



El problema del *Burnout* en una mostra de professionals de cures pal·liatives d'un hospital comarcal

Treball Final de Grau: Projecte de Recerca en Psicologia Clínica i de la Salut

Nom Estudiant: Susana Martos i Jordán
Pla d'estudis: Grau de Psicologia

Nom Consultor: Maria Jayme i Zaro

Data Lliurament: 22 de desembre de 2014

A) Creative Commons:



Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

B) GNU Free Documentation License (GNU FDL)

Copyright © 2014 Susana Martos i Jordán

Permission is granted to copy, distribute and/or modify this document under the terms of the GNU Free Documentation License, Version 1.3 or any later version published by the Free Software Foundation; with no Invariant Sections, no Front-Cover Texts, and no Back-Cover Texts.

A copy of the license is included in the section entitled "GNU Free Documentation License".

C) Copyright

© Susana Martos i Jordán

Reservats tots els drets. Està prohibit la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, compresos la impressió, la reprografia, el microfilm, el tractament informàtic o qualsevol altre sistema, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer i préstec, sense l'autorització escrita de l'autor o dels límits que autoritzi la Llei de Propietat Intel·lectual.

FITXA DEL TREBALL FINAL DE GRAU DE PSICOLOGIA

Títol del treball:	<i>El problema del Burnout en una mostra de professionals de cures pal·liatives d'un hospital comarcal</i>
Nom de l'autor:	<i>Susana Martos i Jordán</i>
Nom del consultor:	<i>Maria Jayme i Zaro</i>
Data de lliurament (mm/aaaa):	<i>12/2014</i>
Àmbit del Treball Final:	<i>Psicologia Clínica i de la Salut: àmbit sanitari</i>
Titulació:	<i>Grau en Psicologia</i>
Resum del Treball (màxim 250 paraules):	
<p>En el present treball s'ha estudiat el grau de prevalença de <i>burnout</i> en 21 persones que treballen a la Unitat de Cures Pal·liatives i a la Unitat de Llarga Estada d'un hospital comarcal, a partir de la hipòtesi plantejada segons la qual existeix una baixa prevalença de la síndrome en aquest col·lectiu de professionals sanitaris.</p> <p>En aquest estudi s'ha utilitzat un disseny transversal on s'han tingut en compte les diferents variables sociodemogràfiques implicades, com l'edat, el sexe i la professió dels participants.</p> <p>Per a quantificar la síndrome s'ha utilitzat el <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI), on s'han analitzat les tres dimensions establertes en ell: esgotament emocional, despersonalització i realització personal.</p> <p>Els resultats han mostrat que la mostra estudiada no pateix <i>burnout</i>, establint-se un percentatge del 87,13 en la dimensió Realització Personal.</p>	
Paraules clau (entre 4 i 8):	
<p>Burnout. Cures pal·liatives. Estrès crònic. Maslach Burnout Inventory (MBI). Esgotament emocional. Despersonalització. Realització Personal.</p>	

Abstract (in English, 250 words or less):

The current project studies the prevalence of burnout among 21 palliative care workers in a long-stay unit of a local hospital. This project stems from the hypothesis that workers in this sector have a relatively low occurrence of the syndrome relative to other healthcare professionals.

The present study used a cross-sectional design and has taken into account socio-demographic variables such as age, gender, and participant's profession. In order to measure this syndrome we used the Maslach Burnout Inventory (MBI). This inventory analyses the three dimensions of burnout: emotional exhaustion, depersonalization, and personal accomplishment.

The results showed that the participants did not suffer burnout with a notable personal accomplishment score of 87,13 percent.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Burnout. Hospice palliative. Chronic stress. Maslach Burnout Inventory (MBI). Emotional exhaustion. Depersonalization. Personal accomplishment .

Índex

0. Introducció.....	1
1. Context i justificació	2
1.1. Definició del terme Burnout.....	2
1.2. Diferències entre el Burnout i altres conceptes.....	3
1.3. El Burnout en l'actualitat.....	4
1.4. Necessitat de seguir investigant.....	5
1.5. L'estudi del Burnout en els professionals de Cures Pal·liatives.....	6
1.6. Simptomatologia, causes i conseqüències del Burnout.....	6
1.7. Models explicatius del Burnout.....	9
1.7.1. Models etiològics basats en la Teoria Sociocognitiva del Jo.....	9
1.7.1.1. El Model de Competència Social de Harrison.....	10
1.7.1.2. Model de Pines.....	10
1.7.1.3. Model d'autoeficàcia de Cherniss.....	10
1.7.1.4. Model de Thompson, Page i Cooper.....	11
1.7.2. Models etiològics basats en les Teories de l'Intercanvi Social.....	11
1.7.2.1. Model de Comparació Social de Buunk i Schaufelli.....	11
1.7.2.2. Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy.....	12
1.7.3. Models etiològics basats en la Teoria Organitzacional.....	12
1.7.3.1. Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter.....	13
1.7.3.2. Model de Cox, Kuk i Leiter.....	13
1.7.3.3. Model de Winnubst.....	13
1.7.4. Models etiològics basats en la Teoria Estructural.....	14
1.7.4.1. Model de Gil-Monte i Peiró.....	14
2 Revisió teòrica	14
3 Problema.....	188
3.1. El problema de la síndrome del Burnout en els professionals de les Cures Pal·liatives.....	18

3.1.1. Factors que predisposen al Burnout.....	19
3.1.2. Factors de manteniment del Burnout.....	21
3.2. Conseqüències del Burnout en els professionals de Cures Pal·liatives.....	22
3.2.1. Conseqüències per a la persona.....	23
3.2.2. Conseqüències per a l'organització.....	23
3.2.3. Conseqüències en les relacions.....	23
3.3. Factors de risc i factors de protecció del Burnout en Cures Pal·liatives.....	24
3.4. Prevenció i intervenció davant del Burnout en els professionals de Cures Pal·liatives.....	26
3.5. Avaluació del Burnout.....	28
4 Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis.....	29
5 Propòsit de la recerca.....	30
6. Mètode.....	30
6.1 Disseny de la recerca.....	30
6.2 Participants.....	31
6.3 Instruments.....	33
6.4 Procediment.....	34
7. Resultats.....	34
7.1. Anàlisi de les dades obtingudes amb el Maslach Burnout Inventory....	34
7.2. Anàlisi amb el SPSS: prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov.....	42
7.3. Anàlisi de l'associació entre les variables considerades.....	43
8. Conclusions.....	44
9. Discussió.....	448
10. Referències bibliogràfiques.....	522
11. Annexos.....	54
11.1. Maslach Burnout Inventory (MB).....	54

Llista de figures

Figura 1. Factors que predisposen al <i>Burnout</i>	19
Figura 2. Factors de manteniment del <i>Burnout</i>	21
Figura 3. Participants segons el sexe.....	32
Figura 4. Participants segons el rang d'edat.....	32
Figura 5. Participants segons el lloc de treball.....	33
Figura 6. Resultats globals en les subescales del MBI.....	36
Figura 7. Grau d'afectació en Esgotament Emocional en les dones per rang d'edat.....	36
Figura 8. Grau d'afectació en Despersonalització en les dones per rang d'edat.....	37
Figura 9. Grau d'afectació en Realització Personal en les dones per rang d'edat.....	38
Figura 10. Grau d'afectació en Esgotament Emocional en els homes per rang d'edat.....	39
Figura 11. Grau d'afectació en Despersonalització en els homes per rang d'edat.....	39
Figura 12. Grau d'afectació en Realització Personal en els homes per rang d'edat.....	40
Figura 13. Grau d'afectació en Esgotament Emocional per rang d'edats.....	41
Figura 14. Grau d'afectació en Despersonalització per rang d'edats.....	41
Figura 15. Grau d'afectació en Realització Personal per rang d'edats.....	42

Llista de taules

Taula 1. Síntomes descriptius del Burnout.....	7
Taula 2. Factors de risc en l'aparició del Burnout.....	24
Taula 3. Factors de protecció en l'aparició del Burnout.....	25
Taula 4. Estadístics descriptius de les escales del MBI administrades a la mostra objecte d'estudi. Dades relatives a la mitjana, desviació típica i variància.....	35
Taula 5. Correlacions de Pearson entre totes les variables considerades.....	43

0. Introducció

El problema fonamental amb el qual ens trobem quan intentem abordar el terme *Burnout*, és la gran imprecisió i complexitat que presenta. Existeixen diverses definicions del terme, per tant, el *Burnout* és més fàcil de descriure i observar que de definir.

Fou el psiquiatra Herbert Freudenberger (1974) qui va utilitzar per primera vegada el terme *Burnout* per a referir-se als voluntaris d'una "*Free Clinic*" (clínica per a toxicòmans) de Nova York. Freudenberger va observar que la majoria de voluntaris experimentaven al llarg d'un període de temps d'entre un i tres anys, certs canvis d'actitud envers la feina i l'acompliment de les seves tasques. Aquests canvis d'actitud suposaven una desmotivació per la feina, canvis de comportament cap als pacients que es traduïen en menys sensibilitat i comprensió, pèrdua progressiva d'energia, símptomes característics d'ansietat i depressió, manca d'empatia, etc. Davant d'això, Freudenberger va denominar a aquest conjunt de símptomes "*Burnout*", el qual va definir com: "*Un conjunt de símptomes medico-biològics i psicosocials inespecífics, que es desenvolupen en l'activitat laboral, com a resultat d'una demanda excessiva d'energia*".

Posteriorment, la psicòloga Christina Maslach (1976) va fer una aportació operativa del terme *Burnout* mitjançant el qüestionari *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el qual va definir com: "*Una síndrome tridimensional caracteritzada per un esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal, que pot ocórrer entre individus que treballen en contacte directe amb clients o pacients*". D'aquesta manera, el constructe *Burnout* queda definit com una disfunció personal i professional en un context laboral bàsicament assistencial, que afecta a la satisfacció laboral, la implicació professional, l'eficàcia i la qualitat laboral, i que és generalitzable a múltiples professions.

Actualment, l'envelliment de la població i el creixent nombre de persones amb malalties crònic-degeneratives i amb càncer, representen un repte important pels serveis de salut en les societats desenvolupades. Molts d'aquests malalts, al final de la seva vida, pateixen un sofriment intens i precisen d'una atenció sanitària i social que implica a tots els àmbits assistencials. Les cures pal·liatives tenen com a objectiu alleujar el patiment i millorar la qualitat de vida i el procés de morir de les persones.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les cures pal·liatives com "*l'enfocament que millora la qualitat de vida de pacients i famílies que s'enfronten als problemes associats amb malalties amenaçadores per a la vida, a través de la prevenció i l'alleujament del sofriment, per mitjà de la identificació primerenca i la impecable avaluació i tractament del dolor i altres problemes físics, psicosocials i espirituals*". En aquest sentit, es considera que l'equip sociosanitari ha d'aproximar-se als malalts i a les seves famílies amb l'objectiu de respondre a les seves necessitats.

Entre els objectius generals de les cures pal·liatives destaquen la promoció del benestar i la millora de la qualitat de vida, per això l'equip sanitari ha de

procurar una informació i una comunicació adequades que assegurin al malalt i a la seva família que seran escoltats i que obtindran unes respostes clares i sinceres. A més, se'ls hi ha de proporcionar el recolzament emocional que precisin, de manera que puguin expressar les seves emocions i participar en la presa de decisions respecte a la seva vida i el procés de morir, d'acord amb les lleis vigents. Igualment, s'ha d'atendre el dolor i altres símptomes físics així com les necessitats emocionals, socials i espirituals, sense oblidar aquells aspectes pràctics de la cura dels malalts i dels seus familiars. Finalment, hi ha d'haver una continuïtat assistencial assegurada al llarg de l'evolució, establint-se mecanismes de coordinació entre tots els àmbits assistencials i serveis implicats.

En base a tot això, el personal sanitari dedicat a les cures pal·liatives, el qual s'enfronta diàriament a situacions de vida i de mort, és susceptible de manifestar *burnout*.

En aquest sentit, Cherniss (1980), va descriure el terme basant-se en quatre raons: afecta a la moral i el benestar psicològic del personal implicat, a la qualitat de les cures i el tractament que reben els pacients, presenta una forta influència en les funcions administratives, i és necessari prevenir-lo a nivell comunitari mitjançant programes de servei.

Així, podem dir que el *burnout* es desenvolupa en aquells professionals que treballen amb persones, i que es compon de tres dimensions:

1. Esgotament emocional que pot manifestar-se física i/o psicològicament.
2. Despersonalització.
3. Baixa realització personal que involucren sentiments de fracàs i baixa autoestima.

1. Context i justificació

1.1. Definició del terme *Burnout*.

Des de la primera vegada que Freudenberger va utilitzar el terme *burnout*, han estat molts els autors que han dirigit les seves investigacions cap a aquest constructe, aportant nombroses definicions, models teòrics i components. No obstant, la definició més acceptada per la majoria d'autors i investigadors és la que van aportar Maslach i Jackson.

Tanmateix, existeixen altres definicions proposades per altres autors per a descriure el terme *burnout*. A tall d'exemple:

- Cherniss (1980): "*Un procés en el que les actituds i conductes dels professionals canvien de forma negativa en resposta a l'estrès laboral*".

- Pines, Aronson i Kafry (1981): “L’*estat d’esgotament mental, físic i emocional produït per una persistent implicació en situacions emocionalment demandants*”.
- Pedro R. Gil-Monte (2005): “*Una resposta a l’estrès laboral crònic que té una gran incidència en els professionals del sector serveis que treballen cap a persones. Es caracteritza per un deteriorament cognitiu, una experiència de desgast psicològic i per l’aparició d’actituds i conductes negatives cap als clients i cap a l’organització*”.
- Marino Martínez Gamarra (2005): “*Un sentiment de desmoralització individual o col·lectiva en l’àmbit laboral*”.

D’aquesta manera, el terme *burnout* ha estat traduït de diverses formes:

- ✓ Síndrome del “treballador cremat”.
- ✓ Síndrome d’esgotament professional (SEP).
- ✓ Síndrome de cremar-se en el treball.
- ✓ Síndrome del professional exhaust o sobrecarregat.

En síntesi, podem dir que el terme *burnout* fa referència al desgast ocupacional o professional, que es produeix com a resposta a pressions prolongades que una persona pateix davant de factors emocionals i interpersonals estressants relacionats amb el seu lloc de treball.

1.2. Diferències entre el *Burnout* i altres conceptes.

- ***Burnout* i estrès:**

La majoria d’autors situen el *burnout* com una forma inadequada de respondre davant l’estrès laboral percebut per la persona. Això passa quan les estratègies d’afrontament adaptatives fallen, que són les que utilitza l’individu davant aquestes situacions. Així doncs, si els mecanismes habituals de resposta a l’estrès no resulten eficaços per a reduir o eliminar els factors estressors, es pot produir un fracàs en les interaccions socials i també el fracàs professional. La situació estressant i la fallida en el seu maneig es produeix a diari, per tant, amb el temps, comencen a sorgir una sèrie de sentiments d’esgotament emocional i avaluacions personals negatives. Si el treballador és incapaç de superar aquesta etapa amb èxit, apareixeran actituds de despersonalització com a forma disfuncional d’afrontar el procés negatiu i dolorós en el qual percep que ha entrat. D’aquesta manera, el professional exhibirà comportaments de fredor i desinterès en el contacte diari amb els pacients i amb els seus companys.

De forma general, doncs, s’entén el *burnout* com un cas d’estrès laboral crònic que es manté en el temps, on es troba implícita la pròpia denominació de la síndrome, ja que al·ludeix a un procés d’anar-se cremant paulatinament. En definitiva, la diferència que s’estableix entre estrès i *burnout* és que el primer fa

referència a un procés psicològic que comporta tant efectes positius com negatius, mentre que el segon només fa referència a efectes negatius per a la persona i el seu entorn. Igualment, l'estrès es pot experimentar en diferents àmbits de la vida i l'activitat de les persones, mentre que el *burnout* constitueix una síndrome exclusiva del context laboral.

Per tant, el fenomen del *burnout* és molt més complex que el de l'estrès ja que, a diferència d'aquest últim, el en *burnout* s'associen símptomes de despersonalització i reducció de l'eficàcia laboral.

- ***Burnout* i depressió:**

La síndrome del *burnout*, si es prolonga en el temps, pot desencadenar en una depressió que pot ser de lleu a severa. La depressió es pot produir quan el treballador pren consciència de la seva incapacitat per a afrontar i superar amb èxit la realitat laboral en la qual es troba immers. Així, *burnout* i depressió poden compartir alguns símptomes.

La depressió es correlaciona de manera significativa amb l'esgotament emocional però no amb la baixa realització personal i la despersonalització o cinisme. Un dels símptomes de la depressió és el sentiment de culpa, mentre que en el *burnout* els sentiments que predominen són la còlera o la ràbia. D'altra banda, Freudenberger (1974) considera que la depressió és un dels símptomes més característics del *burnout*.

- ***Burnout* i insatisfacció laboral:**

Malgrat que *burnout* i insatisfacció laboral no són conceptes idèntics, sí que mostren algunes semblances significatives, ja que es donen associacions positives entre insatisfacció laboral amb els conceptes de despersonalització i esgotament emocional.

- ***Burnout* i esdeveniments vitals:**

En aquest sentit, els esdeveniments vitals positius poden millorar la síndrome, mentre que els esdeveniments vitals negatius, poden agreujar-la.

1.3. El *Burnout* en l'actualitat.

A l'actualitat, el *burnout* esdevé un problema de salut i de qualitat de vida laboral, que es pot definir com un afrontament davant d'un estrès crònic que dona lloc a una resposta psicofisiològica que és resultat d'un esforç freqüent, els resultats del qual l'individu considera com a insuficients o ineficaços, amb la qual cosa sorgeixen sentiments d'indefensió i de sentir-se al límit. El problema

del *burnout* és, doncs, una qüestió prioritària per raons socials, organitzacionals i humanes.

Segons Ramos i col·laboradors (1997), les característiques bàsiques del *burnout* són quatre:

1. El *burnout* s'entén més com un procés gradual que com un estat clínic estàtic i dicotòmic.
2. Aquest procés es considera com una resposta de defensa davant una situació d'estrès laboral crònic.
3. Els treballadors que pateixen simptomatologia "d'estar cremats", solen ser persones idealistes que inicien la seva professió amb idees utòpiques i d'entrega solidària al pròxim.
4. La síndrome d'esgotament professional sols circumscriure's a treballadors que exerceixen professions d'ajuda.

La seva consideració com un problema de salut ve recolzada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que en la dècima revisió de la CIM (Classificació Internacional de Malalties), l'ha inclòs en el capítol V, referent als trastorns mentals i del comportament, en concret a l'apartat XXI referent als "factors que influeixen en l'estat de salut i en el contacte amb els serveis de salut", dins l'apartat reservat a "problemes relacionats amb el maneig de les dificultats de la vida" (codi Z.73.0).

1.4. Necessitat de seguir investigant.

Queda palesa, doncs, la necessitat d'incrementar l'estudi de la síndrome donat els alts i creixents costos que aquest problema pot suposar. Fins i tot alguns autors refereixen la contagiosa dimensió del *burnout*, és a dir, que un treballador pot transmetre la síndrome als seus companys més propers. Per tant, és una síndrome amb connotacions afectives negatives que afecta als treballadors en diferents nivells (personal, social i laboral).

D'altra banda, existeix una gran investigació pel que fa a l'estudi del *burnout*, no obstant, l'evidència empírica dels models explicatius és molt limitada. En primer lloc, les definicions proposades en el pla conceptual resulten poc operatives en la majoria dels casos i, en segon lloc, a nivell metodològic, l'avaluació precisa del *burnout* continua essent una assignatura pendent. És per aquest motiu que la necessitat de seguir investigant sobre el tema adquireix una major rellevància.

Així doncs, en els professionals que treballen assistencialment amb persones, és necessari implementar estratègies des de les perspectives individual, interpersonal i organitzacional, per tal de minimitzar l'impacte i prevenir l'aparició de conseqüències negatives irreversibles. Aquests professionals són més vulnerables a patir *burnout*, ja que es troben a diari amb el repte d'una

adaptació continuada promoguda per canvis continus produïts tant en el medi intern com extern del professional, on les emocions són canviants i extremes.

1.5. L'estudi del *Burnout* en els professionals de cures pal·liatives.

Per a la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL, 2008), existeixen quatre acords dels experts sobre la síndrome:

1. Es produeix en el medi laboral.
2. S'associa a la qualitat de les interaccions que en ell s'hi produeixen.
3. Es relaciona amb el desgast professional a l'hora de recolzar als clients, pacients o alumnes.
4. Els professionals més afectats són els que es troben en les àrees de salut i educació.

Així doncs, la síndrome del *burnout* pot afectar a qualsevol dels integrants de l'equip de cures pal·liatives.

L'objectiu del present treball és conèixer la incidència de *burnout* en aquests professionals a partir d'una mostra de 21 persones d'un hospital comarcal que treballen a la Unitat de Cures Pal·liatives, als quals se'ls hi aplicarà l'instrument de mesura de l'esmentada síndrome (*Maslach Burnout Inventory*, MBI), i detectar aquells aspectes que determinen el risc de *burnout*.

Els resultats que s'esperen obtenir és comprovar que, malgrat que aquest sector de professionals és susceptible de patir alts i preocupants nivells de *burnout* a causa d'una resposta inadequada a un estrès emocional crònic, les característiques principals del qual són un esgotament físic i/o psicològic, una actitud freda i despersonalitzada en la relació cap als altres i un sentiment d'inadaptació a les tasques que han de desenvolupar, no presenten nivells de *burnout* alarmants tal i com s'esperaria a priori, avalant els resultats obtinguts en els diferents treballs empírics portats a terme.

1.6. Simptomatologia, causes i conseqüències del *Burnout*.

- **Simptomatologia:**

Quan una persona pateix *burnout*, s'entén que a nivell psicosocial pateix un deteriorament en les seves relacions interpersonals, cinisme, depressió, irritabilitat, ansietat i dificultat de concentració, entre d'altres. Per tant, és probable que es produeixi un distanciament amb els altres i que els problemes conductuals puguin progressar cap a conductes de risc elevat. Tot això té com a conseqüència que a nivell laboral es produeixi una disminució en la qualitat i la productivitat de la feina, una actitud negativa cap als pacients, un

deteriorament en les relacions amb els companys, un augment d'absentisme laboral, una disminució del sentit de realització, un baix llindar per a suportar la pressió i conflictes de tot tipus, entre d'altres factors.

A la taula 1 podem veure els símptomes emocionals, cognitius, conductuals i socials descriptius del *burnout*.

Taula 1.
Símptomes descriptius del Burnout.

EMOCIONALS	COGNITIUS	CONDUCTUALS	SOCIALS
Depressió	Pèrdua de significat	Evitació de responsabilitats	Evitació de contactes
Indefensió	Pèrdua de valors	Absentisme	Conflictes interpersonals
Desesperança	Desaparició d'expectatives	Conductes inadaptatives	Mal humor familiar
Irritació	Modificació autoconcepte	Desorganització	Aïllament
Apatia	Desorientació cognitiva	Sobreimplicació	Formació grups crítics
Desil·lusió	Pèrdua de la creativitat	Evitació de decisions	Evitació professional
Pessimisme	Distracció	Augment de l'ús de la	
Hostilitat	Cinisme	cafeïna, alcohol, tabac i	
Manca de tolerància	Criticisme generalitzat	drogues	
Acusacions clients			
Supressió sentiments			

Nota. Font: Adaptat de Moreno-Jiménez, B., González, J.L., Garroso, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout). Personalidad y salud percibida*. En J. Buendía i F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. pp. 59-83. Madrid: Pirámide.

- **Causes:**

Pel que fa a les causes que poden originar *burnout*, els estudis realitzats en el camp de la salut i la psicologia de les organitzacions, han establert alguns factors considerats com a promotors del *burnout*. Els principals són:

1. La síndrome del *burnout* es troba relacionada amb aquelles activitats laborals que vinculen al treballador i els seus serveis d'una manera directa amb els seus pacients, sota unes condicions de contacte amb els mateixos. De forma addicional, aquests professionals es caracteritzen per tenir uns horaris de treball excessius i alts nivells d'exigència. Així, el *burnout* pot aparèixer tant quan es donen les condicions a nivell de la persona, per exemple, la seva tolerància a l'estrès i a la frustració, com a nivell organitzacional, per exemple, l'ambient laboral, deficiències en la definició del lloc de treball, etc.

2. L'estrès laboral també es troba relacionat amb l'aparició de la síndrome de *burnout*, la qual sol aparèixer mitjançant un procés d'acomodació psicològica a partir de la dicotomia treballador estressat-feina estressant (Cherniss, 1980). Dins d'aquest procés podem distingir tres fases:

a) Fase d'estrès: es produeix un desajustament entre les demandes laborals i els recursos que té el treballador.

b) Fase d'esgotament: on es donen respostes cròniques de preocupació, ansietat, fatiga, tensió, etc.

c) Fase d'esgotament defensiu: on s'aprecien canvis conductuals del treballador.

3. A nivell cognitiu es distingeixen diferents variables que propicien l'aparició de la síndrome:

-Existència de factors organitzacionals que constitueixen un impediment en la realització de les tasques del treballador.

-Nivell d'alienació entre els objectius i valors del treballador amb els de l'organització. Si no s'aconsegueixen objectius es generen sentiments de frustració que poden desencadenar la síndrome.

-Falses expectatives del treballador no acomplertes en la realitat de la seva tasca, que té com a conseqüència un augment dels nivells d'estrès i frustració que poden fer aparèixer el *burnout*.

-Nivells baixos de desafiament, autonomia, control i retroalimentació sobre els resultats, així com el recolzament social dels companys que permeten desenvolupar en el treballador un sentiment d'èxit professional i una noció d'autoeficàcia percebuda.

4. Des de la perspectiva de les relacions, la síndrome se situa en les relacions tant amb els pacients com amb els companys de feina, en les quals pot sorgir l'esgotament emocional.

5. Des de la teoria organitzacional, es considera que les persones arriben a patir *burnout* a causa de les condicions d'estrès laboral i les tensions que se'n deriven. Les conseqüències inclouen pèrdua d'autonomia, pèrdua de control, ansietat, baixa autoestima, esgotament, irritabilitat, desgast, confusió i fatiga. Davant d'això, el treballador es distancia del seu rol arribant a la despersonalització, pèrdua d'empatia, etc.

- **Conseqüències:**

La majoria de les conseqüències del *burnout* són de caràcter emocional. Això és així perquè la majoria dels estudis sobre la síndrome es basen en la definició operativa proposada per Maslach, on 12 dels 22 ítems de la seva escala apunten cap al factor emocional (relacionats amb la depressió, sentiments de fracàs, pèrdua d'autoestima, disgust, irritabilitat, agressivitat, etc.).

Pel que fa a l'àmbit conductual, la conseqüència més important és la despersonalització (pèrdua d'acció preactiva, solucions que porten a l'augment d'estimulants, abús de substàncies, etc.).

En referència als símptomes cognitius, es dona una incoherència entre les expectatives laborals i el que és real, sobretot al principi del desenvolupament de la síndrome, el que dona lloc a la frustració i a la depressió cognitiva.

Finalment, pel que fa a les conseqüències socials, aquestes es relacionen amb l'organització de la feina que porta a terme la persona on el més important és l'aïllament i el rebuig cap a les interaccions socials. Igualment, les persones amb un alt nivell de *burnout* presenten una satisfacció més baixa amb la seva parella i a la llar presenten conductes d'irritació, tensió i disgust.

1.7. Models explicatius del *Burnout*.

En la etiologia del *Burnout*, les causes que se li han atribuït han estat diverses, donant lloc al desenvolupament de diferents models explicatius. En aquest sentit, les diferents investigacions han assumit que la síndrome del *burnout* és un procés que es desenvolupa de manera seqüencial de forma que les propostes psicològiques es diferencien en el tipus de components que proposen, així com en el seu ordre o grau d'importància a l'hora d'explicar el seu resultat final, i també en les estratègies que l'individu pot utilitzar per a controlar-ho.

Partint d'aquí, una de les classificacions més utilitzades és la proposada per Gil-Monte i Peiró (1997). Aquesta classificació categoritza els models etiològics en base a quatre tipus d'enfocaments d'investigació: la Teoria Sociocognitiva del Jo, la Teoria de l'Intercanvi Social, la Teoria Organitzacional i la Teoria Estructural:

1.7.1. Models etiològics basats en la Teoria Sociocognitiva del Jo:

Segons aquests models, les causes més importants de la síndrome del *burnout* són les cognicions que influeixen en la manera de percebre la realitat, el compromís per a la consecució d'objectius i les conseqüències emocionals de les accions que es troben determinades per l'autoeficàcia de la persona.

Així, la perspectiva de la Teoria Sociocognitiva del Jo, es caracteritza, doncs, per a atorgar a les variables del *self* (autoeficàcia, autoconfiança i autoconcepte) un paper central per a explicar el desenvolupament del problema. Aquesta teoria considera que les cognicions del subjecte influeixen en allò que aquest percep o fa, i aquestes cognicions es veuen modificades pels efectes de les seves accions i per l'acumulació de les conseqüències observades en els altres, així com en la creença o grau de seguretat per part de la persona en les seves pròpies capacitats, la qual cosa determinarà el compromís que l'individu durà a terme per a aconseguir els seus objectius i la facilitat o dificultat per al seu acompliment.

Per tant, aquests models etiològics donen una gran importància a les variables del *self*, entre les quals es troben el Model de Competència Social de Harrison (1983), el Model de Pines (1993), el Model de Cherniss (1993) i el Model de Thompson, Page i Cooper (1993).

1.7.1.1. El Model de Competència Social de Harrison (1983):

Harrison es basa en la competència i l'eficàcia percebuda per a explicar la competència percebuda com a funció de la Síndrome del *Burnout*. Per a l'autor, la majoria de professionals que comencen a treballar en serveis d'assistència presenten un grau elevat de motivació i d'altruisme per ajudar als altres. No obstant, en el lloc de treball hi haurà tant factors d'ajuda com factors de barrera que determinaran l'eficàcia del treballador. En el cas dels factors d'ajuda, aquests, juntament amb la motivació, contribuiran a obtenir resultats beneficiosos perquè augmentaran l'eficàcia percebuda i els sentiments de competència social. En canvi, els factors de barrera dificultaran que el treballador aconseguixi les seves metes en el context laboral, i el sentiment d'autoeficàcia disminuirà. Si aquestes condicions es prolonguen en el temps, la síndrome de *Burnout* pot aparèixer.

Entre els factors d'ajuda i de barrera trobem: l'existència d'objectius laborals realistes, el nivell d'ajustament entre els valors de l'individu i l'organització, la capacitació professional, la presa de decisions, l'ambigüitat del rol, la disponibilitat i la disposició dels recursos, la retroalimentació rebuda, la sobrecàrrega laboral, l'absència de recursos, les disfuncions del rol, els conflictes interpersonals, etc.

1.7.1.2. Model de Pines (1993):

Per a Pines la síndrome de *Burnout* apareix quan el treballador posa èmfasi en la recerca del sentit existencial i fracassa en aquesta tasca. Aquestes persones donen sentit a la seva existència per mitjà de tasques laborals humanitàries. Aquest és un model motivacional que planteja que només es cremen aquelles persones amb una alta motivació i altes expectatives. Un treballador amb baixa motivació inicial pot experimentar estrès, alienació, depressió o fatiga, però no arribarà a desenvolupar *burnout*. Per tant, aquest model explica la síndrome com un estat d'esgotament físic, emocional i mental causat per afrontar situacions d'estrès crònic juntament amb altes expectatives. La síndrome de *Burnout* seria el resultat d'un procés de desil·lusió on la capacitat d'adaptació de la persona ha quedat disminuïda de forma severa.

1.7.1.3. Model d'autoeficàcia de Cherniss (1993):

Per a aquest autor, la consecució dels objectius augmenta l'eficàcia del treballador. En canvi, la no consecució de les metes porta al treballador al fracàs psicològic, és a dir, a una disminució de l'autoeficàcia percebuda i, en última instància, al desenvolupament de la Síndrome de *Burnout*. D'altra banda, els treballadors amb forts sentiments d'autoeficàcia percebuda tenen menys probabilitats de desenvolupar *burnout* ja que experimenten menys estrès en situacions amenaçadores.

1.7.1.4. Model de Thompson, Page i Cooper (1993):

Aquests autors destaquen quatre factors implicats en l'aparició de la síndrome del *Burnout* i assenyalen que l'autoconfiança juga un paper fonamental en aquest procés. Aquests quatre factors són:

- a) Les discrepàncies entre les demandes de la tasca i els recursos del treballador.
- b) El nivell d'autoconsciència.
- c) Les expectatives d'èxit personal.
- d) Els sentiments d'autoconfiança.

Aquest model planteja que, després de diversos fracassos en la consecució dels objectius laborals juntament amb alts nivells d'autoconsciència, de les discrepàncies percebudes o anticipades entre les demandes i els recursos, es tendeix a utilitzar com a estratègia d'afrontament una retirada mental o conductual de la situació amenaçadora, per exemple, les conductes de despersonalització. Aquestes estratègies tenen com a objectiu reduir les discrepàncies percebudes en l'acompliment de les metes laborals.

1.7.2. Models etiològics basats en les Teories de l'Intercanvi Social:

Aquests models proposen que la síndrome del *Burnout* té la seva etiologia en les percepcions de manca d'equitat o manca de guanys que desenvolupen les persones com a resultat del procés de comparació social quan s'estableixen relacions interpersonals. Els professionals assistencials estableixen relacions d'intercanvi (ajuda, apreciació, gratitud, reconeixement, etc.), amb els receptors de la seva feina, amb els companys i amb l'organització quan de manera continuada perceben que aporten més del que reben a canvi de la seva implicació personal i el seu esforç. Sense adaptar-se ni resoldre aquesta situació, aquests professionals desenvolupen la síndrome.

Els models que segueixen aquesta línia d'investigació són: el Model de Comparació Social de Buunk i Schaufeli (1993) i el Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy (1993).

1.7.2.1. Model de Comparació Social de Buunk i Schaufeli (1993):

Aquest model va aparèixer per a explicar l'aparició del *burnout* en les infermeres. Segons els autors, existeixen tres fonts d'estrès que es troben relacionades amb els processos d'intercanvi social:

- a) Incertesa: absència de falta de claredat sobre els propis sentiments i pensaments de com actuar.

- b) Percepció d'equitat: fa referència a l'equilibri percebut sobre el que es dóna i el que es rep en el curs de les seves relacions.
- c) Manca de control: s'explica com la possibilitat i/o capacitat del treballador per a controlar els resultats de les seves accions laborals.

1.7.2.2. Model de Conservació de Recursos de Hobfoll i Freedy (1993):

La Teoria de Conservació de Recursos és una teoria motivacional basada en la idea de que quan la motivació bàsica del treballador es veu amenaçada o negada té com a conseqüència l'estrès, que alhora pot produir el *burnout*. Segons aquesta teoria, perquè es puguin reduir els nivells de *burnout* cal que augmentin els recursos utilitzats pels treballadors. D'aquesta manera, s'elimina la possibilitat de perdre'ls. Igualment, cal que es modifiquin de manera positiva les cognicions i percepcions amb la finalitat de disminuir els nivells d'estrès percebuts i, per tant, del *burnout*. Així doncs, les estratègies d'afrontament que recomanen aquests autors per a prevenir l'aparició de la síndrome, són les de tipus actiu.

La idea bàsica d'aquest model és que els treballadors s'esforcen per augmentar i mantenir els seus recursos, que és el que valoren. Aleshores, el *burnout* apareixeria si aquests recursos es troben amenaçats, o quan la persona inverteix en els seus recursos però no rep allò que espera. D'acord amb aquesta teoria, l'exposició prolongada a les situacions de demandes professionals fa que el treballador arribi a estats d'esgotament emocional i físic, és a dir, al component central del *burnout*. En definitiva, aquesta teoria defineix quatre categories bàsiques de recursos:

- a) Propòsits.
- b) Condicions.
- c) Característiques personals.
- d) Capacitat física.

1.7.3. Models etiològics basats en la Teoria Organitzacional:

Aquests models inclouen com a antecedents de la síndrome les disfuncions del rol, la manca de salut organitzacional, l'estructura i el clima organitzacional. Els estressors del context de l'organització i les estratègies utilitzades davant l'experiència de cremar-se són claus per a aquest model teòric.

Dins d'aquests models trobem: el Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter (1988), els Models de Cox, Kuk i Leiter (1993) i el Model de Winnubst (1993).

1.7.3.1. Model de Fases de Golembiewski, Munzenrider i Carter (1988):

Aquest model proposa una progressió seqüencial en el temps, en la qual l'ocurrència d'un component precipita el desenvolupament d'un altre. Així, en la seqüència, la despersonalització és la primera fase del *Burnout*, seguida per la realització personal disminuïda i, finalment, per l'increment de l'esgotament emocional.

A la primera fase es desencadena l'estrès per la sobrecàrrega laboral i pobresa del rol, provocant sentiments de pèrdua d'autonomia i de control. A la vegada, això genera sentiments d'irritabilitat, fatiga i una disminució de l'autoimatge positiva.

A la segona fase, el treballador desenvolupa estratègies d'allunyament per a afrontar la situació amenaçant del context laboral. Aquest tipus d'estratègia pot ésser constructiva o no, depenent de la seva naturalesa. Si es desenvolupen actituds de despersonalització o cinisme, apareix el *burnout*.

Les següents fases es caracteritzen per una baixa realització personal que pot desencadenar en esgotament emocional.

1.7.3.2. Models de Cox, Kuk i Leiter (1993):

Des d'un enfocament transaccional de l'estrès laboral, aquest model suggereix que el *Burnout* és un esdeveniment particular que es dona en les professions humanitàries, i que l'esgotament emocional és la dimensió essencial de la síndrome. La despersonalització es considera com una estratègia d'afrontament davant d'aquest esgotament, i la baixa realització personal és el resultat de l'avaluació cognitiva de l'estrès al qual s'enfronta el treballador.

1.7.3.3. Model de Winnubst (1993):

Aquest model planteja que el *Burnout* és una conseqüència de les interrelacions entre l'estrès, la tensió i el recolzament social en el context de l'estructura i la cultura de l'organització. Per tant, l'etiologia del *burnout* estaria influïda pels problemes derivats de l'estructura, el clima i la cultura organitzacional.

Per a Winnubst la cultura de l'organització està determinada per la seva estructura i, per tant, els antecedents del *burnout* variaran en funció del tipus de cultura organitzacional i la institucionalització del recolzament social. Paral·lelament, com que el recolzament social es troba estretament relacionat

amb l'estructura organitzacional, aquest esdevé un factor fonamental que afecta a la percepció del treballador respecte a l'estructura organitzacional i, per tant, és una variable essencial sobre la qual s'ha d'intervenir per a prevenir o disminuir els nivells de *burnout*. Per a l'autor, el *burnout* pot afectar a tot tipus de professionals i no només a aquells que treballen en les àrees de salut o de serveis d'ajuda.

1.7.4. Models etiològics basats en la Teoria Estructural:

Aquests models tenen en compte els antecedents personals, interpersonals i organitzacionals per a explicar l'etiologia del *Burnout* de manera integral. Es caracteritzen perquè es basen en els models transaccionals els quals plantegen que l'estrès és conseqüència d'una manca d'equilibri de la percepció entre les demandes i la capacitat de resposta de la persona.

Dins d'aquests models trobem: el Model de Gil-Monte i Peiró (1997).

1.7.4.1. Model de Gil-Monte i Peiró (1997):

Aquest model explica el *Burnout* tenint en compte les variables de tipus organitzacional, personals i les estratègies d'afrontament. El model planteja que la síndrome és una resposta a l'estrès laboral percebut i que sorgeix com a producte d'un procés de reavaluació quan la forma d'afrontament a la situació amenaçant és inadequada. Aquesta resposta implica una variable medidora entre l'estrès percebut i les seves conseqüències (manca de salut, baixa satisfacció laboral, passivitat, evitació, etc.).

2 Revisió teòrica

La bibliografia sobre el *burnout* en les cures pal·liatives repeteix el succeït amb el *burnout* professional en general. S'han portat a terme pocs estudis empírics i molts dels treballs sobre *burnout* i cures pal·liatives s'han limitat a revisar estudis realitzats en altres àrees, aplicant els conceptes teòrics trobats i extrapolant a cures pal·liatives les conclusions obtingudes en altres àmbits com l'oncologia, la infermeria en general o les professions relacionades amb la salut.

En aquest sentit, es pot equiparar el *burnout* experimentat en oncologia amb el *burnout* experimentat en cures pal·liatives, doncs en ambdues àrees es treballa amb malalts neoplàsics i els professionals es podrien trobar amb dificultats semblants. No obstant, quan es parla de *burnout* i d'estrès professional en una especialitat, cal tenir en compte altres factors aliens al treball que poden influir en els resultats dels estudis (culturals, tipus de recurs, nivell de desenvolupament, instrument de mesura, etc.).

Igualment, diverses investigacions han relacionat determinats factors que propicien el *burnout* i que tenen la seva influència en l'entorn social, el marc laboral i les característiques de personalitat (Chacón i Grau, 2004). Variables com l'edat, el sexe, el nombre de fills o l'estat civil, el tipus de professió, l'ambigüitat del rol, el clima laboral, etc., es consideren facilitadores de la síndrome. Per a Gil-Monte (2001) els desencadenants del *burnout* es classifiquen en quatre categories: 1) ambient físic de treball i continguts del lloc; 2) estrès per acompliment de rols, relacions interpersonals i desenvolupament de la carrera; 3) estressors relacionats amb les noves tecnologies i altres aspectes organitzacionals i; 4) fonts extraorganitzacionals d'estrès laboral.

En aquest sentit, McCranie i Bransdman (1988) i Gil-Monte i Peiró (1997) van trobar correlacions positives significatives entre escales del MMPI (depressió=.11; introversió=.15, psicoticisme=.09) i una mesura de *burnout* (Tedium Measure/TM) en 440 metges residents. Per la seva part, Lemkau, Purdy i Rafferty (1988) van trobar que d'aquesta mostra de metges, els que tenien una personalitat antisocial, agressiva, esquizoide i ansiosa presentaven un nivell d'esgotament emocional i una manca de realització personal més elevats.

En un altre estudi portat a terme per Chacón, Grau i Martín (1994), es va analitzar una mostra de 80 infermeres que treballaven amb pacients oncològics i es va trobar que la ira i l'hostilitat eren els estats emocionals que presentaven les infermeres mentre realitzaven cures d'alta complexitat on no tenien autonomia ni formació suficient quant a la presa de decisions crítiques.

Tanmateix, Cherniss (1993), Haack (1988) i Wilson i Chiwakata (1989) postulen que entre les estructures més complexes o patrons funcionals de la personalitat que més s'han relacionat amb la modulació del *burnout* es troben les característiques de personalitat tipus A (impaciència, urgència temporal, esforç per l'assoliment, competitivitat, agressivitat, hostilitat i compromís excessiu per la feina), el locus de control, els estils atribucionals i les variables que es refereixen a si mateix (autoestima, autoconfiança i autoeficàcia).

En un estudi realitzat per Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales i Del Valle (2009), es van estudiar els nivells i la prevalença de *burnout* en una mostra d'infermeres de cures pal·liatives del País Basc i un grup control d'infermeres que treballaven en els mateixos hospitals però en altres unitats d'hospitalització. Per a l'estudi es va dissenyar un quadern de recollida de dades amb el MBI, una escala de recolzament social percebut i un qüestionari de satisfacció laboral, a més d'una sèrie de variables demogràfiques.

Van participar 105 infermeres de les quals 64 pertanyien a cures pal·liatives. Els resultats van mostrar que no hi havia diferències significatives entre els nivells i prevalença de *burnout* en ambdós grups. Un 58% (NCP) – 62% (CP) va presentar esgotament emocional elevat; un 66% (NCP) – 59% (CP) un nivell important de despersonalització i un 66% (NCP) – 70% (CP) una baixa realització personal. El percentatge d'infermeres en el rang dels valors normatius per *Burnout* va demostrar ser menor en pal·liatius que en la resta

(33% vs. 41%). No obstant, les diferències no van aconseguir una significació estadística.

Les conclusions que s'extreuen d'aquest estudi és que els nivells de *burnout* de les infermeres estudiades van resultar ser similars en els dos grups i superior als controls de la població espanyola. Les infermeres de cures pal·liatives es troben més satisfetes i senten recolzament en alguns aspectes. L'experiència es comporta com un factor protector davant l'esgotament emocional i les professionals perceben una falta de formació específica adequada i una manca d'entrenament en habilitats de comunicació.

En l'estudi portat a terme per Martín *et. al* (2000), es va analitzar una mostra de 36 professionals sanitaris del Servei de Radioteràpia i Oncologia de l'Hospital Clínic "San Cecilio" de Granada, als quals se'ls va administrar el MBI. Els resultats van mostrar que la Sala d'Oncologia és la que presentava majors puntuacions mitjanes en les subescales Esgotament Emocional i Despersonalització, mentre que en la subescala Realització Personal la puntuació mitjana era la menor en els serveis analitzats.

En un altre estudi dut a terme per Gómez, Puga, Mayán i Gandoy (2012), es va estudiar el nivell d'estrès que pateixen les infermeres que treballen en les unitats de cures pal·liatives a partir d'una mostra de 94 infermeres del SEGAS (Servei Gal·lec de Saúde), mitjançant un qüestionari de dades sociodemogràfiques i organitzacionals i el MBI com a instruments d'avaluació.

Els subjectes estudiats tenien una edat mitja de 39,53 anys i el 87% eren dones davant el 13% d'homes. Els resultats van mostrar que un 28% presentava un nivell elevat d'esgotament emocional i un 26% un esgotament mitjà. El 46% presentava un esgotament emocional baix. D'altra banda, el 52% presentava un nivell baix de despersonalització enfront el 23% de nivell mig i un 25% amb nivell elevat. En relació a la realització personal reduïda, destaca que el 59% de la mostra presentava un nivell elevat enfront el 22% que presentava una realització personal reduïda baixa.

En conclusió, els resultats van mostrar que el personal d'infermeria que treballa en aquestes unitats de cures pal·liatives no presenten un nivell d'estrès tant elevat com el que s'esperava trobar abans de començar l'estudi.

Tanmateix, l'estudi portat a terme per Cumplido i Molina (2011) als professionals de cures pal·liatives dels Hospitals Universitaris Virgen del Rocío (Sevilla), tenia com a objectiu valorar els factors que s'interrelacionaven amb l'estrès professional associat a una atenció continuada del dolor i la mort en el personal d'infermeria. En aquest cas, es va dur a terme un estudi descriptiu transversal amb tècniques qualitatives i quantitatives i es va utilitzar el MBI. La mostra estava composta per 18 professionals (13 infermers/es i 5 auxiliars d'infermeria).

Els resultats van mostrar que el 20% dels professionals identifiquen l'atenció al dolor i a la mort com el principal factor d'estrès. Més del 50% dels professionals van puntuar baix en les tres subescales del MBI, per tant, els nivells d'estrès

tampoc es presenten tant elevats com es podria pensar al començament de la investigació.

En un altre estudi portat a terme a la ciutat de Medellín (Colòmbia) al 2004 per Vinaccia i Albarán, es va estudiar la prevalença de *burnout* en una mostra de 60 auxiliars d'infermeria, d'edats compreses entre els 20 i els 40 anys, als quals se'ls hi va aplicar la versió abreujada de l'Inventari de Burnout de Maslach, desenvolupat per González-Roma et al. (1998), i format per 9 ítems avaluats en un format tipus Likert amb cinc opcions de resposta, des de 1 (mai) a 5 (sempre). L'escala fou dissenyada sobre la base de les tres subescales que mesuren la despersonalització, l'esgotament emocional i la competència social.

Contràriament al que s'esperava, els/les auxiliars d'infermeria no van presentar puntuacions que fessin suposar que experimentaven la Síndrome de *Burnout*, obtenint uns nivells baixos en els resultats.

En l'estudi de Santamaría et al. (2008), es va estudiar la prevalença de *burnout* en professionals sanitaris que treballaven a les unitats de cures pal·liatives de la comunitat de Madrid, dins l'àmbit de la sanitat pública i concertada. Es va dur a terme un estudi transversal descriptiu entre el personal mèdic i d'infermeria d'unitats d'atenció domiciliària i serveis de cures pal·liatives d'hospitals de la xarxa pública i concertada. D'un total de 193 individus, mitjançant mostreig aleatori simple, es va seleccionar un grup de 60 als quals es va administrar el MBI, validat en castellà. Es van tenir en compte també les variables de tipus demogràfic i laboral. La taxa de respostes va ser del 75% (45 persones). Un 57,8% dels individus presentava esgotament emocional baix, un 68,9% despersonalització baixa, i un 62,2% realització personal alta. A més, un terç dels participants (15) s'ajustava al patró de baix nivell de *burnout* en les tres subescales (esgotament emocional baix, despersonalització baixa i realització personal alta). Els resultats van posar de manifest que els professionals de cures pal·liatives de la comunitat de Madrid manifestaven nivells baixos d'esgotament professional en relació amb altres estudis realitzats a Espanya.

Finalment, en l'estudi portat a terme per Etxeburu i Mier (2006), es va mesurar el nivell d'ansietat davant la mort i la presència o no de la síndrome de *burnout* així com conèixer quins són els factors estressants en cadascun dels col·lectius de professionals que directament atenen a pacients terminals en una Unitat de Cures Pal·liatives. Es van administrar de manera individual a 24 participants l'escala d'ansietat davant la mort (DAS) de Templer i el MBI, i una enquesta amb preguntes relacionades amb els factors estressants, canvis en les idees de mort, recerca de recolzament familiar o laboral, etc. Els resultats van demostrar que el nivell mig d'ansietat davant la mort és del 5,75% i que no existeix síndrome de *burnout* en cap col·lectiu. Els metges és el grup sanitari que va presentar un major esgotament emocional i les infermeres les que van puntuar més alt en despersonalització. Les conclusions de l'estudi van posar de manifest que el nivell d'ansietat davant la mort és similar al d'altres estudis i, tot i que no existeix síndrome de *burnout*, apareixen diferències en les diferents variables del MBI segons la categoria professional.

3 Problema

3.1. El problema de la Síndrome del *Burnout* en els professionals de les Cures Pal·liatives.

La Síndrome del *Burnout* pot tenir conseqüències devastadores per als professionals de les cures pal·liatives i els seus pacients. Aquests professionals són especialment vulnerables ja que desenvolupen una feina assistencial i amb una alta exposició a factors predisponents.

L'exercici professional en les Unitats de Cures Pal·liatives s'ha vist transformat per la modernització, els canvis tecnològics i per noves formes de treball i administració basades en la qualitat de l'atenció als pacients. Tot això produeix diàriament complexos desafiaments per a l'acompliment de la feina que faciliten el desenvolupament de la síndrome. Tot i que actualment s'accepta que l'esgotament professional pot afectar a qualsevol grup, existeixen professions més propenses de ser afectades per *burnout*, com són les de l'àrea de salut i, en concret, els treballadors de cures pal·liatives.

Aquests professionals han de fer front a diari a multitud d'estímul potencialment estressants. D'aquesta manera, els fa especialment vulnerables a determinats trastorns psicològics, entre els quals destaca el *burnout*.

Les cures pal·liatives són una manera especial de tenir cura dels malalts, que es caracteritza per a procurar una atenció integral o holística al pacient terminal i als seus familiars, mitjançant el treball especialitzat d'un equip interdisciplinari.

Aquests professionals s'enfronten diàriament a millorar la qualitat de vida dels pacients tant en l'àmbit del dolor físic, com del patiment psicològic i en el deteriorament que pateix el malalt en general, preservant la dignitat de la persona en els moments de dependència física i en el deteriorament progressiu del seu aspecte físic. Aquests professionals s'enfronten amb una realitat que trenca els principis professionals tradicionals de la curació, la qual cosa limita les seves accions i l'aplicació de coneixements a les cures pal·liatives. Aquesta situació professional pot representar per a molts una font de *burnout* degut a la implicació emocional amb el pacient que ha de morir, i a la realització d'unes cures professionals que no tindran com a conseqüència una millora del pacient. Tot això condueix al professional a la desil·lusió i inclús a una autoavaluació negativa. Segons Sánchez-Anguila (2009), es poden distingir entre dos tipus de factors: els que predisposen al *burnout*, i els factors de manteniment del *burnout*.

3.1.1. Factors que predisposen al *Burnout*.

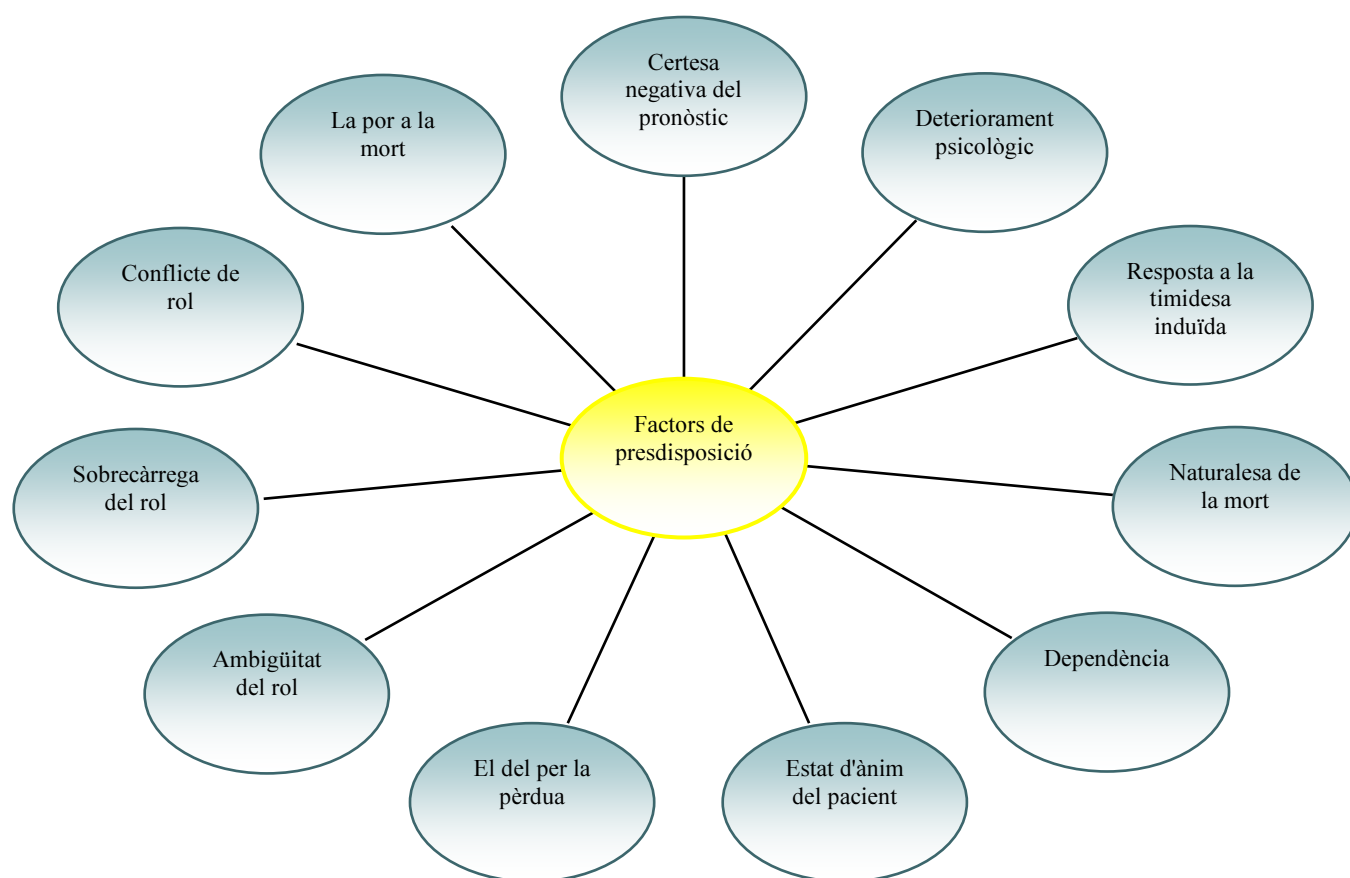


Figura 1. Factors que predisposen al *Burnout*.

En les cures pal·liatives existeixen factors que poden predisposar a patir *burnout*, per exemple, l'exposició al patiment i al final de la vida, o el fet que constitueixen un model d'atenció recent en el qual els professionals, amb freqüència, han rebut una formació insuficient per a la tasca que desenvolupen. A més, el *burnout* pot disparar-se entre els professionals d'un equip concret quan hi ha absència de suport emocional, dificultats internes o problemes de tipus organitzatiu. En aquest sentit, els factors que representen una font d'estrès tant interna com externa per als professionals de cures pal·liatives, provenen del pacient, del mateix professional i del context, i es poden classificar en:

-Incertesa o certesa negativa del pronòstic: l'avaluació exacta del curs temporal de la malaltia, sobretot en pacients neoplàsics, així com les complicacions i la seva data d'aparició, resulta difícil de pronosticar, per tant, pacients, familiars i professionals han de suportar aquesta incertesa. Quan més s'allarga la malaltia sense resposta positiva al tractament, es pateix un major estrès.

-Deteriorament psicològic: el deteriorament físic i les alteracions psicoemocionals que es donen en el pacient a mesura que la malaltia avança, fa que les reaccions siguin de no acceptació, i la relació del pacient amb els professionals es caracteritzen per sentiments ambivalents de familiaritat i distanciament. La por i l'ansietat que presenta el pacient es transmet a familiars i a professionals.

-Resposta a la timidesa induïda: fa referència a que durant el procés de la malaltia es dona una resposta de protecció, de pèrdua inevitable, que el professional projecta cap el malalt. El personal de cures pal·liatives no pot evitar enfrontar-se diàriament a aquesta actitud i/o sentiment, i a vegades no té les suficients estratègies d'afrontament per evitar el dolor per la pèrdua d'aquell pacient.

-Naturalesa de la mort: la tipologia de mort pot augmentar l'estrès en aquelles persones que envolten al pacient. El patiment prolongat, el dolor, el deteriorament físic, etc., componen una escena de patiment i estrès que es prolonga durant el transcurs de la malaltia.

-Dependència: aquests pacients són més dependents que altres i, a mesura que passa el temps, necessiten més ajuda.

-Estat d'ànim del pacient: una de les dificultats associades a la situació de final de vida es troba en acceptar el fet de la mort i la seva proximitat, la qual cosa genera respostes complexes, com per exemple, la negació. El pacient negador és un pacient informat que nega una realitat massa dolorosa i amenaçant com per a poder tolerar-la. La negació permet al pacient distanciar-se, temporalment, de l'amenaça i així disminuir l'impacte de la realitat. No obstant, la negació de la malaltia crea una situació de frustració no acceptada que té com a conseqüència la irritabilitat i la ira en molts moments de la relació pacient, familiar i professional.

-El dol per la pèrdua: la humanitat dels professionals sanitaris fa que sentin el dol per pacients que, sovint, passen llargs períodes de temps en els serveis pal·liatius i amb els que s'adquireixen llaços d'amistat. L'encadenament d'aquestes pèrdues manté l'estat de dol durant més temps.

-Ambigüïtat del rol: en els equips sanitaris no és té una percepció clara del paper que ha de desenvolupar cadascú i les responsabilitats sobre l'estat del malalt.

-Sobrecàrrega del rol: l'excés de responsabilitat pel tipus de patologia i el tipus de servei pal·liatiu més que curatiu, en moltes ocasions sobrepassa la capacitat d'adaptació del professional.

-Conflicte de rol: l'objectiu dels serveis pal·liatius és facilitar que la última etapa de la vida del pacient sigui digna i de qualitat, la qual cosa suposa un problema de significat de la tasca i de l'objectiu de la mateixa, en contraposició a salvar vides o a sanar.

-La por a la mort: és una realitat en tot ésser humà, un destí inherent que moltes vegades s'evita, es distreu o s'amaguen els pensaments de referència. El professional que s'enfronta diàriament amb la mort dels seus pacients experimenta una trobada amb la seva pròpia mortalitat modificant el seu estat d'ànim.

3.1.2. Factors de manteniment del *Burnout*.



Figura 2. Factors de manteniment del *Burnout*.

De la mateixa manera que abans, també trobem factors que propicien el manteniment del *burnout* en cures pal·liatives, com per exemple una major satisfacció laboral procedent de l'estil de treball que prima un abordatge integral i que permet un major contacte amb els pacients. Igualment, també protegeix el fet de treballar en equip i de portar a terme reunions periòdiques que previnguin la síndrome. En aquest sentit, podem trobar diverses estratègies que faciliten el maneig de l'estrès en aquests professionals sanitaris:

-Factors del pacient: el manteniment de l'esperança del pacient és essencial per a donar sentit als esforços dels professionals. L'esperança i la il·lusió mantenen un clima favorable per al treball i la qualitat de vida del propi pacient. Tanmateix, el repartiment equitatiu de responsabilitats del personal, el gaudi d'oci i el recolzament mutu com a condicionant per a millorar el control d'estrès també resulta fonamental. Igualment, el recolzament sociofamiliar, la seva comprensió i la seva ajuda resulten ser conductes imprescindibles per a millorar l'estat psicològic en el curs de la malaltia i el tractament. El tractament psicològic professional del pacient de forma individual o en grup ajuda a establir vincles socials, confiança mútua i una major comprensió. El tracte respectuós i digne cap a un mateix facilita alhora el tracte amb els altres, i el respecte mutu entre pacient i professional ajuda a reduir l'ansietat i a millorar les respostes cap a la malaltia.

-Factors del professional: cal acceptar als pacients tal com són, ajudar a acceptar la realitat de la malaltia, la realitat de nosaltres mateixos i a aprendre a afrontar-ho amb realisme. L'impacte de la situació de la malaltia fa que es pugui pensar en viure més plenament, a aprendre a valorar molt més altres aspectes de la vida. El dolor i l'estrès fan que els grups de recolzament del personal sanitari que tracta la mateixa malaltia així com la formació psicològica siguin una alternativa útil per a l'ús del professional i la seva salut mental. Mantenir una vida social i d'oci plena serveix com a factor alliberador de l'ambient laboral estressant. El reconeixement de pacients i familiars i la retroalimentació dels supervisors o el propi hospital ajuden a millorar la situació d'estrès. Ser compresos i reconeguts per la tasca que realitzen aquests professionals fora del seu àmbit laboral també esdevé una gran ajuda.

-Factors de context: poden facilitar la millora de l'estrès les circumstàncies en les quals treballen aquests professionals, una bona organització dels equips sanitaris, els torns, la comunicació entre ells que permeti minimitzar els conflictes o bé afrontar-los amb normalitat, una actitud positiva així com utilitzar mètodes centrats en la solució de problemes. L'organització de les tasques, els horaris, instruccions i mètodes, han d'estar clarament definits en protocols d'actuació estandarditzats. La complementarietat i la feina en equip de tots els professionals que integren els equips de cures pal·liatives (metges, psicòlegs, treballadors socials, gerontòlegs, infermers, etc.), constitueixen els serveis de la comunitat en un context sociosanitari. La formació continuada, compartir coneixements entre els diferents companys de l'equip i el recolzament de personal voluntari pot millorar les relacions i establir un clima propici.

El problema del *burnout* en aquests professionals es dona, doncs, per les situacions en les quals s'han d'enfrontar cada dia i que suposen un alt impacte emocional. Dedicar-se a tenir cura de la salut de les persones és una tasca gratificant, no obstant, en ocasions pot esdevenir una font d'insatisfacció, de conductes poc adaptatives i de problemes de salut. Les exigències de la feina a les Unitats de Cures Pal·liatives, les relacions socials, l'organització del treball i dels treballadors, són factors desencadenants del *burnout*. Aquests professionals es troben exposats a patir trastorns d'ansietat i estrès d'origen extern degut al contacte directe amb els pacients, com a font de conflictes afectius per al professional al tenir una convivència real i diària amb la mort i la malaltia. La majoria d'aquests professionals passen la major part del temps en contacte amb altres persones, pacients i familiars que estan passant per un moment difícil amb una gran càrrega afectiva i emocional i amb sentiments de tensió, ansietat, por i hostilitat. Aquests professionals poden patir la síndrome del *burnout* com a resposta a l'estrès generat per aquesta relació professional-pacient, i també per la relació professional-organització.

3.2. Conseqüències del *Burnout* en els professionals de Cures Pal·liatives.

Les experiències de l'estrès provoquen en els professionals de cures pal·liatives respostes cognitives, fisiològiques i conductuals que, si es

mantenen en el temps, tenen com a conseqüència alteracions en la seva adaptació. Aquestes respostes són mediadores en la relació estrès-salut tenint un paper molt important en les conseqüències a llarg termini de l'estrès. En aquest sentit, Arranz *et. al* (1999) diferencien entre les conseqüències per a la persona, per a l'organització i en les relacions.

3.2.1. Conseqüències per a la persona.

Els principals símptomes que es manifesten en la persona que porta a terme la seva tasca en les cures pal·liatives són:

- Cognitives: es manifesten en pensaments irracionals recurrents, com sobregeneralitzacions, minimitzacions i sobreimplicació, on es perceben desbordats pels problemes i apareixen sentiments d'indefensió, de soledat, d'impotència o d'omnipotència amb incapacitat per a concentrar-se.
- Fisiològiques: es manifesten en sensacions puntuals d'ansietat acompanyats de diversos símptomes fisiològics com dolor precordial i palpitations, hipertensió, crisis asmàtiques, aparició d'al·lèrgies, dolors cervicals, d'esquena o de cap, fatiga i esgotament, úlceres, diarrea, insomni, etc.
- Conductuals: entre les més freqüents es troben la inexpressivitat emocional, no parlar de les preocupacions, no discutir els problemes sinó evitar-los, expressions de cinisme, comportaments d'apatia, hostilitat, suspicàcia, rigidesa i manca de creativitat. Mostren, en definitiva, una gran resistència al canvi. A més, pot aparèixer una disminució en la satisfacció, en la implicació i en la motivació en activitats laborals i extralaborals. Igualment, els comportaments solen ser agressius i/o amb tendència a l'aïllament. Es produeixen també canvis bruscos d'humor i un augment de conductes de risc com el consum d'alcohol, ansiolítics o altres fàrmacs.

3.2.2. Conseqüències per a l'organització.

Des de l'organització s'observen també conseqüències que afecten a la qualitat assistencial ofertada, per exemple, una menor satisfacció laboral, alt absentisme laboral, propensió a l'abandonament del lloc de treball i/o de l'organització, baixa implicació laboral, menys esforç i interès professional, baix interès per les activitats laborals, augment dels conflictes interpersonals amb superiors, companys i pacients, augment de la rotació laboral no desitjada o augment d'accidents laborals.

3.2.3. Conseqüències en les relacions.

Segons Maslach, les conseqüències del *burnout* no finalitzen quan el professional deixa la feina, sinó que segueixen afectant a la família i amics del

treballador. Aquests, han d'aprendre a tolerar la irritabilitat de la persona i els constants conflictes. Igualment, es deterioren les relacions per la necessitat d'aïllament i l'evitació a parlar dels problemes, i es produeixen barreres en la relació. Es dona també un enduriment emocional com a conseqüència de la despersonalització. Igualment, també pot ocórrer que el professional es bolqui completament en la seva feina desplaçant les relacions familiars a un segon pla.

3.3.Factors de risc i factors de protecció del *Burnout* en Cures Pal·liatives.

La Síndrome del *Burnout* sorgeix com a conseqüència del balanç negatiu que fa la persona entre les amenaces o factors de risc, i els recursos o factors de protecció. S'entenen per amenaces aquells factors potencialment estressants per al professional de cures pal·liatives, i per recursos aquells factors o condicions que fan al professional de cures pal·liatives més resistent als riscos que comporta la seva feina. En la mesura que els factors de risc i esdeveniments estressants tendeixen a reduir-se o es mantenen en nivells suficients com per a ser afrontats amb èxit per mitjà dels recursos o factors de protecció, i en la mesura que els factors de protecció tendeixen a créixer, les conductes esdevindran més adaptatives. Així doncs, l'adaptació es veurà afavorida en la mesura que es promoguin aquests factors de protecció. Seguint a Arranz *et. al* (1999), es categoritzen tres tipus de factors: personals, organitzatius i institucionals. A la taula 2 es pot veure quins són els factors de risc en l'aparició del *burnout*:

Taula 2.
Factors de risc en l'aparició del *Burnout*.

PERSONALS	ORGANITZATIUS	INSTITUCIONALS
Escassa formació de comunicació, maneig de les reaccions emocionals (pròpies i de pacients i familiars)	Presència de la mort	Manca de recursos
Percepció al fracàs	Intensitat emocional	Sobrecàrrega laboral
Sobreimplicació i/o evitació	Característiques símptomes	No formació continuada
Problemes familiars	Conspiració del silenci	Manca de reconeixement del treball en cures pal·liatives
	Dèficits organitzatius	
	Mètode autocràtic	
	No delimitació de les funcions	
	Soledat en la presa de decisions	

Nota. Font: Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., Hernández, F. (1999). *Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales*. Rev. Soc. Esp. Dolor, Vol. 6, 302-311.

En relació als factors de risc personals trobem una escassa formació en habilitats d'intervenció en la relació d'ajuda i en la comunicació assertiva, com per exemple, donar una mala notícia als pacients. Alguns professionals són particularment vulnerables al *burnout* ja que s'impliquen d'una manera excessiva des d'un punt de vista emocional, amb la qual cosa es pot perdre eficàcia en la feina. Quan les pròpies emocions no es manegen d'una manera adequada, un mecanisme de defensa que se sol utilitzar és l'evitació, que té com a rerefons la por a la pròpia mort pel fet de treballar amb malalts terminals, el que suposa una tensió interna constant, por a causar danys als pacients, que

es deriva de la por al fracàs i por a no actuar adequadament. Tanmateix, els estressors aliens a la feina, com els problemes familiars o sentimentals, i el no saber separar la vida professional de la vida personal, també són factors de risc.

Pel que fa als factors de risc organitzatius, la presència de la mort, les característiques dels símptomes, el pes de les decisions compromeses preses en solitari, i la difícil tasca de comunicar als familiars i als pacients les males notícies d'un pronòstic incert, estan sempre presents en les Unitats de Cures Pal·liatives. La conspiració del silenci per part de l'organització és també un factor de risc i s'entén com un acord implícit o explícit d'alterar la informació al pacient amb la finalitat d'amagar-li el diagnòstic i/o pronòstic o la gravetat de la situació. Igualment, si en l'equip organitzatiu no existeix un objectiu comú on prevalgui la cooperació i la col·laboració davant la rivalitat o l'autocràcia, aquest grup es veurà abocat a l'estrès laboral assistencial.

Finalment, en relació als factors de risc institucionals, malgrat s'hagi demostrat l'eficàcia i l'eficiència dels programes de cures pal·liatives, manca el seu desenvolupament a nivell nacional, recolzat i reconegut per les institucions sanitàries, tant privades com públiques. No obstant, de forma progressiva, ja s'estan consolidant al nostre país. Tanmateix, es requereix el recolzament institucional incorporant el principi ètic bàsic d'equitat per a portar a terme una generalització d'estàndards organitzatius i educacionals, de manera que s'arribi gradual, planificada i sectoritzada, al desenvolupament de les cures pal·liatives com una estructura inserida en els recursos del Servei Nacional de Salut, ja que molts professionals es troben en el seu dia a dia amb una manca de recursos, pressió assistencial i sobrecàrrega laboral, a més de poques probabilitats de promoció i formació, i manca d'equips interdisciplinaris capaços de donar resposta a les múltiples i canviants necessitats dels malalts terminals i a les seves famílies.

D'altra banda, a la taula 3 s'exposen els factors de protecció en l'aparició del *burnout*:

Taula 3.
Factors de protecció en l'aparició del Burnout.

PERSONALS	ORGANIZATIUS	INSTITUCIONALS
Percepció d'autoeficàcia	Cohesió de l'equip	Reconeixement i recolzament
Entrenament en autocontrol (reestructuració cognitiva, relaxació, activitats gratificants)	Objectius comuns Reconeixement personal Compartir decisions	Vinculació gestió (corresponsabilització) Bones condicions ambientals Gestió de qualitat
Entrenament en counselling Suport familiar i social	Sessions interdisciplinàries Activitats de formació Objectius reals i realitzables	Formació continuada

Nota. Font: Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., Hernández, F. (1999). *Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales*. Rev. Soc. Esp. Dolor, Vol. 6, 302-311.

Pel que fa als factors de protecció personals, la percepció de l'autoeficàcia, l'autoestima i l'autoconfiança són factors essencials en l'afrontament eficaç d'aquelles situacions que es consideren estressants. El sentiment de ser

competent és, a més, una font de motivació a la feina. L'entrenament en tècniques de *counselling* resulta eficaç quan en la relació pacient-professional apareixen situacions d'estrès o ansietat. El *counselling* es fonamenta en habilitats socials dins el marc de la comunicació assertiva, en tècniques d'autocontrol, en suport emocional i estratègies de resolució de problemes. No només és un conjunt de coneixements i habilitats sinó que també configura un conjunt d'actituds com l'acceptació positiva incondicional, el respecte a l'autonomia del pacient, l'empatia, la congruència i la veracitat terapèutiques.

En relació als factors de protecció organitzatius, és necessari fomentar la cohesió i el recolzament grupal emmarcant la relació en la confiança mútua. L'equip serveix sovint com a via d'escapament per a la major part de l'estrès experimentat a la feina. Aquesta cohesió i recolzament es pot fonamentar a través de la identificació dels conflictes, necessitats i interessos dels equips interdisciplinaris i la utilització de tècniques per a la solució de problemes. Cal també una comunicació fluida entre tots els components de l'equip on es produeixi un intercanvi d'informació permanent, on les funcions quedin definides i on els professionals se sentin reconeguts i recolzats pel grup. És important realitzar reunions interdisciplinàries periòdiques on s'estableixin els objectius comuns, s'elaborin plans terapèutics, activitats organitzatives, etc. Els equips també necessiten processar les pèrdues dels pacients i, tenir la oportunitat d'expressar el dolor i compartir-lo percebent recolzament mutu, poden ajudar a afrontar el *burnout*.

Finalment, pel que fa als factors de protecció institucionals, cal que s'activi per part de les institucions sanitàries el reconeixement i recolzament de la institució en la qual s'emmarqui el programa de pal·liatius. Només així es poden donar les condicions necessàries per a plantejar mesures de vinculació en aspectes de gestió. La corresponsabilització dels professionals en aquests aspectes resulta fonamental per aconseguir la millora dels processos d'assistència i la seva implicació directa en la satisfacció laboral. L'adequada provisió de recursos com ratis de personal suficient i adequadament format, estructures físiques i ambientals apropiades i la facilitació d'una formació continuada, són també factors essencials en la prevenció del *burnout*.

3.4. Prevenció i intervenció davant del *Burnout* en els professionals de Cures Pal·liatives.

Les estratègies i tècniques d'intervenció que s'utilitzen actualment per a detectar i prevenir el *burnout* es basen en els diversos mètodes i coneixements desenvolupats per a afrontar i manejar l'estrès. En aquest sentit, cal que els professionals de les cures pal·liatives puguin identificar els factors de risc amb la finalitat que coneguin el problema i puguin prevenir-lo. Igualment, cal que s'entrenin en problemes específics com l'afrontament, la reestructuració cognitiva, etc. Així doncs, pels professionals de cures pal·liatives es proposen una sèrie d'estratègies específiques que els poden ajudar a plantejar-se estratègies de canvi.

En primer lloc, partim de la premissa que l'ésser humà té la capacitat d'autoregular-se. Moltes situacions que es donen no depenen de nosaltres i no les podem canviar. Tenint en compte això, sí que podem incidir en la manera com afrontar-les. En aquest sentit, aquests professionals han de ser capaços de detectar la dificultat, la preocupació o la necessitat, per exemple, a través de les emocions que s'expressen com a senyals d'alarma fisiològica i que, per tant, poden ser bones aliades per a detectar allò que ens passa. Tanmateix, el malestar pot esdevenir una oportunitat de canvi ja que ens permet abordar les creences que poden resultar desadaptatives i conèixer els nostres propis patrons de reacció.

En segon lloc, el professional de cures pal·liatives ha de ser capaç d'aturar-se i preguntar-se què li està passant i què és el que vol. Una vegada identificat quin és l'objectiu, que ha de ser realista i realitzable, és el moment de cercar solucions, escollint aquella que es consideri, en congruència interna, la més adequada per, finalment, passar a l'acció.

Altres estratègies facilitadores pel canvi poden ser el buscar informació adequada, saber demanar ajuda als altres, entrenar-se en alguna tècnica reductora d'ansietat, alliberar tensions amb activitats gratificants fora de l'entorn laboral, facilitar amb l'actitud i el comportament una cultura d'equip, fer explícits els objectius que han de ser reals i realitzables o compartir la presa de decisions delicades, entre d'altres.

- **Estratègies orientades a nivell individual:**

Per a la reducció de l'estrès i les emocions s'han utilitzat diverses tècniques entre les que destaquen les tècniques de relaxació, el biofeedback, les tècniques cognitives com la reestructuració cognitiva, resolució de problemes, entrenament en assertivitat, fomentar habilitats d'afrontament i tècniques d'autocontrol dirigides a les conseqüències conductuals.

- **Estratègies orientades a nivell organitzacional:**

Alguns dels canvis que s'haurien de promoure per a reduir el fenomen del *burnout* a nivell organitzacional són:

- Incrementar l'autonomia del treball, passant la responsabilitat i el control sobre el treball del supervisor als propis treballadors.
- Planificar un horari flexible per part del treballador.
- Fomentar la participació dels treballadors en la presa de decisions.
- Millorar els nivells de qualitat de l'ambient físic a la feina.
- Enriquir als treballadors, incorporant en ells autonomia, retroalimentació, varietat d'habilitats, identitat de la tasca i significat de la mateixa.
- Assignació de tasques al grup, així com l'organització i el control de la pròpia feina en el seu conjunt, proporcionant una retroalimentació adequada de la seva execució.
- Limitar el nombre d'hores de treball, així com el nombre de pacients a atendre.
- Plantejar-se els objectius a aconseguir en l'equip de treball de manera clara.

3.5. Avaluació del *Burnout*.

Per a l'avaluació de la Síndrome del *Burnout* s'han utilitzat diferents tècniques. En un principi, s'utilitzaven les observacions sistemàtiques, entrevistes estructurades i tests projectius, no obstant, posteriorment es va posar èmfasi en l'avaluació mitjançant qüestionaris o autoinformes. Entre tots aquests instruments podem citar els següents:

- **Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach i Jackson (1986):** és el més utilitzat entre els investigadors. Està format per 22 ítems en forma d'afirmacions sobre els sentiments i les actituds del professional a la seva feina i cap als pacients. Valora les tres dimensions proposades per les autores del constructe: esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal a la feina. Considera la síndrome del *burnout* com una variable continua que es pot experimentar en diferents nivells i no com a una variable dicotòmica. Aquesta escala és la que ha demostrat tenir una major validesa i fiabilitat (entre un 0,75 i un 0,90). A Espanya, aquesta escala ha estat validada en diverses mostres per a la seva adaptació espanyola. Actualment, existeixen tres versions del MBI: el *MBI-Human Services Survey* (MBI-HSS) dirigit als professionals de la salut, que constitueix la versió clàssica del MBI i es troba constituït per tres escales de les dimensions esmentades anteriorment. El *MBI Educators Survey* (MBI-ES), que és la versió per a professionals de l'educació on la paraula del pacient es canvia per la d'alumne i, finalment, el *MBI-General Survey* (MBI-GS), que presenta un caràcter més genèric ja que no és exclusiu per a professionals l'objectiu de la seva feina són persones, i que manté l'estructura tridimensional del MBI tot i que en aquesta versió només hi ha 16 ítems dels 22 inicials.
- **The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS) de Jones (1980):** està compost per 20 ítems amb resposta tipus Lickert que avalua el *burnout* tal i com el descriuen Maslach i Jackson. Es pot dividir l'escala en quatre factors: insatisfacció a la feina, tensió psicològica i interpersonal, conseqüències negatives de l'estrès i relacions no professionals amb els pacients. Aquest instrument ha estat dissenyat per als professionals de la salut, tot i que es pot administrar a altres professions. La fiabilitat és bona i les correlacions trobades amb l'esgotament emocional i la despersonalització del MBI són bastant acceptables, mentre que amb l'escala d'èxit personal la correlació és baixa.
- **Tedium Scales (TS) de Pines, Aranson i Kafry (1981):** Consta de 21 ítems amb mesures d'esgotament emocional, físic i cognicions que es valoren amb resposta tipus Lickert de set punts. Un dels problemes d'aquest qüestionari és que no presenta cap associació explícita amb el context laboral.
- **The Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie i Numerof (1984):** és un qüestionari format per 10 ítems que fan

referència a sentiments de la feina. No s'han establert correlacions amb altres mesures de *burnout* ni amb el MBI.

- **Efectos psíquicos del burnout (EPB) de García (1995):** va ser dissenyada per a la mesura del *burnout* en el nostre entorn sociocultural. Consta de 12 ítems amb resposta valorada segons una escala tipus Lickert de set punts variant el seu rang des de 1 (mai) a 7 (sempre).

Malgrat la quantitat d'instruments d'avaluació del *Burnout*, en el present treball utilitzarem el proposat per Maslach i Jackson: *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

4 Preguntes de recerca, objectius i/o hipòtesis

L'exercici de la professió en les Unitats de Cures Pal·liatives obliga a aquests professionals a mantenir una relació directa tant amb els pacients com amb els seus familiars, i a enfrontar-se diàriament a situacions com el final de la vida, malalties oncològiques, etc., on han d'aprendre a viure i a conviure amb el dolor i els sentiments extrems que d'aquestes situacions es deriven.

La necessitat de seguir investigant sobre el *Burnout* en aquests professionals esdevé fonamental malgrat que els pocs treballs empírics disponibles en la literatura hagin demostrat que els nivells d'estrès i de *burnout* no són alarmants encara.

▪ OBJECTIU GENERAL:

En aquest treball es pretén descriure quina prevalença de *burnout* presenta un equip de professionals de cures pal·liatives d'un hospital comarcal.

▪ OBJECTIUS ESPECÍFICS:

Veure la relació entre la síndrome de *burnout* i les diferents variables sociodemogràfiques relacionades.

Contrastar els resultats obtinguts a la present recerca amb les dades bibliogràfiques.

En aquest sentit, es planteja la següent hipòtesi:

- ✓ Existeix una baixa prevalença de *Burnout* en l'equip de cures pal·liatives d'un hospital comarcal en funció de la mostra estudiada.

5. Propòsit de la recerca

El propòsit últim de la recerca és establir la prevalença de *burnout* en una mostra de 21 participants que treballen a la Unitat de Cures Pal·liatives d'un hospital comarcal, a partir de l'administració del *Maslach Burnout Inventory* (MBI). Entre aquesta mostra hi haurà metges, psicòlegs, gerontòlegs, treballadors/es socials, infermers/es i auxiliars d'infermeria.

Per a l'estudi es tindran en compte les diferents variables sociodemogràfiques. L'objectiu és validar la hipòtesi plantejada anteriorment a partir de l'estudi i anàlisis de l'esmentada mostra.

Tot i que aquest col·lectiu de professionals presenten una gran vulnerabilitat a patir la síndrome del *burnout*, els resultats que s'esperen obtenir volen demostrar que, tal i com s'evidencia en la revisió teòrica de la literatura publicada sobre el tema, els nivells d'estrès crònic i *burnout* no són tant alts en aquest col·lectiu com es podria pensar a priori.

6. Mètode

6.1 Disseny de la recerca.

El personal sanitari que es dedica a les cures de pacients pal·liatius esdevé un col·lectiu que ha de fer front diàriament a una sobrecàrrega de tasques laborals que poden tenir com a conseqüència un desgast emocional i un deteriorament personal. Tenir cura de malalts terminals significa que el tractament ha de deixar de ser curatiu i ha d'encaminar-se cap a la recerca d'un major confort d'aquests pacients. Viure diàriament amb la mort pot suposar que aquests professionals puguin desenvolupar un major estrès laboral pel fet d'estar en contacte directe amb pacients que necessiten de la seva ajuda i de les seves cures d'una manera constant. El personal sanitari de la Unitat de Cures Pal·liatives ha de suportar unes condicions de treball dures com a conseqüència, entre d'altres, del sistema de torns de les seves jornades laborals, una remuneració econòmica escassa i diversos conflictes que poden sorgir a l'hora de tractar amb els familiars dels pacients i/o amb els mateixos pacients.

Els factors que poden desencadenar un major nivell de *burnout* en l'àmbit de les cures pal·liatives poden ser: treballar amb malalts terminals, la necessitat de treballar en equip, una formació inadequada o insuficient, manca d'habilitats específiques o d'estratègies d'afrontament, etc. D'altra banda, també existeixen factors que poden protegir a aquests professionals del *burnout*, entre ells, una major satisfacció en l'acompliment de la feina, estar en possessió d'una formació específica en cures pal·liatives, un clima de treball propici, etc.

Tanmateix, el *burnout* esdevé un problema de salut laboral i, per tant, la necessitat de seguir investigant en aquest col·lectiu el risc de patir la síndrome resulta primordial, tenint en compte les diferents variables que hi poden estar implicades. Per aquest motiu, en el present treball es portarà a terme una investigació en relació a una mostra de professionals de cures pal·liatives d'un hospital comarcal per tal de verificar la hipòtesi plantejada mitjançant l'anàlisi del MBI.

L'esquema que segueix el disseny de recerca que es porta a terme és el següent:

-Fase preparatòria: en aquesta fase s'ha dut a terme un estudi documental i una revisió teòrica sobre la Síndrome del *Burnout* mitjançant la compilació dels estudis actualment disponibles. Igualment, s'ha portat a terme una anàlisi del marc conceptual i teòric sobre el *burnout*, que han portat a establir la hipòtesi que es pretén verificar després d'analitzar les dades extretes de la mostra.

-Fas pre-test: en aquesta fase s'ha formulat una hipòtesi i s'ha establert la mostra final que serà objecte d'anàlisi a partir de l'administració del MBI, prèviament facilitat al col·lectiu de professionals sanitaris.

-Fase del procés d'investigació: en aquesta fase s'ha dut a terme l'aplicació del MBI i l'anàlisi dels resultats obtinguts de les dades recollides.

Per a l'estudi s'ha utilitzat un disseny transversal ja que ens permet obtenir informació sobre aspectes clínics i descriure les relacions existents entre un conjunt de variables en un moment determinat.

6.2 Participants.

Han participat 21 professionals, seleccionats a la Unitat de Cures Pal·liatives que treballen en un hospital comarcal i a la Unitat de Llarga Estada del mateix hospital atès que també es dediquen a les cures pal·liatives. Del total dels participants, el 90,48% són dones i el 9,52% homes, amb una edat mitjana conjunta de 38,19 anys (DE=9,24). Tots els participants resideixen a Catalunya. Entre aquests participants, trobem les següents professions: 6 auxiliars d'infermeria (28,57%), 7 infermers/es (33,33%), 1 psicòloga (4,76%), 1 metge (4,76%), 1 gerontòloga (4,76%) i 5 treballadors/es socials (23,81%).

La figura 3 mostra quins resultats s'han obtingut en relació al sexe dels participants de la mostra estudiada:

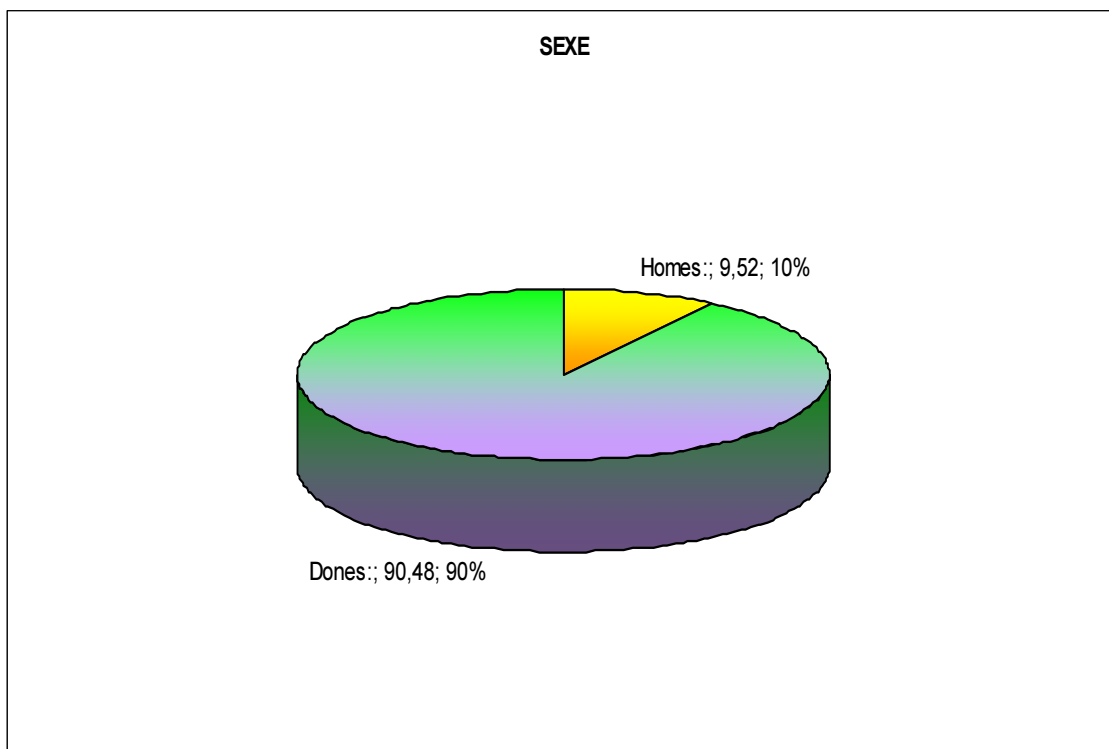


Figura 3. Participants segons el sexe.

Observem que el 90% de la mostra són dones i el 10% homes, per tant, es presenta desproporcionada en relació al sexe.

A la figura 4 es mostra quina ha estat la distribució dels participants segons la seva edat, les quals s'han dividit en els següents rangs: de 25 a 35 anys, de 36 a 45 anys i de 46 a 55 anys:

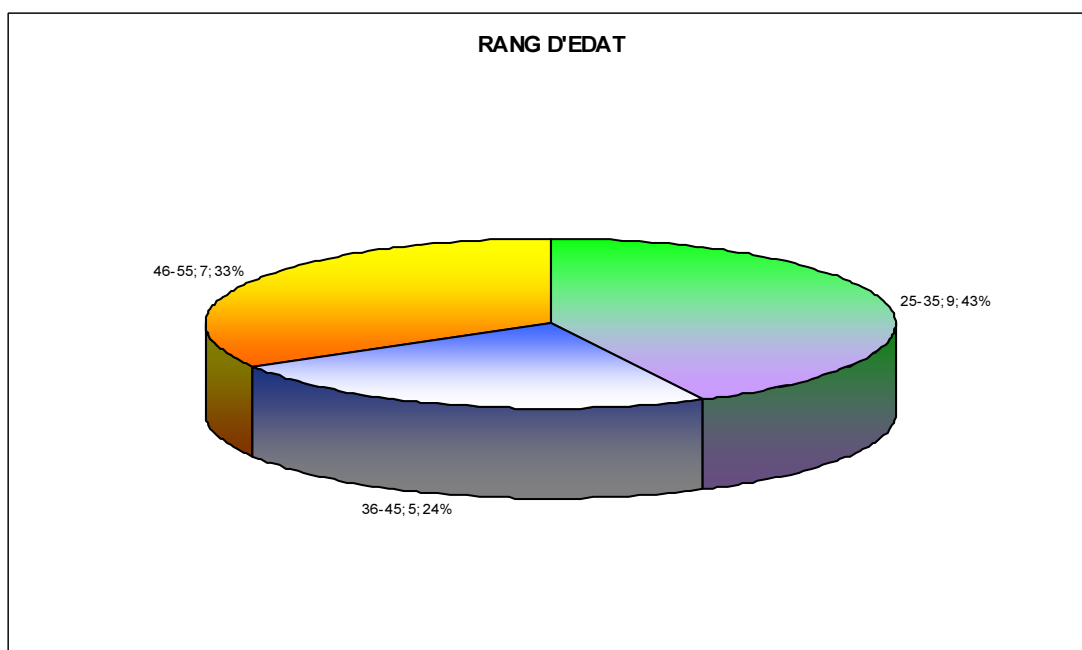


Figura 4. Participants segons el rang d'edat.

Podem veure com el 43% correspon al rang d'edat entre els 25 i els 35 anys, el 24% correspon al rang d'edat que va des dels 36 als 45 anys i, finalment, el 33% correspon al rang d'edat entre els 46 i els 55 anys.

La figura 5 ens mostra quin és el resultat en relació al lloc de treball de cadascun dels participants de la mostra:

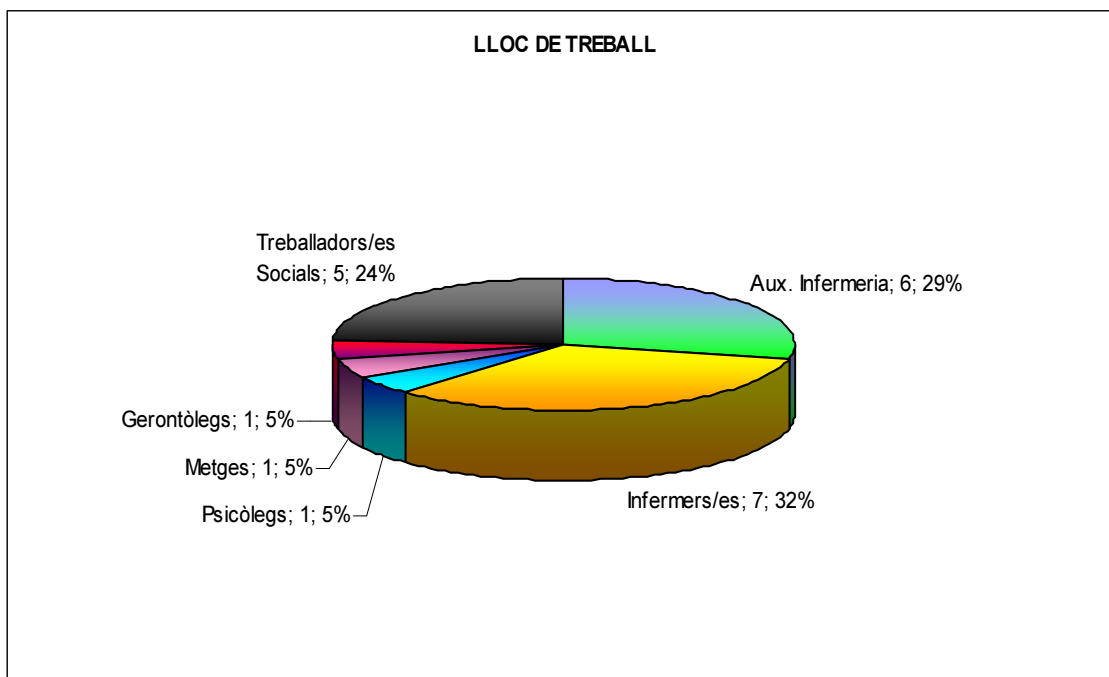


Figura 5. Participants segons el lloc de treball.

Podem observar que el 32% correspon als/les infermers/es, el 29% als/les auxiliars d'infermeria, el 24% als/les treballadors/es socials, i un 5% per a gerontòlegs, metges i psicòlegs respectivament.

6.3 Instruments.

Per a analitzar la rellevància del *burnout* en els professionals de cures pal·liatives s'ha proporcionat el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (veure annex). El MBI és un inventari autoadministrat el qual està format per 22 ítems en forma d'afirmacions sobre els sentiments i actituds del professional en el seu lloc de treball i cap als pacients. Està constituït per tres dimensions:

-E.E. Esgotament emocional: valora la vivència de sentir-se exhaust a nivell emocional per les demandes de la feina. Aquesta subescala està formada per 9 ítems que descriuen sentiments d'estar aclaparat i esgotat emocionalment per la feina. Puntuació màxima: 54.

-D. Despersonalització: mesura el grau en què poden reconèixer-se en un mateix actituds de fredor i de distanciament relacional. L'escala de despersonalització només s'utilitza per a valorar la relació del pacient i no és vàlida per avaluar actituds cap als companys de treball. Aquesta escala està

formada per 5 ítems que descriuen una resposta impersonal i manca de sentiments caps als pacients. Puntuació màxima: 30.

-R.P. Realització personal: avalua els sentiments d'autoeficàcia i de realització personal a la feina. Aquesta subescala està formada per 8 ítems que descriuen sentiments de competència i realització d'èxit a la feina en relació als altres. Puntuació màxima: 48.

Els graus d'intensitat són els següents: (1) Mai; (2) Algunes vegades a l'any; (3) Algunes vegades al mes; (4) Algunes vegades a la setmana; (5) Diàriament.

En les subescales esgotament emocional i despersonalització les puntuacions altes corresponen a alts sentiments de sentir-se cremat a la feina. A la subescala de realització personal una puntuació baixa correspon a alts sentiments de sentir-se cremat a la feina.

Les tres subescales presenten una gran consistència interna, on es considera que el grau d'esgotament com una variable contínua amb diferents graus d'intensitat. Una puntuació alta a les dues primeres subescales (E.E i D) i baixa en la tercera subescala (R.P) defineixen la presència de la Síndrome del *Burnout*.

Per a contrastar la hipòtesi s'utilitzarà la matriu de correlacions de Pearson, que mostra totes les parelles de variables, incloses les variables amb elles mateixes. És a dir, la correlació de Pearson és una mesura de la força de l'associació entre dues variables, que es limita a l'associació lineal que tenen, això és, quina proximitat a una recta queden els punts en un gràfic de dispersió. El coeficient de correlació sempre fluctuarà entre -1 i +1, i indicarà relacions fortes a mida que el valor s'acosti als extrems. A un núvol de punts aproximadament lineal amb pendent descendent li correspondrà un valor pròxim a -1, i indicarà una relació inversa o negativa.

6.4 Procediment.

En total s'han proporcionat 25 qüestionaris. Als participants se'ls hi ha explicat el funcionament del MBI i se'ls hi ha dit que les dades són totalment anònimes i que omplir el qüestionari era una cosa voluntària. D'aquests 25 qüestionaris se n'han respost 21 i tots ells han estat validats.

7. Resultats

7.1. Anàlisi de les dades obtingudes amb el *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Per a estudiar quins són els nivells i la prevalença de *burnout* de la mostra (n=21) de professionals sanitaris de l'àmbit de les cures pal·liatives, es prenen

com a referència les puntuacions màximes de cada subescala del MBI. Per la subescala Esgotament Emocional la puntuació màxima és de 54 punts, per a Despersonalització la puntuació màxima és de 30 punts, i per a Realització Personal la puntuació màxima és de 48 punts.

D'altra banda, pel que fa a la consistència interna, s'ha calculat el coeficient alfa de Cronbach per a tots els ítems de cadascuna de les tres subescales. Els valors de fiabilitat per a cadascuna de les tres dimensions en aquest estudi són: 0,72 per Esgotament Emocional, 0,76 per a Despersonalització i 0,78 per a Realització Personal.

A la taula 4 es mostren les dades relatives a la mitjana, la desviació típica i la variància per a cadascuna de les escales del MBI per a una mostra n=21.

Taula 4.
Estadístics descriptius de les escales del MBI administrades a la mostra objecte d'estudi. Dades relatives a la mitjana, la desviació típica i la variància.

SUBESCALES	MITJANA	DESV. TÍPICA	VARIÀNCIA
ESGOTAMENT EMOCIONAL	47,33	8,86	78,50
DESPERSONALITZACIÓ	37,80	10,52	110,70
REALITZACIÓ PERSONAL	87,13	8,58	73,55

La mitjana més alta s'ha obtingut en la subescala Realització Personal (M=87,13). Les mitjanes de les subescales Esgotament Emocional (M=47,33) i Despersonalització (M=37,80) són més baixes en comparació.

Cal tenir en compte que dels 21 participants, 18 són dones i 3 són homes. Ens trobem que la mostra és petita i desproporcionada en quant a la variable sexe.

A la figura 6 podem observar quins han estat els resultats globals de les tres dimensions del MBI prenent com a referència les mitjanes:

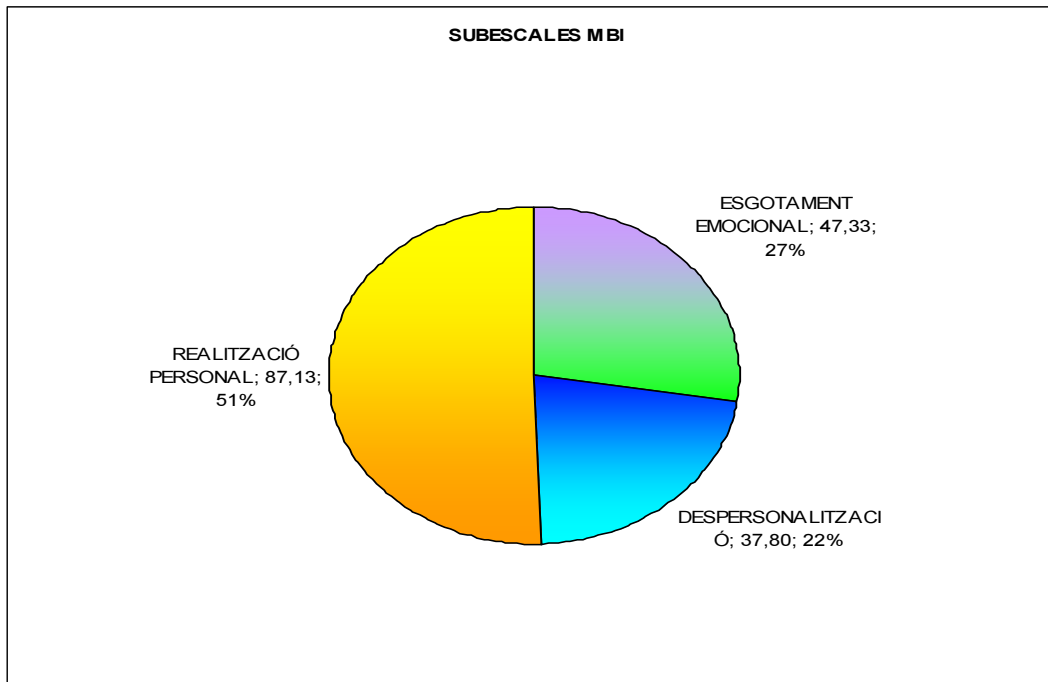


Figura 6. Resultats globals en les subescales del MBI.

Podem veure com el percentatge més alt (51%) correspon a la subescala de Realització Personal, seguida per la subescala d'Esgotament Emocional (27%) i finalment per la subescala Despersonalització (22%).

A la figura 7 es pot observar quin és el grau d'afectació en la dimensió Esgotament Emocional en les dones segons el rang d'edat establert, tenint present que dels 21 participants les dones són un total de 18.

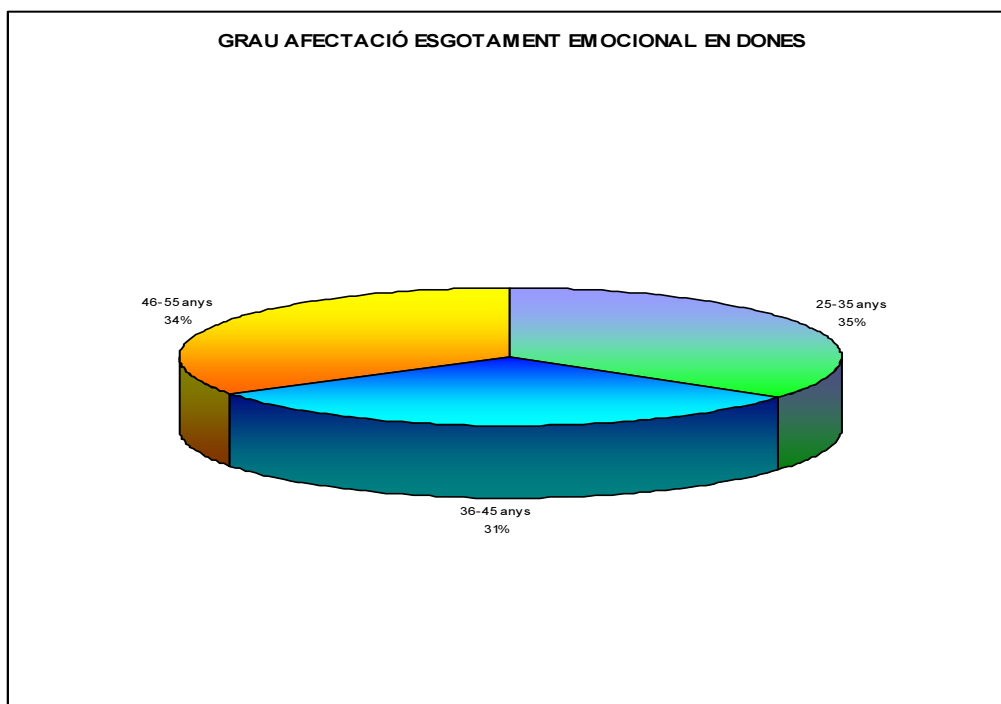


Figura 7. Grau d'afectació en Esgotament Emocional en les dones per rang d'edat.

S'observa que, en relació a les dones entre 25 i 35 anys, el percentatge d'afectació en Esgotament Emocional és del 35%, entre els 36 i 45 anys del 35% i, finalment, en les dones entre 46 i 55 anys d'un 34%.

La figura 8 ens mostra el grau d'afectació de Despersonalització en dones segons el rang d'edat.

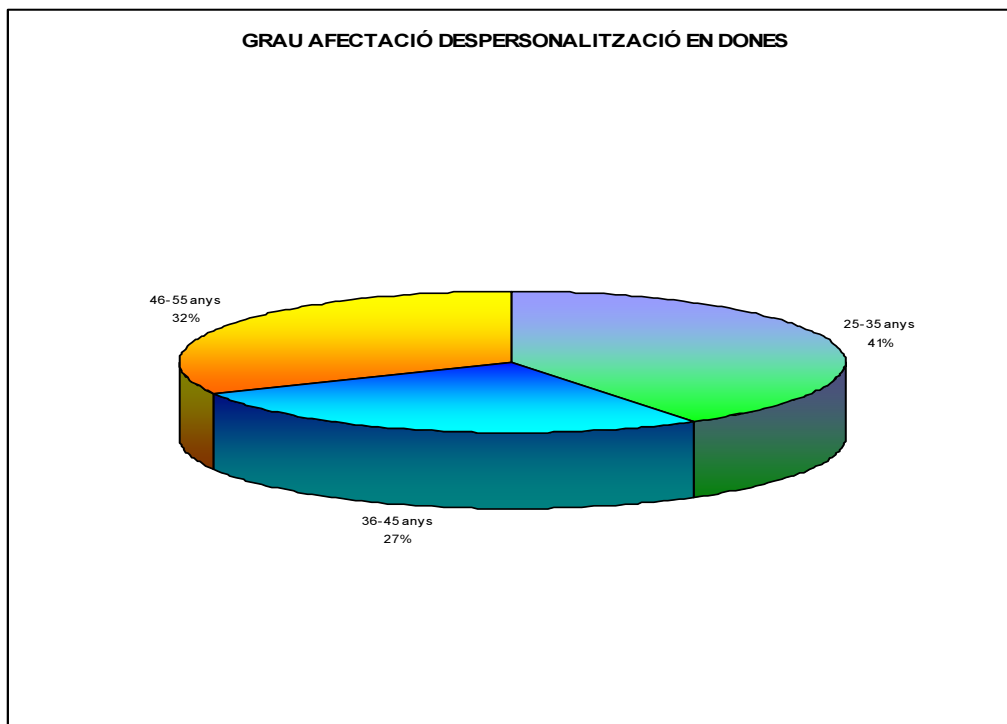


Figura 8. Grau d'afectació en Despersonalització en les dones per rang d'edat.

Observem que les dones entre 25 i 35 anys presenten un grau d'afectació en Despersonalització del 41%, entre els 36 i els 45 anys d'un 27% i, entre els 46 i 55 anys d'un 32%.

La figura 9 ens mostra el grau d'afectació de les dones en la dimensió de Realització Personal.

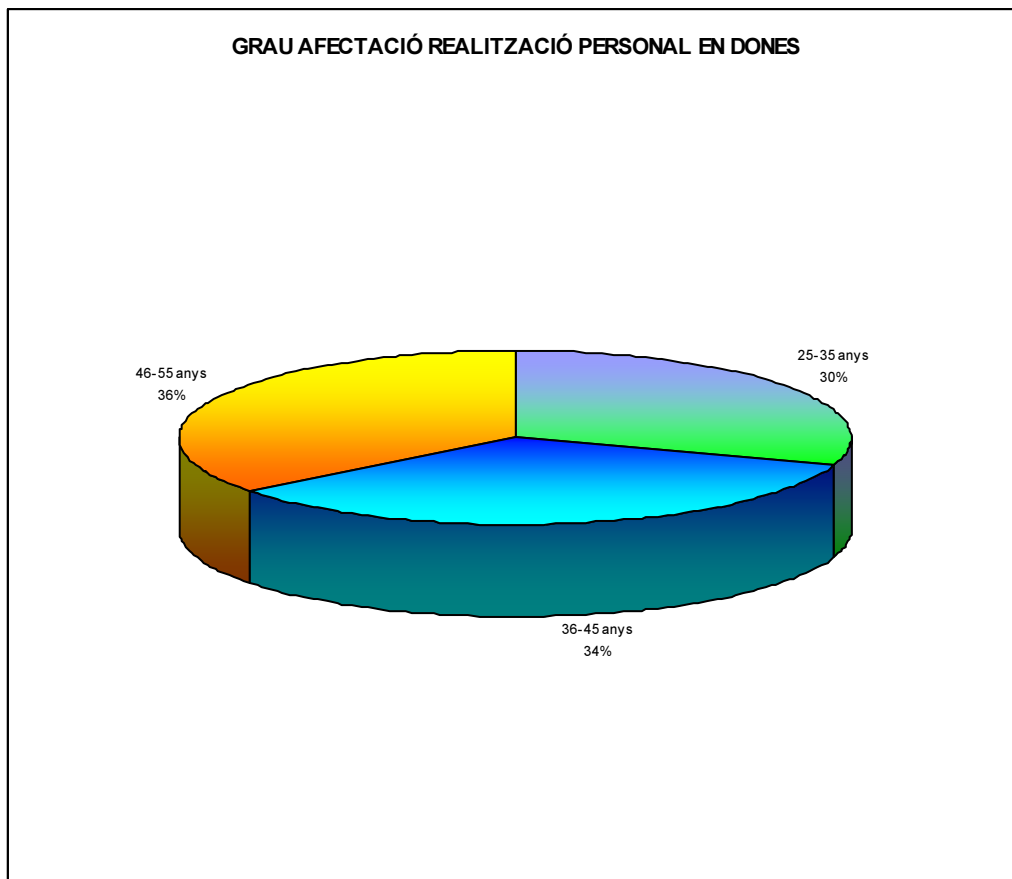


Figura 9. Grau d'afectació en Realització Personal en les dones per rang d'edat.

Podem veure que en les dones entre 25 i 35 anys la Realització Personal és del 30%, entre els 36 als 45 anys del 34% i, entre els 46 i els 55 anys del 36%.

En relació als homes, tenint present que del totalitat de la mostra són 3 participants, la figura 10 mostra el grau d'afectació que presenten segons el rang d'edat en la subescala Esgotament Emocional:

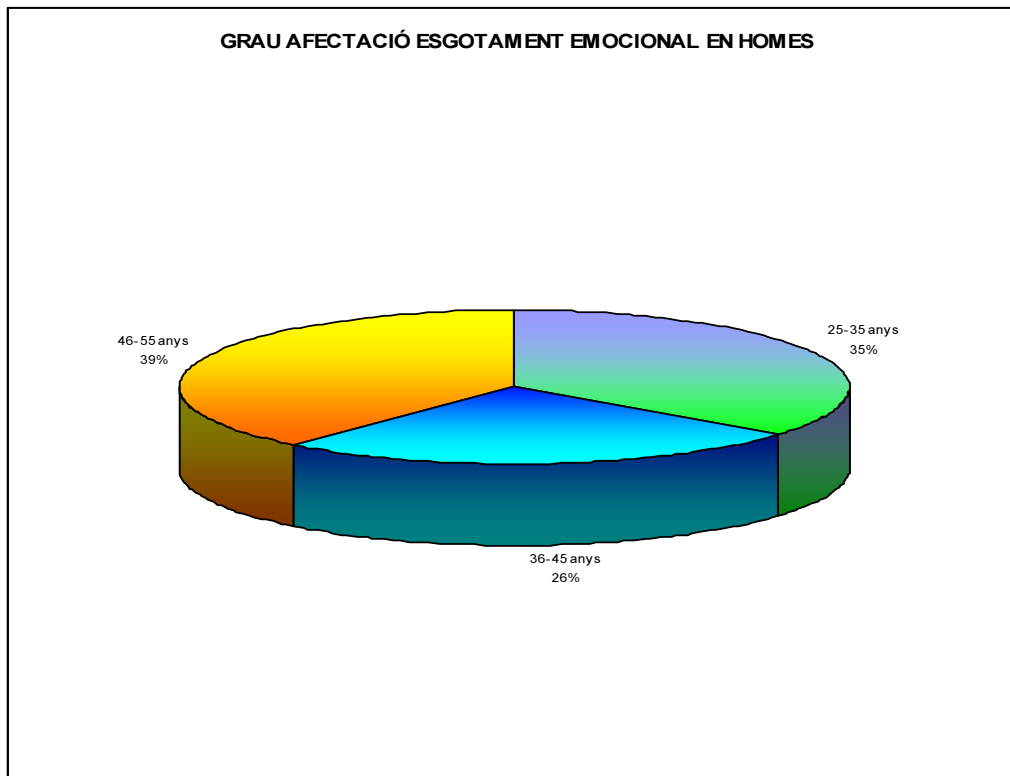


Figura 10. Grau d'afectació en Esgotament Emocional en els homes per rang d'edat.

S'observa que els homes entre 25 i 35 anys tenen un 35% d'afectació en la subescala Esgotament Emocional, entre els 36 i els 45 anys un 26% i entre els 46 i els 55 anys un 39%.

La figura 11 ens mostra el grau d'afectació dels homes en la dimensió Despersonalització segons el rang d'edat:

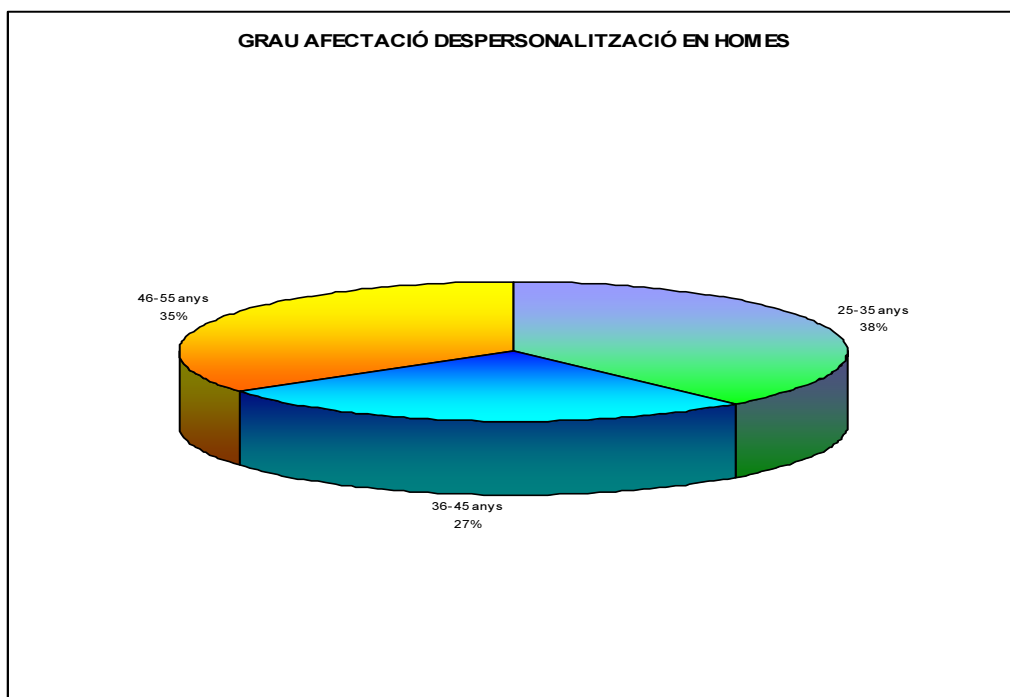


Figura 11. Grau d'afectació en Despersonalització en els homes per rang d'edat.

Veiem que els homes entre 25 i 35 anys presenten un 38% d'afectació en Despersonalització, entre els 36 i els 45 anys un 27% i entre els 46 i els 55 anys un 35%.

La figura 12 mostra el grau d'afectació dels homes en la dimensió Realització Personal.

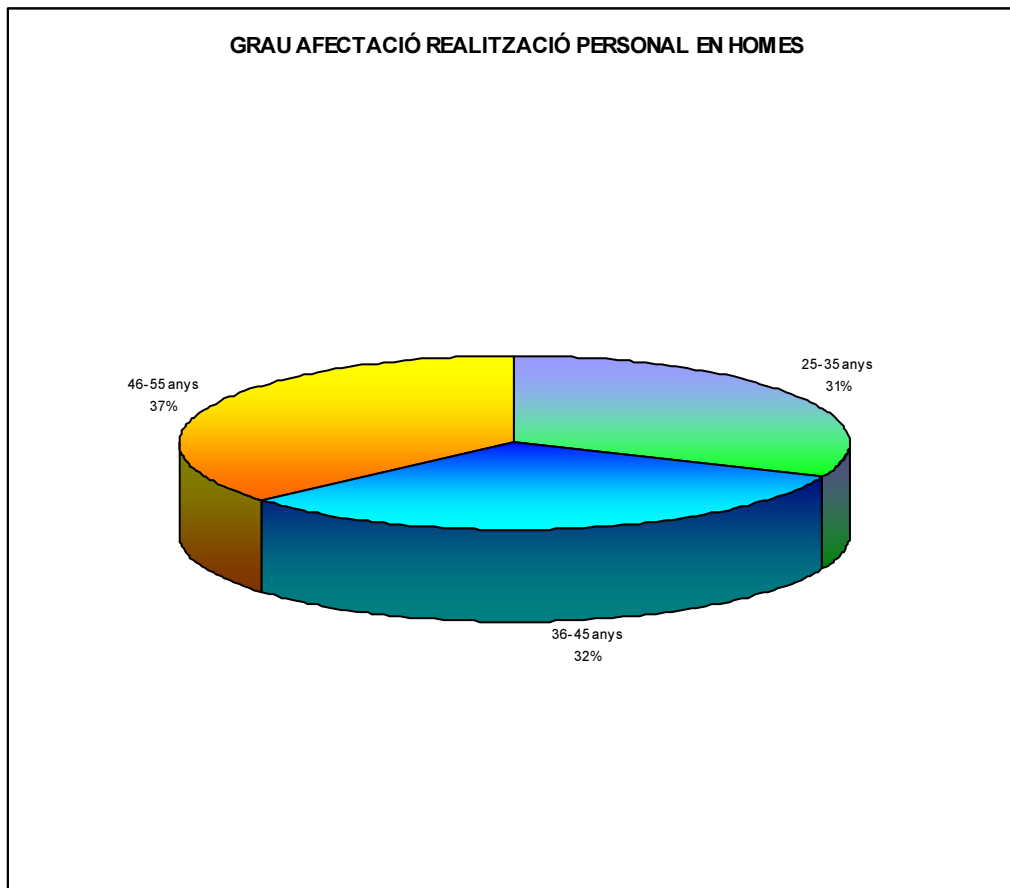


Figura 12. Grau d'afectació en Realització Personal en els homes per rang d'edat.

Observem com els homes en edats compreses entre els 25 i els 35 anys presenten un grau d'afectació de Realització Personal del 31%, entre els 36 i els 45 anys d'un 32% i entre els 46 i els 55 anys un 37%.

A continuació s'exposen les figures 13, 14 i 15 que mostren el grau d'afectació en cadascuna de les tres dimensions segons els tres rangs d'edat establerts de la mostra en la seva totalitat, tant d'homes com de dones. Altrament, ens trobem que en relació al sexe està desproporcionat, doncs dels 21 participants 18 són dones i 3 són homes. Un altre problema afegit és que la mostra és relativament petita.

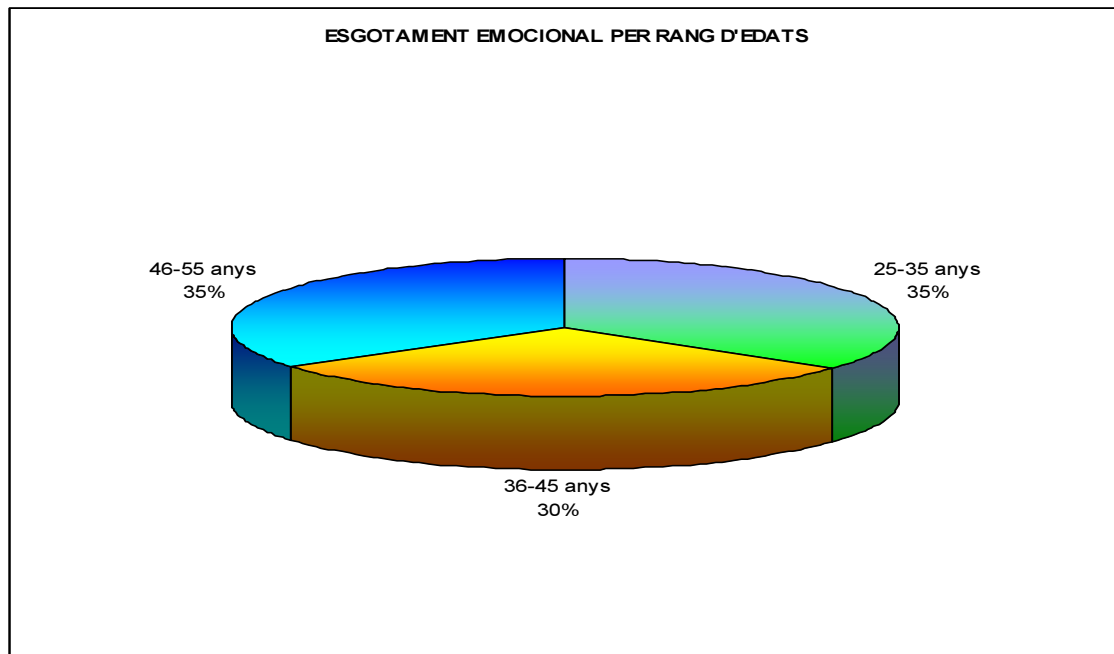


Figura 13. Grau d'afectació en Esgotament Emocional per rang d'edats.

Les dades de la figura 13 mostren que per a la subescala Esgotament Emocional el grau d'afectació segons el rang d'edat és d'un 35% entre 25 i 35 anys, d'un 30% entre 36 i 45 anys, i un 35% entre 46 i 55 anys.

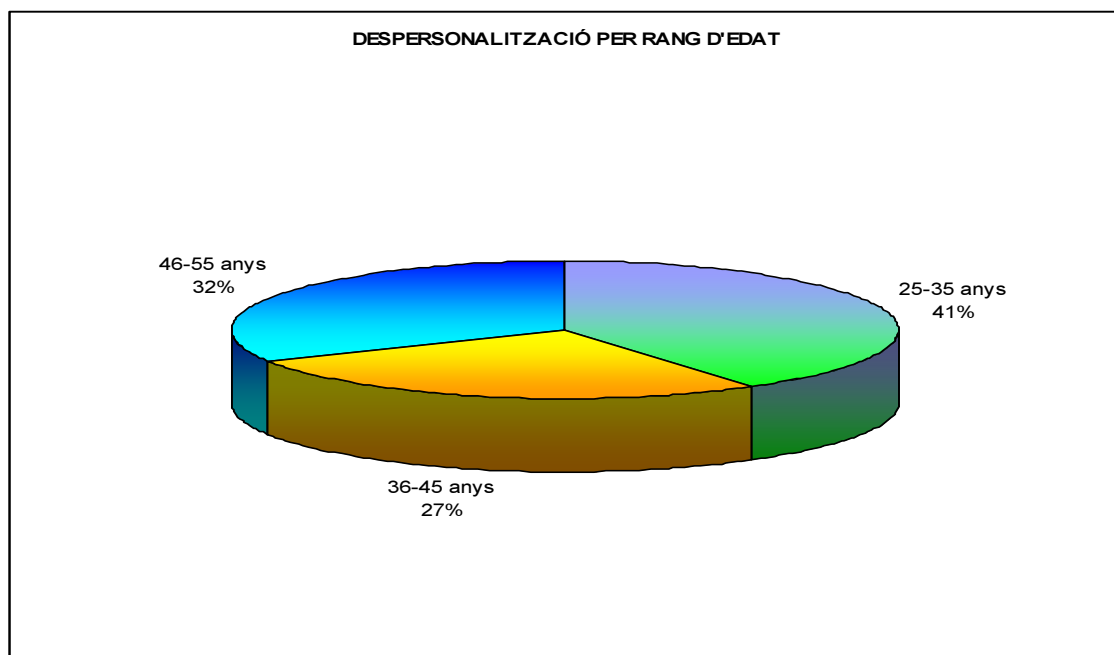


Figura 14. Grau d'afectació en Despersonalització per rang d'edats.

La figura 14 mostra que en la subescala Despersonalització segons el rang d'edat les dades del gràfic 9 mostren un 41% entre els 25 i 35 anys, un 27% entre els 36 i 45 anys i un 32% entre els 46 i 55 anys.

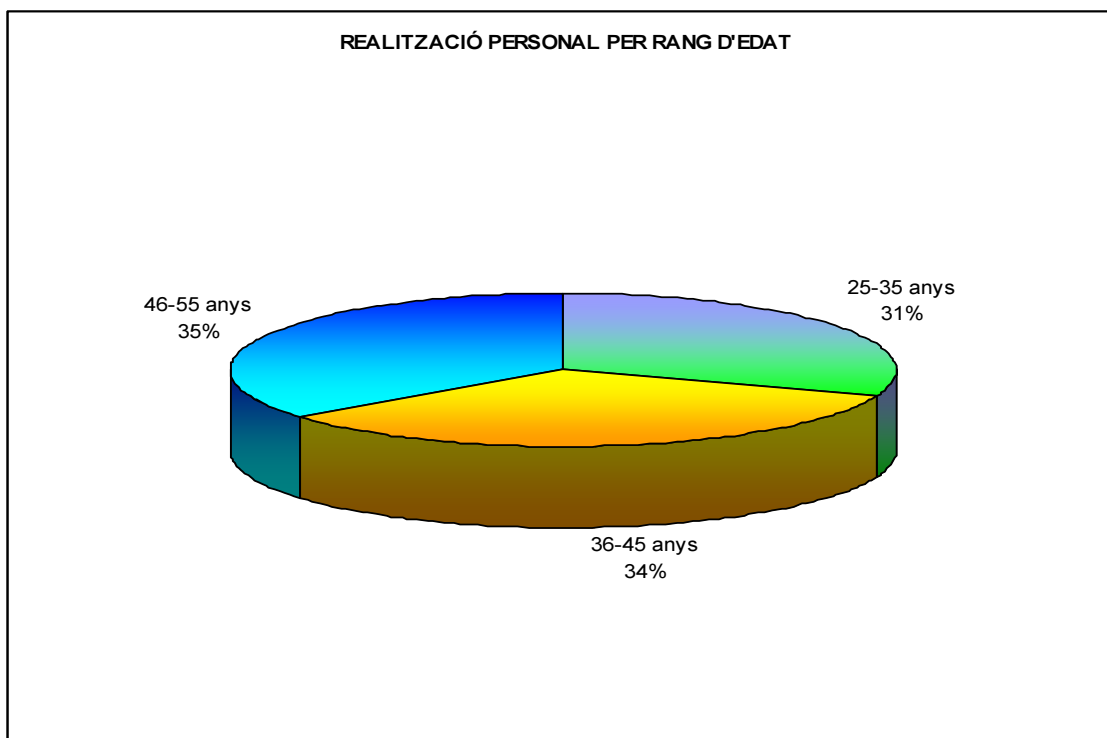


Figura 15. Grau d'afectació en Realització Personal per rang d'edats.

Finalment, en la figura 15 podem veure que per a la subescala Realització Personal segons el rang d'edat es dona en un 31% entre 25 i 35 anys, un 34% entre 36 i 45 anys i un 35% entre 46 i 55 anys.

7.2. Anàlisi amb el SPSS: prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov.

La prova de Kolmogorov-Smirnov per a una mostra és un procediment de bondat d'ajustament que permet mesurar el grau de concordança que existeix entre la distribució d'un conjunt de dades i una distribució teòrica específica.

El seu objectiu és assenyalar si les dades provenen d'una distribució teòrica específica, és a dir, contrasta si les observacions podrien raonablement procedir de la distribució especificada.

Per tant, la prova de Kolmogorov-Smirnov ens servirà per a comprovar si una variable es distribueix normalment.

Per a l'anàlisi de les tres dimensions del MBI mitjançant la prova de normalitat, s'ha utilitzat el SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*) que configura un conjunt d'eines de tractament de dades per a anàlisis estadístics.

Els resultats obtinguts per a la subescala Esgotament Emocional posen de manifest que el valor de la prova és 0,851 amb $p > 0,05$. Això significa que la dimensió Esgotament Emocional segueix una distribució normal.

D'altra banda, els resultats obtinguts per a la subescala Despersonalització mostren que el valor de la prova és 0,677 amb $p > 0,05$. D'aquesta manera, la subescala Despersonalització segueix una distribució normal.

Finalment, els resultats obtinguts per a la subescala Realització Personal mostren que el valor de la prova és 0,993 amb $p > 0,05$. En aquest cas aquesta dimensió també segueix una distribució normal.

Així doncs, es conclou que les tres subescales del MBI segueixen la Llei Normal, la qual cosa ens indica que es poden realitzar anàlisis estadístics paramètrics.

7.3. Anàlisi de l'associació entre les variables considerades.

Per tal de veure l'associació entre les variables considerades, s'ha fet el càlcul de correlacions de Pearson amb el paquet estadístic SPSS. La taula 5 mostra els resultats obtinguts.

Taula 5.
Correlacions de Pearson entre totes les variables considerades.

	Edat	Sexe	EE	D	RP
Edat	1				
Sexe	,127	1			
EE	,024	,033	1		
D	-,469	-,063	-,065	1	
RP	,671**	,088	-,032	-,383	1

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

El resultat de l'anàlisi de correlació entre D i la variable edat és $r = -.469$ ($p > .032$), per tant, no significativa estadísticament, tot i que la relació inversa ens senyala que la puntuació a D és inversament proporcional a l'edat de la persona avaluada.

El resultat de l'anàlisi de correlació entre RP i la variable edat és $r = .671$ ($p > .001$), per tant, és significativa estadísticament, amb una relació directa entre RP i la variable edat, el que ens indica que a més edat més realització personal presenten les persones avaluades.

Igualment, el resultat de l'anàlisi de correlació entre EE i la variable edat és $r = .024$ ($p > .917$) per tant, presenta una correlació positiva, el que ens indica que existeix una relació lineal entre EE i la variable edat de les persones avaluades. D'altra banda, el resultat de l'anàlisi de correlació entre EE i la variable sexe és

$r=.033$ ($p>.889$), per tant, presenta una correlació positiva, el que ens indica que existeix una relació lineal entre EE i la variable sexe de les persones avaluades. Tanmateix, el resultat entre D i la variable sexe és $r=-.063$ ($p>.786$), per tant, presenta una correlació negativa, el que ens indica que no existeix una relació lineal entre D i la variable sexe en les persones avaluades. Finalment, el resultat de l'anàlisi de correlació entre RP i la variable sexe és $r=.088$ ($p>.703$) per tant, presenta una correlació positiva, el que ens indica que existeix una relació lineal entre RP i la variable sexe de les persones avaluades.

8. Conclusions

Si mirem les dades sociodemogràfiques de la mostra ($n=21$), estudiada del personal de la Unitat de Cures Pal·liatives i la Unitat de Llarga Estada d'un Hospital comarcal, mostra relativament petita, podem veure com el 90% està formada per dones, mentre que el 10% restant correspon al sexe masculí, que correspon a un total de 18 dones i 3 homes, per tant, en relació al sexe la mostra es troba desproporcionada.

Les edats compreses van des dels 25 als 51 anys, les quals s'han agrupat en tres rangs d'edat: de 25 a 35 anys (9 participants), de 36 a 45 anys (5 participants) i de 46 a 55 anys (7 participants). De les 21 persones que conformen la mostra en aquest col·lectiu sanitari trobem: 6 auxiliars d'infermeria, 7 infermers/es, 1 psicòloga, 1 gerontòloga, 1 metge i 5 treballadors/es socials.

Per tal d'analitzar quina és la rellevància de *burnout* en la població estudiada s'ha utilitzat el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), compost per tres dimensions de les que s'han pres com a referència les puntuacions màximes de cada subescala: per Esgotament Emocional la puntuació màxima és de 54 punts, per a Despersonalització la puntuació màxima és de 30 punts i per a Realització Personal la puntuació màxima és de 48 punts.

Igualment, s'ha calculat el coeficient alfa de Cronbach per a tots els ítems de cadascuna de les subescales, donant uns valors de fiabilitat de 0,72 per Esgotament Emocional, 0,76 per a Despersonalització i 0,78 per a Realització Personal. Els resultats conclouen que les tres dimensions presenten una bona consistència interna. D'aquesta manera, seguint a Nunnally (1978), el valor mínim que hauria de tenir el coeficient alfa per a garantir una consistència interna acceptable és de 0,7. Per tant, es conclou que en les tres subescales del MBI es dona una consistència interna acceptable ja que compleixen el requisit de fiabilitat exigible a tota escala psicomètrica.

L'anàlisi dels resultats globals de cadascuna de les dimensions del MBI prenent com a referència les seves respectives mitjanes mostren un 47,33% en Esgotament Emocional, un 37,80% en Despersonalització i un 87,13% en Realització Personal, per tant, no es pot concloure que la mostra estudiada presenti un grau d'afectació de *burnout* elevat.

D'altra banda, per tal d'analitzar quin és el grau d'afectació en cadascuna de les tres subescales, s'ha optat per separar la mostra en funció del sexe i segons els rangs d'edat establerts, tenint present i com a problema afegit que la mostra és petita i que es troba desproporcionada en relació a la variable sexe (18 dones i 3 homes).

Així, pel que fa a les dones (n=18), s'ha trobat que el percentatge d'afectació en Esgotament Emocional es troba igualat en els tres rangs d'edat (entre 25-35 anys un 35%, entre 36-45 anys un 35% i entre 46 i 55 anys un 34%). En relació a la dimensió Despersonalització, destaca un 41% d'afectació en dones entre 25-35 anys, més elevat que en els cas de les dones entre 36-45 anys (27%) i les dones entre 46-55 anys (32%). En la subescala Realització Personal, els resultats es mostren bastant igualats. Les dones entre 25-35 anys mostren un 30% de realització personal, entre els 36-45 anys un 34% i entre els 46-55 anys un 36%.

Pel que fa als homes (n=3), en la subescala Esgotament Emocional, els que tenen entre 25-35 anys presenten un 35% d'afectació, entre els 36-45 anys un 26% i entre els 46-55 anys un 39%, per tant, els homes de més edat se senten més cansats emocionalment en relació als altres grups d'edat. En la subescala Despersonalització, són els homes més joves (25-35anys) els que presenten un percentatge més elevat, amb un 38%. Entre 36-45 anys un 27% i entre els 46-55 anys un 35%. Finalment, en la dimensió Realització Personal, els homes entre 25-35 anys mostren un percentatge del 31%, entre els 36-45 anys un 32% i entre els 46-55 anys un 37%.

Si analitzem ara els resultats en les tres subescales segons els diferents rangs d'edat que s'han establert, observem que pel que fa a la dimensió Esgotament Emocional el rang d'edat comprès entre els 25 i els 35 anys presenta un esgotament emocional del 35%, les edats compreses entre els 36 i els 45 anys, un 30% i, finalment, el rang d'edat que va dels 46 als 55 anys, un 35%. Observem com els resultats no presenten diferències significatives en quant a percentatges.

Quan a la dimensió de Despersonalització s'estableix que els participants compresos entre els 25 i els 35 anys, presenten un grau de despersonalització del 41%, que es conforma com el més elevat si el comparem amb els rangs d'edat que van des dels 36 als 45 anys (27%) i dels 46 als 55 anys (32%).

En relació a la subescala Realització Personal, els resultats mostren que els percentatges es troben més o menys igualats en els tres rangs d'edat: dels 25 als 35 anys un 31%, dels 36 als 45 anys un 34% i dels 46 als 55 anys un 35%.

Tanmateix, per tal de trobar significació estadística i comprovar si les variables es distribueixen normalment, s'ha calculat amb el Paquet Estadístic SPSS per a Windows les tres dimensions del MBI mitjançant la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov.

Per a la subescala Esgotament Emocional, els resultats posen de manifest que $p=0,851$; $p>0,05$ i que, per tant, segueix una distribució normal. En relació a la

subescala Despersonalització, la $p=0,667$; $p>0,05$ per tant, també segueix una distribució normal. Finalment, en la subescala Realització Personal, $p=0,993$; $p>0,05$, per tant, segueix una distribució normal. Així doncs, podem concloure que les tres subescales del MBI segueixen la Llei Normal i que, per tant, es poden realitzar anàlisis estadístics paramètrics.

D'altra banda, s'ha procedit a l'anàlisi de correlacions de totes les variables considerades (edat, sexe, EE, D i RP).

Com a més significatius trobem els resultats de l'anàlisi de correlació entre Despersonalització i la variable edat $r= -.469$ ($p>.032$), per tant, no és significativa estadísticament, tot i que la relació inversa ens senyala que la puntuació a D és inversament proporcional a l'edat de la persona avaluada. El resultat de l'anàlisi de correlació entre RP i la variable edat és $r= .671$ ($p>.001$), per tant, no significativa estadísticament, amb una relació directa entre Realització Personal i la variable edat de les persones avaluades. Aquest resultat ens indica que a més edat, més realització personal presenten les persones avaluades.

Els resultats ens indiquen que com que el valor p no és inferior al nivell de significació el més probable és que la hipòtesi nul·la sigui certa. El valor p és un valor de probabilitat que oscil·la entre 0 i 1. En el nostre cas, no podem rebutjar la H_0 . Per tant, podem dir que la hipòtesi plantejada en el present treball és versemblant.

D'altra banda, a l'analitzar els resultats obtinguts per a cadascun dels participants en les tres dimensions, com a dades significatives trobem que, pel que fa a la subescala Esgotament Emocional, on la puntuació màxima s'estableix en 54, l'ítem que presenta una puntuació més alta és l'ítem 2 (Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado), amb una puntuació de 68.

En relació a la dimensió de Despersonalització, on la puntuació màxima s'estableix en 30, els ítems que han obtingut una puntuació més alta són l'ítem 10 (Siento que me he hecho más duro con la gente), amb una puntuació de 45, l'ítem 11 (Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente), amb una puntuació de 47, i l'ítem 22 (Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas), amb una puntuació de 44.

Finalment, pel que fa a la subescala Realització Emocional, on s'estableix una puntuació màxima de 48, tots els ítems presenten una puntuació bastant més superior. Així, l'ítem 4 (Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender) té una puntuació de 97; l'ítem 7 (Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender) té una puntuació de 87; l'ítem 9 (Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo) una puntuació de 91; l'ítem 12 (Me siento muy enérgico en mi trabajo) presenta una puntuació de 85; l'ítem 17 (Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo) una puntuació de 98; l'ítem 18 (Me siento estimulado después de haber trabajado

íntimamente con quienes tengo que atender) una puntuació de 80; l'ítem 19 (Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo) una puntuació de 87 i, finalment, l'ítem 21 (Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada) una puntuació de 72.

Per tant, és en la subescala Realització Personal on els participants de la mostra han donat millors puntuacions, la qual cosa ens indica que en aquest sentit els participants mostren una elevada realització personal en el desenvolupament de la seva feina.

En relació a les tres dimensions que conformen el *Maslach Burnout Inventory* (MBI), el resultat de la mitjana de les dades ha mostrat que la subescala Esgotament Emocional representa el 47,33%, amb una desviació típica del 8,86% i una variància del 78,50. La dimensió Despersonalització representa un 37,80%, amb una desviació típica del 10,52 i una variància del 77,35. Finalment, la subescala Realització Personal mostra una mitjana del 87,13%, amb una desviació típica del 8,58 i una variància del 77,55.

Segons aquestes dades, podem establir que les subescales Esgotament Emocional i Despersonalització no mostren uns resultats elevats, determinant així que els participants no presenten alts sentiments de sentir-se cremats per la seva feina. D'altra banda, la dimensió Realització Personal presenta un percentatge elevat (87,13%) en comparació amb les dues dimensions anteriors, per tant, també es conclou que la mostra estudiada no presenta la Síndrome del *Burnout*, ja que el que determina la presència de *burnout* és una puntuació alta en les dues primeres subescales (Esgotament Emocional i Despersonalització) i baixa en la tercera (Realització Personal).

Per tant, es confirma la hipòtesi plantejada a l'inici de l'estudi: "*Existeix una baixa prevalença de Burnout en l'equip de cures pal·liatives d'un hospital comarcal en funció de la mostra estudiada*", avalant els resultats obtinguts en la recerca bibliogràfica actualment publicada, on diferents estudis empírics posen de manifest la inexistència de *burnout* en el personal que es dedica a les cures pal·liatives. La mostra analitzada ha demostrat no patir la Síndrome del *Burnout* malgrat que la seva professió pugui donar a entendre a priori que són un col·lectiu propici a patir la síndrome. És més, aquests professionals sanitaris presenten un 87,13% de realització personal, és a dir, que manifesten alts sentiments de competència en l'acompliment de les seves tasques a l'hora de tractar amb malalts terminals i els seus familiars, que es presenta com a una dada destacable.

En conclusió, s'estableix el que s'esperava trobar en aquest estudi i s'ha verificat la hipòtesi inicial plantejada. De totes les persones participants, no s'ha trobat cap que en l'actualitat presenti la síndrome. No s'ha trobat cap persona que hagi superat la puntuació màxima en la dimensió Esgotament Emocional prenent com a referència la mitja (M=27). No obstant, s'ha trobat a una persona en el llindar de la Despersonalització amb 15 punts (M=15). Pel que fa a la subescala Realització Personal (M=24), els 21 participants han superat la puntuació, per tant, tenen un bon sentiment de competència a l'hora de fer la feina.

9. Discussió

La conceptualització de la Síndrome del *Burnout* constitueix un problema de salut laboral que pot afectar a moltes professions de diferents àmbits. Aquesta síndrome es caracteritza per tres característiques: l'esgotament emocional, la despersonalització i la manca realització personal, dimensions que són de gran importància a l'hora de realitzar un diagnòstic adequat d'aquesta síndrome.

El *burnout* manté una estreta relació amb l'estrès laboral crònic, ocasionat sovint per la pressió que exerceix la societat moderna, sobretot en els àmbits on s'atenen a persones malaltes o amb dificultats importants. En aquest sentit, l'estudi de la síndrome ha permès tenir una construcció teòrica desenvolupada per diferents autors, que ha permès l'accés a altres investigadors interessats en aprofundir sobre l'estudi d'aquesta síndrome.

D'altra banda, la qualitat de vida laboral es relaciona amb la qualitat de les condicions de treball, per tant, és molt important que aquestes condicions siguin generadores de benestar físic i psicològic amb l'objectiu d'aconseguir una aproximació cap a la millora de la qualitat de vida dels treballadors.

Se sosté que un dels col·lectius més vulnerables a patir la síndrome són els treballadors sanitaris els quals ofereixen una atenció continuada i estreta amb pacients i els seus familiars. En aquest sentit, la Unitat de Cures Pal·liatives constitueix una àrea crítica.

Igualment, la Síndrome del *Burnout* planteja un problema de gran magnitud, un procés d'evolució i de conseqüències negatives per al treballador, l'organització i les persones beneficiàries del servei, per tant, es fa necessari seguir investigant i realitzar un diagnòstic d'objectius per tal de promoure les estratègies necessàries en l'afrontament i la superació d'aquesta problemàtica.

És per aquest motiu que l'objectiu general d'aquest treball era descriure la prevalença de *burnout* en un equip de professionals sanitaris dedicats a l'àmbit de les cures pal·liatives, que treballen en un hospital comarcal, aprofundint en la detecció, prevenció i tractament de la síndrome, així com veure la relació entre la síndrome i les diferents variables sociodemogràfiques considerades i contrastar els resultats obtinguts a la present recerca amb les dades bibliogràfiques.

En aquest sentit, s'ha presentat una revisió del concepte *burnout*, les variables de les que depèn, simptomatologia, causes i conseqüències de la síndrome, els seus models explicatius, els factors de predisposició i els factors de manteniment del *burnout* i els instruments d'avaluació més utilitzats.

El *burnout* comporta per a les persones que el pateixen un deteriorament en les seves relacions interpersonals, depressió, irritabilitat, cinisme, ansietat, etc. Tot això comporta una disminució en la qualitat de la feina de la persona que pateix la síndrome, actituds negatives cap a pacients i cap als propis companys, i un augment de l'absentisme laboral, entre d'altres. Així, el *burnout* té com a conseqüència l'aparició de símptomes de caràcter emocional, cognitiu,

conductual i social. Diversos autors posen de manifest que les causes per les quals s'origina la síndrome estan estretament relacionades amb aquelles activitats on els professionals presten els seus serveis d'una manera directa amb els seus pacients, per tenir horaris de treball excessius i uns alts nivells d'exigència, com és el cas dels professionals de cures pal·liatives. Igualment, l'estrès laboral també es troba directament relacionat amb el *burnout*. A nivell cognitiu es parla de l'existència de factors organitzacionals, del nivell d'alienació entre els objectius i valors dels treballadors amb els de l'organització, de falses expectatives del professional i de nivells baixos d'autonomia, control i retroalimentació, a més de poc recolzament social dels companys.

Les conseqüències de tot plegat són la despersonalització, és a dir, la pèrdua d'acció preactiva, solucions que porten a l'augment d'estimulants, abús de substàncies, etc., la frustració, depressió, aïllament i rebuig cap a les interaccions socials, entre d'altres.

En l'àmbit de les cures pal·liatives, s'ha pogut veure com el *burnout* pot afectar a qualsevol professional de l'equip interdisciplinari, i pot tenir conseqüències devastadores per aquests professionals i els seus pacients. Els treballadors de cures pal·liatives són especialment vulnerables a patir la síndrome doncs desenvolupen una feina assistencial i amb una alta exposició a factors predisponents. La feina d'aquests professionals sanitaris s'encamina a millorar la qualitat de vida dels pacients, tant a nivell físic com de patiment psicològic, preservant la dignitat dels malalts en el procés de deteriorament progressiu que pateixen. Així, s'enfronten diàriament amb una realitat que trenca amb els principis professionals tradicionals de la curació. Aquesta situació pot representar per a molts d'ells una font de *burnout* degut a la implicació emocional amb el pacient que ha de morir, i en el fet que les seves cures no portaran cap a la millora del malalt. Això pot comportar en el professional una autoavaluació negativa i desil·lusió per la feina. D'aquesta manera, quan un professional pateix la síndrome es desencadenen conseqüències en la seva persona, per a l'organització i en les seves relacions.

En aquest sentit, hem vist que hi ha factors de risc i factors de protecció tant personals, com organitzatius i institucionals del *burnout* a cures pal·liatives. S'entenen per factors de risc aquells factors potencialment estressants per al professional de cures pal·liatives, i per factors de protecció aquells factors o condicions que fan al professional de cures pal·liatives més resistent als riscos que comporta la seva feina.

Per a prevenir la síndrome és important que s'utilitzin estratègies tant a nivell individual com a nivell organitzacional. Les estratègies i tècniques d'intervenció que s'utilitzen actualment per a detectar i prevenir el *burnout* es basen en els diversos mètodes i coneixements desenvolupats per a afrontar i manejar l'estrès.

D'altra banda, la revisió de la literatura sobre la síndrome del *burnout* a l'àmbit de les cures pal·liatives ha demostrat ser bastant escassa, doncs s'han portat a terme pocs estudis empírics al respecte. Moltes de les investigacions sobre el *burnout* i cures pal·liatives s'ha limitat a la revisió d'estudis en altres àrees,

extrapolant les conclusions obtingudes a l'àmbit de les cures pal·liatives. Per això, sovint s'equipara el *burnout* experimentat en oncologia amb el que es pot experimentar a pal·liatiu. Aquest fet ha dificultat una mica la tasca de recerca, amb la qual cosa han pogut perillar els objectius del present treball en algun moment.

No obstant, la revisió teòrica que s'exposa en el present treball ha posat de manifest que existeixen diferents variables com l'edat, el sexe, l'estat civil, el nombre de fills, la professió, el clima laboral, etc., són variables que es troben directament relacionades amb l'aparició de la síndrome. Igualment, els estudis sobre *burnout* i cures pal·liatives han demostrat que la prevalença i els nivells de *burnout* en aquests professionals sanitaris és baixa.

A partir d'aquesta revisió, en el present treball el que es pretenia demostrar és que no existeix una relació directa entre el *burnout* i aquests professionals sanitaris com a priori es podria pensar, és a dir, que existeix una baixa prevalença de *burnout* en la mostra estudiada. Aquest fet és el que va fer plantejar la hipòtesi inicial. Es pretenia demostrar, doncs, que la mostra estudiada no presentava la síndrome.

Un dels problemes que va sorgir a l'hora d'analitzar els resultats és que la mostra estudiada era petita (n=21) i, a més, era desproporcionada en relació al sexe, doncs dels 21 participants 18 eren dones (90%) i 3 homes (10%). Malgrat això, s'han pogut extreure dades rellevants a partir de l'administració del *Maslach Burnout Inventory* (MBI), analitzant cadascuna de les tres dimensions que conformen el qüestionari, que són Esgotament Emocional, Despersonalització i Realització Personal.

Les conclusions que s'han extret mostren que aquest col·lectiu no presenta alts nivells de *burnout* sinó que tenen un percentatge elevat en relació a la dimensió Realització Personal (87,13%), dada que per si mateixa és significativa, és a dir, que presenten alts sentiments de competència en l'acompliment de les seves funcions a l'hora de tractar amb malalts terminals. La dimensió Realització Personal ha estat la que ha presentat una puntuació més baixa en comparació amb les altres dues subescales del MBI, el que ens indica que no hi ha presència de la síndrome, que es determina per obtenir una puntuació alta en Esgotament Emocional i Despersonalització i una puntuació baixa en la Realització Personal. Això ens porta a pensar que treballar diàriament amb persones que es troben al final de vida no sempre implica que es doni un major grau d'afectació de la síndrome. En aquest sentit, malgrat que la mostra analitzada és petita i, en funció de la literatura empírica existent sobre el tema, els resultats semblen corroborar les conclusions que extretes en un marc més ampli, on s'exposa que aquests professionals sanitaris no presenten indicis de *burnout*. Els resultats han permès corroborar la hipòtesi inicialment plantejada avalant també els resultats obtinguts en la recerca bibliogràfica actualment publicada.

En relació al procés d'elaboració del treball, s'ha seguit la planificació presentada a principi de curs, tenint cura de les dates i organitzant les diferents tasques i objectius en funció de la graella presentada. En aquest sentit, ha estat

més fàcil l'elaboració i la redacció, tant de la part teòrica com de la part empírica, podent desglossar els diferents apartats en el temps, amb la qual cosa, la recerca bibliogràfica i l'aprofundiment en el tema han estat molt més satisfactoris. No obstant, sí que ha estat una mica més difícil seguir el cronograma en l'apartat de l'anàlisi de les dades, ja que els resultats han hagut de ser revisats diverses vegades per tal de poder presentar un anàlisi estadístic amb fonaments.

Tanmateix, focalitzant aquest tema amb una visió més àmplia, el present treball posa de manifest com el *burnout* constitueix un problema greu que cal abordar des de diferents àmbits (personal, organitzacional i social). Aquesta síndrome constitueix un problema de salut que té conseqüències devastadores per a les persones que ho pateixen i és molt necessari seguir treballant en aquesta línia per tal d'establir protocols útils que portin a la reducció dels alts nivells d'estrès crònic que pateixen molts treballadors, malgrat que en el nostre cas i en els estudis publicats els resultats hagin demostrat que la prevalença i els nivells de *burnout* en els professionals de les cures pal·liatives no són alarmants. Per tant, cal identificar els factors de risc associats a l'aparició de la síndrome, identificar-los i portar a terme tècniques i estratègies que serveixin per a reduir la simptomatologia i les conseqüències associades al *burnout* que s'han estudiat en el present treball.

Finalment, pel que fa a les línies de treball futur que en aquest treball no s'han pogut explorar i que han quedat pendents, ha estat l'estudi de les variables interindividuals, intraindividuals i intergrupals d'aquests treballadors i la seva relació amb l'organització. Amb l'administració del *Maslach Burnout Inventory* en el present treball s'ha limitat a analitzar les tres dimensions en relació a la feina dels professionals sanitaris en relació amb el tracte directe amb els pacients, sense considerar altres variables que hi puguin estar relacionades. La utilització d'altres instruments d'avaluació hagués permès aprofundir en aquestes altres variables que també es troben relacionades amb l'aparició de la síndrome.

10. Referències bibliogràfiques

- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P i Bayés, R. (2010). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., Hernández, F. (1999). *Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales*. Rev. Soc. Esp. Dolor, Vol. 6, 302-311.
- Chacón, M. i Grau, J.A. (2004). *Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Psicología y Salud, Vol. 14 (1), 67-78.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in Human Service Organizations*. Praeger: Nova York.
- Coscubella, A., Fornieles, A., Turbany, J. (2009). *Tècniques d'anàlisi de dades quantitatives*. Barcelona: FUOC.
- Cumplido, R. Molina, C. (2011). *Aproximación cualitativa al afrontamiento de la muerte en profesionales de cuidados paliativos*. Medicina Paliativa, Vol. 18 (4), 141-148.
- Freudenberger, H.J (1974). *Staff burnout*. Journal of Social Issues, 30, pp. 159-165.
- Gil-Monte, P.R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica*. En Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout. Egido: Saragossa.
- Gómez, C., Puga, A., Mayán, J.M., Gandoy, M. (2012). *Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos*. Gerokomos, Vol. 23 (2), 59-62.

- Martín, C.M., López, R.M., Fuentes, C.I., García, E., Ortega, R, Cortés, A.D. i García, J.L (2000). *Estudio comparativo del síndrome de burnout en profesionales de oncología: incidencia y gravedad*. Medicina Paliativa, Vol. 7 (3), 85-93.
- Martínez, M. (2005). *Consideraciones éticas sobre el burnout*. En Quemarse en el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout. Egido: Saragossa.
- Martínez, M. et al. (2009). *Estudio sobre el Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería de Cuidados Paliativos del País Vasco*. Revista Medicina Universidad de Navarra, Vol. 53 (1), 3-8.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto University of California.
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L., Garroso, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout). Personalidad y salud percibida*. En J. Buendía i F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. pp. 59-83. Madrid: Pirámide.
- Pines, A., Aronson, E., Kafry, D. (1981). *Burnout: from Tedium to Personal Growth*. Free Press: Nova York.
- Sánchez-Anguita, A. (2009). *Burnout en personal sanitario de oncología*. Universidad de Salamanca. Jano, Nº 1738, 34-38.
- Santamaría, E.M., Rodríguez, F., González, R., Fernández, M.J., i Redondo, A. (2008). *Síndrome de "burnout" en profesionales sanitarios de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid*. Medicina Paliativa. Vol. 15, Nº5, 273-278.
- Viladrich, M.C. (2009). *Psicometria*. Barcelona: FUOC.
- Vinaccia, S., i Albarán, L. (2004). *El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería. Un estudio exploratorio*. Terapia psicológica, Vol. 22, Nº1, 9-16.

11. Anexos

11.1. Maslach Burnout Inventory (MBI).

Sexo:

Edad:

Profesión:

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo i de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como los siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ÍTEMS	1	2	3	4	5
A.E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A.E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A.E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada me siento agotado					
R.P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A.E.	6. Siento que trabajar todo el día con gente me cansa					
R.P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A.E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R.P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R.P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A.E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A.E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra					

	a otras personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A.E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R.P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R.P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R.P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A.E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R.P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

A.E. Agotamiento emocional.

D. Despersonalización.

R.P. Realización personal.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría “alto”, entre el percentil 75 y el 25 en la categoría “medio” y, por debajo del percentil 25, en la categoría “bajo”.

La subescala de agotamiento emocional (“emotional exhaustion”) (A.E) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo.

La subescala despersonalización (“despersonalization”) (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención.

La subescala realización personal en el trabajo (“personal accomplishment”) (R.P.) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME DE BURNOUT.

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

- Agotamiento Emocional 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20
- Despersonalización 5, 10, 11, 15, 22
- Realización personal 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

- Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.