

# **Delimitació d'un protocol d'acció als centres sanitaris per a prevenir la Síndrome del Burnout entre els professionals**

Treball de Fi de Grau de Psicologia

Psicologia del treball i les organitzacions

**Autora:** Marta Aranda Calero

**Tutora:** María Macarena Palma Naranjo

**Data:** Desembre del 2022

## **Índex**

1. Resum .....	2
2. Introducció .....	3
3. Justificació del tema .....	4
4. Objectius.....	4
5. Marc teòric.....	5
5.1. El burnout al llarg de la història.....	5
5.1.1. Definicions .....	5
5.1.2. Models explicatius .....	6
5.2. Com detectar el burnout .....	9
5.2.1. Simptomatologia i conseqüències .....	9
5.2.2. Fases .....	11
5.2.3. Instruments de mesura .....	12
5.3. Dificultats de diagnòstic .....	15
5.3.1. Manual .....	15
5.3.2. Diagnòstic diferencial.....	16
6. Metodologia .....	17
7. Resultats.....	19
7.1. Factors de risc.....	19
7.2. Factors protectors .....	24
8. Discussió .....	26
9. Conclusions .....	33
10. Referències bibliogràfiques .....	34
11. Annexes.....	38

## **1. Resum**

La Síndrome del burnout o Síndrome del treballador cremat és una malaltia professional present en un món globalitzat i digitalitzat, on cada cop les exigències dels pacients van en augment per l'excés d'informació que poden obtenir mitjançant les tecnologies de la informació i les comunicacions (TIC). El febrer del 2022 l'OMS ha classificat a la nova actualització del manual CIE-11 (World Health Organization, 2022) la Síndrome del burnout com una categoria exclusiva de l'àmbit laboral amb la finalitat de facilitar el seu diagnòstic a les organitzacions, ja que els manuals anteriors no la reconeixien com una categoria aïllada del treball (Masluk et al., 2016), fet pel qual posava l'èmfasi en les característiques de l'individu. La revisió bibliogràfica portada a terme en aquesta memòria s'ha realitzat sobre els factors de risc i els factors protectors que són predictors tant de l'aparició de la simptomatologia com l'evitació o eliminació d'aquesta, amb l'objectiu de delimitar un protocol d'actuació que permeti a les organitzacions actuar prematurament en la prevenció del burnout. La recerca s'ha portat a terme als cercadors Dialnet, Pubmed, APA PsycNet i Google Scholar entre agost i novembre del 2022. S'han seleccionat articles dels darrers 10 anys (2012-2022 inclosos), essent un total de 17 articles revisats. Els resultats mostren les variables analitzades pels diferents autors que, en correlació amb les subescales del burnout diagnosticades a través de l'Inventari de burnout de Maslach (MBI), determinen el risc d'aparició del burnout i els factors protectors que poden prevenir-la entre els treballadors enquestats a nivell nacional i internacional. Les conclusions a les quals arriben els autors mostren que establir un protocol d'actuació basat en l'evidència científica permet una millora de la qualitat de vida dels treballadors, els pacients i el servei assistencial, fet que repercuteix positivament en la societat.

Keywords o paraules clau: burnout, sanitat, estrès, prevenció, factor de risc, factor protector, actuació, protocol, intervenció, síndrome del cremat

## **2. Introducció**

L'Enquesta de Condicions de Treball (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo, 2018) que recull informació sobre les condicions de treball a tota Europa detecta que l'estrès laboral afecta a més de 40 milions de persones a la Unió Europea i costa 20 bilions d'euros anuals per la pèrdua del temps de treball i costos sanitaris, essent la causa de malaltia relacionada amb la feina més freqüent entre la població. L'última enquesta realitzada el 2021 a l'Estat Espanyol (Eurofound, 2022) estableix que el 38% d'enquestats a Espanya pensa que la feina afecta la seva salut de forma negativa, xifres que van en augment.

Actualment, es reconeix la Síndrome del Burnout o del treballador cremat com un problema professional que afecta tant als individus, les organitzacions i la societat, però es troba infradiagnosticat dintre de la pràctica clínica (Masluk et al., 2016). La seva simptomatologia conflueix amb altres tipus de trastorns com la depressió, l'ansietat o trastorns somàtics, però socialment es tracta d'un trastorn poc estigmatitzant (Breso, Salanova i Schaufeli, 2017) perquè s'entén que està produït no per característiques intrínseques de la persona, sinó per un context ambiental dins de l'àrea professional, fet que exculpa a l'individu.

Els manuals com el CIE-10 l'entenen com un problema relacionat amb les dificultats de la vida, i les classificacions del DSM-IV i DSM-V el contemplen com un trastorn adaptatiu coincident amb uns estressors identificables de nivell psicosocial (Masluk et al., 2016). El fet de no identificar la Síndrome del Burnout amb una entitat pròpia del lloc de treball comporta conseqüències quant al diagnòstic, el tractament en cas de presència de la simptomatologia i portar a terme una intervenció adequada per a prevenir-la. Per això, el febrer del 2022 l'OMS la classifica al CIE-11 (World Health Organization, 2022) i la reconeix com a malaltia professional pròpia de les organitzacions.

Malgrat que la majoria d'investigacions s'han centrat en les professions assistencials, es reconeix que la Síndrome del Burnout també pot aparèixer en altres professions no assistencials produint una situació d'incapacitat permanent o temporal que afecta el desenvolupament de les professions i, en conseqüència, a les organitzacions (Sánchez, 2016). Per aquest motiu, identificar la Síndrome del burnout com una malaltia estrictament professional tindrà un efecte econòmic per a la societat, en tant que es podran reclamar indemnitzacions o prestacions.

Generalment, les investigacions sobre burnout se centren a verificar la seva presència en les professions assistencials, principalment al sector sanitari, però es reconeix que pot sorgir en qualsevol mena de treball, sigui assistencial o no. En aquesta línia, la identificació de factors de riscs clars i concrets que poden intervenir a l'aparició del burnout poden beneficiar a les organitzacions i a la societat en general des d'una prevenció de riscos psicosocials adequada a cada lloc de treball. La identificació dels antecedents i els desencadenants que poden intervenir sobre el treballador i originar la simptomatologia poden actuar com a correctors organitzacionals de prevenció (Fidalgo, 2005b). Aquests factors poden variar d'un treballador a

un altre, però la correcta avaluació de cada un d'ells ajudarà a trobar i concretar el grau d'impacte per tal de realitzar les modificacions adients. El fet que constin per escrit identificats i quantificats a cada organització per a cada lloc de treball, delimitarà la intervenció que s'ha de dur a terme per prevenir la Síndrome del burnout i per una posterior identificació del diagnòstic en cas que la prevenció hagi fracassat. Aquesta prevenció ha de ser prioritària per a les organitzacions, ja que afecta directament sobre la qualitat del servei que ofereixen (Tubay i Plaza, 2017) i, en conseqüència, sobre la ciutadania i la societat en general.

### **3. Justificació del tema**

L'elecció del tema per al TFG no ha sigut casual. Durant quasi 8 anys he estat treballant al sector de la sanitat com administrativa portant a terme un treball assistencial directe amb els pacients de reproducció assistida. Durant aquest temps, les exigències emocionals han estat diverses, però sempre molt dures. En 2019 vaig estar de baixa laboral per l'estrès generat per les condicions de treball, on em van enviar a la Seguretat Social per agafar la baixa i on vaig ser diagnosticada de trastorn d'ansietat inespecífic per la metgessa de capçalera. Per motius econòmics, no vaig poder deixar la feina, però les condicions laborals van canviar considerablement com a conseqüència. Tres anys després, la càrrega de treball tornava a ser superior als meus propis recursos com a treballadora, moment en què vaig confirmar la meua baixa voluntària.

Des del primer moment he estat llegint de diverses fonts sobre el burnout intentant entendre les circumstàncies que poden portar a un treballador a desenvolupar dita simptomatologia. Les múltiples lectures portades a terme i la vivència amb companys i companyes de feina em van fer entendre que el problema va més enllà de les situacions individuals i interrelacionals que es despleguen en el lloc de treball. Les diferències de diagnòstic i la no concreció de les condicions laborals com a desencadenant de la simptomatologia posa l'èmfasi en l'individu i no en l'organització, fet que dificulta la recuperació del treballador si no es detecta adequadament la problemàtica. Oferir un servei assistencial sota unes condicions inadequades quan el personal té una vocació de servei que el motiva a actuar és perjudicial no només pel treballador, sinó també pel pacient i per a l'organització, perquè la qualitat del servei es posa en dubte malgrat assolir els objectius marcats. Per aquesta raó, centrar-nos en una perspectiva psicosocial que permeti intervenir per evitar l'aparició del burnout i delimitar un protocol d'actuació que previngui la seva aparició pot ajudar als professionals sanitaris a tenir unes condicions laborals adequades i conciliadores, contradient la idea atribuïda a Nicolau Maquiavel que el fi justifica els mitjans.

### **4. Objectius**

La **pregunta d'investigació** que motiva aquest treball és la següent: Com prevenir l'aparició del burnout entre els treballadors del sector sanitari? Per aquest motiu, s'estableixen els objectius següents:

### **Objectiu general:**

- Delimitar un protocol d'acció als centres sanitaris per prevenir la Síndrome del burnout entre els professionals per al desenvolupament de la professió.

### **Objectius específics:**

- Identificar els factors de risc psicosocials que desencadenen la Síndrome del burnout entre els professionals sanitaris.
- Identificar els factors protectors que disminueixen o eviten el desencadenament de la Síndrome del burnout entre els professionals sanitaris.
- Plantejar estratègies d'actuació organitzatives per evitar l'aparició del burnout en el desenvolupament professional als diferents llocs de treball del sector sanitari.

## **5. Marc teòric**

### **5.1. El burnout al llarg de la història**

#### **5.1.1. Definicions**

En una societat capitalista com l'actual predomina la idea que per tenir èxit i millors possibilitats en l'entorn laboral s'ha de ser molt productiu, fort i resistent a la pressió constant (Sánchez, Giró i Gámez, 2014). Aquesta concepció porta en molts casos a patir tensió i estrès que es poden afrontar de diferents maneres segons les característiques de personalitat i dels mètodes i estratègies que s'emprin. El problema emergeix quan la situació d'estrès es perllonga en el temps convertint-se en la Síndrome del cremat o burnout, ja que aquesta mateixa concepció del treball condiona que en molts casos passi desapercibuda (García et al., 2016), perquè subjectivament es pot desenvolupar estrès ràpidament, però els canvis objectius per detectar el burnout pot trigar més temps a fer-se evidents (Smith, 2000).

El terme "**estrès**" (García et al., 2016) va ser definit per primera vegada per Hans Selye el 1936 com un estat d'esgotament emocional produït per les altes exigències de rendiment diferent del normal. El 1956 Selye defineix l'estrès davant l'OMS com una resposta inespecífica de l'organisme a qualsevol exigència externa. Posteriorment, és definit tenint en compte les diferents estratificacions que conté establint diferents mètodes i estructures clíniques. El 1980 Freudenberg, Herbert, Richelson i Geraldine el van definir com una situació experimentada per professionals que rendeixen una atenció a persones.

Ara bé, l'estrès no s'ha de confondre amb el "**burnout**", ja que, com veurem, són dos conceptes ben diferents (Fidalgo, 2005a). El 1970 Herbert Freudenberg (García et al., 2016), psicòleg estatunidenc, el va definir per considerar les conseqüències desenvolupades professionalment a professions d'ajuda per l'estrès sever i els alts ideals viscuts, produint apatia, indiferència i/o incapacitat per resoldre problemes. El 1977 Maslach (Maslach et al., 2016) estableix la definició majorment acceptada del burnout per la comunitat científica, amb la connotació que es tracta

d'una patologia emergent en l'entorn laboral i l'estil de vida que produeix la tridimensionalitat de símptomes com la despersonalització, baixa realització personal i esgotament emocional a professions que treballen amb persones.

Aquesta definició, però, és ampliada per Pines i Aronson en 1988 (Fidalgo, 2005a) com un estat d'esgotament mental, físic i emocional provocat per una feina amb fortes demandes emocionals i una involucració persistent per part del treballador. L'ampliació comporta acceptar que, malgrat que les **professions d'ajuda** com mestres, professionals sanitaris o forces de seguretat siguin les que tenen una prevalença de burnout superior d'afectació en els treballadors (Fidalgo, 2005a), les fortes demandes psicològiques també són presents en altres **professions no assistencials** com enginyers, venedors, tècnics o esportistes, produïdes per diverses raons, com la qualitat de les relacions interpersonals, la supervisió emprada o les oportunitats d'aprenentatge de desenvolupament professional presents, inclús pot aparèixer a la **vida quotidiana** allunyada del món laboral (Tubay i Plaza, 2017).

Per tant, el burnout es comprèn com un estat disfuncional, en una persona sense cap alteració psicopatològica significativa, associat íntegrament amb el treball (Fidalgo, 2005a). L'OMS l'accepta com una malaltia laboral que impacta a la salut física i mental dels treballadors, destacant la implicació dels trets de personalitat d'aquestes en la seva aparició i factors psicosocials produïdes pel deteriorament de les condicions organitzatives (Tubay i Plaza, 2017). Per recuperar el seu estat original s'hauran de modificar les condicions laborals que han motivat l'alteració per tal de recuperar la salut (Fidalgo, 2005a).

Des d'una perspectiva clínica, Farber (2000, citat a Masluk et al., 2016) estableix una **triple tipologia** del burnout: **frenètic**, quan el professional està excessivament implicat en la seva feina, arriscant la pròpia salut per una concepció molt ambiciosa d'èxit i assolir els objectius marcats; **desgastat**, quan el treballador manca de motivació mogut per la creença que l'èxit i el reconeixement professional no està relacionat per l'esforç invertit, tenint la sensació que es té molt poc control o cap sobre la seva feina; i **infraestimulat**, quan un treballador exerceix tasques monòtones i repetitives que no li produeixen estimulació suficient.

### **5.1.2. Models explicatius**

Com hem vist, encara que la definició donada per Maslach és la més acceptada, el concepte de burnout ha rebut diferents definicions al llarg de la història. Existeixen diferents models explicatius que intenten explicar el fenomen del burnout basant-se en una sèrie de variables. Cada model emfasitza diferents variables que influeixen per descriure els antecedents i conseqüents implicats en l'aparició de la síndrome del burnout en un treballador. Aquests models permeten estudiar el fenomen des de diferents aspectes per partir d'hipòtesis diferents.

Per a Fidalgo (2005a), existeixen **dues perspectives diferents** des de les quals elaborar aquesta explicació: la **perspectiva clínica**, orientada a realitzar un diagnòstic de burnout, entenent-lo com un estat mental negatiu produït per l'estrès laboral (Sanclemente, 2018); i la

**perspectiva psicosocial** centrada en dos tipus de **factors**, els **d'exposició**, que posen en risc la salut del treballador intentant donar una explicació del fenomen del burnout per tal de realitzar un tractament, i els **protectors**, els quals actuen com a mecanisme de defensa davant de l'estrès en el lloc de treball, ajudant a regular-lo i gestionar les emocions protegint al treballador. Segons aquests dos factors, aquesta perspectiva dissenya un **pla d'actuació** per garantir el dret del treballador de prevenir els factors que poden deteriorar el seu estat mental i físic. Mentre la primera perspectiva posa l'èmfasi en etiquetar els símptomes per tal de diagnosticar-lo adequadament, en aquest treball ens centrarem en la segona perspectiva, ja que per desenvolupar un pla d'actuació que garanteixi l'adequada prevenció de riscos laborals en el lloc de treball, ens haurem de centrar a detectar els **factors de risc** que poden donar lloc al burnout, quins **factors protectors** poden intervenir per evitar o disminuir el seu impacte i quines **accions** es poden portar a terme, tant en el **disseny del lloc de treball** com durant el **desenvolupament de les tasques laborals**, per adequar el lloc del treball al treballador.

Seguint la descripció que fan Gil-Monte i Peiró (1999), el burnout adquireix una interpretació diferent segons el model del qual partim:

- 1) **Models des de la Teoria Sociocognitiva del Jo**: reinterpretant les idees que fa Albert Bandura (Gil-Monte i Peiró, 1999), considera que són les cognicions dels subjectes les que influeixen sobre les seves percepcions i accions, cognicions que alhora es veuen influenciades per les conseqüències de les seves accions i les que s'observen de forma vicària en altres persones. El **self** (autoconfiança, autoeficàcia, autoconcepte, etc.) és la variable central del desenvolupament del burnout (Gil-Monte, 2001), pel que serà la creença o el grau de seguretat que l'individu té en les seves pròpies capacitats les que determinaran l'assoliment dels seus objectius, com de fàcil o difícil li serà assolir-los i les reaccions emocionals que acompanyaran les seves accions. Sota aquesta teoria podem trobar els models següents (Martínez, 2010):
  - a. **Model de Competència Social de Harrison (1983)**: les variables clau que expliquen l'aparició del burnout són la **competència i eficàcia percebuda**. El treballador inicia la feina amb grans expectatives d'altruisme i motivació, però en el desenvolupament del treball hi haurà **factors d'ajuda i factors de barrera** que augmentaran o inhibiran el sentiment d'autoeficàcia laboral, ja que intervindran en l'assoliment d'objectius, per exemple, marcar objectius realistes, tenir autonomia en la presa de decisions, entre altres.
  - b. **Model de Pines (1993)**: les variables determinants són les **altes expectatives i motivació**. Només els treballadors amb altes expectatives i molta motivació podran desenvolupar la Síndrome del burnout, perquè cerquen un sentit existencial en la feina que desenvolupen i fracassen en el moment en què perceben fonts d'estrès i un baix suport social (Sanclemente, 2018). El factor protector del burnout és la **baixa motivació** en iniciar al lloc de treball.



- c. **Model d'autoeficàcia de Cherniss (1993)**: la variable d'**autoeficàcia** (Sancllemente, 2018) és clau per desenvolupar el burnout. No assolir els objectius establerts produeix el sentiment de fracàs i desconfiança en les pròpies competències, mentre que una alta autoeficàcia percebuda protegeix al treballador en creure's que pot fer front a les situacions estressants amb les capacitats disponibles.
  - d. **Model de Thompson, Page i Cooper (1993)**: l'**autocontrol** del treballador serà la porta per al burnout. Aquí intervindran quatre factors: un treballador que té un **alt nivell d'autoconsciència** percep les **discrepàncies entre els recursos disponibles i les demandes laborals**, si no aconsegueix els objectius laborals, tendeix a fer front la situació mitjançant una retirada mental o conductual, per exemple, amb la despersonalització. Com més elevades siguin les **expectatives d'èxit personal** en el treball i més alta l'autoconsciència, més gran serà la frustració que senti en no assolir els objectius, generant alhora **sentiments baixos d'autoconfiança**.
- 2) **Models des de la Teoria de l'Intercanvi Social**: el treballador detecta **manca d'equitat o guany** en les seves relacions interpersonals, de forma que en comparar-se socialment amb els altres percep que sistemàticament s'impliquen i s'esforcen massa en comparació amb el què reben.
- a. **Model de Comparació Social de Buunk i Schaufeli (1993)**: els autors expliquen el desenvolupament del burnout a les professions d'infermeria (Sancllemente, 2018) sota diferents variables que es donen en una doble etiologia: els **processos d'intercanvi social** i els **d'afiliació i comparació social**. Així, estableixen que el treball d'infermeria genera *per se* **incertesa**, de forma que les **expectatives de recompensa i d'equitat** s'acostumen a frustrar. Tanmateix, no cerquen **suport social** dels companys per fer front a situacions estressants, car creuen que seran titllades d'incompetents.
  - b. **Model de Conservació de Recursos d'Hobfoll i Freedy (1993)**: parteix de la idea que els éssers humans tendim a **construir i adquirir recursos i prevenir la pèrdua d'aquests** (Bormann i Gellatly, 2021). La variable central és la **motivació** del treballador, la qual es veu amenaçada per les situacions estressants. La pèrdua de recursos genera estrès, motiu pel qual executen estratègies de retraïment com la despersonalització. Per reduir els nivells de burnout s'ha de ser actiu, modificant positivament les cognicions i percepcions i augmentant els recursos disponibles.
- 3) **Models des de la Teoria Organitzacional**: les variables centrals se situen en el **context de l'organització** (disfunció de rol, estructura organitzacional, cultura laboral, clima i manca de salut organitzacional) i les **estratègies d'afrontament** dels treballadors davant d'aquests

estressors, per tant, les variables diferiran segons el tipus d'estructura de l'organització i la institucionalització en el suport social on es trobi el treballador.

- a. **Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter (1988)**: es produeix una **progressió seqüencial** de forma cronològica: a la primera fase emergeix la **despersonalització**, on la sobrecàrrega de treball i l'estretor de rol generen la pèrdua d'autonomia i control amb sentiments d'irritabilitat i fatiga que negativitzen l'autoimatge. A la segona fase disminueix la **realització personal**, puix que el treballador intenta fer front a la situació mitjançant estratègies d'allunyament més o menys constructives depenent dels seus trets personals. I a la tercera fase augmenta l'**esgotament emocional**.
  - b. **Model de Cox, Kuk i Leiter (1993)**: la variable central és la **salut de l'organització** com ajust entre la percepció del treballador i la integració i coherència dels **sistemes organitzacionals**. L'esgotament emocional emergeix en les professions humanitàries produint-se situacions estressants a les quals s'intenta fer front amb la despersonalització com estratègia d'afrontament. A conseqüència de les experiències frustrades que es generen, el treballador avalua negativament l'estrès i l'afrontament que en fa, provocant la baixa realització personal.
  - c. **Model de Winnubst (1993)**: l'autor comprèn que el burnout pot aparèixer a qualsevol professió, no només a les que donen un servei de salut o ajuda, perquè les variables centrals són **l'estructura, la cultura i el clima de l'organització**. Els antecedents del burnout poden variar segons el tipus de cultura de l'organització i institucionalització del suport social, afectant la percepció que fa el treballador de l'estructura organitzativa.
- 4) **Models des de la Teoria Estructural**: es basen en els models transaccionals per explicar el burnout de forma integral considerant els **antecedents personals, interpersonals i organitzatius**, sorgint l'estrès del desequilibri en la percepció que en fa el treballador entre la seva capacitat de resposta i les demandes de l'entorn.
- a. **Model de Gil-Monte i Peiró (1997)**: es té en compte variables de tipus **organitzacional, personal i estratègies d'afrontament**, perquè es comprèn el burnout com una resposta a la percepció de l'estrès laboral del conflicte i l'ambigüïtat del rol que es desenvolupa, revaluant aquest estrès percebut i les seves conseqüències quan l'afrontament és inadequat davant de la situació estressant.

## **5.2. Com detectar el burnout**

### **5.2.1. Simptomatologia i conseqüències**

Per conèixer quines variables haurem de treballar des de la perspectiva psicosocial hem de tenir clar quins símptomes es desencadenen i les conseqüències que poden generar. Segons

la descripció que va fer Maslach (García et al., 2016; Rindfleisch, 2017), es descriuen 3 tipus de **síntomes** associats a la Síndrome del burnout:

1. **Esgotament emocional**: és la característica principal de la síndrome (Fidalgo, 2005a) i ha de romandre durant un temps perllongat de setmanes i mesos (Rindfleisch, 2017). El contacte continu amb persones, tant companys com clients o pacients, en unes condicions laborals que no s'ajusten al treballador produeix una sensació creixent d'esgotament físic i psicològic (Fidalgo, 2005a). Els recursos emocionals dels quals disposen els treballadors que pateixen aquesta síndrome són limitats per relacionar-se amb altres persones. La sobrecàrrega de treball els fa sentir estabornits davant de situacions on mostrarien empatia o compassió (Rindfleisch, 2017).
2. **Despersonalització**: emergeix com a estratègia de protecció enfront de l'esgotament emocional (Fidalgo, 2005a), adquirint una actitud d'aïllament pessimista, sentiments negatius i conductes cíniques vers al rol que es desenvolupa i les persones amb les quals es treballa o s'atenen, desenvolupant enduriment afectiu i deshumanització. El tractament que donen als companys i pacients o clients és objectivant i deshumanitzat (Rindfleisch, 2017).
3. **Baixa realització personal**: és la conseqüència d'avaluar negativament la pròpia capacitat de resposta enfront de la situació estressora que és percebuda superior als propis recursos disponibles (Fidalgo, 2005a). Els subjectes senten que la seva feina no és significativa i són incapaços d'apreciar els factors positius o les aportacions que puguin fer perquè els envaeixen sentiments d'ineficàcia i negatius vers ells mateixos (Rindfleisch, 2017).

A **conseqüència** d'aquesta simptomatologia, el treballador se sent descontent de si mateix i insatisfet amb els seus resultats laborals (Fidalgo, 2005a). Així, podem afirmar que el burnout no es dona com a resultat de dificultats físiques, d'un trastorn mental existent, d'un baix salari o manca de coneixement, sinó d'unes conseqüències produïdes per les condicions de treball instaurades per l'organització, fet pel qual existeix la possibilitat de contagiar-se col·lectivament en determinats sectors. Per tant, la síndrome del burnout té una triple conseqüència (World Health Organization, 2010):

1. **Per al treballador**: seguint la classificació que fa Fidalgo (2005b), concerneix l'individu:
  - a. **Psicosomàtiques**: l'esgotament i malestar general dificulten la qualitat de vida del subjecte, s'alteren les funcions orgàniques produint problemes cardiorespiratoris, digestius, nervis, insomni, dolors de cap i musculars, úlceres, pèrdua de pes, entre altres.
  - b. **Conductuals**: absentisme laboral, tracte despersonalitzat en les relacions interpersonals, abús de consum de substàncies com barbitúrics, estimulants,

cafè, tabac, entre altres; canvis d'humor sobtats, dificultats de concentració o per relaxar-se, tracte superficial amb els altres, hiperactivitat i agressivitat.

- c. **Emocionals:** prima l'esgotament emocional amb símptomes disfòrics, distanciament afectiu, ansietat i sentiments depressius, culpa, irritabilitat, baixa tolerància a la frustració i baixa realització personal. El treballador percep el seu funcionament laboral de forma disfuncional (Rindfleisch, 2017).
  - d. **Actitudinals:** pot adquirir actituds negatives de cinisme, indiferència o indolència vers els clients o pacients i l'organització mateixa, oferint una qualitat del servei molt disminuïda per tal de preservar la seva salut.
  - e. **Socials i de relacions interpersonals:** com el treballador s'aïlla i tendeix a una comunicació hostil i deficient, adopta una actitud negativa vers la vida i augmenten els problemes de parella, familiars i la xarxa social fora del treball.
2. **Per a l'organització:** la qualitat del servei es deteriora, els treballadors tendeixen a absentar-se laboralment i existeix molta rotació de personal i abandonament de l'organització (Tubay i Plaza, 2017). L'ambient de treball es veu afectat pel deteriorament de la comunicació i les relacions interpersonals, amb indiferència o fredor amb els companys, disminueix la capacitat de treball, el compromís amb l'organització, el rendiment i l'eficàcia es redueixen, emergeixen sentiments de desesperança i augmenten les reclamacions i queixes dels pacients o clients (Fidalgo, 2005b). També augmenten els errors i els esdeveniments adversos i disminueix la productivitat (Rindfleisch, 2017). Així, la salut del treballador impacta fortament sobre l'habilitat de l'organització per assolir els seus objectius i missions i realitzar adequadament les seves funcions com organització (World Health Organization, 2010).
3. **Per a la societat:** la salut i les condicions de feina d'un treballador afectaran la societat i la comunitat (World Health Organization, 2010) perquè el malestar i les emocions que sorgeixen en el lloc de treball repercuteixen a la llar del treballador i la seva comunitat, afecta la seva xarxa social més propera fent augmentar els costos de serveis socials, processos legals i atenció primària a la salut, ja que no s'arriba a conciliar família i treball. Segons l'acord de Tallinn (World Health Organization, 2010), tenir un bon nivell socioeconòmic millora l'estat de salut i, en conseqüència, redueix els costos en el sistema sanitari. Un bon funcionament empresarial contribueix al creixement econòmic i la prosperitat dintre de la comunitat, crea benestar social que s'expandeix a tot el país.

### **5.2.2. Fases**

El **procés de desenvolupament** de la Síndrome del burnout sorgeix com a resposta a l'estrès quotidià que es produeix quan es desequilibra el context del treball quotidià i la perspectiva individual del professional (Tubay i Plaza, 2017). Segons els trets de personalitat varia la forma d'afrontament de la situació, igual que el tipus d'estressors que interfereixen en les condicions

de treball fan variar els símptomes, els indicis, la seqüència del procés i el temps de cada fase. Per això, Fidalgo (2005b) estableix cinc etapes diferents:

1. Fase inicial o d'entusiasme: el treballador presenta molta energia i es mostra entusiasmat davant del nou lloc de feina, no l'importa allargar la jornada laboral i posseeix expectatives positives vers el seu desenvolupament professional.
2. Fase d'estancament: com no es compleixen les expectatives professionals, el treballador comença a avaluar les contraprestacions de la feina que desenvolupa, percebent un desequilibri entre l'esforç fet i la recompensa. S'inicia un desequilibri entre els propis recursos essent incapaç de mostrar-se eficaç a les demandes laborals, les quals les percep excessives, definint un problema d'estrès psicosocial.
3. Fase de frustració: la feina perd el seu sentit produint frustració, desmotivació i desmoralització, comencen a aparèixer problemes de salut, emocionals, fisiològics i conductuals, perquè qualsevol fet genera irritabilitat i conflictes intergrupals.
4. Fase d'apatia: s'adopten mecanismes de defensa defensiu-evitatiu per afrontar la situació estressant, es produeixen canvis conductuals i actitudinals, distanciació en el tracte amb el pacient o client i cinisme en la necessitat d'oferir un millor servei al client.
5. Fase de cremat: el treballador arriba a col·lapsar-se emocional i cognitivament afectant intensament la seva salut, fet que pot portar al treballador a abandonar el lloc de treball en sentir-se frustrat i insatisfet.

### **5.2.3. Instruments de mesura**

Segons Weber i Jaekel-Reinhard (2000, citat a Masluk et al., 2016), cal fer **una avaluació interdisciplinària** per no caure en un **sobrediagnòstic** de la Síndrome del burnout emprant més d'un instrument per a una adequada identificació de la simptomatologia. En aquest sentit, haurem de fer una **anàlisi funcional** tenint en compte l'historial mèdic del pacient, identificar els estressors que han pogut desencadenar la simptomatologia, l'ús de substàncies psicoactives, l'origen, evolució i temps en què han estat presents els símptomes, fer un examen físic i emprar tests psicomètrics i de laboratori per monitorar l'estrès i l'eix hipotàlem-pituitari-adrenal.

Si no es realitza adequadament l'avaluació i prevenció de riscos psicosocials la Síndrome del burnout pot aparèixer especialment en entorns on s'ofereixen un servei d'atenció al públic (Fidalgo, 2005a). Com hem dit, la simptomatologia emergent en el burnout s'acostuma a identificar com un factor individual allunyat de l'entorn de treball, però el que s'ha d'avaluar no s'ha de centrar en els factors funcionals concrets del subjecte, sinó fer una avaluació holística de tota la situació que envolta el problema per tal d'identificar els riscos psicosocials que poden estar presents, de tal forma que l'avaluació i tractament dels riscos no sigui errònia,

culpabilitzant al treballador de no ser prou resistent en comptes de modificar les condicions de treball responsabilitat de l'organització (Fidalgo, 2005b).

Des de la perspectiva psicosocial, la prevenció en el lloc de treball haurà de tenir presents tres **variables** associades amb la **relació** que el **treballador** té amb el seu **ambient laboral** i les **relacions interpersonals** amb les persones a les quals ha d'atendre i els companys (Bresó, Salanova i Schaufeli, 2017), variables que poden actuar com a precipitadores o evitadores o inhibidores de l'aparició del burnout:

1. Variables individuals: edat, gènere, trets de personalitat, patrons de conducta disponibles i locus de control intern i extern. Les mateixes característiques que fan un bon professional (responsabilitat, dedicació, motivació i atenció als detalls) també augmenten la vulnerabilitat a patir burnout (Rindfleisch, 2017).
2. Variables socials: el suport social per part de companys de feina i xarxa social més pròxima per conèixer si se sent valorat per part de l'organització ens ajudarà a determinar la realitat percebuda en el lloc de treball.
3. Variables organitzacionals: avaluar el disseny del lloc de treball, l'exercici de les seves funcions, el contingut del lloc de treball, la reciprocitat amb l'organització i el clima organitzacional.

Tenir presents aquestes variables ens facilitarà determinar l'evolució de la simptomatologia, ja que la forma de combatre la situació estressant pot variar segons els diferents mètodes i estratègies d'afrontament dels que disposa l'individu (Fidalgo, 2005a). En el moment d'adaptar el lloc de treball a la persona que l'ocuparà, s'ha de tenir en compte que els factors que s'han d'avaluar no són característiques intrínseques de la persona, sinó que tenen a veure tant amb les demandes desfavorables per la salut del treballador, com aquelles que el protegeixen garantint un ajust adequat a les seves característiques, tan quantitativa com qualitativa. Així, cal avaluar el seu impacte mesurant tant els riscos organitzatius com els protectors, de disseny del lloc de treball i les exigències del servei amb la interacció amb altres persones (Fidalgo, 2005a). Per això, aquestes tres variables avaluatives ens orientaran a identificar els **factors de risc i protectors** que des de la prevenció de riscos laborals hem de tenir presents en tres nivells: referents al **treballador**, a l'**organització** i a les **relacions interpersonals**.

Consegüentment, la bibliografia revisada proposa emprar els **principals instruments** següents per detectar la freqüència, durada i intensitat de la simptomatologia així com els factors que actuen com a protectors de la salut del treballador:

1. **Entrevista**: com a mesura qualitativa (Fidalgo, 2005b) ha d'esclarir mitjançant una sèrie de preguntes si la baixa laboral o les vacances milloren temporalment la simptomatologia (Masluk et al., 2016).

- 2. Maslach Burnout Inventory (MBI):** com a mesura quantitativa (Fidalgo, 2005b) avalua els antecedents i el grau d'incidència de la patologia, s'empra habitualment aquest test psicomètric, tot i que es recomana no utilitzar-lo com a única mesura per a diagnosticar el burnout perquè podria portar al sobrediagnòstic (Masluk et al., 2016).

Aquest qüestionari es construí per mesurar el burnout en educadors i personal del sector serveis (Bresó, Salanova i Schaufeli, 2017), però com la síndrome pot afectar a altres tipus d'ocupacions, es troba disponible per diferents grups professionals (García et al., 2016) i és molt utilitzat per la rapidesa i senzillesa d'administració. Avalua les tres dimensions proposades per Maslach (despersonalització, esgotament emocional i baixa realització personal) i es pot administrar de forma **genèrica** avaluant la simptomatologia independentment de les tasques a realitzar mitjançant el **MBI-GS** (General Survey), de la qual existeix una versió adaptada a la població espanyola (Salanova et al., 2000, citat a Bresó, Salanova i Schaufeli, 2017), o adaptat a diferent tipus de professions, com sanitaris, estudiants, treballadors de les TIC o teletreballadors. Aquests instruments poden ser administrats format paper i computeritzada, presenten una escala de freqüència de tipus Likert per avaluar del 0 (mai) al 6 (sempre) diferents factors. Els resultats que indiquin una puntuació alta en esgotament i cinisme i baixa en eficàcia personal demostrarà la presència de burnout. Ara bé, els símptomes patognòmics no garanteixen que existeixi la presència de la síndrome, per exemple un metge pot ser cínic o cruel amb els pacients sense necessitat d'estar cremat (Fidalgo, 2005b), fet pel qual cal estudiar l'educació i trets de personalitat dintre del context on emergeix la simptomatologia.

- 3. Elements rellevants organitzatius:** aquells elements que poden propiciar o inhibir el burnout es poden avaluar identificant, mitjançant criteris normatius propis de l'avaluació dels riscos psicosocials, amb els quals s'associa les fonts d'estrès laborals amb la simptomatologia, garantint que s'actui sobre l'origen per portar a terme una actuació preventiva i d'intervenció (Fidalgo, 2005b), és a dir, sobre el **disseny del lloc de feina**.
- 4. Dades existents a l'organització:** absentismes, baixes, rotacions, abandonaments, entre altres. (Fidalgo, 2005b).
- 5. Característiques intrínseques de la persona:** el **Big-5** és un instrument que avalua els trets de personalitat que poden influir en la predisposició a patir burnout, com l'apertura a l'experiència, responsabilitat, extraversió, amabilitat i neuroticisme (Sánchez, Giró i Gámez, 2014). Aquests trets determinaran la disposició que la persona té a comportar-se d'una determinada manera en relació amb la satisfacció amb la feina (Roth i Pinto, 2010). El neuroticisme o inestabilitat emocional pot influir en l'apatia del treballador en el seu lloc de treball (Tubay i Plaza, 2017), essent difícil mantenir-se estable davant de situacions estressants i amb tendència a manifestar emocions negatives. El qüestionari de personalitat més emprat per diagnosticar el

burnout és el **16-PF** de Catell (Roth i Pinto, 2010) on es detecta una correlació entre ansietat, alta vigilància, un baix nivell d'estabilitat i una relació entre els factors d'esgotament emocional i despersonalització del MBI amb trets de personalitat prudent-impulsiu, confiat-gelós i sumis-dominant. Així, com més puntuació s'obté en burnout menys satisfacció laboral (Roth i Pinto, 2010).

### **5.3. Dificultats de diagnòstic**

#### **5.3.1. Manuals**

Malgrat que la majoria d'investigacions s'han centrat en les professions assistencials, es reconeix que la Síndrome del burnout també pot aparèixer en altres professions no assistencials produint una situació d'incapacitat permanent o temporal que afecta el desenvolupament de les professions i, en conseqüència, a les organitzacions (Sánchez, 2016). Per aquest motiu, identificar la Síndrome del Burnout com una malaltia estrictament professional tindrà un efecte econòmic per a les organitzacions i la societat, en tant que es podran reclamar indemnitzacions o prestacions.

No identificar la Síndrome del burnout com una entitat pròpia del lloc de treball comporta conseqüències quant al diagnòstic, el tractament i intervenció per prevenir-lo. Per això, en febrer del 2022 l'OMS va classificar la Síndrome del burnout com una malaltia professional pròpia de les organitzacions. La diversitat de símptomes que es presenten conflueixen amb altres tipus de trastorns (Roth i Pinto, 2010), pel que no incloure'l com una categoria pròpia del lloc de treball comporta confusió. Així, els diferents manuals disponibles identifiquen el diagnòstic de la Síndrome del burnout de la següent manera, problematitzant una possible actuació:

- **DSMI-IV**: es correspon amb un trastorn distímic (300.4); un trastorn d'ansietat (300.01); i un trastorn de personalitat no especificat (301.9) (Roth i Pinto, 2010).
- **DSM-V**: s'identifica amb un trastorn adaptatiu coincidint amb uns estressors identificables de nivell psicosocial sota els quals es respon emocional i comportamentalment de forma similar a la simptomatologia (Masluk et al., 2016).
- **CIE-10**: s'inclou en el capítol XXI fent referència als factors que afecten l'estat de salut produït per problemes relacionats amb les dificultats de la vida (Masluk et al., 2016).
- **CIE-11**: l'OMS identifica la Síndrome del burnout com una categoria pròpia i exclusiva de les organitzacions. Es troba al capítol 25 com un factor que influeix en l'estat de salut o en contacte amb els serveis de salut i l'introdueix amb una entitat pròpia (QD85) dintre de "Problemes associats amb el treball i l'atur" (World Health Organization, 2022).



### **5.3.2. Diagnòstic diferencial**

La Síndrome del burnout és un tipus de mecanisme d'afrontament i autoprotecció per afrontar les situacions d'estrès que un treballador pot viure en la relació professional-client/pacient i la relació professional- organització (Fidalgo, 2005b). Un diagnòstic inadequat o la confusió amb altres tipus de trastorns amb el qual hi ha comorbiditat té importants conseqüències quant al tractament i la seva prevenció, ja que en no reconèixer-lo com una entitat pròpia de les organitzacions el pacient pot no rebre cap tipus de tractament o rehabilitació, acceptant un diagnòstic erroni, principalment d'ansietat o depressió (Masluk et al., 2016).

El sorgiment de la simptomatologia en un treballador és indicatiu de què la prevenció de riscos laborals que el protegeix de l'impacte de factors externs ha fallat, per això s'ha de diferenciar la Síndrome del burnout d'altres tipus de trastorns identificant-lo principalment com una entitat associada exhaustivament amb el treball, malgrat disposar d'una gran varietat de símptomes (Schwartzmann, 2004, citat a Roth i Pinto, 2010) fent un adequat diagnòstic diferencial:

- **Problema d'adaptació**: l'empresari té l'obligació d'adaptar el lloc de treball al treballador per protegir la seva salut, perquè si no afectarà negativament no només a l'individu, sinó a l'organització i a la societat en general (Fidalgo, 2005b). Així, són les condicions de treball les que produeixen la simptomatologia i, per tant, s'ha d'actuar sobre els possibles factors de risc que poden estar presents.
- **Trastorn somatomorf indiferenciat**: els pacients no tenen una molèstia física de naturalesa orgànica, sinó que aquesta és causada per factors psicosocials (Masluk et al., 2016). La Síndrome del burnout es manifesta de manera progressiva, no sobtada, pel que en aquest cas les molèsties físiques són psicosomàtiques i no hi ha cap altre problema biològic que pugui explicar el fet (Tubay i Plaza, 2017).
- **Depressió**: els símptomes de fatiga i baixa energia són iguals en ambdós casos (Masluk et al., 2016), però la depressió afecta a tots els àmbits de la vida, mentre que en el burnout només afecta el lloc de treball (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo, 2018).
- **Ansietat generalitzada**: el burnout afecta negativament al treball i l'organització, mentre que l'ansietat generalitzada presenta preocupacions també en altres àrees de la vida (Roth i Pinto, 2010).
- **Insomni**: l'insomni potencia la possibilitat d'esgotament personal, però en el burnout es tracta de la conseqüència, no és una causa que produeixi la simptomatologia (Masluk et al., 2016).
- **Fatiga**: en la fatiga el temps de recuperació és relativament curt, però en el burnout la recuperació és molt més lenta (Masluk et al., 2016) i emocionalment costosa, acompanyada de sentiments d'ineficàcia i una autoavaluació negativa que no

contempla la fatiga, la qual manté els sentiments de competència i de realització personal intactes (Bresó, Salanova i Schaufeli, 2017).

- **Estrès:** ambdós termes comprenen un desajust entre les demandes de l'entorn i la capacitat de resposta de l'individu (Bresó, Salanova i Schaufeli, 2017), però Blanch (2014) diferencia entre **eustrès**, un estrès positiu que es produeix com a resposta natural a uns estressors ambientals que ens ajuda a prendre consciència de la nostra eficàcia i aporta sentiments de benestar; i **distrés**, propi del burnout, el qual provoca comportaments poc efectius i de baixa qualitat, prenent consciència de la nostra ineficàcia i sentiments de malestar. També es diferencia per les conseqüències (Masluk et al., 2016): per a l'estrès els efectes poden ser positius, mentre que per al burnout són patològics i deterioren la vida laboral, lloc on es produeix un estrès crònic que debilita els recursos emocionals, físics i cognitius. Biològicament, una persona amb estrès crònic té un augment elevat de cortisol durant les primeres hores del matí, mentre que les que pateixen burnout tenen desregulat l'eix hipotalàmic-hipofisiari-adrenal, segregant baixos nivells de cortisol durant les primeres hores del matí.

Les dificultats per concretar una definició del burnout i els problemes per diagnosticar-ho fa necessari detectar les variables implicades tant en el desencadenament de la simptomatologia (factors de risc), com en l'evitació o inhibició de la seva aparició (factors protectors) amb l'objectiu de delimitar un protocol d'actuació als centres sanitaris que previngui l'aparició de la Síndrome del burnout entre aquests professionals. De les teories i models exposats, la **teoria organitzacional** és la que s'ajusta més al context tècnic i legal referent a prevenir els riscos que poden intervenir en la seva aparició (Fidalgo, 2005a), perquè emfasitza els estressors que poden aparèixer entorn de l'organització i les estratègies d'afrontament que l'individu aplica per tal d'evitar la simptomatologia. Els models des de la teoria organitzacional descriuen les relacions professional-client i professional-organització analitzant variables, modificables o no modificables (Roos, McGongle i Etzel, 2022) incloses en el disseny del lloc de treball i les relacions interpersonals a l'organització com antecedents de la síndrome, és a dir, en les condicions de treball a l'organització.

Així, analitzarem la relació entre el model tridimensional de Maslach (esgotament emocional, despersonalització i baixa realització emocional), les condicions i fonts d'estrès laboral i les seves conseqüències, per tal d'identificar els **factores de risc i protectors** que poden estar presents en el sector sanitari amb l'objectiu de fer una avaluació preventiva (Fidalgo, 2005b) que ens ajudi a **plantejar estratègies d'actuació organitzatives** que protegeixin i evitin l'aparició en el desenvolupament de la professió als diferents llocs de treball del sector sanitari per tal de dissenyar un **protocol d'actuació**.

## 6. **Metodologia**

En aquesta memòria s'ha fet una **revisió bibliogràfica** sobre els factors que intervenen en l'aparició i prevenció del burnout en el personal sanitari. S'ha formulat la **pregunta**

**d'investigació** "Com prevenir l'aparició del burnout entre els treballadors del sector sanitari" de la qual s'obtenen les paraules clau emprades per a l'**estratègia de recerca**.

La recerca bibliogràfica s'ha portat a terme entre agost i novembre del 2022 als següents cercadors electrònics: Pubmed, Dialnet, Google Scholar, APA PsycNet. A partir de les **paraules clau** extretes de la pregunta d'investigació, s'han fet servir els següents descriptors: "burnout", "healthcare System", "sanitat", "MBI", "healthcare professionals", amb el booleà "AND".

Els **criteris d'inclusió** per seleccionar els articles són els següents: 1) articles originals publicats en anglès i espanyol; 2) articles publicats els últims 10 anys, a partir del 2012 inclòs; 3) tipologia d'articles de revista; 4) població de treballadors del sector sanitari, incloent els residents; 5) emprar l'Inventari de Burnout de Maslach (MBI) en la versió general o adaptada per detectar la presència de simptomatologia de burnout en els treballadors segons la tipologia: esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal, mitjançant l'enquesta administrada al personal sanitari per obtenir dades operativitzables i quantitatives; 6) mesurar la correlació entre la presència de la simptomatologia del burnout i els factors protectors i de risc que intervenen en l'aparició; 7) prediuen factors organitzacionals en l'aparició del burnout entre els professionals al seu lloc de treball; i 8) estableixen una influència entre les variables organitzacionals i sociodemogràfiques en l'aparició o prevenció del burnout a les organitzacions.

Respecte als **criteris d'exclusió**, s'han exclòs articles amb les següents característiques: 1) mostres que incloguin estudiants de medicina; 2) tipus d'article d'opinió; 3) detectar la presència del burnout mitjançant proves que no siguin el MBI, com entrevistes o el Qüestionari per l'avaluació de la síndrome del burnout laboral (CESQT); 4) estudis realitzats abans del 2011 inclòs; i 5) articles que no responen la pregunta d'investigació d'aquesta memòria.

La primera **selecció dels articles** que s'ha portat a terme s'ha fet mitjançant la lectura de l'*abstract*. Aplicant els criteris d'inclusió i exclusió, s'han seleccionat un total de 62 articles de les bases de dades. Amb una lectura acurada dels articles, s'han exclòs aquells que inclouen estudiants de medicina en la mostra, no proporcionaven una correlació entre les variables del burnout aportades pel MBI i els factors de risc i protectors, empraven les variables de la simptomatologia del MBI, però no utilitzaven el test MBI com a eina psicomètrica o es basaven en opinions i no en dades operativitzables. En total, s'han seleccionat **17 articles** inclosos per a la revisió sistemàtica (vegeu annex 1), eliminant 45 articles de la selecció. La **mostra total** dels participants en els estudis és de **26.615** en una diversitat de països: Espanya, Colòmbia, França, Anglaterra, Brasil, Itàlia, Estats Units, Portugal, Israel, Polònia, Xina, Turquia, Aràbia Saudita, Iran, Alemanya, Perú, Grècia, Mèxic, Canadà, Austràlia, Pakistan i Hongria.

A l'annex 1 s'observa una **anàlisi de les dades obtingudes** on se sistematitza les variables principals per codificar les dades recollides: any de publicació, tipus de mostra, país i idioma emprat i disseny de l'estudi. No mostra la presència de l'Inventari de burnout de Maslach (MBI) perquè la no utilitat d'aquest és motiu d'exclusió. No s'ha tingut present el tipus d'estudis com a

criteri d'exclusió de la bibliografia seleccionada, pel que dels 17 articles seleccionats, 3 són revisions bibliogràfiques sistèmiques amb metaanàlisi; 4 fan ús d'un estudi observacional, descriptiu i transversal; 2 són estudis descriptius; 6 estudis transversals i 2 estudis observacionals. De les revisions bibliogràfiques, Rodríguez et al. (2018) i Molina et al. (2018) fan servir només articles d'estudis transversals. Molina et al. (2018) han inclòs en la selecció articles que no utilitzaven el MBI, però han estat excloses per a la metaanàlisi, motiu pel qual no s'ha exclòs en la selecció d'aquesta memòria. Finalment, com no tots els estudis permeten una anàlisi de les subdimensions del burnout mitjançant el MBI, no és possible detallar-ho en totes les variables analitzades en els resultats d'aquesta memòria.

## **7. Resultats**

El principal problema de l'aparició del burnout a les organitzacions tan internacional com nacionalment ha sigut fins ara el reconeixement d'aquest com una alteració de la salut mental incipient al lloc de treball i no pas com una malaltia independent d'aquest (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019). Per aquesta raó, la present recerca bibliogràfica destaca la importància d'un enfocament psicosocial que ens permeti detectar l'aparició de la simptomatologia del burnout com a predictors en els professionals sanitaris per tal de presentar un protocol d'actuació que permeti prevenir l'aparició.

Aquesta revisió bibliogràfica presenta **possibles biaixos** que s'han de tenir en compte a l'hora d'interpretar els resultats. En primer lloc, no tots els estudis revisats analitzen les mateixes variables i la gran majoria d'articles només inclouen metges i infermeres, deixant de banda altres professionals que intervenen en el sector sanitari, fet pel qual la generalització a tot el sector pot presentar problemes. Alguns estudis transversals analitzats no estableixen relacions causals entre les diferents variables (Rodríguez et al., 2018; Sturzí et al., 2018; Yuan et al., 2021). La formació de la residència dels metges difereix entre els diferents països (Rodríguez et al., 2018), pel que el fet d'incloure'ls a la mostra pot no ser representativa de tota la població internacional de residents, per tant, caldria realitzar futurs estudis. Finalment, els autoinformes aplicats als treballadors per mesurar el burnout també poden afectar els resultats, ja que pot ser fet per conveniència (Sturzí et al., 2018), atès que els empleats que presenten la simptomatologia tenen tendència a emfasitzar les emocions negatives (Yuan et al., 2021).

### **7.1. Factors de risc**

Els diferents articles destaquen diferents variables presents al sector sanitari predictores de l'aparició del burnout a les organitzacions que s'han de tenir en compte per a la prevenció. Respecte als **factores de risc**, es presenten les següents variables (vegeu annex 2):

#### **• Factors sociodemogràfics:**

1. **Edat:** els professionals més **joves** són més propensos a manifestar simptomatologia associada al burnout (Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2018). Castañeda-Aguilera i

García de Alba (2017) assenyalen els treballadors menors de 40 anys, mentre Palacios i Paz (2019) identifiquen el risc més gran entre els 22 i 27 anys.

2. **Gènere:** el fet de **ser dona** (Lasalvia et al., 2020; Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018) pot presentar un augment de l'esgotament emocional perquè tenen una sobrecàrrega laboral major produïda per la dificultat de conciliar la vida familiar i laboral, mentre que el fet de **ser home** (Arias et al., 2017; Castañera-Aguilera i García de Alba, 2017) presenten uns nivells més alts en despersonalització perquè són menys sociables i mantenen un tracte més distant amb els pacients.
3. **Estat civil:** ser **solter/a** és un factor de risc per augmentar l'esgotament emocional i disminuir la realització personal (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2019; Molina et al., 2018; Pradas et al., 2018). Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) afegeixen el fet de **no tenir fills**.
4. **Antiguitat:** els que presenten **menor temps al lloc de treball** (menys d'un any) (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019) presenten major esgotament perquè tendeixen a culpabilitzar-se dels problemes dels pacients. Arias et al. (2017) i Pradas et al. (2018) ho relacionen amb el fet que es tracta de personal jove amb menor experiència i, per tant, requereixen més aprenentatge. Per Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) l'antiguitat ha de ser **menor de 10 anys**, i per Petrelli et al. (2015) **entre 1 i 5 anys**. Segons aquests últims autors, els de **major antiguitat** tenen percentatges majors en esgotament emocional i despersonalització, essent els que més antiguitat tenen (més de **15 anys**) o entre **6 i 20 anys** per Lasalvia et al. (2020).
5. **Nombre de feines:** per Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) mantenir-se en **un sol treball** és predictor de burnout, mentre que Molina et al. (2018) estableixen que tenir **múltiples feines** produït per la inseguretat laboral, la reducció de jornada i les places limitades en el sector públic contribueix a augmentar l'esgotament laboral.

· **Factors psicològics:**

6. **Sobrecàrrega psicològica:** per Ballesteros (2012) i Sturzú et al. (2018) existeixen dos factors que produeixen esgotament emocional i despersonalització com estratègia d'afrontament: el **contacte constant amb el patiment i la mort d'altri**, el qual produeix dessensibilització, i les **actituds dels demandants d'assistència, enfrontaments i la manca d'entesa mútua**. Aquestes situacions produeixen una exposició crònica a l'estrès i ansietat constant en el personal (Lasalvia et al., 2018; Rodríguez et al., 2018) que, juntament amb la manca d'intel·ligència emocional (Pradas et al., 2018) emfasitzen l'esgotament, reduint la qualitat de vida. Moukarzel et al. (2019) troben els metges els que pateixen un nivell més alt d'exigència psicològica, però la tensió laboral pot presentar-se també en altres professions del sector. Per Sturzú et al. (2018), la despersonalització seria necessària per reduir l'impacte emocional que els

diferents comportaments agressius dels pacients porten a terme amb el personal, reduint l'empatia amb aquests.

7. **Supervisió percebuda:** l'**excés** produeix cinisme com afrontament (Palacios i Paz, 2019; Yuan et al., 2021), i l'**absència** s'associa amb un major esgotament i pitjor qualitat de vida (Pradas et al., 2018), essent predictoros de les tres subescales.
8. **Manca de reconeixement:** la percepció de manca de **valoració del desenvolupament laboral** (Molina et al., 2018), com els TES (Ballesteros, 2012), o la manca de **reconeixement social** per als paramèdics cap a la professió provocada per deficiències en la formació reglada (Mourkarzel et al., 2019).
9. **Estat de salut:** un **estat de salut autopercebuda dolent o regular** (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019) o presentar **problemes psicològics preexistents** (Lasalvia et al., 2020), produeixen vulnerabilitat a desencadenar la simptomatologia davant d'esdeveniments estressants i aplicar estratègies d'afrontament disfuncionals. La necessitat d'adoptar **conductes de seguretat** per evitar el contagi davant de la Covid-19 augmenta l'esgotament emocional i una actitud distant vers el treball (Lasalvia et al., 2020; Zhang et al., 2021). Les condicions de treball afecten **la dieta i la son**, fent impossible menjar regularment, beure suficient aigua o dormir més de 6 hores (Zhang et al., 2021). Finalment, la **manca d'acompanyament psicològic** (Zhang et al., 2021) afecta les tres subescales del burnout, situacions que malgrat no estar en una situació pandèmica, produeix un **abús del tabac i l'alcohol** per combatre l'esgotament, relaxar-se i tranquil·litzar-se, o evadir-se (Petrelli et al., 2018).
10. **Trets de personalitat:** la principal característica és una **alta responsabilitat** (Cañadas et al., 2016; Molina et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Yuan et al., 2021), explicada per la gran preocupació i compromís per la salut de les persones que s'atenen i la manca de dedicació a la vida privada. Aquest grau de responsabilitat sobresurt entre el personal de subintensius i urgències (Lasalvia et al., 2020), els quals estan exposats a situacions de major exigència psicològica, alhora que el personal massa compromès és més vulnerable a perdre l'interès i la motivació per l'organització davant de la manca de reciprocitat. (Yuan et al., 2021). Aquestes situacions d'estrès produeixen també un **alt neuroticisme** entre el personal (Cañadas et al., 2016).
11. **Relacions interpersonals:** Lasalvia et al. (2020) destaquen la **percepció de conflictes entre companys de feina**. Tanmateix, durant la pandèmia es va emfasitzar el **rebuig social** vers els treballadors per la por a contagiar-se (Fernández et al., 2022; Lasalvia et al., 2020), perquè la població desitjava no conviure al mateix edifici o supermercats, fet que afecta les tres subescales del burnout produint culpa, aïllament i vergonya entre els empleats i estigmatitza la professió. A més, Ballesteros (2012) i

Molina et al. (2018) destaquen la **manca de reconeixement social** per part de la població i la resta de professionals del sector vers algunes professions.

· **Factors organitzacionals:**

- 12. Gestió dels recursos laborals:** en aquest sentit s'identifica el **mal aprofitament** per desconeixement de la població dels recursos de Suport Vital Bàsic (Ballesteros, 2012); la **dificultat d'accedir a la informació** relativa al lloc de treball (Ballesteros, 2012; Pradas et al., 2018); la manca d'equitat en la **distribució organitzativa i l'estructura del servei** (Molina et al., 2018), carregant al personal d'infermeria de **tasques informàtiques i documentació**, en detriment de la qualitat en la relació amb el pacient; i la insatisfacció amb els procediments de control d'infeccions que els hospitals posen a disposició del personal per prevenir contagis (Zhang et al., 2021).
- 13. Manca de personal:** no disposar de **suficients treballadors** per repartir i portar a terme totes les tasques és un factor de risc per als empleats (Ballesteros, 2012).
- 14. Conciliació vida social i laboral:** les condicions laborals afecten negativament les relacions interpersonals, es perden la **xarxa d'amistats** i s'interrelacionen només amb **companys de feina** (Ballesteros, 2012), fent augmentar la càrrega de treball entre les dones (Lasalvia et al., 2020; Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018) i disminuint la qualitat de vida.
- 15. Formació:** Ballesteros (2012) identifica la manca de **formació o entrenament** per fer front a les situacions emocionalment problemàtiques, tant pròpies com alienes, per part de l'organització, fet que afavoreix conductes d'evitació.

· **Disseny del lloc de treball**

- 16. Tipus de contracte:** els **contractes indefinits** (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017) en contraposició als contractes temporals i funcionaris, estan relacionats amb puntuacions altes en despersonalització i esgotament emocional.
- 17. Torns de treball: l'excés d'hores** (Fernández et al., 2022; Palacios i Paz, 2019) de feina produeix que els professionals afrontin inadequadament situacions conflictives o estressants i es plantegin la possibilitat de deixar la professió (Cañadas et al., 2016). **L'obligatorietat** de l'extensió de la jornada laboral és predictora de burnout enfront de la voluntarietat a realitzar un servei excessiu (Cañadas et al., 2016), presentant el doble de risc entre les guàrdies (Palacios i Paz, 2019). A partir de **8 hores** de torn es manifesta insatisfacció laboral (Cañadas et al., 2016; Pradas et al., 2018; Zhang et al., 2021), s'incrementa per sobre de **12 hores** de torn (Cañadas et al., 2016), sent superior en torns de **24 hores** (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).

Només Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) situen la jornada a partir de **4 hores**. Els **turns nocturns** (Molina et al., 2018) i els **turns fixos de matí** (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019) presenten un alt esgotament emocional, associat el torn matí a la forta sensació de culpabilització per part dels pacients.

- 18. Rotació de personal:** la rotació de personal provoca que els **companys de feina** no siguin sempre els mateixos, produint esgotament entre el personal (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).
- 19. Sobrecàrrega laboral:** l'excés de **càrrega de treball** (Pradas i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018) afavoreix la presència de despersonalització, esgotament emocional i baixa realització laboral. Cañadas et al. (2016) mostren que un **major nombre d'intervencions** augmenta la quantitat de feina, exigeix un alt nivell en productivitat i eficiència (Rocha et al., 2020) que generen un esgotament extrem (Petrelli et al., 2018). Aquest fet redueix la motivació del personal i afavoreix l'aparició d'errors que debiliten la qualitat del servei assistencial. Durant la Covid-19, Lasalvia et al. (2020) afegeixen el fet que al treballador se li assignin tasques laborals addicionals, perquè dificulta el descans i la recuperació davant de situacions estressants (Zhang et al., 2021).
- 20. Categoria de treball:** els **residents** (Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018) manifesten més simptomatologia del burnout produïda per les condicions de treball (càrrega excessiva de treball i supervisió que inhibeix la seva autonomia) perquè moltes vegades substitueixen la manca de personal remunerat. Aquest fet s'inverteix durant l'emergència sanitària de la Covid-19, perquè el personal amb major risc de presentar burnout eren els **treballadors de primera línia d'atenció mèdica**, els quals estaven en atenció directa amb els infectats per covid (Fernández et al., 2021; Lasalvia et al., 2017), doncs els residents són els últims anunciats a l'atenció assistencial, essent els **metges especialistes** (Rodríguez et al., 2018) els més afectats, ja que els metges generals són la primera línia d'atenció dels pacients amb Covid. Aquest fet contrasta amb els resultats d'Arias et al. (2017), Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) i Rocha et al. (2020) qui identifiquen els **metges i infermeres** les professions amb major risc de patir burnout, ressaltant els **metges d'urgències** (Moukarzel et al., 2019; Zhang et al., 2021), perquè aquestes professions no permeten expressar les emocions, produint un distanciament emocional amb els pacients que debilita l'autoestima i el sentiment d'autoeficàcia. Tanmateix, la tensió laboral pot manifestar-se en totes les **professions implicades en l'àrea d'urgències** com administratius, tècnics, entre altres (Moukarzel et al., 2019). Per contra, Lasalvia et al. (2020) identifiquen major risc en **residents i infermeres**.
- 21. Presa de decisions:** la **poca llibertat** en la presa de decisions de les tasques a desenvolupar per part dels residents (Palacios i Paz, 2019) i dels paramèdics



(Moukarzel et al., 2019) produeix desmotivació entre el personal i afecta les tres subescales del burnout.

**22. Centre de treball:** treballar a **hospitals** (Arias et al., 2017) o **serveis d'urgències** (Cañadas et al., 2016; Moukarzel et al., 2019; Rocha et al., 2020) afecta les tres subescales del burnout perquè estan exposats a situacions intenses i repetitives amb una càrrega psicològica important, essent probable que cometin més errors i afecti el desenvolupament de les seves funcions, tenint un tracte més distant amb pacients.

**23. Nombre de pacients:** l'esgotament emocional augmenta com major és el nombre de pacients que ha d'atendre el personal sanitari (Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018).

**24. Prescripció de medicaments:** és un factor de risc d'estrès per als metges i infermeres (Molina et al., 2018) perquè pot presentar possibles errors de prescripció.

## **7.2. Factors protectors**

D'altra banda, els diferents autors han identificat les següents variables com **factors protectors** per prevenir l'aparició de la Síndrome del burnout (vegeu annex 3):

### **- Factors sociodemogràfics:**

1. **Edat:** com més edat tenen els treballadors més protegits estan de patir burnout. Aquesta edat se situa a partir dels **35 anys** per a Zhang et al. (2021) i dels **46 anys** per Palacios i Paz (2019). Aquest fet s'explica perquè els joves tenen unes expectatives laborals més altes que la gent més gran (Rocha et al., 2020), motiu pel qual es troben més protegits.
2. **Gènere:** només Castañeda-Aguilera i García de Alba (2017) troben com a protector el fet de **ser dona** si aquesta no té fills ni parella estable, fet pel qual el gènere demostra no ser una variable significativa per fer front la Síndrome del burnout.
3. **Estat civil:** ser **casat** es relaciona (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Pradas et al., 2019; Rocha et al., 2020) s'associa amb nivells més alts de realització personal que els solters.

### **- Factors psicològics:**

4. **Vocació:** el fet de dedicar-se a la professió per **vocació** és protector en l'aparició de la simptomatologia que els que no la tenen (Ballesteros, 2012).
5. **Relacions interpersonals:** el constant contacte i les extenses hores de treball amb els companys de feina creen **relacions d'amistats** (Ballesteros, 2012) que ajuda a equilibrar la vida laboral i social com a font de benestar físic i mental. El **suport social i familiar** fa que els treballadors se sentin moralment acompanyats (Molina et al., 2018;

Zhang et al., 2021). **L'atenció personalitzada als pacients** (Molina et al., 2018) millora el benestar físic de les infermeres, Finalment, una **bona relació amb les relacions jeràrquiques** disminueix l'esgotament emocional (Rocha et al., 2020).

6. **Estat de salut:** percebre's amb una **salut bona o excel·lent** fa sentir-se amb més energia i estar menys polaritzat en emfasitzar els aspectes negatius que els positius de les seves experiències (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).
7. **Trets de personalitat:** uns **valors baixos en responsabilitat i extraversió** protegeixen al treballador del burnout, encara que estarà menys implicat en els objectius de l'organització, mancarà de formació específica en el servei ofert i tindrà un tracte més distant amb la resta de companys (Cañadas et al., 2016).
8. **Esforç:** la tensió laboral pot ser percebuda com un **repte positiu a curt termini** per assolir els objectius, afavorint la sensació d'**autoeficàcia** (Yuan et al., 2021).

· **Factors organitzacionals:**

9. **Recompensa:** percebre un bon salari (Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016) i tenir oportunitats de creixement professional dins de l'organització (Rocha et al., 2020) disminueix la puntuació d'esgotament emocional.
10. **Intervenció psicològica:** els treballadors que manifestaven haver rebut suficient intervenció psicològica durant la pandèmia manifestaven uns nivells més alts en realització personal en sentir-se més satisfets amb la seva feina (Zhang et al., 2021).

· **Disseny del lloc de treball:**

11. **Torn de treball:** disposar d'un **horari flexible** (Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016) permet als treballadors sentir-se més realitzats en la seva àrea personal i ajuda a evitar esdeveniments negatius en el lloc de treball, manifestant una major satisfacció laboral i personal.
12. **Tipus de contracte:** el desgast laboral és menor entre els treballadors amb un **contracte temporal** que els d'un contracte fix, i la insensibilitat disminueix en el **funcionariat** enfront dels contractes temporals i fixes (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).
13. **Categoria de treball:** els que gaudeixen d'un **càrrec més alt a la jerarquia** de l'organització (metges assistents i prefectures) tenen nivells més baixos en les tres subescales del burnout (Arias et al., 2017). Encara que tenen major responsabilitat, tenen un control més alt sobre la seva feina i no acumulen demandes assistencials com càrrecs de sota de la jerarquia. Les seves condicions laborals li permeten tenir una major presa de decisió, un sou més elevat i estabilitat que afavoreixen el seu benestar psicològic, laboral i social.

14. **Prescripció de medicament:** dispensar medicaments pot ser **motivant** per a l'àrea **d'infermeria** com a mètode de desenvolupament professional (Molina et al., 2018).

## 8. **Discussió**

L'OMS ha reconegut el febrer del 2022 al CIE-11 la Síndrome del burnout com una patologia de l'entorn de treball (World Health Organization, 2022), diferenciant-la d'altres trastorns amb els quals hi ha comorbiditat, com l'ansietat o la depressió, considerant que és una malaltia característica de les organitzacions amb conseqüències individuals, interpersonals i organitzacionals que afecten a tota la societat. A la present revisió bibliogràfica hem seleccionat 17 estudis que empen l'Inventari de Burnout de Maslach (MBI) per detectar les tres escales de la simptomatologia (esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal) entre els professionals del sector sanitari. Per delimitar l'objectiu de la nostra recerca i presentar un protocol d'acció als centres sanitaris que previnguin l'aparició de la Síndrome del burnout entre els professionals, els resultats han mostrat els factors de risc desencadenants i els factors protectors que disminueixen o eviten l'aparició.

Des de la perspectiva psicosocial els resultats obtinguts mostren que l'exposició constant del patiment i demandes emocionals dels pacients produeixen una forta sobrecàrrega psicològica (Ballesteros, 2012; Lasalvia et al., 2018; Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Sturzú et al., 2018) que emfasitzen l'esgotament emocional i redueix la qualitat de vida dels treballadors. Juntament amb la sobrecàrrega laboral (Cañadas et al., 2016; Pradas i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018) genera esgotament extrem (Petrelli et al., 2018). Aquest pot explicar-se des dels **models de la teoria sociocognitiva del jo** (Gil-Monte i Peiró, 1999) perquè l'individu assumeix que no té prou recursos, disminuint la sensació d'autoeficàcia que genera emocions negatives. Com a protectors, actuen un esforç a curt termini (Yuan et al., 2021), baixes expectatives laborals (Rocha et al., 2020) i un bon estat de salut autopercebuda (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).

La manca de reconeixement i valoració del desenvolupament laboral (Ballesteros, 2012; Molina et al., 2018), el menyspreu de companys de professió per l'ofici que s'exerceix (Ballesteros, 2012; Molina et al., 2018; Moukarzel et al., 2019) i la manca de formació per afrontar situacions conflictives (Ballesteros, 2012) s'explica des dels **models de la teoria de l'intercanvi social** (Gil-Monte i Peiró, 1999), perquè percebre manca d'equitat entre l'esforç invertit en la professió i els beneficis genera esgotament emocional. Per això, un bon suport social, familiar i laboral (Ballesteros, 2012; Molina et al., 2018; Zhang et al., 2021) actuen com a inhibidors de burnout.

Altres variables situen el problema en el centre de l'organització, com desaprofitar els recursos assistencials (Ballesteros, 2012), dificultats d'accés a la informació relativa al lloc de treball (Ballesteros, 2012; Pradas et al., 2018), torns de treball superiors a 8 hores (Cañadas et al., 2016; Pradas et al., 2018; Zhang et al., 2021) i manca de control sobre les tasques (Palacios i Paz, 2019; Moukarzel et al., 2019) poden explicar-se des dels **models de la teoria organitzacional** (Gil-Monte i Peiró, 1999), perquè malgrat que aquestes variables diferiran

segons l'organització, actuen com estressors pels treballadors, els quals empren la despersonalització com estratègia d'afrontament. Així, recompenses salarials (Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016), oportunitats de promoció (Rocha et al., 2020) i torns flexibles (Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016) són protectors.

Finalment, els **models de la teoria estructural** (Gil-Monte i Peiró, 1999) contempnen els **antecedents personals**, com un deteriorament de l'estat de salut autopercebuda (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019), problemes psicològics preexistents (Lasalvia et al., 2020) i mancar d'acompanyament psicològic (Zhang et al., 2021). **Interpersonals** com la dificultat de conciliació laboral i social (Ballesteros, 2012). I **organitzatius**, com l'elevat nombre de pacients (Palacios i Paz, 2019 i Pradas et al., 2018), la càrrega documental i informàtica (Molina et al., 2018), procediments de control accessibles (Zhang et al., 2021) i personal insuficient (Ballesteros, 2012) s'expliquen pel desequilibri entre la capacitat de resposta i les demandes laborals. Per això, propiciar un bon clima laboral entre els companys i la prefectura (Rocha et al., 2020) i garantir suport psicològic (Zhang et al., 2021) inhibeixen l'aparició.

Com hem pogut observar la bibliografia revisada recull major nombre de factors de risc que intervenen en l'aparició del burnout que factors protectors que l'eviten o eliminen. Les altes exigències laborals a la que s'exposa el servei assistencial sanitari no és qüestió d'una sola institució o de tipus nacional, sinó que té repercussions internacionals que requereixen actuacions que garanteixin **entorns saludables** on els treballadors puguin desenvolupar la seva feina amb estratègies d'afrontament que li permetin disminuir la tensió, compaginar amb la vida personal i garantir un servei a la ciutadania òptim.

Un cop avaluat l'impacte és necessari establir un **protocol d'actuació** per prevenir-lo. No podrem tenir una sanitat humanitària si atenem només aspectes tècnics i administratius, doncs el factor humà que el sustenta s'ha de protegir per tal de salvaguardar a la ciutadania. Per aquest motiu, exposarem a continuació els aspectes que les organitzacions han de tenir en compte per tal que els treballadors puguin fer front a les condicions adverses del seu lloc de treball (vegeu annex 4), presentant les **mesures de prevenció** basada en l'evidència científica que els diferents estudis analitzats proporcionen:

1. **Adquirir coneixements en la formació reglada:** emmarcar la professió dels TES en un cicle formatiu garanteix major reconeixement de la professió (Ballesteros, 2012). A més, adquirir coneixements de tècniques avançades en cures d'emergències (Cañadas et al., 2016) o educació sobre tasques informàtiques i documentació que s'han d'assolir al lloc de treball (Molina et al., 2018) reduiria l'estrès.
2. **Definir els riscos als convenis col·lectius:** especificar els riscos especials, tensió física i mental garanteix una eina de consulta per determinar el tipus de prevenció laboral que s'ha de portar a terme (Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019).

3. **Adequar els recursos assistencials:** garantir un bon ús dels serveis d'emergències i assistencials, que s'empren per a la finalitat adequada (Ballesteros, 2012) i adaptar els recursos a les necessitats del personal (Arias et al., 2017; Pradas et al., 2018).
4. **Afavorir un bon clima laboral:** garantir que l'ambient laboral és agradable afavorint bones relacions entre companys de feina (Arias et al., 2017; Cañadas et al., 2016) i la prefectura (Ballesteros, 2012).
5. **Conciliar vida laboral i social:** relacionar inseparablement vida social i laboral per garantir que els treballadors mantinguin la seva xarxa social (Ballesteros, 2012), romanguin amb la família (Arias et al., 2017; Petrelli et al., 2018) i evitin l'aïllament (Lasalvia et al., 2020).
6. **Contractar suficient personal:** en casos d'excés de càrrega de treball dotar de personal suficient els serveis (Cañadas et al., 2016) garanteix torns de treball més curts i repartiment més equitatiu de la feina (Lasalvia et al., 2020; Zhang et al., 2021).
7. **Equilibrar els torns de treball:** jornades laborals reduïdes (Arias et al., 2017; Cañadas et al., 2016; Rodríguez et al., 2018; Yuan et al., 2021; Zhang et al., 2021) i flexibilitat horària (Cañadas et al., 2016) augmenten la satisfacció i l'afrontament dels conflictes.
8. **Desenvolupar programes d'acompanyament de salut mental:** oferir suport psicològic i psiquiàtric als treballadors (Ferández et al., 2022; Pradas et al., 2018; Zhang et al., 2021) desestigmatitza la salut mental i permet actuar adequadament sobre els desencadenants (Arias et al., 2017). Administrar l'MBI periòdicament permet avaluar la salut mental dels treballadors, l'eficàcia de les mesures (Rodríguez et al., 2018) i identificar problemes psicològics preexistents (Lasalvia et al., 2020).
9. **Compensar als treballadors:** els treballadors necessiten reconeixement professional del seu treball, com un bon sou o oportunitats de promoció, perquè els ajuda a millorar l'autoeficàcia (Arias et al., 2017; Yuan et al., 2021).
10. **Implantar programes d'intervenció:** dotar als treballadors d'eines perquè se sentin segurs en el lloc de treball, com relaxació i atenció plena (Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018; Sturzú et al., 2018), cursos de comunicació i control d'emocions (Fernández et al., 2022; Pradas et al., 2018), grups de suport i orientació professional (Molina et al., 2018; Rocha et al., 2020), maneig de l'estrès, habilitats davant d'agressions i entrenament de la compassió (Sturzú et al., 2018; Yuan et al., 2018).
11. **Promoure la participació en la presa de decisions:** permetre al personal participar en la gestió de les tasques i horaris afavoreix la sensació de control (Lasalvia et al., 2020).

12. **Estimular hàbits de vida saludables:** alleujar l'esgotament proporcionant àpats nutritius i regulars per garantir l'energia i estimular la hidratació del personal instal·lant dispensadors d'aigua en llocs estratègics (Zhang et al., 2021).

El present **protocol d'actuació** està dissenyat per ser presentat a les organitzacions del sector sanitari des d'una perspectiva psicosocial per prevenir l'aparició del burnout. La **població** a la qual va dirigida contempla qualsevol treballador del sector sanitari. Primerament, segons Garzón et al. (2015), cal detectar la presència de burnout entre els treballadors per implementar l'acció adequada: **activitats de prevenció primària**, per treballadors sense simptomatologia amb la finalitat d'adequar el lloc de treball a les seves característiques; **activitats de prevenció secundària**, per aquells que inicien simptomatologia del burnout, aplica estratègies centrades en el lloc de treball que ocupa el professional; i **activitats de prevenció terciària**: dirigida a treballadors amb simptomatologia per recuperar la salut del treballador i la rehabilitació laboral.

---

***Protocol d'actuació als centres sanitaris per  
prevenir la Síndrome del Burnout entre els  
professionals***

---



*Marta Aranda Calero*

### Què és el burnout?

És una patologia que sorgeix a l'entorn laboral com una conseqüència de l'estrès crònic perllongat en el temps. L'OMS l'ha classificat, en febrer del 2022, al CIE-11 com un problema associat al treball que afecta l'individu, a les organitzacions i a la societat. (World Health Organization, 2022).

### Quines conseqüències té per a l'organització?

- Absentisme laboral
- Rotació de personal
- Deteriorament de la qualitat del servei
- Abandonament de l'organització
- Baixa productivitat
- Augment d'errors assistencials

### Com el podem prevenir?

#### Acció 1: Identificar i avaluar els factors de riscos psicosocials

##### Com avaluar-ho?

- Entrevistes
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Elements rellevants organitzatius
- Dades existents a l'organització (absentismes, baixes, rotacions, abandonaments, entre altres)
- Qüestionari de personalitat 16-PF



##### Com identificar-ho?

#### Esgotament emocional

- Durada de setmanes o mesos
- Esgotament físic i psicològic
- Estaborniment

#### Despersonalització

- Aïllament
- Sentiments negatius
- Cinisme
- Enduriment afectiu

#### Baixa realització personal

- Sentiments d'ineficàcia
- Baix rendiment laboral
- Pèrdua del sentit del treball




#### Acció 2: Classificar a la població treballadora per detectar el tipus d'intervenció a implementar



- Treballadors sans
- Treballadors potencials de patir burnout
- Treballadors amb simptomatologia de burnout



**Acció 3: Activitats de prevenció segons el treballador i el lloc de treball que ocupa a l'organització**

		
<i>Prevenció primària</i>	<i>Prevenció secundària</i>	<i>Prevenció terciària</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Recolzar l'adquisició de coneixements en la formació reglada</li> <li>· Formar en tasques informàtiques i documentació</li> <li>· Especificar als convenis col·lectius els riscos psicosocials</li> <li>· Compensar als treballadors (sou i oportunitats de promoció)</li> <li>· Implementar programes d'intervenció continus com:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneig d'estrès</li> <li>• Relaxació i atenció plena</li> <li>• Comunicació i control d'emocions</li> <li>• Habilitats davant d'agressions</li> <li>• Entrenament de la compassió</li> </ul> </li> <li>· Avaluació periòdica del burnout (MBI)</li> <li>· Estimular hàbits de vida saludables (àpats nutritius i regulars i bona hidratació)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Adequar els recursos assistencials als treballadors</li> <li>· Garantir que es fa un bon ús dels serveis assistencials</li> <li>· Enfortir un bon clima laboral</li> <li>· Facilitar la conciliació laboral i social</li> <li>· Contractar suficient personal</li> <li>· Equilibrar els torns de treball               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Màxim 8 hores diàries</li> <li>• Horaris flexibles</li> </ul> </li> <li>· Implementar programes d'acompanyament de salut mental:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultes de psicologia i psiquiatria per treballadors</li> <li>• Avaluació periòdica del burnout (MBI)</li> </ul> </li> <li>· Enfortir hàbits de vida saludables</li> <li>· Promoure la participació dels treballadors en la presa de decisions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Modificar el lloc de treball</li> <li>· Avaluació periòdica del burnout (MBI)</li> </ul>

## 9. Conclusions

Durant la recerca bibliogràfica ens hem trobat diverses **limitacions**, ja que s'han exclòs multitud d'articles perquè **l'instrument de mesura** per detectar el burnout difereix d'un estudi a l'altre. Hem hagut d'incloure articles que empenen l'Inventari de Burnout de Maslach (MBI) com a criteri de demarcació per determinar els mateixos símptomes entre els professionals (García et al., 2016; Rindfleisch, 2017). Tanmateix, hem de tenir en compte que calen diferents instruments per mesurar la síndrome, ja que patim el risc de caure en un sobrediagnòstic (Masluk et al., 2016). El fet que l'MBI s'apliqui com **autoinforme** pot produir biaixos perquè pot fer-se per conveniència (Sturzú et al., 2018) o que els empleats amb simptomatologia de burnout accentuïn les emocions negatives (Yuan et al., 2021). Per això, calen realitzar futures investigacions per detectar el burnout en diferents moments de l'any perquè les respostes poden variar, i motivar als treballadors a respondre, ja que com més gran sigui la mostra més probabilitat hi ha que sigui més representativa.

La majoria d'articles només inclouen **metges i infermeres**, i exclou altres professionals del sector sanitari, motiu pel qual cal analitzar cada lloc de treball i categoria professional separatament en futures investigacions. Altrament, el fet que cada estudi analitzi **variables** diferents pot fer que la mostra per cada variable sigui poc representativa de la població. A més, la formació dels residents (Rodríguez et al., 2018) i altres professionals difereix entre els diferents països. A conseqüència, caldrien estudis nacionals de cada categoria professional per determinar els factors concrets de cada lloc de treball particular, la formació rebuda i les necessitats laborals a cobrir.

En conclusió, podem afirmar que hem donat resposta als objectius establerts en aquesta recerca, els resultats mostren que la Síndrome del burnout està present en el sector sanitari a escala internacional i que aquest és causat principalment per les condicions laborals implícites en la professió, ja que l'alta demanda psicològica, la càrrega de treball excessiva, la distribució dels recursos assistencials i altres factors que les condicions laborals produeixen afecten la qualitat de vida d'aquests professionals. Per aquest motiu és necessari que les organitzacions, implementin accions protocol·làries que intervinguin en els factors desencadenants en l'aparició del burnout. El protocol d'actuació presentat aquí contribueix a visibilitzar els factors més rellevants implicats en el sector sanitari per a l'aparició del burnout i determinar actuacions preventives per disminuir la incidència de burnout a les organitzacions. Implementar aquests canvis en les organitzacions contribuirà a millorar el servei assistencial i la qualitat de vida dels professionals sanitaris, fet que repercutirà positivament en la societat.

## **10. Referències bibliogràfiques**

- Arenal-Gota, T., Viana-Gárriz, J. L. i Belzunegui-Otano, T. (2019). ¿Presenta desgaste profesional el personal de urgencias extrahospitalarias? Resultados encuestas de Malasch. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 65 (254), 24-36. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2019000100024>
- Arias, W. et al. (2017). Síndrome de burnout en personal de salud de la Ciudad de Arequipa (Perú). *Medicina y Seguridad del trabajo*, 63 (249), 331-344. <https://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n249/0465-546X-mesetra-63-249-00331.pdf>
- Ballesteros, S. (2012). Factores Asociados al desgaste profesional en los trabajadores del soporte vital básico del País Vasco. Un estudio cualitativo. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 58 (228), 294-302. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000400002>
- Blanch, J. (2014). *Dimensió psicosocial del treball*. [recurs d'aprenentatge]. Universitat Oberta de Catalunya.
- Bormann, K. C. i Gellatly, I. R. (2021). It's only abusive if I care. The effect of organizational concern on abusive supervision, stress, and work behaviors. *Journal of Personnel Psychology*, 21 (3), 125-136. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000295>
- Bresó, E., Salanova, M. i Schaufelli, W. (2017). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España*. [https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp\\_732.pdf](https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_732.pdf)
- Cañadas, G. A. et al. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en Servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista espanyola de salud pública*, 90. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17043728032>
- Castañeda-Aguilera, E. i García de Alba, J. E. (2019). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional (burnout) en médicos especialistas y factores de riesgo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58 (2), 161-173. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000014>
- Eurofound (2022). Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo (EWCS). *Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo*. <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-working-conditions-surveys-ewcs>

- Fernández, N. et al. (2022). Evaluación del desgaste laboral (burnout) y ansiedad en personal de salud durante la pandemia por Covid-19. *Urología colombiana*, 31 (1). 6-11. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748051>
- Fidalgo, M. (2005a). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. *Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España*. [https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp\\_704.pdf](https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_704.pdf)
- Fidalgo, M. (2005b). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. *Instituto Nacional de Seguridad e higiene en el trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España*. [https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp\\_705.pdf](https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_705.pdf)
- García, P. E. et al. (2016). Factores que detonan el síndrome de burn-out. *Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*, 5 (9). <https://www.ricea.org.mx/index.php/ricea/article/view/56>
- Garzón, L. E. (2015). Síndrome de agotamiento laboral "Burnout". Protocolo de prevención y actuación. *Ministerio de trabajo de Colombia*. <https://www.amfpr.org/wp-content/uploads/10-Protocolo-prevencion-y-actuacion-burnout.pdf>
- 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.com*, 3 (5). <https://docplayer.es/40619358-El-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-sindrome-de-burnout-aproximaciones-teoricas-para-su-explicacion-y-recomendaciones-para-la-intervencion.html>
- Gil-Monte, P. R. i Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15 (2), 261-268. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30161>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo (2018). El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Ministerio de trabajo, migraciones y Seguridad Social*. <https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf>
- Lasalvia, A. et al. (2020). Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open Access*, 11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045127>

- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 42-80. <https://doi.org/10.15178/va.2010.112.42-80>
- Masluk, B. et al. (2016). Dificultades y comorbilidad en el diagnóstico de burnout. El aspecto legal de su reconocimiento. *XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. Interpsiquis*. <https://psiquiatria.com/trabajos/4COMUN7CVP2016.pdf>
- Molina, J. et al. (2018). Levels of Burnout and risk factors in Medical area nurses: a meta-analytic study. *Environment Research and Public Health*, 18 (12). <https://doi.org/10.3390/ijerph15122800>
- Moukarzel, A. et al. (2019). Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *BioMed Research Interntacional*. <https://doi.org/10.1155/2019/6462472>
- Palacios, M. E. i Paz, M. P. (2019). Diferencia en las condiciones de trabajo y su asociación con la frecuencia de burnout en médicos residentes y adjuntos. *Medicina y Seguridad de trabajo*, 65 (255), 76-86. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2019000200002>
- Petrelli, F. et al. (2019). Public Health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Biomed*, 90 (1), 24-30. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.7626>
- Pradas, L. et al. (2018). Prevalence of burnout in paediatric nurses: A systematic review and meta-analysis. *PlosOne*, 13 (4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195039>
- Rindfleisch, A. (2017). Burnout and Resilience: Frequently asked questions. *U.S. Department of Veterans Affairs*. <https://www.va.gov/WHOLEHEALTHLIBRARY/tools/burnout-resilience.asp>
- Rocha, L. et al. (2019). Burnout and job satisfaction among emergency and intensive care providers in a public hospital. *Revista Brasileira de Medicina do trabalho*, 17 (3). <https://doi.org/10.5327/Z1679443520190404>
- Rodríguez, H. et al. (2018). Burnout syndrome among Medical residents: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 13 (11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Roos, L. McGonagle, A K. i Etzel, L. (2022). Are your goals working for you or against you? Implications of interpersonal goals at work on Surface acting and burnout. *International Journal os Stress Management*, 29 (2), 193-204. <https://doi.org/10.1037/str0000249>

- Roth, E. i Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu. Órgano de difusión científica del departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 8 (2), pp. 62 – 100. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v8n2/v8n2a04.pdf>
- Sánchez, J. (2016). El síndrome del trabajador quemado (burn out): su contenido y su polémico encuadramiento jurídico-laboral. *Revista de información laboral*, 5, 31-50.
- Sánchez, D., Giró, A. G. i Gámez, M. F. (2014). Medición de las propiedades psicométricas de la escala del Burnout mbi-gs para validar el test mib. *Revista de Investigación Humanitas*, 2 (extra 2), 40-64. <http://rhumanitas.ucatolica.ac.cr/Articulos/Index/30>
- Sanclemente, I. (2018). *La voz de enfermería: promoción del engagement y prevención del síndrome de burnout en el entorno laboral*. [Tesis doctoral, Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza. (Directores: Tatiana Iñiguez Berrozpe i Carmen Elboj Saso)]. <https://zaguan.unizar.es/record/70797>
- Smith, A. (2000). The scale of perceived occupational stress. *Occup Med*, 50 (5), 294-298. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.5.294>
- Sturzú, L. et al. (2019). Empathy and burnout -A cross-sectional study among mental healthcare providers in France. *Journal of Medicine and Life*, 12 (1), 21-29. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0050>
- Tubay, M. F. i Plaza, H. R. (2017). Los rasgos de personalidad y su relación con la manifestación del Síndrome de Burnout. *Revista científica Sinapsis*, 2 (11). <https://doi.org/10.37117/s.v2i11.131>
- World Health Organization (2022). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization (2010). *Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44466/9789243500249_spa.pdf?sequence=1)
- Yuan, Z. (2021). Burnout of healthcare workers based on the effort-reward imbalance model: A cross-sectional study in China. *International Journal of Public Health*, 25. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.599831>
- Zhang, X. et al. (2021). Prevalence and factors associated with burnout of frontline healthcare workers in fighting against the COVID-19 pandemic\_ evidence from China. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680614>

## 11. Annexos

### Annex 1

<b><u>Pregunta de recerca:</u></b>			
Com prevenir l'aparició del burnout entre els treballadors del sector sanitari			
<b><u>ARTICLES SELECCIONATS</u></b>			
<b><u>Article</u></b>	<b><u>Mostra</u></b>	<b><u>País - Idioma</u></b>	<b><u>Disseny d'estudi</u></b>
Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019	190 professionals sanitaris d'urgències extra hospitalàries (metges, infermeres, conductors TES i auxiliars tècnics en emergència sanitària	Espanya - espanyol	Estudi observacional, descriptiu i transversal mitjançant enquestes anònimes i autoadministrades
Arias et al., 2017	213 treballadors del sector salut	Perú	Investigació de tipus descriptiva
Ballesteros, 2012	8 Tècnics en emergències sanitàries (TES)	Espanya - espanyol	Estudi observacional, descriptiu i transversal
Cañadas et al., 2016	1225 professionals d'infermeria de urgències amb jornada física complementària	Espanya	Estudi transversal
Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2019	196 metges especialistes de l'hospital regional de Guadalajara	Mèxic	Estudi observacional, descriptiu i transversal
Fernández et al., 2022	566 treballadors de la salut a Colòmbia (metges, infermers i personal administratiu, odontòlegs i paramèdics	Colòmbia	Estudi observacional, descriptiu i transversal
Lasalvia et al.,	2195 professionals sanitaris, inclou	Itàlia	Estudi observacional

2020	administratius i residents		i qüestionari web
Molina et al., 2018	38 articles: 9439 infermeres. Procés doble cec  Colòmbia, Espanya, Brasil, Itàlia, UK, EEUU, Portugal, Israel, Polònia, Xina, Turquia, Aràbia Saudita, Grècia, Iran i Alemanya	Anglès, espanyol i portuguès	Revisió bibliogràfica sistemàtica i metaanàlisi PRISMA
Moukarzel et al., 2019	379 metges paramèdics (infermeres, gestors sanitaris i auxiliars sanitaris), administratius i tècnics (repcionistes, agents hospitalaris, treballadors socials, psicòlegs, mediadors i secretaris)	França	Estudi transversal mitjançant una enquesta en 3 hospitals del sud de França
Palacios i Paz, 2019	724 metges adjunts i residents de 7 hospitals	Mèxic	Estudi transversal analític
Petrelli et al., 2018	2216 treballadors del sector sanitari	Itàlia	Estudi descriptiu
Pradas et al., 2018	34 estudis: 1600 infermeres de pediatria	Espanya	Revisió bibliogràfica sistemàtica i metaanàlisi PRISMA
Rocha et al., 2020	91 participants: metges, infermers, fisioterapeutes, i tècnics d'infermeria	Brasil	Estudi transversal: MBI+ Job Satisfaction Scale
Rodríguez et al., 2018	26 articles, 4664 Metges residents especialistes	Turquia, Aràbia Saudita, EEUU, Canadà, Espanya, França, Brasil, Austràlia, Pakistan, Iran,	Revisió bibliogràfica sistemàtica i metaanàlisi PRISMA



		Hongria, Grècia i Argentina	
Sturzú et al., 2021	241 participants, metges i infermeres	França	Estudi descriptiu, transversal i observacional
Yuan et al., 2021	1505 participants: metges, infermeres, personal farmacèutic i de suport	Xina	Estudi transversal
Zhang et al., 2021	1163 professionals sanitaris (metges, tècnics, administratives, infermeres)	Xina	Estudi transversal

## Annex 2

<b>FACTORS DE RISC</b>	
<b>RISC</b>	<b>ARTICLES</b>
<b>FACTORS SOCIODEMOGRÀFICS</b>	
<b>Estat</b>	Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2019
<b>Gènere</b>	Arias et al., 2017; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Lasalvia et al., 2020; Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018
<b>Estat civil</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2019; Molina et al., 2018; Pradas et al., 2018
<b>Antiguitat</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Arias et al., 2017; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Lasalvia et al., 2020; Molina et al., 2018; Petrelli et al., 2018; Pradas et al., 2017
<b>Nombre de feines</b>	Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Molina et al., 2018
<b>FACTORS PSICOLÒGICS</b>	
<b>Sobrecàrrega psicològica</b>	Ballesteros, 2012; Lasalvia et al., 2018; Moukarzel et al., 2019; Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Sturzú et al., 2018
<b>Supervisió percebuda</b>	Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018; Yuan et al., 2021
<b>Manca de reconeixement</b>	Molina et al., 2018; Moukarzel et al., 2019
<b>Estat de salut</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Lasalvia et al., 2020; Petrelli et al., 2018; Zhang et al., 2021
<b>Trets de personalitat</b>	Cañadas et al., 2016; Lasalvia et al., 2018; Molina et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Yuan et al., 2021
<b>Relacions interpersonals</b>	Ballesteros 2012; Fernández et al., 2022; Lasalvia et al., 2020
<b>FACTORS ORGANITZACIONALS</b>	
<b>Gestió dels</b>	Ballesteros, 2012; Molina et al., 2018; Pratas et al., 2018; Zhang

<b>recursos laborals</b>	et al., 2021
<b>Manca de personal</b>	Ballesteros, 2012
<b>Conciliació vida social i laboral</b>	Ballesteros, 2012; Lasalvia et al., 2020; Palacios i Paz, 2019; Rodríguez et al., 2018
<b>Formació</b>	Ballesteros, 2012
<b>DISSENY DEL LLOC DE TREBALL</b>	
<b>Tipus de contractes</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017
<b>Torns de treball</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Cañadas et al., 2016; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Fernández et al., 2022; Molina et al., 2018; Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018; Zhang et al., 2021
<b>Rotació de personal</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019
<b>Sobrecàrrega laboral</b>	Cañadas et al., 2016; Lasalvia et al., 2020; Petrelli et al., 2018; Pradas i Paz, 2019; Rocha et al., 2020; Rodríguez et al., 2018; Zhang et al., 2021
<b>Categoria de treball</b>	Arias et al., 2017; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Fernández et al., 2022; Lasalvia et al., 2020; Moukarzel et al., 2019; Palacios i Paz, 2019; Rocha et al., 2020; Rodríguez et al., 2018; Zhang et al., 2021
<b>Presa de decisions</b>	Moukarzel et al., 2019; Palacios i Paz, 2019
<b>Centre de treball</b>	Arias et al., 2017; Cañadas et al., 2016; Moukarzel et al., 2019; Rocha et al., 2020
<b>Nombre de pacients</b>	Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018
<b>Prescripció de medicaments</b>	Molina et al., 2018

**Annex 3**

<b>FACTORS PROTECTORS</b>	
<b>PROTECTOR</b>	<b>ARTICLES</b>
<b>FACTORS SOCIODEMOGRÀFICS</b>	
<b>Edat</b>	Palacios i Paz, 2019; Rocha et al., 2020; Zhang et al., 2021
<b>Gènere</b>	Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017
<b>Estat civil</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019; Castañeda-Aguilera i García de Alba, 2017; Pradas et al., 2018; Rocha et al., 2020
<b>FACTORS PSICOLÒGICS</b>	
<b>Vocació</b>	Ballesteros, 2012
<b>Relacions interpersonals</b>	Ballesteros, 2012; Molina et al., 2018; Rocha et al., 2020; Zhang et al., 2021
<b>Estat de salut</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019
<b>Trets de personalitat</b>	Cañadas et al., 2016
<b>Esforç</b>	Yuan et al., 2021
<b>FACTORS ORGANITZACIONALS</b>	
<b>Recompensa</b>	Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016; Rocha et al., 2020
<b>Intervenció psicològica</b>	Zhang et al., 2021
<b>DISSENY DEL LLOC DE TREBALL</b>	
<b>Torn de treball</b>	Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016
<b>Tipus de contracte</b>	ArenalGota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019
<b>Categoria de treball</b>	Arias et al., 2017
<b>Prescripció de medicaments</b>	Molina et al., 2018

#### Annex 4

<b>PROTOCOL D'ACTUACIÓ</b>	
<b>ACCIÓ</b>	<b>ARTICLES</b>
<b>Adquirir coneixements en la formació reglada</b>	Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016; Molina et al., 2018
<b>Definir als convenis col·lectius els riscos</b>	Arenal-Gota, Viana-Gárriz i Belzungui-Otano, 2019
<b>Adequar els recursos assistencials</b>	Arias et al., 2017; Ballesteros, 2012; Pradas et al., 2018
<b>Afavorir un bon clima laboral</b>	Arias et al., 2017; Ballesteros, 2012; Cañadas et al., 2016
<b>Conciliar vida laboral i social</b>	Arias et al., 2017; Ballesteros, 2012; Lasalvia et al., 2020; Petrelli et al., 2018
<b>Contractar suficient personal</b>	Cañadas et al., 2016; Lasalvia et al., 2020; Rocha et al., 2020; Zhang et al., 2021
<b>Equilibrar els torns de treball</b>	Arias et al., 2017; Cañadas et al., 2016; Rodríguez et al., 2018; Yuan et al., 2021; Zhang et al., 2021
<b>Desenvolupar programes d'acompanyament de salut mental</b>	Arias et al., 2017; Fernández et al., 2022; Lasalvia et al., 2020; Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Zhang et al., 2021
<b>Compensar als treballadors</b>	Arias et al., 2017; Yuan et al., 2021
<b>Implantar programes d'intervenció</b>	Fernández et al., 2022; Molina et al., 2018; Palacios i Paz, 2019; Pradas et al., 2018; Rodríguez et al., 2018; Sturzú et al., 2018; Yuan et al., 2021
<b>Promoure la participació en la presa de decisions</b>	Lasalvia et al., 2020
<b>Estimular hàbits de vida saludables</b>	Zhang et al., 2021