitats de CP com d'altres unitats hospitalàries, per tal d'assegurar la comparabilitat entre els dos grups de professionals.

6.2.1 Aspectes ètics

Tots els participants van signar el degut Consentiment Informat per tal de participar en l'estudi. En concret, a la primera part del qüestionari utilitzat per la realització del Treball de Final de Grau hi havia una petita explicació sobre el qüestionari i els objectius del treball. També s'exposava la participació, que era d'una manera voluntària i anònima i que podien negar-se a participar i/o retirar-se de la investigació en el moment que volguessin sense cap mena de perjudici.

La informació que s'ha pogut extreure a partir de les respostes dels qüestionaris és confidencial i segueix el compliment de la normativa vigent de protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals).

Al final també es podia trobar un correu de contacte per qualsevol dubte o detall que el/la participant volgués comentar.

6.3 Instruments d'avaluació

Per la part pràctica del treball es va crear un formulari des de la plataforma Google Forms que constava de tres parts. En primer lloc hi constava l'explicació de l'estudi i el consentiment informat (vegeu annex 1). La segona part del formulari constava de 9 preguntes de caire sociodemogràfic per tenir unes dades principals de cada participant. En tercer lloc, els participants trobaven un qüestionari de 22 preguntes que avaluava la presència o no de burnout, així com la seva intensitat.

L'instrument d'avaluació utilitzat per dur a terme l'estudi va ser el qüestionari Maslach Burnout Inventory (Maslach i Jackson, 1986), usant la validació en l'idioma espanyol (Gilla et al., 2019), donat que no existeix cap versió de l'Inventari en la llengua catalana.

Aquest qüestionari avalua la intensitat amb la qual un subjecte pot patir el burnout. Per fer-ho, consta de 22 ítems formulats com a afirmacions sobre sentiments i/o actituds que els professionals poden desenvolupar al lloc de treball. Aquests ítems avaluen les següents tres dimensions:

- Esgotament emocional: avaluar a partir de les preguntes 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 i 20 el grau en què el subjecte se sent cansat emocionalment per la feina. La puntuació màxima que es pot treure és de 54 punts.
- Despersonalització: avalua el grau d'actituds fredes i/o distants a partir de les preguntes 5, 10, 11, 15 i 22. La puntuació màxima que es pot treure és de 30 punts.
- Realització personal: s'avalua amb les preguntes 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 i 21 amb preguntes referents a com es sent l'individu quan treballa, l'autoeficàcia i la realització personal.

Per extreure aquestes puntuacions els subjectes tenen un rang de mesura per respondre a cadascuna de les preguntes. En la següent Taula (Taula 5) es poden veure les respostes que poden seleccionar els subjectes i la puntuació que té cadascuna.

Taula 5. Correlació de les respostes amb la seva puntuació.

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

Nota. Extret de Grau Martín (2007).

Com es pot veure en la Taula 6, a partir de la suma de puntuacions extretes en cada dimensió es pot veure la intensitat del burnout en cada participant.

Taula 6. Criteris per la correcció del MBI.

Aspecte avaluat	Puntuació Baixa	Puntuació Mitja	Puntuació Alta
Esgotament emocional	Fins a 18 punts	De 19 a 26 punts	Més de 26 punts
Despersonalització	Fins a 5 punts	De 6 a 9 punts	Més de 9 punts
Realització personal	Més de 39 punts	De 34 a 39 punts	Menys de 34 punts

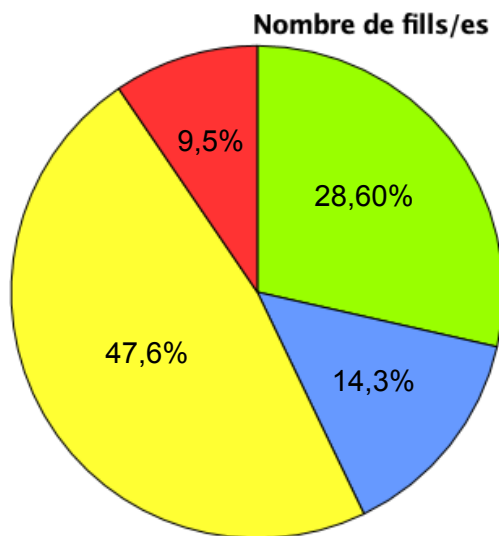
Nota. Adaptat de Grau Martín (2007).

7. Resultats

7.1 Dades sociodemogràfiques

La participació total en aquest estudi va ser de 21 participants. D'aquests, un 95'2% representava al sexe femení (20 participants) i el 4'8% restant al sexe masculí (1 participant). Pel que fa a la mitjana d'edat dels participants va ser de 41'95 (desviació típica [DT]= 13'15), amb una mediana de 41. El valor mínim de la variable d'edat va ser 22 i el màxim 67, sent aquesta última l'edat de l'únic referent masculí en l'estudi.

Figura 4. Nombre de fills/es dels participants



Dels participants enquestats, un 95'2% vivia amb la família i un 4'8% vivia amb la parella. Dels primers, un 23'8% vivia amb els seus pares i, la resta, un 71'4% vivia amb els seus fills/es. D'aquests, 3 participants tenien un/a fill/a, 10 participants tenien dos fills/es i per últim 2 participants tenien tres fills/es. En la Figura 4 es pot veure més clarament com els participants amb fills són més prevalents.

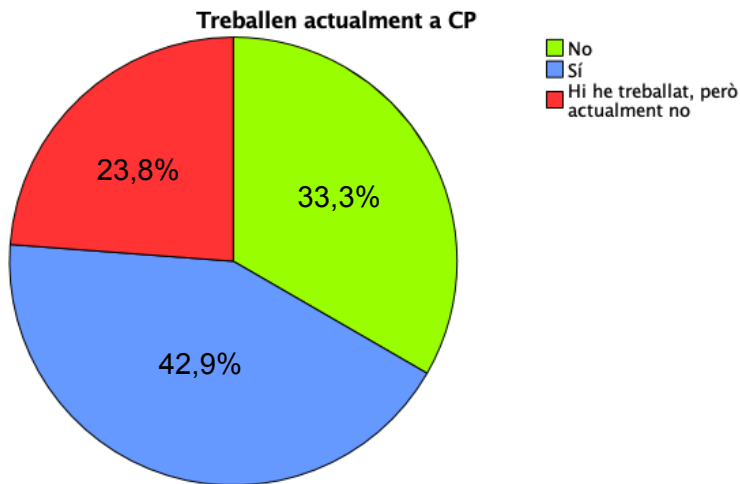
Pel que fa a la professió dels participants, un 19% eren metges/esses, un 28'6% eren psicòlegs/gues i el 52'4% restants eren infermers/es. Els anys d'exercici de la professió varien des del valor mínim 1, fins al màxim 43. La mitjana d'anys d'exercici professionals dels participants va ser de 16'90 (DT= 12,062).

Referent al lloc on exercien professionalment, trobem una gran variabilitat en les respostes dels participants. Dels participants enquestats, nou treballaven a l'Hospital de la Santa Creu de Vic. A cadascun dels següents llocs hi treballaven dos participants: l'Hospital de Mataró, Hospital de Vall d'Hebron i Parc Sanitari Sant Joan de Déu hi treballen. Finalment a l'Hospital Sagrat Cor, Hospital de Granollers, Hospital Sociosanitari Francolí de Sabadell, CSMA Granollers, CAP Larrard i ICO Badalona, hi treballava un/a participant de l'estudi.

Els participants també responien a quina planta o zona exerceixen la professió. Un 42'9% (9 participants) treballaven a la planta de CP, un 19% treballaven a la Unitat de Convalescència, un 14'3% treballaven a un Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES). La resta que els hi correspon un 4'8% a cadascú (1 participant per

resposta), treballaven a la Unitat de Cures Intensives (UCI), Pneumologia, Geriatria, Centre d'Atenció Primària (CAP) i Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA).

Figura 5. Participants que treballen actualment o no a CP



A partir del punt anterior, podem conèixer que un 42'9% treballaven a CP. Del 57'1% restants, un 33'3% no hi havia treballat mai i un 23,8% hi havia treballat però actualment no. Podem veure en la Figura 5 el gràfic corresponent a la pregunta.

7.2 Qüestionari MBI

El qüestionari MBI ens ajuda a conèixer la intensitat en què els participants enquestats poden patir el burnout. A la Figura 6 es pot veure la gràfica dels 22 ítems amb les 21 respostes dels participants. Analitzant alguns ítems per separat podem veure que hi va haver una gran variabilitat en les respostes dels subjectes. Pel que fa al cas dels ítems relacionats amb la despersonalització, trobem que hi ha respostes més comunes. En les preguntes d'aquesta dimensió, com podem veure en el gràfic, els participants es concentren en una, dues o com a molt tres respostes. Es pot veure clarament en l'ítem 15 (*Realmente no me preocupa lo que les ocurra a los pacientes*) on una gran majoria (N=20) va respondre *Mai* i només un participant, *Poques vegades a l'any*.

Pel que fa a les altres dimensions, es veu una gran variabilitat en les respostes. En la majoria d'elles almenys un dels participants va escollir una de les 7 respostes del qüestionari. Com es pot veure en l'ítem 6 (*Trabajar todos los días con mucha gente es un esfuerzo*), 7 dels participants van respondre *Poques vegades a l'any*, 4 van respondre *Mai* i 3 van respondre *Una vegada a la setmana*. Pel que fa a les altres respostes, *Una vegada al mes o menys*, *Unes poques vegades al mes* i *Unes poques vegades a la setmana*, a cadascuna la van escollir 2 dels participants. I per últim, un participant va respondre *Sempre*. Tot i la diferència en les respostes, es pot concloure que una mica més de la meitat dels participants enquestats (N=11) mai o poques vegades a l'any els hi suposa un esforç treballar cada dia amb gent.

Per tant, podríem dir que aquelles preguntes que afecten a tercers, és a dir, que pregunten per al pensament i l'actuació que tenen els professionals amb els pacients, ens donen respostes generalitzades. En canvi, les respostes a les preguntes més centrades en el subjecte, són molt diverses entre els participants.

Figura 6. Gràfic de barres extret de les preguntes resoltes pels subjectes.

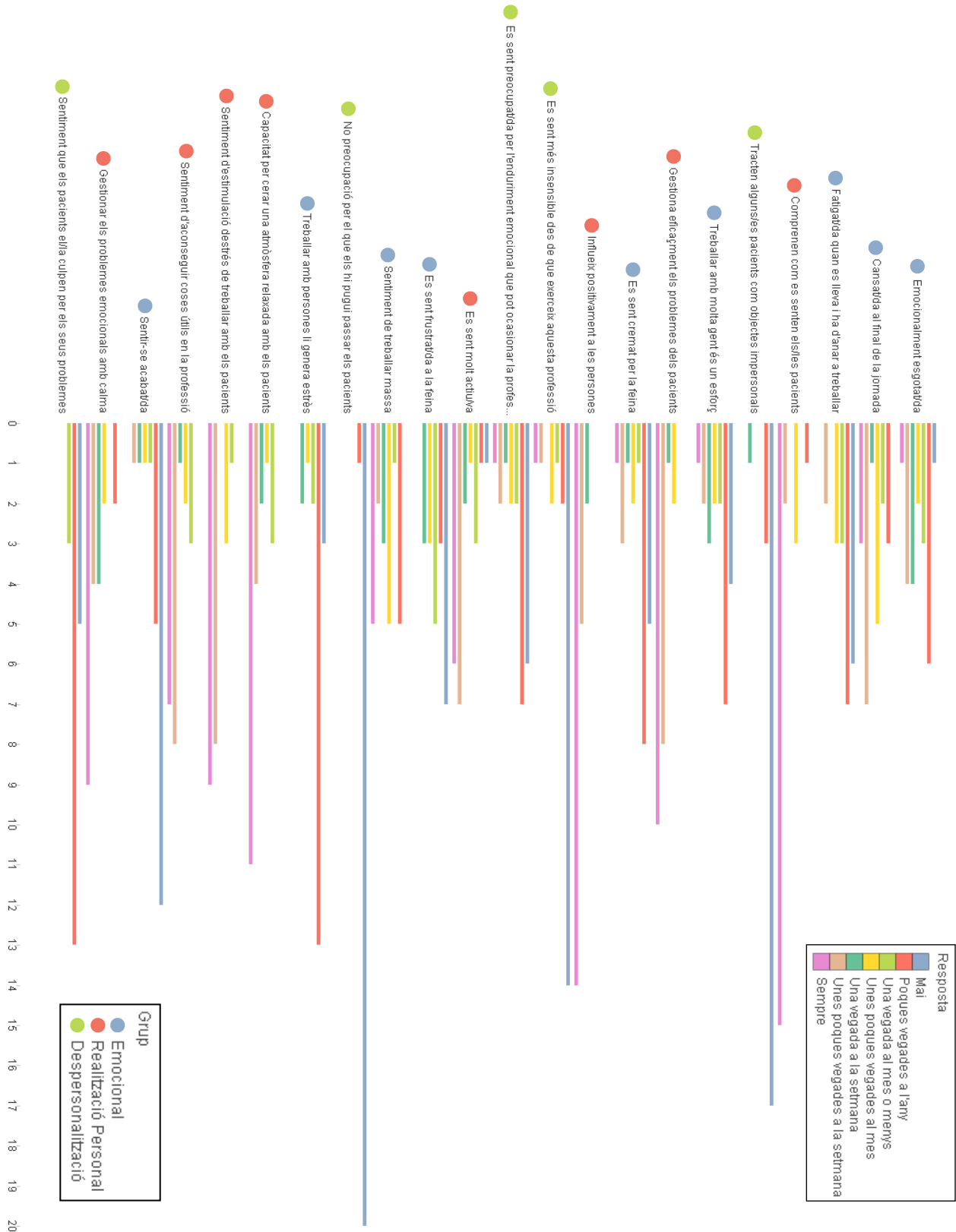
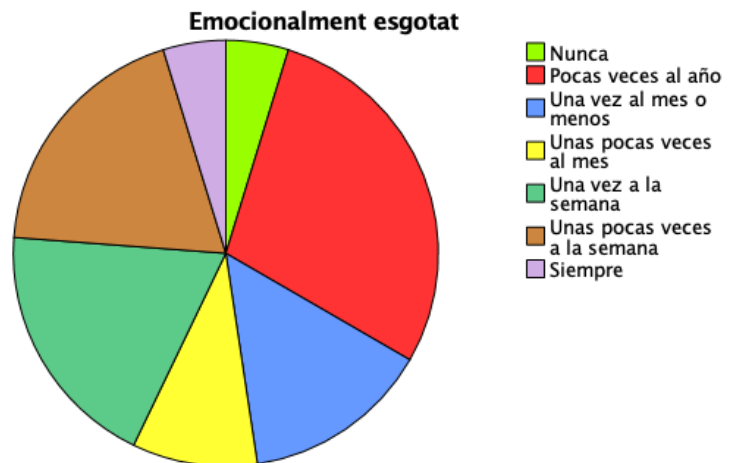


Figura 7. Diagrama de sectors referent a la pregunta 1 del qüestionari MBI.

Com podem veure a la Figura 7, en la primera pregunta: *Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*, podem veure que només un terç dels subjectes van respondre mai o poques vegades a l'any (N=7; 33'4%). Si analitzem les preguntes que van més dirigides a com es sentien o com actuaven amb els pacients ens trobem amb respostes més generalitzades.



Per exemple, a la pregunta 15: *Realmente no me preocupa lo que les ocurra a los pacientes*, podem veure que la gran majoria va respondre mai (N=20; 95'2%). El subjecte restant va respondre poques vegades a l'any.

Com s'ha explicat en el punt 6.3 els 22 ítems avaluen tres dimensions. Per poder veure més clar i poder analitzar si hi ha subjectes que pateixen o no burnout i en quin grau ho fan, hem creat la Figura 8. Aquest gràfic de barres mostra la puntuació de cada dimensió per cada participant, aconseguit a partir de sumar els ítems que corresponen a cada una de les tres dimensions. Per poder entendre millor el gràfic s'han posat unes línies per assenyalar el límit entre patir burnout o no. Pel que fa a la dimensió d'Esgotament emocional i Despersonalització, la superació de la línia ens mostraria un possible cas de burnout (per poder afirmar que el subjecte pateix burnout s'han d'observar les tres dimensions). En canvi, la dimensió de la Realització Personal és a la inversa, si el gràfic està per sota la línia, és quan ens mostraria un possible cas de burnout.

Per poder entendre millor el gràfic, s'ha marcat en el subjecte 12 el que ens mostra que aquest participant segons el MBI mostra una intensitat alta de burnout. En la dimensió de la Despersonalització, marcat amb un rectangle negre, es pot veure que supera el límit (9 punts), ja que el participant 12 té una puntuació de 14 punts. En el cas de l'esgotament emocional ens trobem el mateix, en límit serien 26 punts i el subjecte té 44 punts. Finalment, la dimensió de Realització Personal (que s'analitza a la inversa) es pot veure amb el rectangle negre els punts que faltarien per assolir el límit. En aquest cas el límit és tenir almenys 34 punts i en aquest cas, el subjecte en té 28. Per tant, podríem afirmar, segons el qüestionari MBI, que el participant 12 pateix burnout.

Figura 8. Gràfic de barres extret del sumatori dels ítems agrupats per cadascun dels participants.



A partir d'aquest qüestionari podem dir que, a part del participant 12, cap dels altres participants pateix burnout. Tot i que en la dimensió de la Realització Personal el subjecte 4, 10 i 11 mostren puntuacions baixes, i això podria ser un indicatiu d'un possible futur desenvolupament del burnout. En el cas de l'Esgotament Emocional mostren puntuacions altes el subjecte 3, 16, 17 i 19. I finalment, en la dimensió de Despersonalització només el subjecte 15 té una puntuació per sobre de l'estipulada. Puntuacions altes en aquestes dues dimensions també podrien ser un avís a tenir en compte per futures situacions de burnout.

Pel que fa a les variables sociodemogràfiques, podem veure l'únic participant que segons el qüestionari patia burnout va ser una dona, tenia 29 anys (la qual considerem jove), no tenia fills, vivia amb la seva família i actualment no treballava a CP, però anteriorment hi havia treballat. Aquest subjecte, en un comentari del qüestionari menciona que actualment es trobava treballant a la planta Covid-19 de l'hospital on treballava.

Referent als altres subjectes que tenien alguna dimensió amb una puntuació possiblement predictora d'un futur burnout (N=8), totes eren dones. Pel que fa a l'edat, podem dir que tres de les participants tenien menys de trenta-cinc anys (32, 28 i 28) i les cinc restants eren més joves a trenta-cinc anys (41, 41, 39, 64 i 38). Respecte al nombre de fills/es, dues de les participants no en tenien, tres participants responien tenir un fill/a i la resta (N=3), tenien dos fills/es. Si ens centrem en l'àmbit en el qual treballava cadascuna de les participants trobem que només tres treballaven a CP, una no hi ha treballat mai a CP i les altres no hi treballaven actualment, però hi havien treballat (N=4).

Si observem les variables sociodemogràfiques dels participants que en cap de les dimensions van donar barems alts de burnout (N=12) podem veure que totes eren dones menys un home. Respecte a l'edat de les subjectes, només dos eren menors de trenta-cinc, la resta (N=10) eren més grans. Pel que fa als fills/es, només tres participants no tenien fills/es, dels altres 9 participants, dos d'ells/es en tenien tres i els altres (N=7) tenien dos fills/es. Si observem si treballaven o no a CP, veiem que d'aquests 12 participants la meitat treballaven a una planta o unitat de CP i l'altre meitat no hi treballaven ni hi han treballat mai.

8. Discussió

Per poder desenvolupar aquest punt cal recordar els objectius específics que es van plantejar a l'inici del treball. Aquests objectius eren: Conèixer la realitat actual del burnout en el context sanitari; Investigar quines són les variables sociodemogràfiques que mostren els professionals que han manifestat i que no han manifestat burnout; i Explorar si els professionals que exerceixen en les plantes hospitalàries dedicades a les CP manifesten burnout de manera més freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes hospitalàries. Després de definir aquests tres objectius es van seleccionar tres hipòtesis, cadascuna enllaçada amb i un dels objectius comentats anteriorment. En aquesta part del treball es repassaran aquestes hipòtesis amb el fi de determinar, a partir dels resultats i la seva anàlisi, si es compleixen o no.

La hipòtesi que es va crear per acompanyar al primer objectiu és la següent: El professional sanitari mostrarà uns nivells elevats de burnout. Aquesta hipòtesi sorgeix de la situació actual en la qual vivim, la pandèmia de la COVID-19. Arran d'això s'ha vist les hores i dedicació que hi ha hagut per part del personal sanitari (cosa que no vol dir que abans no passés) i s'ha parlat més del terme burnout o de la síndrome de cremar-se a la feina.

Si s'observen els resultats obtinguts, però no es veu una intensitat de burnout alta en els participants de l'estudi. Només un dels 21 participants ha donat nivells alts de burnout, pel que fa als altres els nivells d'aquest són baixos i com a molt tenen una de les tres dimensions una mica altes.

Tot i que la hipòtesi plantejada a l'inici no es compleix, és interessant veure que la participant que ha donat nivells alts de burnout és l'única de la mostra que treballa a una Planta Covid a l'hospital. Per tant, es podria estudiar més a fons el burnout en professional sanitari en Planta Covid, ja que només amb un subjecte no podem dir que es pot relacionar el burnout amb el fet de treballar en contacte amb la Covid.

El que s'ha vist a partir del marc teòric, és que una de les variables laborals predictorres del burnout (a part d'altres) es veu afectada. Aquesta seria la sobrecàrrega de rol, on el professional viu una situació en la qual ha d'atendre una gran demanda de feina i el temps és just (Moreno, 2007). El fet que aquesta pandèmia hagi i estigui portat molts morts, fa que el burnout pugui augmentar en el personal sanitari. Arranz et al. (1999), consideraven que una presència constant de la mort, haver de prendre decisions complicades, comunicar morts als familiars, entre d'altres, pot ser una variable de risc per una possible aparició de burnout.

A partir del segon objectiu, investigar quines són les variables sociodemogràfiques que mostren els professionals que han manifestat i que no han manifestat burnout, es va crear una hipòtesi a partir de la literatura científica. La segona hipòtesi del treball és la següent:

Ser dona, no tenir fills, i d'edat jove (menors de trenta-cinc) seran variables freqüents en professionals que manifesten burnout. En els resultats obtinguts, centrant-nos en el gènere, trobem que tant la participant que va donar nivells alts de burnout, com les que tenen alguna dimensió alta, són dones. Podem dir que, en el qüestionari que es va realitzar, sí que ser dona és una variable freqüent en els subjectes que van participar en l'estudi. Tot i que s'ha de tenir en compte que, en aquest estudi no hi ha una gran representació masculina. En la literatura científica exposada en el treball, autors com Martínez (2010) i Bährer-Kohler (2012) afirmen que les dones pateixen més burnout que els homes. Ara bé, expliquen que la raó a aquest fet podria ser causat per la desigualtat laboral que hi ha entre homes i dones. Tot i això, no acaben de deixar clar que si aquesta desigualtat fos eliminada, el gènere no seria un valor predictor el burnout. En canvi, Maslach (2003), argumenta que la prevalença tant en homes com en dones és pràcticament igual, l'única diferència és com el viuen cadascun. Generalment els homes experimenten més despersonalització i les dones més esgotament emocional.

Si ens centrem en la variable dels fills/es, els resultats obtinguts no són bastant diversos. Si ens centrem en la participant que mostra nivells alts de burnout, aquesta no té fills/es. Per altra banda, dels participants que mostren alguna dimensió alta, dues no tenen fills/es i les altres cinc tenen un o dos fills/es. Com es pot veure, no hi ha una tendència forta en la quantitat de fills que tenir fills o no tenir-ne sigui una variable freqüent en professionals que manifesten el burnout. Aquesta diversitat podria ser causada per la petita mostra i també pel poc nombre de participants sense fills/es (N=6). Els autors també tenen opinions diverses sobre aquesta variable. Alguns autors (Bährer-Kohler, 2012; López, 2017), comenten que el fet de tenir fills/es és una variable protectora del burnout. Acompanyen aquesta afirmació amb l'explicació que el fet de tenir fills/es et fa tenir més experiència a l'afrontament de conflictes. Per contra, Martínez (2010), diu que com més fills més alts poden ser els nivells de burnout.

L'última variable que exposada en la hipòtesi és l'edat, els resultats obtinguts envers aquesta ens deixen veure que en aquest estudi la presència del burnout és més alta en joves que en gent més gran. La participant 12 tenia vint-i-nou anys, i dels participants que no mostren cap indicatiu de burnout 10 de les participants eren majors de trenta-cinc anys, només dues eren menors. Tot i que dels participants que sí que mostren alguna dimensió alta, tres d'elles eren menors de trenta-cinc anys i les altres cinc eren majors, per tant, en aquesta part, es contradiu amb la hipòtesi plantejada. Segons el marc teòric, es creu que el burnout sorgeix els primers anys de professió i quan l'individu no té gaire experiència afrontant-se a l'esgotament. Per tant, a partir d'aquestes dues bases, es pot extreure que el burnout és més prevalent en joves que en gent més gran (Bährer-Kohler, 2012).

L'última hipòtesi és: El burnout serà més present entre aquells professionals sanitaris que exerceixen a l'àrea de CP que aquells que exerceixen en d'altres àrees. Aquesta hipòtesi sorgeix del tercer objectiu que es basava en poder explorar si els professionals que exerceixen en les plantes hospitalàries dedicades a les CP manifesten burnout de manera més freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes hospitalàries.

Pel que fa als resultats, veiem que de les 8 participants que tenen alguna dimensió alta, només tres treballaven a CP i en el cas dels participants que no tenen cap dimensió alta (N=12), sis treballaven a CP. Per tant, podem descartar la tercera i última hipòtesi, ja que els resultats obtinguts són pràcticament al revés del que s'havia plantejat a l'inici. A partir del qüestionari utilitzat, s'ha vist que els professionals que exerceixen en plantes hospitalàries dedicades a les CP manifesten el burnout de manera menys freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes. Comparant els resultats obtinguts amb la literatura científica veiem que es diu el contrari, com també hem vist en la primera hipòtesi, la presència de la mort és una variable de risc per un futur desenvolupament del burnout (Arranz et al., 1998).

9. Limitacions

Dins d'una recerca és necessari tenir en compte les limitacions que han anat sorgint durant aquesta, ja que pot ajudar a corregir i millorar altres estudis que es facin sobre el mateix tema. En primer lloc, ha estat complicat trobar una mostra més gran de professional sanitari que treballi actualment a CP i per tant, és complicat poder generalitzar amb els resultats obtinguts. En segon lloc també comentar la poca varietat de la mostra, per exemple, el gènere, dels 21 participants només un d'ells és un home. Finalment, comentar que m'hagués agradat poder fer alguna petita entrevista als participants a part de passar el qüestionari MBI. Pel tema de la Covid-19 vam decidir no fer entrevistes i fer-ho de manera telemàticament perquè fos més pràctic per a tothom.

10. Futures línies d'investigació

Per acabar, pensant en les futures investigacions seguint aquesta línia, el primer que es podria fer seria ampliar la mostra per poder conèixer uns resultats més generalitzats i poder establir les variables que poden ser predictores. Aquestes servirien per tenir-ho en compte i poder adequar la prevenció i la intervenció a cada àmbit de treball. Quelcom que també em sembla molt necessari en un futur és treballar més en les intervencions en l'àmbit laboral.

Per altra banda, també seria interessant realitzar un estudi longitudinal. A l'inici de l'estudi es podria aplicar el MBI per així conèixer els resultats generals del lloc on es realitza l'estudi. A partir d'aquests resultats, es podrien crear i aplicar tècniques preventives adaptades als individus i, en els casos necessaris, també intervencions. Més endavant, passat un temps, passar una altra vegada el MBI i així poder conèixer si les tècniques aplicades durant aquest temps han ajudat que els nivells de burnout baixin des del primer qüestionari a aquest.

Si la línia anterior donés bons resultats, podria aplicar-se una revisió anual del burnout en els llocs de treball. Per poder conèixer com es senten els treballadors i com l'empresa pot ajudar i acompanyar a un individu amb nivells alts de burnout.

Finalment, quelcom que també seria interessant, fer una anàlisi correlacional o de regressió per poder conèixer les relacions lineals que poden haver-hi entre les variables sociodemogràfiques o professionals i el burnout. En el cas d'aquest treball s'ha fet només una anàlisi transversal de tipus descriptiu, i per tant, no ens permet parlar de relacions entre variables o de variables predictores.

11. Conclusions

Per concloure el treball de final de grau, recordar que l'objectiu principal d'aquest era explorar la presència de burnout en professionals pal·liatistes. A més a més, també es volia estudiar, a partir dels objectius específics, la realitat actual del burnout en el context sanitari, investigar quines són les variables sociodemogràfiques que mostren els professionals que han manifestat i que no han manifestat burnout i, finalment, explorar si els professionals que exerceixen en les plantes hospitalàries dedicades a les CP manifesten burnout de manera més freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes hospitalàries.

A partir dels resultats extrets dels 21 subjectes que van participar en l'estudi responen el qüestionari MBI, es pot concloure que es tracta d'una mostra amb nivells baixos o nuls de burnout, tret d'un subjecte que va donar intensitats altes de burnout en les tres dimensions.

Referent al fet de conèixer la realitat del burnout en professionals sanitaris, actualment, en plena crisi de la Covid-19 els professionals sanitaris han hagut de fer jornades molt extenses i l'esgotament d'aquests podria ser molt superior que en altres situacions. Aquest fet pot conduir a una sobre càrrega de rol, és a dir, quan el professional ha d'atendre una gran demanda amb un termini de molt petit de temps. Moreno (2007) afirma que aquesta sobrecàrrega de rol podria ser una variable predictora del burnout. Tot i això, segons els resultats obtinguts, no hi ha alts nivells de burnout entre els participants de la mostra. Només un 4,7% (N=1) ha donat nivells alts de burnout en el qüestionari MBI. Un 38,15% ha donat en alguna dimensió nivells mitjans-alts d'intensitat, però tota la resta no ha reflectit cap barem alt de burnout. Per tant, segons l'estudi que s'ha realitzat, podem dir que la realitat del burnout que s'observa en la mostra és de nivells de burnout baixos.

El següent objectiu es centrava en investigar quines són les variables sociodemogràfiques que mostren els professionals que han manifestat i que no han manifestat burnout. Per poder realitzar aquesta investigació a part de la informació que vam extreure pel marc teòric, també es van destinar, dins del qüestionari, preguntes de caire sociodemogràfic. Es van escollir les variables de gènere, edat i tenir o no fills/es com a possibles predictors del burnout. En aquest estudi s'han observat més casos de dones amb nivells alts-mitjans de burnout que d'homes. Com que la mostra masculina és molt petita, seria interessant dur a terme un altre estudi amb mostres compensades referent al gènere. Pel que fa a l'edat, segons l'estudi s'ha vist que el ser jove (menor de trenta-cinc anys) és una variable freqüent en els individus que pateixen burnout o que poden patir-lo. Referent a l'última variable que es volia investigar, segons l'estudi, no es pot dir que tenir fills/es o no tenir-ne sigui una variable que tingui pes en el fet de patir burnout.

Pel que fa a l'objectiu d'explorar si els professionals que exerceixen en les plantes hospitalàries dedicades a les CP manifesten burnout de manera més freqüent que els que exerceixen en d'altres plantes hospitalàries, es pot concloure que en aquest estudi no hi ha indicis de burnout en els professionals enquestats que treballen a CP. A partir dels resultats extrets, del total de la mostra, només en un 14,3% són professionals pal·liativistes amb nivells alts de burnout en alguna de les tres dimensions. Això és tan sols és un indicador d'un possible desenvolupament de burnout en un futur.

Per concloure, exposo el grau d'aportació que ha resultat ser aquest treball per al propi futur tant a nivell professional com personal. En primer lloc, manifestar l'enfortiment del pensament crític que he pogut desenvolupar a l'hora de buscar fonts fiables per dur a terme la investigació. En segon lloc, comentar que és interessant veure com avança el món i, com també a la vegada, conserva i/o es complementa amb les opinions dels primers autors. Sobre el burnout he pogut conèixer des de W. Shakespeare el 1599, passant per Freudenberger al 1974 fins a arribar a l'actualitat d'aquest concepte. Finalment, expressar la gratitud d'haver pogut realitzar aquest treball. Com he expressat a les limitacions, m'agradaria, més endavant, poder realitzar un estudi similar amb una mostra més gran i potser afegint variables laborals al qüestionari. Penso que si al final d'un treball, et plantejes que podries haver fet alguna cosa d'alguna altra manera, significa que has après i, que a partir d'aquest aprenentatge, has pogut contemplar el fet d'afegir coses noves o variar-ne d'altres.

12. Bibliografia

- Acinas, M.P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. *Revista argentina de clínica psicológica*, 24(1), 43-56.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio H. i Hernández F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 302-311.
- Bährer-Kohler, S. (2012). *Burnout for experts: Prevention in the context of living and working*. Springer Science & Business Media.
- Beard, G.M. (1879). *Neurasthenia (nerve Exhaustion): With Remarks on Treatment*.
- Benito, E., Arranz, P., i Cancio, H. (2010). *Herramientas para el autocuidado de profesionales que atienden a personas que sufren*. Elsevier.
- Carlin, M. i de los Fayos, E.J.G. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Cruzado Rodríguez, J. (2016). Psicología de la salut i cures pal·liatives. A J. Barbero, X. Gómez-Batiste, J. Maté i D. Mateo (Eds.). *Manual per a l'atenció psicosocial i espiritual a persones amb malalties avançades* (p. 31-39). Obra Social "la Caixa."
- Gago, K., Martínez, I., i Alegre, A. (2017). Clima laboral y síndrome de burnout en enfermeras de un hospital general de Huancayo, Perú. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(4), 1.
- Gil-Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*, 3(5).
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.

- Gilla, M.A., Belén, S., Moran, V., i Olaz, F. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193.
- Gómez-Batiste, X. (2009). *Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos*. Aran Ediciones.
- Gómez Sancho, M. i Ojeda Martín, M. (2016). Mort, cultura i cures pal·liatives. A J. Barbero, X. Gómez-Batiste, J. Maté i D. Mateo (Eds.). *Manual per a l'atenció psicosocial i espiritual a persones amb malalties avançades* (p. 47-62). Obra Social "la Caixa."
- Grau Martín, A. (2007). Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 43, 18-27.
- Guerrero Barona, E., i Rubio Jiménez, J. C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28(5), 27-33.
- Institut d'Estudis Catalans. (2007). Cremar. En el Diccionari de llengua catalana. Recuperat 21 de gener 2021, de <https://dlc.iec.cat/Results?DecEntradaText=cremar&AllInfoMorf=False&OperEntrada=0&OperDef=0&OperEx=0&OperSubEntrada=0&OperAreaTematica=0&InfoMorfType=0&OperCatGram=False&AccentSen=False&CurrentPage=0&refineSearch=0&Actualitzacions=False>
- Institut d'Estudis Catalans. (2007). Esgotament. En el Diccionari de llengua catalana. Recuperat 21 de gener 2021, de <https://dlc.iec.cat/Results?DecEntradaText=esgotament&AllInfoMorf=False&OperEntrada=0&OperDef=0&OperEx=0&OperSubEntrada=0&OperAreaTematica=0&InfoMorfType=0&OperCatGram=False&AccentSen=False&CurrentPage=0&refineSearch=0&Actualitzacions=False>
- Justo, C. F. (2010). Intervención sobre los niveles de burnout y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena. *Revista complutense de educación*, 21(2), 271-288.
- Kottler, J.A. (1992). *Compassionate Therapy: working with difficult clients*. JosseyBass.

- López, A. (2017). *El Síndrome de Burnout: antecedentes y consecuentes organizacionales en el ámbito de la sanidad pública gallega* [Tesis Doctoral, Universitat de Vigo]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=155904>
- Manzano-García, G., i Ayala-Calvo, J. C. (2013). New Perspectives: Towards an Integration of the concept "burnout" and its explanatory models. *Anales de psicología*, 29(3), 800-809.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 42-80.
- Martínez García, M. i Centeno Cortés, C. (2016). Equip de cures pal·liatives i burnout. A J. Barbero, X. Gómez-Batiste, J. Maté i D. Mateo (Eds.). *Manual per a l'atenció psicosocial i espiritual a persones amb malalties avançades* (p. 467-475). Obra Social "la Caixa."
- Maslach, C (1976). Burned-Out. *Human Relations*, 9 (5), 16-22
- Maslach, C. (1981). Burnout: A social psychological analysis. A J. W. Jones (Eds.). *The burnout syndrome* (p. 31-53). London house.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: Cost of caring*. Malor Books.
- Maslach, C., i Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory; manual research edition*. Palo Alto.
- Maslach, C., i Leiter, M. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. A C. P. Zalaquett i R. J. Wood (Eds.) *Evaluating Stress: A book of Resources* (p. 191-218). The scarecrow Press
- Maslach, C., i Schaufeli, W.B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. A W. B. Schaufeli, C. Maslach, i T. Marek (Eds.). *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 1–16). Taylor & Francis.
- Moreno, A. (2007). Burnout asistencial: Identificación, prevención y mediación en factores precipitantes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 10(1), 63-79.

- Moreno-Jiménez, B., González, J. L., i Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. *Empleo, estrés y salud*, 59-83.
- Moreno-Jiménez, B., Natera, N., Muñoz, A., i Benadero, M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18(3), 413-418.
- Murray, S.A., Kendall, M., Grant, E., Boyd, K., Barclay, S., i Sheikh, A. (2007). Patterns of social, psychological, and spiritual decline toward the end of life in lung cancer and heart failure. *J. Pain Symptom Manage*, 34(4), 393-402.
- Neckel, S., Schaffner, A.K., i Wagner, G. (2017). *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction*. Springer.
- OMS. (1994). *Cancer pain relief and palliative care*. Technical Report Series: 804.
- OMS. (2018). *CIE-11 Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- OMS. (2020). Improving access to palliative care [Imatge digital]. Recuperat 10 febrer 2021, de https://www.who.int/nccds/management/palliative-care/Infographic_palliative_care_EN_final.pdf?ua=1
- OMS. (2020). Palliative Care. Recuperat 10 febrer 2021, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Palma, A., Taboada, P., i Nervi, F. (2010). *Medicina paliativa y cuidados continuos*. Ediciones UC.
- Rubio, J.C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria* [Tesis Doctoral, Universitat de Extremadura]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1494>
- Schwartz, M.S. i Will, G.T. (1953). Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 16(4), 337. Recuperat 22 de gener 2021, de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00332747.1953.11022937?journalCode=upsy20>

William Shakespeare (2000). *Romeo y Julieta*. Classic Books Company.

Zumalde, E.C., i Sánchez, A.V. (1999). Estrés y burnout docente: influencia de variables cognitivas. *Revista de educación*, (319), 291-303.

13. Annexos

13.1 Annex 1: Presentació, explicació de l'estudi i consentiment informat

Burnout en professionals sanitaris

Em dic Clàudia Martorell i sóc una estudiant de quart de psicologia a l'Universitat de Vic. Estic realitzant el Treball de Final de Grau i aquesta enquesta m'ajudarà a veure com el burnout afecta al professional sanitari.

L'enquesta té una durada aproximada d'uns 10 minuts i abans de començar haureu d'acceptar el consentiment informat que trobareu a continuació.

Moltes gràcies per avançar.

CONSENTIMENT INFORMAT

L'objectiu del consentiment informat és proporcionar als participants d'una investigació la informació necessària per a decidir participar voluntàriament en aquesta.

En el següents punts, demano la seva participació (de manera voluntària) en la part pràctica del meu treball de final de Grau, el qual pretén analitzar el burnout en professional sanitari mitjançant l'aplicació del qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI).

Si accedeix a participar a l'estudi, d'una manera voluntària, se li demanarà que respongui a un seguit de preguntes sobre la seva feina i com s'hi sent en ella. Cal dir que el qüestionari és anònim i té una durada aproximada de 10 minuts. La informació que es reculli és confidencial i no s'utilitzarà per qualsevol altre propòsit que no es contempli específicament dins el treball de final de Grau. Totes les dades seguiran el compliment de la normativa vigent de protecció de Dades (Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals).

Cal dir que al ser voluntari, negar-se a participar no comporta ni comportarà cap mena de perjudici pel sol·licitant. Tot i accedir a participar a l'estudi, si en algun moment se sent incòmode pot retirar-se de la investigació sense que això suposi cap perjudici per a vostè.

Finalment, en cas de tenir algun dubte o voler contactar amb la persona investigadora podrà fer-ho enviant un correu a la següent adreça: cmartorellalguero@gmail.com.

Li agraeixo per avançar la seva participació.

1. **DECLARO:** Haver estar informat /da de manera clara i comprensible, havent pogut consultar tots els meus dubtes sobre els procediments i objectius de la investigació

*

Maqueu només un oval.

Sí

No

2. DECLARO: La meva participació en aquest estudi és totalment voluntària, entenent que en qualsevol moment me'n puc retirar sense que això alteri en cap cas el procés assistència. *

Maqueu només un oval.

- Sí
 No

3. DECLARO: Saber que tota la informació que faciliti als membres de la unitat de la UVic, serà totalment confidencial, i només els investigadors coneixeran la identitat dels participants en aquest estudi. *

Maqueu només un oval.

- Sí
 No

4. DECLARO: Saber a qui adreçar-me en el cas de voler comunicar-me amb l'investigador. *

Maqueu només un oval.

- Sí
 No

5. Edat *

6. Sexe *

Maqueu només un oval.

- Masculí
 Femení
 Altres: _____

7. Quina és la teva professió? *

Maqueu només un oval.

- Psicòleg/a
- Infermer/a
- Treballador/a social
- Metge/essa
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Altres: _____

8. Nombre d'anys d'exercici professional del rol assenyalat a la pregunta anterior. *

9. Treballes a la planta hospitalària de Cures Pal·liatives? *

Maqueu només un oval.

- Sí
- No
- Hi he treballat, però actualment no.
- Altres: _____

10. Hospital o centre on treballes. *

11. Zona o planta hospitalària on exerceixes habitualment. *

12. Amb qui convius? *

Seleccioneu totes les opcions que corresponguin.

- Sol/a
- Amics/gues
- Parella
- Progenitors
- Família

Altres: _____

13. Nombre de fills/es *

Maqueu només un oval.

0

1

2

3

4

Altres: _____

13.1 Annex 2: Qüestionari MBI

**Qüestionari Maslach
Burnout Inventory
(MBI)**

A continuació trobareu un qüestionari el qual està realitzat en castellà, ja que està validat en la llengua castellana i no en la catalana.

El qüestionari consta de 22 preguntes i s'ha de seleccionar el número que es cregui oportú segons la freqüència en que es sentin els enunciats.

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

14. 1. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo. *

Maqueu només un oval.

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

15. 2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo. *

Maqueu només un oval.

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

16. 3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar. *

Maqueu només un oval.

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

17. 4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes. *

Maqueu només un oval.

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

18. 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales. *

Maqueu només un oval.

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

19. 6. Trabajar todos los días con mucha gente es un esfuerzo. *

Maqueu només un oval.

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

20. 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes. *

Maqueu només un oval.

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

21. 8. Me siento "quemado" por mi trabajo. *

Maqueu només un oval.

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

22. 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas. *

Maqueu només un oval.

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

23. 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión. *

Maqueu només un oval.

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

24. 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente. *

Maqueu només un oval.

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

25. 12. Me siento muy activo. *

Maqueu només un oval.

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

26. 13. Me siento frustrado/a en mi trabajo. *

Maqueu només un oval.

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

27. 14. Creo que estoy trabajando demasiado. *

Maqueu només un oval.

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

28. 15. Realmente no me preocupa lo que les ocurra a los pacientes. *

Maqueu només un oval.

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

29. 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. *

Maqueu només un oval.

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

30. 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes. *

Maqueu només un oval.

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

31. 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes. *

Maqueu només un oval.

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

32. 19. He conseguido cosas útiles en mi profesión. *

Maqueu només un oval.

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

33. 20. Me siento acabado. *

Maqueu només un oval.

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

34. 21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma. *

Maqueu només un oval.

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

35. 22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas. *

Maqueu només un oval.

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

