
Burnout: La síndrome de desgast professional a la unitat d'hospitalització oncològica

Anna Soler Renart
Treball de fi de Màster
Tutora: Dra. Cristina Bosch Farré
UdG: Màster en Promoció de la Salut
Curs 2018-2019

AGRAÏMENTS

Aquest treball no hauria estat possible sense la col·laboració i la participació de varies persones i per aquest motiu vull començar agraint amb unes curtes línies tot el suport que he rebut per part seva.

En primer lloc a la Dra. Cristina Bosch, tutora d'aquest Treball de Fi de Màster. Pels seus consells i per guiar-me durant aquest temps. També a la Dra. Rosa Suñer per haver aportat el seu granet de sorra al treball amb les seves recomanacions.

També a tots aquells companys de feina que de manera voluntària han volgut participar desinteressadament. Així com a la supervisora de la unitat Ester Auger, a la responsable d'infermeria Imma Brao i al director David Gallardo per a facilitar-me el desenvolupament del treball de camp.

Al mateix temps també als meus companys de classe, per compartir tants moments i innumerables cafès plens de preocupacions però també d'alegries durant aquest temps.

I per últim però no menys important, expressar el meu agraïment a les persones que formen part de la meua vida, per acompanyar-me, animar-me a seguir endavant i creure el millor en mi.

Moltes gràcies!

ABREVIATURES:

ASPB: Agència de Salut Pública de Barcelona

DP: Despersonalització

EE: Esgotament emocional

ICO: Institut Català d'Oncologia

MBI: Maslach Burnout Inventory

OMS: Organització Mundial de la Salut

RP: Realització Personal

ÍNDEX

RESUM CIENTÍFIC:	8
ABSTRACT:	10
1. INTRODUCCIÓ:	12
1.1 Concepte de burnout:	15
1.2 Síntomes, causes i factors de risc del burnout	17
1.3 Estratègies d'afrontament	20
1.4 Avaluació	21
1.5 La síndrome de burnout en els professionals de la salut	23
2. JUSTIFICACIÓ I RELACIÓ AMB LA PROMOCIÓ DE LA SALUT	29
3. OBJECTIUS:	31
4. METODOLOGIA:	32
4.1 Tipus d'estudi	32
4.2 Àmbit d'estudi	32
4.3 Població	34
4.4 Criteris d'inclusió i exclusió	34
4.5 Descripció de les variables	35
4.6 Instruments per a la recollida de dades	36
4.7 Procediment	38
4.8 Anàlisi de les dades	39
4.9 Aspectes ètics	40
5. RESULTATS	41
6. DISCUSSIÓ	58
6.1 Limitacions	62
6.2 Futures línies d'investigació / Propostes de recerca	62
7. CONCLUSIONS	63

8. BIBLIOGRAFIA	64
9. ANNEXOS.....	71
Annex 1. Autorització de l'estudi.....	71
Annex 2. Full informatiu per als participants.....	72
Annex 3. Full de consentiment informat per a la participació de l'estudi	73
Annex 4. Qüestionari sobre dades sociodemogràfiques i aspectes laborals	74
Annex 5. Qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI).....	75

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1: Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Modificat per l'ASPB.....	14
Figura 2: Distribució dels participants	41
Figura 3: Distribució de l'edat segons sexe.....	41
Figura 4: Distribució segons estat civil	42

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Síntomes més habituals del burnout	17
Taula 2: Causes, factors de risc i susceptibilitat de burnout	19
Taula 3: Professionals de la salut per torn i total	34
Taula 4: Punts de tall del MBI	37
Taula 5: Sexe i categoria professional segons grup d'edat.....	42
Taula 6: Característiques laborals segons categoria professional.....	43
Taula 7: Dimensions de burnout segons edat.....	45
Taula 8: Nivells de burnout segons edat.....	45
Taula 9: Dimensions de burnout segons grup d'edat.....	46
Taula 10: Nivells de burnout segons grup d'edat.....	47
Taula 11: Dimensions de burnout segons sexe	47
Taula 12: Nivells de burnout segons sexe	48
Taula 13: Dimensions de burnout segons estat civil	48
Taula 14: Nivells de burnout segons estat civil	49
Taula 15: Dimensions de burnout segons fills.....	50
Taula 16: Nivells de burnout segons fills.....	50
Taula 17: Dimensions de burnout segons antiguitat de professió.....	51
Taula 18: Nivells de burnout segons antiguitat de professió.....	52
Taula 19: Dimensions de burnout segons temps treballat	53
Taula 20: Nivells de burnout segons temps al servei.....	54
Taula 21: Dimensions de burnout segons formació	54
Taula 22: Nivells de burnout segons formació	55
Taula 23: Dimensions del burnout segons categories professionals	56
Taula 24: Nivells de burnout segons categoria professional	57

RESUM CIENTÍFIC:

Antecedents: La síndrome de desgast professional comporta conseqüències que influeixen negativament tant al benestar dels professionals de la salut com als usuaris i a les institucions sanitàries. La unitat oncològica esdevé un espai d'alt risc de desenvolupar-la degut a la complexitat assistencial al malalt oncològic tant a nivell físic com emocional, el risc elevat de mortalitat i, sovint, la presència de dilemes ètics. **Objectiu:** Conèixer la prevalença de la síndrome de Burnout en els professionals de la salut de la unitat d'hospitalització oncològica de l'Institut Català d'Oncologia de Girona estratificada segons característiques sociodemogràfiques i laborals. **Metodologia:** Es tracta d'un estudi observacional descriptiu i transversal realitzat a la unitat d'hospitalització oncològica de l'ICO a Girona mitjançant dos qüestionaris. L'un incloïa variables sociodemogràfiques i laborals i l'altre el Maslach Burnout Inventory (MBI) format per 22 ítems per a la detecció de la síndrome. Es van analitzar les relacions entre variables sociodemogràfiques i laborals en relació a les puntuacions i els nivells de burnout obtinguts amb les proves estadístiques pertanyents. L'estudi va ser prèviament aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. **Resultats:** Van participar 54 professionals de la salut de l'equip complet que treballen a la unitat d'hospitalització oncològica de l'ICO a Girona, el 87% (n=47) eren dones. L'edat mitjana dels quals va ser de 32,76 anys (DE 11,30). Un 79,6% (n=43) no tenien fills i un 57,4% feia un màxim de 5 anys que treballaven a la seva professió i un 68,5% al servei on es va dur a terme l'estudi. Respecte al burnout un total de 3,70% (n=2) va presentar la síndrome complint els criteris que refereix el model de burnout de Maslach. Per dimensions, l'Esgotament emocional (EE) va obtenir una mitjana de puntuació de 16,52 (DE 9,35) i un 20,4% va ser classificat en nivell alt. Pel que fa a la Despersonalització (DP) es va obtenir una mitjana de 5,17 (DE 4,43) i un 16,7% va classificar-se a nivells alts mentre que a la Realització personal (RP) la mitjana va ser de 36,41 (DE 6,57) i un 24,1% va presentar nivells baixos. Ser dona s'associa a nivells més elevats d'EE i RP. A més edat, ser solter, estar divorciat/vidu, no tenir fills o tenir formació oncològica, nivells més elevats d'EE i de DP mentre que més baixos de RP. A major experiència i major temps treballat al servei, nivells més baixos d'EE, de DP i de RP es presenten. Ser novell en el

camp de l'oncologia també es relaciona amb nivells més baixos de RP. Pertànyer al col·lectiu mèdic es relaciona amb nivells més elevats d'EE i de DP. Les puntuacions més baixes de RP s'associen amb infermeria. **Conclusió:** Els resultats posen de manifest que la prevalença de la síndrome de desgast en els professionals que treballen a la unitat d'hospitalització oncològica de l'ICO Girona és baixa. No hi ha una associació estadísticament significativa de les puntuacions i dels nivells de les dimensions de burnout en relació a les variables sociodemogràfiques i laborals, excepte per les categories professionals i la presència de fills en relació a EE i per la possessió de formació a l'àmbit oncològic en relació RP. Calen més estudis pel que fa a la cerca de factors i causes de l'ambient de treball positiu i de la promoció de la salut des del punt de vista salutogènic. **Paraules clau:** Burnout, professionals de la salut, prevalença, oncologia, característiques sociodemogràfiques, característiques laborals.

ABSTRACT:

Background: The burnout syndrome has negative consequences that influence the well-being of health care professionals as well as patients and healthcare institutions. The oncology unit becomes a high-risk space for developing the phenomenon due to the healthcare complexity for the oncological disease, the high risk of mortality and the high frequency of ethical dilemmas attributed.

Objective: To know the prevalence of the burnout syndrome in the health care professionals of the oncological unit of the Catalan Institute of Oncology (ICO) of Girona stratifying it according to sociodemographic and occupation characteristics.

Methodology: This is a descriptive observational study that is carried out in a transversal way in the unit of hospitalization of medicine in Girona through two questionnaires. One included sociodemographic and occupational variables and the other one was the Maslach Burnout Inventory (MBI) which has 22 items to help the detection of the syndrome. The relationships between the variables were analysed in relation to the obtained scores and levels of burnout through statistical tests. The study was previously approved by the Ethical Committee for Clinical Research (CEIC) of the Josep Trueta's University Hospital.

Results: 54 healthcare professionals from the team participated and the 87% (n=47) were women. The average age was 32,76 years old (DE 11.30). The 79,6% (n=43) did not have children and the 57,4% did a maximum of 5 years working in their profession and 68,5% in the service where the study was carried out. Regarding the burnout prevalence, a 3,70% (n=2) had the syndrome in accordance with the criteria that Maslach's burnout model refers to. By dimensions, Emotional Exhaustion (EE) obtained an average score of 16,52 (DE 9,35) and the 20,4% was ranked high. For the Despersonalisation (DP), an average of 5,17 (DE 4,43) was obtained and the 16,7% was classified with high levels. In the Personal Fulfillment (RP) the average score was 36,41 (DE 6,57) and the 24,1% presented the lowest levels. Being a woman is associated at higher levels of EE and RP. The more age, being single, being divorced / widowed, having no children or having oncological training, the higher levels of EE and DP are obtained, while lower are at RP. With greater experience and longer working time, the lower levels of EE, DP and RP are presented. Being a beginner in the field of oncology is also related to lower levels of RP. Belonging

to the medical group is related to higher levels of EE and DP. The lowest scores of RP are associated with being a nurse. **Conclusions:** The results show that the prevalence of the burnout syndrome in healthcare personnel who work in the oncology unit of ICO Girona is low. There aren't significant associations of the scores and levels of the burnout dimensions in relation to sociodemographic and occupational variables, except for professional categories and the presence of children in relation to the EE and for the training in the oncological field in relation to RP. Further studies are needed to get to know factors and causes of the positive work environment and health promotion from a salutogenic point of view. **Keywords:** Burnout, health personnel, prevalence, oncology, sociodemographic characteristics, occupational characteristics.

1. INTRODUCCIÓ:

A nivell mundial, un gran nombre de persones dediquen molt temps a la seva professió. L'ambient de treball i la seva naturalesa en si influeixen a la salut. L'espai laboral pot disminuir la salut física però també pot contribuir al desordre mental (desmoralització, depressió, ansietat, síndrome de burnout, etc.) (1)

Al món laboral hi ha canvis constants i en les últimes cinc dècades s'han produït canvis significatius relacionats amb l'organització i la gestió del treball. Aquests canvis desencadenen nous reptes en el camp de l'ocupació laboral i poden esdevenir riscos vinculats al benestar psicosocial relacionat amb la professió. (2)

L'estrès laboral ja és considerat una epidèmia a les societats modernes amb greus implicacions sobre la salut de les persones. D'altra banda, el burnout també ha esdevingut un fenomen en expansió i és considerat com a un risc psicosocial emergent. Cal tenir en compte que les conseqüències per a la salut de la síndrome de desgast professional inclouen només efectes negatius. (2–5)

La paraula anglosaxona *burnout* va aparèixer per primera vegada als anys 70 als Estats Units. Es van descriure fenòmens que incloïen la fatiga extrema, la pèrdua d'idealisme i la passió per la feina. Val a dir que la necessitat de nombrar el fenomen va ser degut a les experiències de les persones que treballaven en serveis assistencials relacionats amb atenció a les persones on el seu objectiu era proporcionar ajuda a les persones que ho necessitaven. El que caracteritzava als serveis eren els estressors emocionals i interpersonals.

Els primers articles referents a la Síndrome de Burnout van tenir d'autor a Freudenberg l'any 1975 i d'autora a Christine Maslach l'any després. A la dècada de 1980, la investigació referent a la síndrome de Burnout va adquirir un caràcter més quantitatiu amb l'aplicació de diferents qüestionaris amb poblacions més grans. Maslach va desenvolupar el qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI) l'any 1981 dissenyat per a l'ús en serveis assistencials relacionats amb l'atenció

de les persones. Tanmateix, es va realitzar una segona versió del MBI per a l'ús en ocupacions educatives. Als anys 90 el concepte es va estendre a altres tipus de serveis com la informàtica, els directius... (4,6–8)

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) assegura que l'estrès laboral posa en perill la salut i la seguretat dels treballadors així com el funcionament òptim de les entitats. El considera un dels factors determinants de la salut. L'Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT) descriu que la salut de les poblacions es troba determinada per les condicions polítiques, socioeconòmiques, culturals i medioambientals. Es refereix al model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1991). Classifica i contempla les condicions de vida i de treball com a les més influents en quant a la conformació de les xarxes socials i comunitàries i els estils de vida individuals de les persones. És a dir, afirma que l'associació i la interrelació dels determinants de la salut esmentats condicionen de manera directa l'estat de la salut de les persones. (9,10)

Segons el model de Dahlgren i Whitehead (1991) dels determinants socials de la salut, es pot il·lustrar en forma de diferents estrats concèntrics la relació entre ells al voltant d'unes característiques pròpies de l'individu com l'edat, el sexe i alguns factors no modificables. Les influències modificables que hi inclou són els estils de vida individuals, la interrelació entre les persones i el seu entorn integrades en xarxes socials i comunitàries i les influències econòmiques, culturals i ambientals. La major part de problemes de salut procedeixen del poder influent dels determinants i les condicions de vida de les persones. S'estima que un 80% dels determinants de la salut són exògens al sistema sanitari. (11)

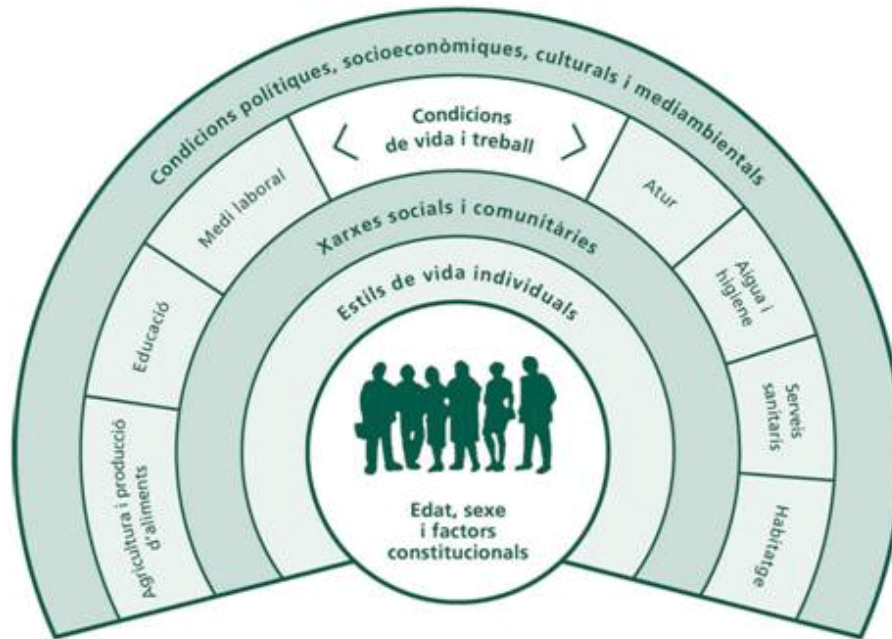


Figura 1: Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991. Modificat per l'ASPB (11)

A la Declaració de Luxemburg, els membres de la Xarxa Europea de Promoció de la Salut en el Treball (ENWHP) van consensuar la definició de promoció de la salut en el treball de la manera següent: “Unir els esforços dels empresaris, els treballadors i la societat per millorar la salut i el benestar de les persones en el lloc de treball”. El Pla de Salut de Catalunya vigent afirma poder assolir-ho millorant l’organització i les condicions de treball de les persones, promovent-ne la participació i fomentant-ne el desenvolupament individual. (12)

Les organitzacions sanitàries busquen l’excel·lència a les cures i l’assistència a les persones que ho necessiten així com a una major efectivitat dels tractaments però per aconseguir-ho cal maximitzar el potencial humà. El Pla de salut de Catalunya 2016-2020 reconeix que la sobrecàrrega assistencial i la precarietat dels entorns en què els professionals de salut desenvolupen les tasques han impactat negativament a llurs expectatives i dinamisme degut a la obligada contenció pressupostària dels darrers anys. És per això que prioritza les polítiques de salut per tal de recuperar el lideratge dels professionals sanitaris en la gestió clínica i la millora de les condicions de treball, així com la interlocució entre professionals i organismes directius. (12)

Els professionals de salut han d'encarar-se a diari a situacions que generen estrès degut a la naturalesa de la feina. L'esgotament emocional i la baixa realització personal s'identifica més freqüentment als professionals que resideixen a unitats oncològiques, mentre que els pensaments negatius i el cinisme vers a pacients i companys de feina són menys freqüents en aquesta població. (13) Les vivències entre professionals i usuaris que s'estableixen i la intensitat amb les que es viuen fan de la unitat oncològica un entorn en el qual l'esgotament emocional és propens a desenvolupar-se i la fan més probable a que el personal que hi desenvolupa la pràctica assistencial experimenti símptomes emocionals i físics de l'estrès crònic. (5)

La incidència global de la síndrome de desgast professional als serveis d'oncologia ha incrementat dràsticament durant la última dècada. L'estudi realitzat per Allegra et al (14) revela que un 62% d'oncòlegs refereixen haver patit els símptomes de burnout. A Europa i a Austràlia les taxes varien significativament i van del 52% al 78% segons l'especialitat oncològica, la pràctica assistencial i els sistemes d'atenció. (15,16) No existeix unanimitat en quant a l'epidemiologia de la síndrome de desgast professional, ja que tot i el gran número d'investigacions que hi ha al respecte no coincideixen en tots els aspectes. Tot i així, es poden trobar certes variables sociodemogràfiques que concorden amb diversos autors com a associades a al nivell de la síndrome. (17–19) El burnout no requereix només la seva identificació sinó la implementació d'intervencions individuals i institucionals per abordar el fenomen cada vegada més present a la població. (6)

1.1 Concepte de burnout:

El *burnout* o la síndrome d'estrès professional és un trastorn d'origen psicosocial que respon a la pressió emocional perllongada o repetitiva en el temps que es produeix en els professionals al seu lloc de treball. Per tant, s'associa a una pitjor autopercepció de salut i a una comorbiditat somàtica i psicològica. (4,20)

L'OMS a l'any 2000 reconeix la síndrome de Burnout com a un factor de risc laboral degut a la capacitat d'afectació a la qualitat de vida, salut mental i física

de la persona que el pateix. (21) També es pot anomenar síndrome de desgast professional, síndrome de sobrecàrrega emocional, síndrome del "cremat" o de fatiga a la feina. La definició més acceptada mundialment es aquella descrita per la psicòloga Christina Maslach als anys 90. La descriu com una forma inadequada d'afrontar l'estrès crònic i se'n caracteritzen tres factors: l'esgotament emocional, la despersonalització i la disminució del desenvolupament professional. (22)

S'entén com a esgotament emocional la sensació que apareix quan la feina ha consumit tots els recursos emocionals, cognoscitius i físics d'una persona deixant-la esgotada d'energia. Pel que fa a la despersonalització, fa referència a les actituds o conductes fredes o distants en quant a les relacions interpersonals a la feina on hi destaca el distanciament de persones que han d'entendre's. Es podria dir que el factor de despersonalització és l'afrontament evasiu que els professionals adopten per tal de combatre les demandes emocionals que implica la seva feina. Per últim, la reducció del desenvolupament professional es caracteritza per la sensació d'estancament professional amb baixes avaluacions sobre l'autoeficàcia emmirallades amb una baixa productivitat.(3,6,23,24)

L'any 1980, Jerry Edlewich i Archie Brodsky van proposar quatre fases per les quals passen totes les persones que pateixen la síndrome de Burnout: (4,19,25)

- 1) Entusiasme: la persona presenta un nivell elevat d'energia pel lloc de treball i va acompanyada d'altres expectatives poc realistes. La persona es sol involucrar massa i existeix una sobrecàrrega de treball voluntari. L'incompliment de les expectatives fa que el treballador passi a la següent etapa.
- 2) Estancament: conseqüència de l'incompliment de les expectatives marcades.
- 3) Frustració: La persona reconeix que les expectatives establertes no concorden amb el resultat i hi ha mancances per arribar-hi.
- 4) Apatia: degut a la falta de recursos personals per afrontar la frustració. També va acompanyada de desinterès. Sorgeixen problemes emocionals, conductuals i físics. S'adopta el mecanisme d'evitació.

1.2 Síntomes, causes i factors de risc del burnout

Múltiples referències no han pogut separar els símptomes de les conseqüències. Pel que sembla, la línia que els separa resulta estreta i borrosa. (8) Les manifestacions de la síndrome de desgast professional es presenten de manera gradual i pot ser cíclica i repetir-se al llarg del temps, per tant, la persona pot experimentar-la varies vegades en diferents èpoques al llarg de la trajectòria professional. (21)

Taula 1: Síntomes més habituals del burnout (8,21,23,26)

COGNITIUS	EMOCIONALS	CONDUCTUALS	SOMÀTICS	SOCIALS o DEFENSIUS
Baixa realització personal	Expressions d'hostilitat		Fatiga	
Impotència en el desenvolupament professional	Irritabilitat		Cefalea	Evitació
Pèrdua del significat	Odi/Ira	Cinisme	Insomni	Reducció de contactes
Pèrdua de valors	Avorriment	Agressivitat	Dolors musculars	Conflictes interpersonals
Desaparició de les expectatives	Ansietat	Consum de substàncies	Hipertensió	Malhumor familiar
Modificació de l'autoconcepte	Depressió	Automedicació	Pèrdua o guany de pes significatiu	Aïllament
Distracció	Desesperança	Absentisme	Esgotament energia/fatiga	Formació de grups crítics
Dificultat per concentrar-se	Apatia	Evitació de responsabilitats	Malalties coronàries	Evitació professional
Pèrdua de memòria	Pessimisme	Desorganització		
Criticisme generalitzat	Supressió de sentiments			
	Canvis de personalitat			

S'ha reconegut que la síndrome de desgast professional és degut a un procés multicausal. Hi ha diversos factors que es relacionen amb el risc de patir la síndrome, és a dir que presenten poder influent a contraure desgast professional.

Els factors a tenir en compte inclouen exposicions ambientals i organitzatives. (2) Els elements altament involucrats són: l'estrès, l'avorriment, la dificultat del desenvolupament de la carrera professional, les baixes condicions econòmiques, la sobrecàrrega laboral, la falta d'estimulació i la pobre orientació laboral o l'aïllament. (6,20,21,25)

Alguns estudis afirmen que el trencament del principi de reciprocitat és un dels desencadenants. Es refereix a les relacions interpersonals establertes dins la organització, és a dir, amb l'equip de treball. Una de les peculiaritats és el distanciament davant les persones i la pèrdua de comunicació per afrontar el desgast laboral. Per tant, la seva carència o fractura pot generar accions que afecten a la salut individual i a la productivitat de l'organització. (3)

La pèrdua de connexió positiva amb els companys de feina també n'és una causa. La comunitat que millor funciona és aquella on les persones comparteixen confort, felicitat, elogis, respecte i humor. La pèrdua de pertinència dins el grup disminueix el suport social a la feina i augmenta el risc de Burnout. Genera sentiments negatius constants de frustració i hostilitat i redueix el suport social. (6,20)

A més, s'han associat algunes característiques pròpies de la persona amb un augment de la susceptibilitat de patir el fenomen. (24) Per tant, certes particularitats individuals posicionen al professional a un nivell més o menys elevat a desencadenar els símptomes de burnout. Des del lloc de treball, les persones tenen tendència a crear expectatives vers la feina i una de les múltiples causalitats és la desproporció entre els esforços realitzats amb els resultats obtinguts, és a dir, si les expectatives professionals són massa altes o poc reals i els resultats esperats no esdevenen, pot generar la seva aparició. (6)

Taula 2: Causes, factors de risc i susceptibilitat de burnout (2,5,6)

DIMENSIONS	CAUSES – FACTORS DE RISC	CARACTERÍSTIQUES INDIVIDUALS
Cansament o esgotament emocional	Desajust/excés de sobrecàrrega de treball (no equitat) (6) Pressió del temps i realització de tasques (2,5,6) Estrès (6) Dificultats en mantenir la distància terapèutica (5) Dificultat desenvolupament professional (2) Baixa condició econòmica (6) Expectatives poc realistes (5,6)	Sentit del control exagerat (6) Necessitat de control sobre factors externs i no a la pròpia capacitat i esforç (6) Sentit augmentat de la responsabilitat (6) Perfeccionisme (6) Dificultat per gaudir del temps lliure (5,6)
Despersonalització	Aïllament (5) Ambient psicosocial (6) Trencament principi reciprocitat (5) Frustració vers els resultats esperats i els obtinguts (6) Sentiments d'impotència (6)	Baixa autoestima (6) Estil d'afrontament evitatiu (6) Ser ansiós (2) Dificultat per demanar ajuda (2)
Abandó de la realització personal	Desmotivació/Avorriment (6) Insatisfacció laboral (6) Falta d'estimulació (2) Baixa orientació laboral (2) Ineficàcia (6) Control insuficient de recursos necessaris (6)	Sentit augmentat de la responsabilitat (6) Estils d'afrontament poc flexibles (6) Perfeccionisme (2)

1.3 Estratègies d'afrontament

Tenint en compte el que la síndrome de desgast professional comporta, és prioritària la crida d'intervencions i estratègies efectives. Aquestes poden ser preventives (per disminuir-ne el risc) o resolutives (després d'haver-se produït). Per això, cal identificar el burnout, prevenir-lo mitjançant informació i afrontament, reduir o invertir el procés i aplicar un tractament a les persones diagnosticades. (5,6,19)

Les estratègies a utilitzar es poden centrar amb l'individu, a la comunitat (grup) o a la organització. Les orientades a l'individu, han de potenciar els recursos interns i estimular estratègies d'afrontament efectives, modificar els comportaments a la feina o realitzar una parada laboral si s'escau. Les centrades en la comunitat o a nivell grupal volen potenciar la formació d'habilitats socials i de recolzament social dels equips professionals. Per últim les intervencions organitzacionals tenen com a objectiu modificar o eliminar les fonts d'estrès al lloc de treball i tenen molt potencial per afrontar la síndrome. (4)

Tot i així, segons les troballes en evidència prèvia es recomana intervenir des de la comunitat, tenint en compte els factors institucionals i organitzatius ja que tenen una relació més elevada en quant a la influència del risc de patir burnout. A més, es classifiquen les estratègies individuals com a ineficaces, ja que majoritàriament la persona no té el control dels causants. (19)

Alguns exemples d'estratègies individuals i grupals utilitzades són: ensenyar a reconèixer símptomes com la irritabilitat, la impaciència, la sensació de càrrega laboral, etc., augment de la competència professional (formació continuada), desenvolupar un pla d'acció, adquirir estratègies de resiliència per al benestar i enfortir les relacions entre companys. D'altra banda, pel que fa a les accions o intervencions a nivell d'organització són emparades de manera àmplia començant pel reconeixement de la importància del benestar dels treballadors oncològics i seguint amb exemples com: aconseguir una planificació amb la col·laboració de líders i de professionals, valorar el burnout a l'organització,

optimitzar l'entorn de la practica clínica i la cultura institucional i proporcionar recursos de benestar. (6,27)

La tendència a instaurar estratègies a nivell individual s'especula que pot ser deguda a la major facilitat i menor cost econòmic que canviar les organitzacions. (6)

1.4 Avaluació

La prova més utilitzada per avaluar la síndrome de desgast professional als llocs de treball és el Maslach Burnout Inventory (MBI). És el qüestionari més utilitzat en estudis tan internacionals com nacionals. Va ser elaborat per Christina Maslach, psicòloga experta en burnout a la Universitat de Califòrnia a Berkeley (5,19,28)

Consisteix en 22 ítems sobre els sentiments i pensaments en relació a la interacció amb la feina. Es valoren en un rang de sis adjectius que van de "Mai" a "Diàriament" segons la freqüència amb la que s'experimenten les situacions descrites als enunciats. És una escala tridimensional pel que s'avaluen tres components: (22)

1. L'esgotament emocional: compost per 9 preguntes que valoren l'experiència d'estat físic i psíquic oprimat per les demandes de la feina
2. La despersonalització o cinisme: consten 5 preguntes que pretenen avaluar el reconeixement de les actituds de distanciament cap a les persones amb les que interactua amb les tasques dutes a terme
3. La realització personal: engloba 8 ítems que mesuren els sentiments d'autoeficàcia amb un mateix i la seva professió

D'una banda, el qüestionari descrit anteriorment presenta uns avantatges:

- Contribueix al coneixement de les condicions de treball
- Permet conèixer l'associació de percepcions personals, situacions demogràfiques i professionals amb el burnout
- Permet definir el risc que presenta la població d'estudi
- Conta amb evidència científica que orienta a instaurar accions de prevenció
- Cap altre instrument de mesura a aconseguir l'acceptació general del Malsach Burnout Inventory (MBI), ja que es pot aplicar de manera ràpida (10-15 minuts) i senzilla.

D'altra banda també presenta inconvenients, com que s'aconsella obtenir dades d'altres fonts per tal d'ampliar el coneixement i confirmar amb contundència els resultats.

A part del Maslach Burnout Inventory (MBI), existeixen altres instruments per avaluar la síndrome de Burnout i s'avaluen diferents aspectes als tres components clàssics, com per exemple: (21)

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) que avalua el desgast personal relacionat amb la feina i el desgast relacionat amb el client
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) que només avalua l'esgotament i la falta de compromís amb la feina
- El qüestionari per la "Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo" que es tracta d'una escala espanyola que inclou la il·lusió com a aspecte més a avaluar de la síndrome

1.5 La síndrome de burnout en els professionals de la salut

Degut a la naturalesa de la professió, la síndrome de desgast professional es troba molt present entre els professionals de la salut i com s'ha exposat s'associa a una autopercepció pitjor de la pròpia salut, així com la comorbiditat somàtica i psicològica. (3,23,25) A l'estudi de Suñer R, et al. (7) s'esmenta que els professionals de la salut són conscients dels efectes de la síndrome presents.

L'any 2015 Guillermo A. et al. (23) van examinar variables sociodemogràfiques per tal de relacionar el potencial amb el risc de burnout. Esmenten que l'estat civil, el gènere, l'edat, l'experiència prèvia tenen relació amb el risc de la síndrome. Conclouen que el risc de patir els efectes del burnout és elevat dins el col·lectiu d'infermeria però si es divideixen els resultats per sexe, els homes presenten nivells més alts.

L'estudi dut a terme per Maslach C, et al. (6) mostra relació entre característiques sociodemogràfiques on l'edat concorda amb una relació forta de burnout essent els empleats més joves els que obtenen puntuacions més elevades a diferència dels que es troben de 30-40 anys. Ho relaciona amb el consum d'energia, ja que sembla més perillós amb els més joves. Referent al sexe determina que certes evidències mostren nivells més baixos en dones que en homes i viceversa i altres que no hi troben diferències. Pel que fa a l'estat civil, els solters (especialment els homes) poden ser més propensos a patir els efectes del burnout en comparació amb els que tenen parella, estan casats o divorciats. A més, també fa referència als nivells d'estudi i contempla que els que tenen un nivell educacional superior presenten majors nivells de desgast que els empleats menys qualificats.

Els autors Cañadas G, et al (29) i Kutluturkan S, et al (30) als seus estudis van analitzar possibles factors sociodemogràfics amb poder influent sobre la síndrome de desgast i van observar una relació inversa en quant al nivell de burnout i l'edat, el temps treballat, la presència de fills i l'experiència en el treball.

Els resultat de l'estudi d'Hildebrando A (5), van mostrar que tenir edat de 41-50 anys, viure sense parella, tenir de 0 a 2 fills, presentar una antiguitat de 6 a 15 anys a la professió, haver treballat al mateix servei de 6-10 anys i tenir una sola feina són factors de risc a un nivell de burnout més elevat.

L'estudi descriptiu transversal de De França F, et al. (31) de l'any 2011 va avaluar la síndrome de desgast professional a 141 infermeres i observar major nivell de desgast al sexe femení, amb prevalença en edat adulta. Pel que fa a l'estat civil, les persones solteres van obtenir els nivells més elevats de burnout seguit de les persones casades. Els professionals que no tenien fills segons els resultats de l'estudi eren més afectats que els que si en tenien. També van contemplar diferències entre el nivell d'estudis dels participants i el col·lectiu que havia acabat la formació universitària va ser el que va presentar puntuacions més elevades del fenomen.

Hernando J, et al. (32) també van estudiar la relació de variables sociodemogràfiques amb la síndrome de burnout a professionals de la salut. Els resultats obtinguts van ser una puntuació major en el sexe femení. Pel que fa a les variables: estat civil, categoria professional, nivell de formació i les relacions entre l'equip de treball no van mostrar valors significatius amb la síndrome. També va ser el cas de les variables: edat, número de fills i el temps treballat al servei.

Així mateix, la revisió bibliogràfica que van desenvolupar Lachiner S, et al. (21) inclou que s'han realitzat diferents estudis i la majoria no coincideixen amb la potència de la relació dels riscos i el burnout. Tot i així esmenten que l'edat, a més experiència a la professió, el gènere femení i la presència de fills disminueixen el risc de burnout. L'esment de la no concordança de les associacions sociodemogràfiques també és recolzada per un altre estudi. (26)

S'ha estudiat la prevalença del fenomen en diferents àrees de la salut i les unitats hospitalàries que s'enfronten a malalties cròniques o amb un nivell de mortalitat

més elevat presenten nivells més alts. Els pacients que acudeixen a les unitats d'oncologia i hematologia sovint es troben molt afectats per la malaltia i aquesta pot resultar incurable, redueix la qualitat de vida i requereix teràpies que debiliten i amenacen la vida. (29,33)

Així doncs, la unitat d'oncologia esdevé un espai d'alt risc de desenvolupar la síndrome degut a la intensitat de les relacions amb els pacients i les famílies, ja que presenten una situació física i emocional molt delicada. Val a dir que els dilemes ètics afegixen una nova càrrega d'alt pes en aquests professionals. A més, el personal que treballa en aquest tipus d'unitats solen tenir un alt sentit de la realització. La quantitat d'hores que passen amb persones amb malaltia oncològica fa que resultin més vulnerables a desenvolupar la síndrome de desgast professional degut a la naturalesa de la feina i les característiques d'usuaris a qui es dedica l'atenció sanitària. (20)

La majoria d'evidència comparteix que la comunicació constant amb les persones que presenten neoplàsies sobre decisions de tractament que canvien la vida, oferir notícies dolentes i supervisar teràpies tòxiques on sovint hi ha una capacitat limitada de prolongar la vida per a moltes persones són detonants del risc i fa vulnerables als professionals que es dediquen a l'àmbit d'oncologia. (34)

Tant Hlubocky FJ (13) com Back AL, et al. (35) defineixen característiques que fomenten l'aparició de fatiga. L'estat de tensió i preocupació pel trauma individual o acumulat dels usuaris, juntament amb les fases i aparició de símptomes com irritabilitat, hipervigilància, evitació de situacions estressants i reexperimentar esdeveniments difícils a través de pensaments persistents tenen un pes molt important en l'augment del risc. També destaquen el dolor o l'angoixa que afecta a nivell de la ment, el cos o les relacions en resposta a la situació en què la persona presenta un problema moral davant la situació professional, se sent amb la responsabilitat de fer alguna cosa (alleujar el patiment) i apareixen judicis morals sobre l'acció correcta. Moltes vegades els professionals han de prendre decisions amb un curt termini de temps, fet que es relaciona amb l'increment del risc a patir burnout. A més a més, inclouen que l'empatia provoca esgotament

degut a les “ferides” establertes pel continu coneixement d'històries de vida de l'usuari de malaltia crònica, discapacitat, trauma, dolor i pèrdua.

L'estudi amb autors De la Fuente E, et al. (24) també recolzen l'aparició de risc elevat de la síndrome quan hi ha un nivell alt d'interacció entre els professionals i els usuaris.

Pel que fa a l'estudi transversal de Bressy C, et al. (33) l'exposició diària al patiment i a la pèrdua pot conduir al personal que treballa a oncologia i hematologia a experimentar emocions fortes com sentiments de dolor, ira, desil·lusió i frustració, sentit de fracàs, desig d'evitar la relació amb l'usuari i desvinculació de la feina. Relacionen un major risc de burnout a ser dona i d'edat jove.

Alguns autors remarquen que el creixement de la demanda del temps clínic i productivitat, el temps en contacte amb les persones i les famílies, el control limitat de les responsabilitats diàries i la documentació electrònica interminable, ofereixen considerables exigències professionals i personals als professionals que fomenten l'aparició del fenomen. (36) Per tant, l'esgotament en els professionals que es relacionen diàriament amb persones amb malaltia oncològica és produït per diversos factors.

En diversos estudis internacionals, s'estima que un de cada quatre professionals que desenvolupen la seva professió a serveis sanitaris (infermeres, metges, rehabilitadors, psicòlegs, etc.) està en risc de patir de la Síndrome de desgast professional. (3)

Banerjee S, et al. (37) van estudiar la prevalença de la síndrome a oncòlegs de diferents països d'Europa i van englobar el tipus de professional com a risc potencial greu marcant-lo com a problema descuidat de la professió oncològica. Ho relacionen amb la càrrega de treball creixent, les nombroses tasques administratives davant problemes mèdics i la reducció de recursos, ja que posen en risc als metges especialistes de contraure burnout.

Kash K, et al. (20) també van dur a terme una investigació amb professionals amb tracte a persones amb malaltia neoplàsica. Reflecteixen que les infermeres van ser les que van obtenir un nivell més elevat de cansament emocional. Aquest fet el relacionen amb el contacte directe dia a dia amb les persones amb neoplàsies. I el justifiquen amb el tracte ofert a diari amb els detalls de l'atenció i sovint ho fan amb conflictes derivats de les diferències entre oncòlegs i pacients.

Els autors Cañadas G, et al (29) i Kutlukturkan S, et al (30) esmentats anteriorment, recolzen l'evidència prèvia en quant a la considerable prevalença del burnout al personal d'infermeria oncològica. Identifiquen l'esgotament emocional i la baixa realització personal com a problemes més freqüents de la síndrome al col·lectiu.

L'estudi també esmentat anteriorment realitzat per De la Fuente E, et al. (24) confirmen que el personal d'infermeria tenen més probabilitats de desgast, tot i exposar-ho amb cautela insistint en noves investigacions per afirmar amb seguretat els resultats.

Un altre estudi que identifica a la professió d'infermeria com a la més vulnerable a patir la síndrome de desgast professional és el de Núñez A (38). Inclou que exercir la professió d'infermera a la àrea d'oncologia requereix activitats d'autocontrol i un exercici mental major que en altres àrees. El fet el relaciona a la implicació professional en cures prolongades amb pacients amb gran debilitat física i emocional i a la proximitat amb els familiars. Afirmar que el conjunt de característiques en l'àmbit generen situacions emocionals que causen desgast.

Protesoni, AL (39) va fer una investigació de comparació del desgast professional a auxiliars d'infermeria oncològica i a auxiliars amb atenció a pacients crítics. No es van trobar diferències significatives en relació a la incidència de burnout entre ambdós grups. Però també van avaluar els nivells d'estrès i es va obtenir nivells més elevats a la unitat oncològica. Si l'estrès esdevé crònic pot desenvolupar la síndrome de desgast. És per això que l'estudi dut a terme conclou l'existència d'un risc major al grup d'auxiliars que treballen a la unitat oncològica. La investigació va obtenir una baixa realització personal i un

alt desgast emocional a la unitat oncològica i ho relaciona amb l'estat de salut del pacient sovint incurable, amb recurrència a ingressos, llargues estades, convivència amb familiars, frustracions provinents de la organització laboral, etc. A l'estudi d'Hildebrando A (5) esmentat prèviament també inclou com a categoria professional als auxiliars i els inclou com al col·lectiu amb nivells de burnout més elevats.

A l'estudi exploratori transversal que va realitzar Aguilar C, et al (40) va participar l'equip interdisciplinari de la unitat de cures pal·liatives oncològiques de l'Institut Nacional de Cancerologia de Mèxic. Els resultats obtinguts mostraven nivells baixos en quant a l'esgotament emocional i despersonalització i nivells medis i alts de la realització personal. Aquest fet és degut a la utilització d'estratègies d'afrontament dels professionals com la planificació orientada al problema i la cerca de recolzament social. Així doncs, es van trobar correlacions significatives entre l'ús d'estratègies i les dimensions de la síndrome de desgast. Els autors conclouen suggerint la implementació de programes de capacitat personal de salut per consolidar les competències i el sentiment d'autoeficàcia a la feina així com fomentar canvis organitzacionals i administratius.

Els autors Cañadas G, et al (29) i Kutluturkan S, et al (30) esmentats anteriorment també remarquen la importància de detectar els símptomes a l'equip per poder-los fer front mitjançant intervencions i evitar els efectes negatius de l'atenció a les persones.

A Bèlgica, Helen S, et al (41) van recopilar dades per estudiar la prevalença de Burnout a oncologia. Consideren de gran rellevància detectar la síndrome degut a l'afectació vers la qualitat de vida i el benestar dels professionals de salut. Van englobar a l'estudi diferents professionals com oncòlegs, infermeres, radioterapeutes, treballadors socials i psicòlegs. Els autors identifiquen la troballes de l'estudi com a impactant a la pràctica diària al servei. I recomanen detectar els símptomes inicials, ja que s'ha de tenir en compte l'efecte contagiós del desgast i aplicar intervencions per a reduir notablement els efectes i/o prevenir-los. Això si, consideren que el suport ha de diferir per les diferents disciplines.

L'evidència sobre els fets esmentats en professionals de la salut en dedicació a l'oncologia, suggereix avaluar el risc en aquests tipus de professionals a fi d'identificar els nivells de la síndrome de desgast i prevenir-ne el desenvolupament o reduir els símptomes en els professionals de la salut.

2. JUSTIFICACIÓ I RELACIÓ AMB LA PROMOCIÓ DE LA SALUT

És clar que la síndrome de desgast professional comporta moltes conseqüències que influeixen directament de manera negativa i els efectes no es limiten als professionals de la salut. L'evidència present ha demostrat que les conseqüències també les pateixen les persones que acudeixen al centre amb la necessitat d'ajuda i les institucions en si. (4,8,21,29,42)

Els professionals que la presenten ofereixen un servei deficient a la pràctica assistencial. No permet al professional realitzar les tasques correctament, ja que el nivell d'atenció o de dedicació disminueix. Per tant, incideix a una prestació de menor qualitat de la cura de les persones i augmenten el nombre d'errors durant el torn de treball (mèdic, demores als processos de presa de decisions, etc.). Per tant, les conseqüències atribuïdes interfereixen amb la qualitat dels serveis de salut i poden arribar a afectar a la seguretat dels usuaris. (10)

Es pot afirmar que la síndrome de desgast professional s'està convertint en un problema de salut pública. L'OMS considera les condicions laborals com a determinant socials de la salut i, concretament a l'estrès laboral crònic com a factor influent sobre la salut de les persones posant-la en perill de manera directa. Afirmar que pot produir comportaments disfuncionals i no habituals a la feina contribuint a una pitjor salut física i mental del professional. A més, pot amenaçar al bon funcionament i els bons resultats de l'entitat. (10) Com expressen Hildebrando A (5), si els cuidadors se senten mal cuidats o estan exhausts, és lògic que qui perd és la societat en conjunt. S'hauria de considerar

el benestar dels professionals que presenten com a tècnica principal a la seva professió la relació d'ajuda com a prioritat social. Cada vegada és més necessari conèixer la presència del fenomen i aplicar intervencions sistemàtiques continuades per promoure la salut en el lloc de treball. (7,10,13)

Per tant, tenint en compte tots els aspectes és vital identificar-lo per poder-lo prevenir i tractar a fi de millorar la salut dels professionals i fomentar un entorn laboral saludable. Així s'assegura un bon tracte assistencial cap a les persones que ho necessiten per tal de poder obtenir beneficis significatius tan a la societat com a la persona i els centres de treball. (6,13,21,23,36)

A tal fi, es planteja un estudi per a analitzar la presència del fenomen al servei hospitalari de l'Institut Català d'Oncologia de Girona i detectar la prevalença de la síndrome de desgast en diferents professionals de la salut. Així doncs, el coneixement obtingut seria útil per a millorar la salut de l'equip de professionals obrint la porta a la instauració d'intervencions o solucions per a prevenir o tractar la síndrome de desgast al col·lectiu.

3. OBJECTIUS:

3.1 Objectiu general:

- Conèixer la prevalença de la síndrome de Burnout en els professionals de la salut de la unitat d'hospitalització d'oncologia de l'Institut Català d'Oncologia de Girona

3.2 Objectius específics:

- Analitzar la relació de les puntuacions i els nivells de les dimensions de la síndrome de burnout (esgotament emocional, despersonalització i realització personal) en funció del perfil sociodemogràfic
- Analitzar l'associació de variables laborals amb les puntuacions i els nivells de les dimensions de burnout
- Identificar les diferències entre les puntuacions i els nivells de burnout presentat i les diferents categories professionals

4. METODOLOGIA:

4.1 Tipus d'estudi

Estudi observacional descriptiu transversal.

4.2 Àmbit d'estudi

La unitat oncològica de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) de Girona. L'ICO és un centre públic i monogràfic sobre el càncer creada l'any 1995 pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que comença a funcionar un any més tard a les instal·lacions de l'Hospital Duran i Renyals de l'Hospitalet de Llobregat. Set anys després, al 2002, s'inaugura l'ICO Girona a l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. L'any després sorgeix l'ICO Badalona a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Al 2014 es va posar en marxa l'ICO Camp de Tarragona i Terres de l'Ebre a l'Hospital Joan XXIII de Tarragona i al Verge de la Cinta de Tortosa. La institució s'ocupa de la malaltia oncològica de manera integral, ja que a la mateixa organització engloba la prevenció, l'assistència, la formació especialitzada i la recerca sobre malalties oncològiques. Actualment, és el centre oncològic de referència per a més del 40% de la població adulta de Catalunya. El model assistencial de la institució és centrat en el pacient, integral, equitatiu, continu i eficient. (43)

L'ICO presenta tres característiques que l'identifiquen: (43)

1. Missió: treballar per a reduir l'impacte del càncer a Catalunya
2. Visió: ser un centre integral del càncer amb reconeixement internacional
3. Valors: pensar com a pacients, oferir qualitat amb calidesa, generar decisions amb coneixement, mantenir equips multidisciplinaris per a oferir la millor assistència oncològica, fer recerca i innovar per millorar el futur

L'ICO Girona és la Unitat de Referència d'Oncologia per a la regió sanitària de Girona que inclou les set comarques de la província: l'Alt Empordà, el Baix Empordà, la Garrotxa, el Gironès, el Pla de l'Estany, el Ripollès i la Selva. També inclou alguns municipis del Maresme com Calella, Canet de Mar, Malgrat de Mar, Palafolls, Pineda de Mar, Sant Cebrià de Vallalta, Sant Iscle de Vallalta, Sant Pol de Mar, Santa Susanna i Tordera. A més, disposa de diferents recursos per a donar resposta a la demanda assistencial de la regió: (44)

- Oncologia Mèdica
- Hematologia Clínica
- Oncologia radioteràpica
- Física mèdica i protecció radiològica
- Psicooncologia
- Treball social
- Fisioteràpia
- Consell Genètic
- Unitat d'Investigació Clínica
- Unitat funcional de cap i coll, de mama i de ginecologia
- Unitat d'hospitalització
- Hospital de dia
- UACO (Unitat d'Atenció Continuada Oncològica)
- Unitat de cures pal·liatives

La unitat d'hospitalització oncològica de l'ICO està composta per professionals de diferents disciplines i, actualment engloba a 78 individus si es comptabilitzen metges, residents, infermeres i auxiliars d'infermeria però el nombre de professionals que hi treballen creix ràpidament per la demanda dels últims anys. La unitat consta de 14 habitacions compartides i 7 d'individuals, per tant, 35 llits són el nombre total presents a la planta. (45)

4.3 Població

La població diana de l'estudi està composta per l'equip complet de metges, residents, infermeres i auxiliars d'infermeria que treballen a la unitat d'hospitalització oncològica de l'Institut Català d'Oncologia de Girona, dels quals la suma del conjunt total és de 78 individus. A la taula 3 s'exposa el nombre de professionals de la salut presents a cada torn i el nombre total que conformen l'equip d'hospitalització segons categoria professional.

Taula 3: Professionals de la salut per torn i total

	Nombre de professionals presents a cada torn:			Nombre total de sanitaris que conformen l'equip d'hospitalització segons categoria professional
	MATI	TARDA	NIT	
METGES I RESIDENTS	8	2 (guàrdia)		16 (7 residents)
INFERMERES	5	5	4	35
AUXILIARS D'INFERMERIA	4	4	3	27

4.4 Criteris d'inclusió i exclusió

- **Criteris d'inclusió:**
 - Professionals que han acceptat de manera voluntària i anònima participar a l'estudi
 - Professionals amb contracte laboral fixe o de suplència temporal
- **Criteris d'exclusió:**
 - Professionals que han estat de baixa o de vacances durant el període de treball de camp
 - Estudiants han estat en període de pràctiques bé siguin de medicina, infermeria o d'auxiliar d'infermeria

4.5 Descripció de les variables

VARIABLES INDEPENDENTS:

Sociodemogràfiques:

- **Edat:** Anys complets. Variable quantitativa continua.
- **Sexe:** Variable qualitativa nominal.
- **Estat civil:** Variable qualitativa nominal. Categoria en relació de parella.
- **Nº de fills:** Variable quantitativa. Nombre de fills vius.

Laborals:

- **Categoria professional:** Variable qualitativa nominal. Ocupació a l'empresa.
- **Antiguitat a la professió:** Variable qualitativa ordinal. Període de temps en anys de prestació laboral que ha realitzat el professional durant la vida laboral, no només en l'àmbit oncològic.
- **Temps treballat al servei:** Variable qualitativa ordinal. Període de temps en anys que el professional ha desenvolupat activitat assistencial a qualsevol unitat d'atenció oncològica de manera continua.
- **Obtenció de formació especialitzada:** Variable qualitativa nominal. Formació especialitzada de l'àmbit laboral.

VARIABLE DEPENDENT:

- **Esgotament emocional:** Variable qualitativa nominal i Variable quantitativa continua. Exhaustivitat emocional per les demandes laborals.
- **Despersonalització:** Variable qualitativa nominal i Variable quantitativa continua. Actituds de distanciament o cinisme vers els altres.
- **Realització personal:** Variable qualitativa nominal i Variable quantitativa continua. Autoeficàcia i realització personal a la feina.
- **Presència de la síndrome de burnout:** Variable qualitativa nominal. Quan es presenten altes puntuacions en les dimensions d'esgotament emocional (>24 punts) i despersonalització (>9 punts), mentre que puntuacions baixes a la dimensió de realització personal (< 33 punts). (46)

4.6 Instruments per a la recollida de dades

Els instruments utilitzats han estat de caràcter anònim per a la recopilació de dades:

1. Un qüestionari de variables sociodemogràfiques d'elaboració pròpia (Annex 4) que constava de quatre preguntes les quals feien referència a dades de caràcter personal (edat, sexe, estat civil i nombre de fills).
2. Un qüestionari de variables laborals (Annex 4) que englobava també quatre preguntes d'aspectes laborals: (càrrec que desenvolupa, antiguitat a la professió, temps treballat a la unitat assistencial actual i formació especialitzada).
3. El qüestionari Maslach Bournout Inventory (MBI) en la versió validada a llengua espanyola per Pedro R Gil-Monte (47) (Annex 5). És l'instrument més utilitzat a nivell mundial per avaluar la síndrome de desgast professional, ja que les proves de fiabilitat i consistència interna de les tres dimensions del burnout són bones (0,87 a la dimensió d'esgotament emocional, 0,57 a la despersonalització i 0,72 per a la dimensió realització personal segons l'alfa de Cronbach). (48) Té com a objectiu mesurar la intensitat en la que es pateix la síndrome de desgast professional.

El qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI) va ser creat l'any 1981 per la Dra. Cristina Maslach (22), el qual consta de vint-i-dos ítems per tal de valorar les tres dimensions que caracteritzen la síndrome de desgast professional o burnout:

1. Esgotament emocional: Valora la vivència d'estar exhaust emocionalment per les demandes laborals
2. Despersonalització: Valora el grau en que la persona reconeix actituds de distanciament vers els altres
3. Realització personal: Avalua els sentiments d'autoeficàcia i realització personal a la feina

Els ítems s'avaluen amb una escala tipus Likert amb sis possibles respostes. Els punts de tall utilitzats són els de la població de referència espanyola. Es consideren que les puntuacions del qüestionari són baixes si la puntuació resideix entre 1 i 32 punts a la dimensió de realització personal. Si s'obtenen puntuacions elevades de les dimensions d'esgotament emocional (>24 punts) i despersonalització (>9 punts), mentre que puntuacions baixes a la de realització personal (< 33 punts), indiquen la síndrome de burnout a la població estudiada. (46)

A la taula 4 que s'exposa a continuació es descriuen les tres dimensions que contempla el qüestionari, així com els punts de tall de la puntuació obtinguda per a la classificació dels nivells de les dimensions. També inclou el número dels ítems que conformen la dimensió en qüestió:

Taula 4: Punts de tall del MBI (46)

	Esgotament emocional - Valora la vivència d'estar cansat física i psíquicament per les demandes de la feina	Despersonalització - Valora el grau en el qual cadascú reconeix actituds de distanciament	Realització personal - Avalua els sentiments d'autoeficàcia i realització personal a la feina
Nivell Baix	< 15 punts	< 4 punts	< 33 punts
Nivell Mitjà	De 15-24 punts	De 4-9 punts	De 33-39 punts
Nivell Alt	> 24 punts	> 9 punts	> 39 punts
Ítems	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	5, 10, 11, 15, 22	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

És imprescindible analitzar les tres dimensions i les seves associacions de manera separada. D'aquesta manera es permet observar les puntuacions de les diferents dimensions de forma individual, per tal de poder establir el nivell de burnout present a la població estudiada. (22)

4.7 Procediment

Una vegada aprovat l'estudi pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona i obtinguda l'autorització del centre, es va informar de l'estudi a la supervisora de la unitat així com al director mèdic. Llavors, s'inicià el treball de camp de recollida de dades. Després del canvi de torn d'infermeria, d'auxiliars d'infermeria i a l'inici de torn de medicina, es va explicar personalment als professionals de la salut escollits els objectius i la metodologia de l'estudi i se'ls va demanar la seva col·laboració de manera desinteressada, voluntària i anònima. D'aquesta manera, es va permetre omplir el qüestionari de 5-10 minuts al llarg de la jornada de treball.

Els qüestionaris van ser entregats personalment i de manera directa als participants al començament de cada torn, grapats juntament amb un full informatiu (Annex 2) i un consentiment informat (Annex 3). Aquest últim s'entregà per duplicat per tal que el professional participant en tingués una còpia. Una vegada omplerts, el mateix participant els col·locà dins de dues caixes de manera que el consentiment informat s'introduí dins una caixa taronja i els qüestionaris en una caixa blanca. Les caixes es trobaven situades tant a la sala de treball d'infermeria sobre la taula al costat de l'arxivador de documentació de pacients com al despatx mèdic a la taula del costat dels ordinadors. D'aquesta manera al finalitzar el torn es van poder recollir les caixes amb les participacions realitzades. La recollida de dades es va dur a terme durant les dues primeres setmanes del mes de juny.

Complementàriament, es va situar un cartell tant al despatx mèdic com a la sala de treball d'infermeria en un punt visible juntament amb alguns exemplars de qüestionaris per tal d'informar i animar a col·laborar a l'estudi als professionals

de la salut que o bé es trobaven de guàrdia o no haguessin estat presents al moment de l'explicació o es trobessin indecisos a la participació de l'estudi dins el termini de recollida de dades.

Un cop recopilades les dades es revisà la complementació dels qüestionaris. Llavors es van introduir les dades al programa informàtic SPSS versió 25.0 per a procedir amb l'anàlisi estadístic. Finalitzat l'anàlisi de dades es procedí a la redacció de resultats, discussió i conclusions de l'estudi. Posteriorment, s'oferirà al centre realitzar una sessió per a presentar els resultats obtinguts.

4.8 Anàlisi de les dades

Per tal d'analitzar les dades, es va utilitzar el programa informàtic SPSS 25.0 per a Windows 10. L'anàlisi es va desenvolupar en primera instància mitjançant l'estadística descriptiva on s'han expressat les variables contínues en mitjanes, desviació estàndard i els valors mínims i màxims. En el cas de les variables categòriques s'han expressat en freqüències i percentatges. La variable edat també es mostra recodificada per grups.

Posteriorment s'ha dut a terme un contrast bivariant utilitzant la prova Khi quadrat per a dues variables qualitatives independents. Al mateix temps dut a terme la prova T-student per a relacionar una variable quantitativa i una qualitativa dicotòmica. També l'anàlisi de la variància ANOVA per a diversos grups en relació a una variable quantitativa. A més, s'ha fet ús de les proves no paramètriques pertanyents: la prova U de Mann Whitney per a relacionar les variables quantitatives amb les categòriques dicotòmiques i la prova H de Kruskal Wallis per a analitzar la relació entre una variable quantitativa i una qualitativa amb més de dos grups. Finalment, també s'ha fet ús del coeficient de Correlació de Pearson per tal d'analitzar l'associació entre dues variables numèriques.

S'han considerat valors estadísticament significatius quan el p-valor ha estat $<0,05$, amb un nivell de confiança del 95%.

4.9 Aspectes ètics

L'estudi va ser prèviament revisat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Doctor Josep Trueta i es va portar a terme respectant els principis fonamentals de la declaració de Hèlsinki. Els participants foren informats sobre l'estudi en el moment de la seva participació i van signar el consentiment informat, per tal de garantir el caràcter voluntari i anònim del mateix.

També se'ls va informar que la privacitat de les dades de caràcter personal seria protegida per la legislació nacional espanyola i europea. També que es compliria en tot moment la llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, publicada al Butlletí Oficial de l'Estat núm. 294, el dia 6 de desembre de 2018.

5. RESULTATS

Han participat 54 persones d'un total de 78 professionals de la salut que configuraven la població d'estudi, per tant, s'ha obtingut un 69% de participació. A la figura 2 es mostra la distribució dels participants en funció de la seva categoria professional.

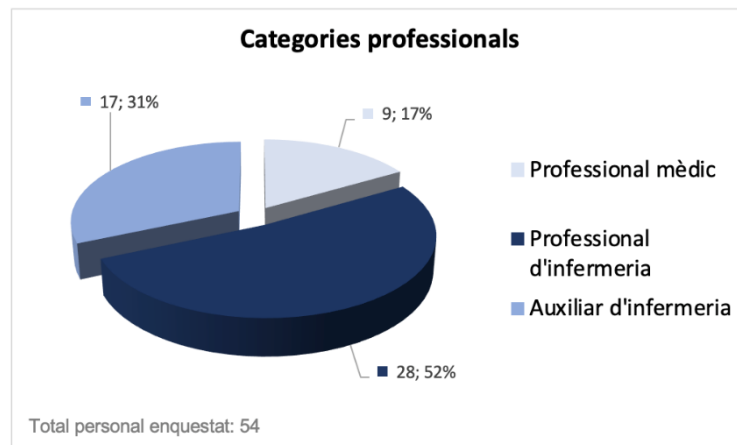


Figura 2: Distribució dels participants

El 87% (n=47) dels participants són dones. La mitjana d'edat dels enquestats va ser de 32'76 anys (DE: 11,30). Les dones presenten una mitjana d'edat inferior als homes. A la Figura 3, es mostra en un diagrama de caixa la relació entre l'edat i el sexe dels participants

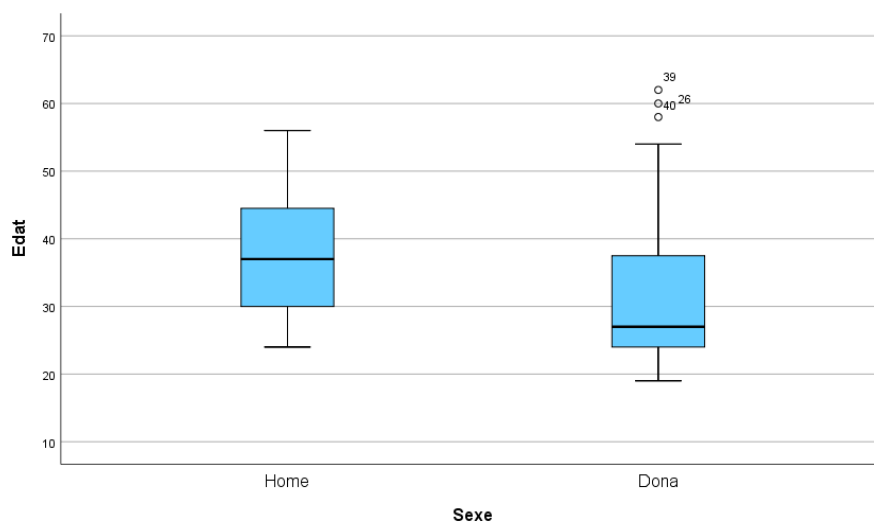


Figura 3: Distribució de l'edat segons sexe

El 79,6% dels participants han manifestat que no tenen fills (n=43), dels que en tenen el 72'72% (n=8) en tenen dos, i la resta 27,27% (n=3) en tenen un. Respecte a l'estat civil de la població estudiada (Figura 4), la majoria tenien parella estable o eren solters en igual percentatge.

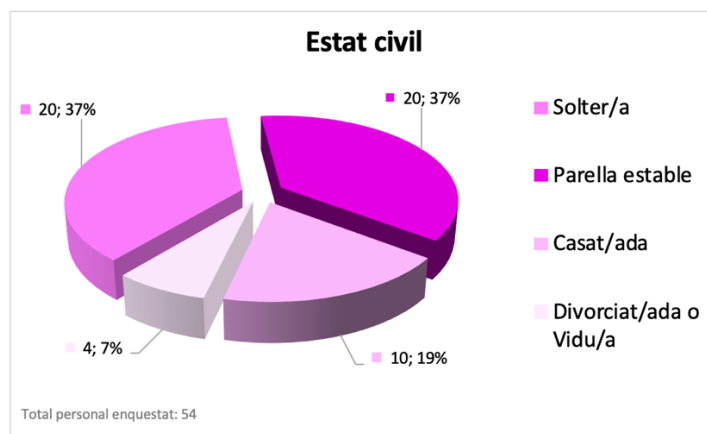


Figura 4: Distribució segons estat civil

Quan es recodifica l'edat en quatre grups, s'observa que el grup més nombrós són els professionals de menys de 31 anys (n=32), majoritàriament dones i infermeres. (Taula 5) En aquesta relació no s'observen diferències significatives. S'observa que independentment de la categoria professional, el major nombre de participants es troba en edats joves. En aquest cas tampoc s'observen diferències significatives. (Taula 5)

Taula 5: Sexe i categoria professional segons grup d'edat

Edat (anys)		De < 31 (n=32)	De 31 a 40 (n=9)	De 41 a 50 (n=7)	De 51 a ≥ 60 (n=6)	p-valor
Sexe	Homes	2 (6,25)	3 (33,3)	0	2 (33,3)	0,239
	Dones	30 (93,75)	6 (66,6)	7 (100)	4 (66,6)	
Categoria professional	Metges i residents	7 (21,87)	0	1 (14,28)	1 (16,6)	0,132
	Infermeres	13 (40,62)	8 (88,8)	3 (42,85)	4 (66,6)	
	Auxiliars d'infermeria	12 (37,5)	1 (11,1)	3 (42,85)	1 (16,6)	

*Les variables categòriques es mostren amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes.

D'altra banda, la taula 6 exposa les característiques laborals segons la categoria professional dels participants. Pel que fa a l'antiguitat a la professió, la majoria dels participants independentment de la categoria professional fa un màxim de 5 anys que treballen a la seva professió i també un màxim de 5 anys treballats al servei d'oncologia. Com es pot veure, no es mostra relació significativa pel que fa a les dades laborals presentades en funció de la categoria professional.

Taula 6: Característiques laborals segons categoria professional

Categoria professional		Metges i Residents (n=9, 17%)	Infermeres (n=28, 52%)	Auxiliars d'infermeria (n=17, 31%)	p-valor
Antiguitat a la professió (anys)	De 0 a 5 (n=31, 57,4%)	7 (77,7)	12 (42,85)	12 (70,58)	0,350
	De 6 a 10 (n= 7, 13%)	0	5 (17,85)	2 (11,76)	
	+ de 10 (n=16, 29,6%)	2 (22,2)	11 (39,28)	3 (17,64)	
Temps treballat al servei (anys)	De 0 a 5 (n=37, 68,5%)	8 (88,8)	17 (60,71)	12 (70,58)	0,618
	De 6 a 10 (n=9, 16,7%)	0	6 (21,42)	3 (17,64)	
	+ de 10 (n=8, 14,8%)	1 (11,1)	5 (17,85)	2 (11,76)	
Formació especialitzada en oncologia	Si (n=43, 79,6%)	9 (100)	22 (78,57)	12 (70,58)	0,204
	No (n=11, 20,4%)	0	6 (21,42)	5 (29,41)	

*Les variables categòriques es mostren amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes.

Dels que presenten formació especialitzada en l'àmbit oncològic, un 60,46% (n=26) han obtingut cursos de formació continuada, un 30,23% (n=13) un postgrau i un 11,62% (n=5) un màster. Cal tenir en compte, però que tot i tenir valors d'especialitat baixos, del col·lectiu mèdic un 33,33% (n=3) són especialistes mentre que la resta es troba en període de residència. Un 11,11% (n=1) es troba en el segon any del període seguit d'un 33,33% (n=3), d'un 11,11% (n=1) i d'un 11,11% (n=1) en el tercer, quart i darrer any respectivament.

Seguidament s'exposen les puntuacions i els nivells presentats de cada dimensió de la síndrome de burnout a la població estudiada.

A la dimensió EE es va obtenir una mitjana de 16'52 punts (DE 9,35), una puntuació mínima de 2 i màxima de 40. Un 20'4% (n=11) dels participants va ser classificat en nivell alt a la dimensió, mentre que un 29'6% i un 50% en nivells mitjans i baixos respectivament.

En el cas de la dimensió de DP, la mitjana va ser de 5'17 (DE 4'43), una puntuació mínima de 0 i màxima de 19. Un 16'7% (n=9) es van englobar en nivells alts, un 33'3% amb nivells mitjos i un 50% amb nivells baixos.

La puntuació mitjana de la dimensió RP va ser de 36,41 (DE 6,57). La puntuació mínima va ser de 23 i la màxima de 48. Un 24'1% va presentar un nivell baix de realització personal, mentre que un 33'3% va puntuar a nivells mitjans i un 42'6% (n=23) nivells alts.

Segons el model de desgast professional de Maslach, es va observar una **prevalença de burnout del 3'70% (n=2)** respecte al total de la població estudiada. És a dir, van presentar nivells alts d'esgotament emocional i de despersonalització i un nivell baix de realització personal. El perfil dels professionals en qüestió va ser del grup de menys de 31 anys, dones una de les quals soltera i l'altra amb parella estable i sense fills. Una d'elles va resultar ser del col·lectiu mèdic mentre que l'altra d'infermeria. Ambdues presentaven una antiguitat a la professió i un temps treballat al servei de menys de 5 anys i presentaven formació vers el camp de l'oncologia.

En resposta al **primer objectiu específic** d'aquest estudi d'analitzar les puntuacions i els nivells obtinguts pel que fa a les variables sociodemogràfiques, se'n presenten els resultats:

A la taula 7 es presenten les puntuacions mitjanes obtingudes a cada dimensió en relació a l'**edat**. Com es pot veure, no hi ha diferències significatives entre dimensions i edat.

Taula 7: Dimensions de burnout segons edat

SEGONS EDAT	N	Puntuació mitjana	Coefficient de correlació Pearson	p-valor
EE	54	16,52 (9,35)	-0,088	0,526
DP	54	5,17 (4,43)	0,043	0,759
RP	54	36,41 (6,57)	-0,080	0,568

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Tal i com s'observa a la taula 8 hi ha un increment del nivell presentat a les tres dimensions a mida que l'edat disminueix. Tot i així, tampoc s'observen diferències significatives entre les puntuacions obtingudes en les dimensions en funció de l'edat, ja que el p-valor és superior a 0'05.

Taula 8: Nivells de burnout segons edat

		Edat Mitjana	H de Kruskal-Wallis	p-valor
EE	Nivell alt	30,91 (8,33)	0,611	0,737
	Nivell mig	31,38 (10,71)		
	Nivell baix	34,33 (12,74)		
DP	Nivell alt	28,0 (2,34)	0,274	0,872
	Nivell mig	33,0 (11,99)		
	Nivell baix	34,19 (12,44)		
RP	Nivell alt	31,65 (11,73)	1,171	0,557
	Nivell mig	34,67 (12,17)		
	Nivell baix	32,08 (9,70)		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

A la taula 9 es mostra la relació de les puntuacions amb l'edat recodificada per grups d'edat. Tal com es pot observar, els professionals de 41 a 50 anys són els que han obtingut la puntuació mitjana més elevada per EE i DP, mentre que el grup d'edat de 31 a 50 anys han marcat puntuacions més baixes en quant a RP. Tot i així, els resultats mostrats no resulten estadísticament significatius per cap dimensió.

Taula 9: Dimensions de burnout segons grup d'edat

SEGONS GRUP D'EDAT		N	Puntuació mitjana	Puntuació màx. – mín.	H de Kruskal-Wallis	p-valor
EE	De ≤ 20 a 30	33	16,88 (8,96)	2 – 36	4,059	0,255
	De 31 a 40	8	15,25 (9,58)	4 - 33		
	De 41 a 50	6	22,17 (12,65)	4 - 40		
	De 51 a ≥ 60	7	11,43 (6,24)	4 - 21		
DP	De ≤ 20 a 30	33	5,70 (4,83)	0 – 19	2,848	0,416
	De 31 a 40	8	4,25 (4,20)	0 - 12		
	De 41 a 50	6	5,83 (3,18)	2 - 9		
	De 51 a ≥ 60	7	3,14 (3,48)	0 - 9		
RP	De ≤ 20 a 30	33	37,48 (6,71)	23 – 48	6,491	0,090
	De 31 a 40	8	31,13 (6,53)	23 – 44		
	De 41 a 50	6	36,33 (6,12)	28 – 46		
	De 51 a ≥ 60	7	37,43 (3,95)	32 – 42		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Tal com s'observa a la taula 10, el resultats també es mostren de forma no significativa en relació als grups d'edat i els nivells de burnout presentats. El grup de menys de 31 anys presenta nivells superiors a les dimensions d'EE i de DP mentre que inferiors a la de RP.

Taula 10: Nivells de burnout segons grup d'edat

SEGONS GRUP D'EDAT		Freqüència (N) i % dins el nivell				p-valor
		De < 31	De 31 a 40	De 41 a 50	De 51 a ≥ 60	
EE	Nivell alt	7 (63,6)	1 (9,1)	3 (27,3)	0	0,403
	Nivell mig	11 (68,8)	2 (12,5)	1 (9,1)	2 (12,5)	
	Nivell baix	7 (25,9)	9 (33,3)	8 (29,6)	3 (11,1)	
DP	Nivell alt	8 (88,9)	1 (11,1)	0	0	0,497
	Nivell mig	11 (61,1)	2 (11,1)	3 (16,17)	2 (11,1)	
	Nivell baix	14 (51,9)	5 (18,5)	3 (11,1)	5 (18,5)	
RP	Nivell alt	17 (73,9)	1 (4,3)	2 (8,7)	3 (13)	0,163
	Nivell mig	10 (55,6)	2 (11,1)	3 (16,7)	3 (16,7)	
	Nivell baix	6 (46,2)	5 (38,5)	1 (7,7)	1 (7,7)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per files.

També s'ha analitzat la puntuació de cada dimensió del burnout segons el **sexe**. A la taula 11 es pot veure com les dones presenten puntuacions superiors d'EE i de DP, mentre que els homes obtenen puntuacions inferiors a la dimensió de RP. Tot i així els resultats es mostren sense diferències estadísticament significatives en funció del sexe.

Taula 11: Dimensions de burnout segons sexe

SEGONS EL SEXE	Puntuació mitjana		U de Mann - Whitney	p-valor
	Homes	Dones		
EE	14,29 (7,93)	16,85 (9,57)	140	0,527
DP	5 (3,87)	5,19 (4,54)	163	0,969
RP	33,57 (7,41)	36,83 (6,42)	126,5	0,327

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Pel que fa als nivells presentats segons el sexe, la taula 12 en mostra els resultats. Les dones tendeixen a tenir nivells més alts a les dimensions d'EE i de DP, mentre que els homes els presenten inferiors en quant a RP en comparació a les dones. Però amb els resultats mostrats no s'aprecien diferències significatives entre el sexe dels participants i els nivells de desgast presentats.

Taula 12: Nivells de burnout segons sexe

		Freqüència (N) i % dins el sexe		p-valor
		Homes (n=7)	Dones (n=47)	
EE	Nivell alt	1 (9,1)	10 (21,3)	0,467
	Nivell mig	1 (14,3)	15 (31,9)	
	Nivell baix	5 (71,4)	22 (46,8)	
DP	Nivell alt	1 (14,3)	8 (17)	0,849
	Nivell mig	3 (42,9)	15 (31,9)	
	Nivell baix	3 (42,9)	24 (51,1)	
RP	Nivell alt	2 (28,6)	21(44,7)	0,448
	Nivell mig	2 (28,6)	16 (43)	
	Nivell baix	3 (42,9)	10 (21,3)	

*Els resultats es mostren amb freqüències absolutes i entre parèntesi el percentatge. Els percentatges es mostren per columnes.

Segons l'estat civil, la taula 13 mostra que la mitjana de les puntuacions d'EE i de DP són més altes pels grups que no presenten parella (solters, divorciats o vidus) en comparació amb qui tenen parella o estan casats. En el cas de la RP, les puntuacions no difereixen gaire si es comptabilitzen pels dos grups esmentats anteriorment. No obstant, no s'aprecien diferències significatives entre variables.

Taula 13: Dimensions de burnout segons estat civil

SEGONS L'ESTAT CIVIL		N	Puntuació mitjana	Puntuació màx. – mín.	H de Kruskal-Wallis	p-valor
EE	Solters	20	18,10 (9,35)	2 – 36	4,129	0,248
	Parella estable	20	17,30 (8,58)	4 - 33		
	Casats	10	12,50 (7,12)	4 - 26		
	Divorciats/Vidus	4	14,75 (17,15)	4 - 40		
DP	Solter/a	20	5,95 (5,08)	0 – 19	1,473	0,688
	Parella estable	20	5,35 (4,48)	0 - 15		
	Casat/ada	10	4,30 (3,56)	1 - 9		
	Divorciats/Vidus	4	2,50 (1,29)	1 - 4		
RP	Solter/a	20	37,90 (6,08)	26 – 48	1,940	0,585
	Parella estable	20	34,75 (7,35)	23 - 45		
	Casat/ada	10	37,30 (5,41)	27 – 43		
	Divorciats/Vidus	4	35,00 (7,74)	28 – 46		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Els nivells de desgast mostrats a la taula 14 en relació a la variable, expressa que les persones que tenen parella estable o estan casades presenten nivells més baixos d'EE que el grup que està solter, divorciat o vidu. Els nivells de DP que s'observen a la taula mostren que els que tenen parella estable o estan casats presenten nivells més baixos. Tot i així, de la població que presenta nivells alts, un 55'6% forma part del col·lectiu amb parella estable. En el cas de la RP, els que han referit parella estable presenten nivells baixos amb major percentatge. No obstant, els resultats no resulten estadísticament significatius atès que el p-valor és superior a 0,05.

Taula 14: Nivells de burnout segons estat civil

SEGONS L'ESTAT CIVIL		Freqüència (N) i % dins el nivell				p-valor
		Solter/a	Parella estable	Casat/ada	Divorciat/ada o Vidu/a	
EE	Nivell alt	5 (45,5)	4 (36,4)	1 (9,1)	1 (9,1)	0,278
	Nivell mig	8 (50)	7 (43,8)	1 (6,3)	0	
	Nivell baix	7 (25,9)	9 (33,3)	8 (29,6)	3 (11,1)	
DP	Nivell alt	4 (44,4)	5 (55,6)	0	0	0,168
	Nivell mig	9 (50)	5 (27,8)	4 (22,2)	0	
	Nivell baix	7 (25,9)	10 (37)	6 (22)	4 (14,8)	
RP	Nivell alt	9 (39,1)	7 (30,4)	6 (26,1)	1 (4,3)	0,740
	Nivell mig	7 (38,9)	8 (44,4)	2 (11,1)	1 (5,6)	
	Nivell baix	4 (30,8)	5 (38,5)	2 (15,4)	2 (15,4)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per files.

En quant a la presència de **fills**, a la taula 15, es mostren els resultats de la relació entre tenir fills i les tres dimensions. Es pot observar que els que no tenen fills presenten una puntuació més elevada a EE i DP mentre que més baixa en quant a RP. S'identifica un p-valor significatiu en quant a la relació entre l'EE i la presència de fills ($p=0'01$), és a dir, hi ha relació significativa a mantenir nivells més baixos d'EE amb presència de fills. Per la resta de dimensions els resultats no resulten estadísticament significatius.

Taula 15: Dimensions de burnout segons fills

SEGONS PRESENCIA DE FILLS	Puntuació mitjana		U de Mann-Whitney	p-valor
	Cap (n=43)	1 o més (n=11)		
EE	18,05 (9,32)	10,55 (7,04)	118	0,01
DP	5,23 (4,49)	4,91 (4,39)	214,5	0,92
RP	36,21(6,40)	37,18 (7,49)	232	0,63

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Quan s'estudia la presència de fills amb els nivells de les dimensions d'esgotament emocional, despersonalització i realització personal, s'observen valors més baixos en els participants que tenen un o més fills. No s'obtenen resultats estadísticament significatius entre les dues variables. (Taula 16)

Taula 16: Nivells de burnout segons fills

SEGONS PRESENCIA DE FILLS		Freqüència (N) i % pel que fa als fills		p- valor
		Cap	1 o més	
EE	Nivell alt	10 (23,3)	1 (9,1)	0,060
	Nivell mig	15 (34,9)	1 (9,1)	
	Nivell baix	9 (41,9)	18 (81,8)	
DP	Nivell alt	7 (16,3)	2 (18,2)	0,476
	Nivell mig	16 (37,2)	2 (18,2)	
	Nivell baix	20 (46,5)	7 (63,6)	
RP	Nivell alt	17 (39,5)	6 (54,5)	0,479
	Nivell mig	16 (88,9)	2 (11,1)	
	Nivell baix	10 (23,3)	3 (27,3)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes segons el nivell de la dimensió presentat.

Respecte al **segon objectiu específic** del present estudi de relacionar les puntuacions i els nivells pel que fa a les variables laborals, a continuació se'n mostren els resultats:

Tenint en compte **l'antiguitat a la professió**, el grup d'edat de 6 a 10 anys d'antiguitat a la professió presenten les mitjanes de puntuació més elevades pel que fa a la dimensió d'EE i la DP. Els qui presenten la puntuació més baixa d'EE i de DP són els que pertanyen al grup d'antiguitat a la professió més gran. En el cas de la RP, el grup de 6 a 10 anys i el grup de fins a un anys han obtingut les puntuacions mitjanes més baixes, tal com s'observa no difereixen massa les puntuacions entre grups. Els resultats no es mostren estadísticament significatius ja que p-valor és superior a 0'05. (Taula 17)

Taula 17: Dimensions de burnout segons antiguitat de professió

SEGONS ANTIGUITAT A LA PROFESSIÓ (anys)		N	Puntuació mitjana	Puntuació màx. – mín.	H de Kruskal-Wallis	p-valor
EE	0-1	8	17,13 (7,60)	4 – 27	1,036	0,793
	2-5	23	16,78 (9,87)	2 – 36		
	6-10	7	17,29 (7,43)	7 – 26		
	+10	16	15,50 (10,74)	4 – 40		
DP	0-1	8	6,13 (6,17)	0 – 19	3,336	0,343
	2-5	23	5,39 (4,39)	0 – 15		
	6-10	7	6,71 (4,30)	2 – 12		
	+10	16	3,69 (3,43)	0 – 9		
RP	0-1	8	33,88 (7,66)	23 – 42	6,458	0,091
	2-5	23	39,00 (6,45)	23 – 48		
	6-10	7	33,71 (5,99)	23 – 41		
	+10	16	35,13 (5,57)	25 – 44		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

A la taula 18 es mostra desglossat el nivell presentat a cada dimensió del burnout en relació a la franja d'anys d'antiguitat a la professió. Es pot observar que el grup de professionals amb més anys d'antiguitat a la professió tendeix a nivells baixos d'EE i de DP. El grup que presenta nivells més elevats d'EE és el de 0-1

any d'antiguitat a la professió seguits dels de 2 a 5 i de 6 a 10. En el cas de la DP, el grup de 6 a 10 anys presenten el percentatge de nivell alt més elevat. I pel que fa a la RP, els que presenten el nivell baix amb més percentatge és el grup de menys d'un any, seguit dels de més de 10 anys d'antiguitat. Els resultats no són estadísticament significatius atès que p-valor és superior a 0,05.

Taula 18: Nivells de burnout segons antiguitat de professió

SEGONS ANTIGUITAT A LA PROFESSIÓ (anys)		Freqüència (N) i % dins l'antiguitat				p-valor
		0 - 1	2 - 5	6 - 10	+ 10	
EE	Nivell alt	2 (25)	5 (21,7)	1 (14,3)	3 (18,8)	0,888
	Nivell mig	3 (37,5)	7 (30,4)	3 (42,9)	3 (18,8)	
	Nivell baix	3 (37,5)	11 (47,8)	3 (42,9)	10 (62,5)	
DP	Nivell alt	2 (25)	5 (21,7)	2 (28,6)	0	0,240
	Nivell mig	4 (50)	6 (26,1)	3 (42,9)	5 (31,3)	
	Nivell baix	2 (25)	12 (52,2)	2 (28,6)	11 (68,8)	
RP	Nivell alt	4 (50)	12 (52,2)	2 (28,6)	5 (31,3)	0,149
	Nivell mig	0	9 (39,1)	3 (42,9)	6 (37,5)	
	Nivell baix	4 (50)	2 (8,7)	2 (28,6)	5 (31,3)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes segons el nivell de la dimensió presentat.

A la taula 19 es descriuen les puntuacions de cada dimensió segons el **temps treballat** a la unitat d'hospitalització oncològica en anys. La majoria de la població ha treballat entre 0 i 5 anys a la unitat. Tot i així, independentment del grup pertanyent, les puntuacions es mantenen molt semblants amb una diferència de 2 punts i 1 punt per a l'EE i el DP respectivament. Pel que fa a la RP, les mitjanes de puntuació menys elevades pertanyen al col·lectiu de més de 10 anys treballats al servei seguit dels de 2 a 5 anys. Tot i així, els resultats mostrats no resulten estadísticament significatius.

Taula 19: Dimensions de burnout segons temps treballat

SEGONS ANYS AL SERVEI		N	Mitjana	Puntuació màx. – mín.	H de Kruskal- Wallis	p-valor
EE	0-1	20	16,10 (9)	4 – 30	0,590	0,899
	2-5	17	17,47 (9,88)	2 – 36		
	6-10	9	16,67 (8,44)	8 – 33		
	+10	8	15,38 (11,53)	4 – 40		
DP	0-1	20	5,65 (4,67)	0 – 19	0,957	0,812
	2-5	17	5,59 (4,86)	0 – 15		
	6-10	9	4,22 (4,02)	0 – 12		
	+10	8	4,13 (3,68)	0 – 9		
RP	0-1	20	35,55 (7,06)	23 – 48	7,032	0,071
	2-5	17	38,94 (6,49)	23 – 46		
	6-10	9	33,00 (5,72)	23 – 44		
	+10	8	37,00 (5,01)	28 – 42		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

A la taula 20 mostrada a continuació, s'observen els resultats desglossats per nivells segons dimensió en relació al temps treballat al servei. Pel que fa a la dimensió EE el grup de 0 a 1 any treballat a la unitat presenta amb un 25% nivell alt. El grup que presenta nivells més baixos és el de més de 10 anys seguit del de 6 a 10 anys amb percentatges dins la franja de temps treballat a la unitat de 62'5% i 55'6% respectivament. En el cas de la DP, els qui presenten el percentatge més elevat són el del grup de 2 a 5 anys amb diferència. Tot i així, més de la meitat de la població pertanyents als grups de 2 a 5 anys, de 6 a 10 anys i de més de 10 anys presenten nivells baixos. Pel que fa a la RP, el 50% dels que fa més de 10 anys que hi treballen presenten nivells elevats, mentre que els qui presenten el percentatge més elevat de baixa percepció de realització personal és el grup de 0 a 1 any amb un 35% dins el grup que el conforma. Tot i així, no s'han obtingut resultats significatius atès que el p-valor és major a 0'05.

Taula 20: Nivells de burnout segons temps al servei

SEGONS ANYS AL SERVEI		Freqüència (N) i % dins l'antiguitat				p-valor
		0 - 1	2 - 5	6 - 10	+ 10	
EE	Nivell alt	5 (25)	3 (17,6)	2 (22,2)	1 (12,5)	0,897
	Nivell mig	5 (25)	7 (41,2)	2 (22,2)	2 (25,0)	
	Nivell baix	10 (50)	7 (41,2)	5 (55,6)	5 (62,5)	
DP	Nivell alt	3 (15)	5 (29,4)	1 (11,1)	0	0,419
	Nivell mig	9 (45)	3 (17,6)	3 (33,3)	3 (37,5)	
	Nivell baix	9 (40)	9 (52,9)	5 (55,6)	5 (62,5)	
RP	Nivell alt	8 (40)	10 (58,8)	1 (11,1)	4 (50)	0,172
	Nivell mig	5 (25)	5 (29,4)	6 (66,7)	2 (25)	
	Nivell baix	7 (35)	2 (11,8)	2 (22,2)	2 (25)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes segons el nivell de la dimensió presentat.

Com es pot veure a la taula 21, es descriuen les puntuacions mitjanes de les dimensions segons haver rebut **formació** específica en àmbit oncològic. Els qui presenten formació presenten una mitjana de puntuació més elevada per a les dimensions de EE i de DP mentre que inferior a RP. Els resultats obtinguts no són estadísticament significatius atès que el p-valor és superior a 0,05.

Taula 21: Dimensions de burnout segons formació

FORMACIÓ EN ÀMBIT ONCOLÒGIC		N	Puntuació mitjana	Puntuació màx. – mín.	H de Mann- Whitney	p-valor
EE	Si	43	16,58 (9,65)	4 – 30	223	0,772
	No	11	16,27 (8,48)	2 – 36		
DP	Si	43	5,35 (4,63)	0 – 19	223	0,779
	No	11	4,45 (3,61)	0 – 15		
RP	Si	43	35,70 (6,71)	23 – 48	163	0,114
	No	11	39,18 (5,40)	23 – 46		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Pel que fa als nivells d'EE en relació a l'obtenció de formació en àmbit oncològic, els resultats no varien gaire entre els dos grups si es contemplen els percentatges del nivell mig i baix conjuntament. Els nivells de DP són més elevats als qui presenten formació oncològica i, en el cas de la RP, els qui posseeixen formació tenen el percentatge de nivell baix més elevat. Tot i així, els resultats estadístics no són significatius per a les dimensions EE i DP, atès que el p-valor és superior a 0'05. En el cas de la RP, el p-valor és de 0,013 i, per tant, hi ha relació estadísticament significativa en relació a la variable, és a dir, presentar o no formació especialitzada a l'àmbit oncològic es relaciona amb el nivell de RP que presenta el professional de la salut. (Taula 22)

Taula 22: Nivells de burnout segons formació

FORMACIÓ EN ÀMBIT ONCOLÒGIC		Freqüència (N) i % en relació a la formació		p-valor
		Si	No	
EE	Nivell alt	9 (20,9)	2 (18,2)	0,113
	Nivell mig	10 (23,3)	6 (54,5)	
	Nivell baix	24 (55,8)	3 (27,3)	
DP	Nivell alt	8 (18,6)	1 (9,1)	0,565
	Nivell mig	13 (30,2)	5 (45,5)	
	Nivell baix	22 (51,2)	5 (45,5)	
RP	Nivell alt	14 (32,6)	9 (81,8)	0,013
	Nivell mig	17 (39,5)	1 (9,1)	
	Nivell baix	12 (27,9)	1 (9,1)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes segons el nivell de la dimensió presentat.

Finalment, pel que fa al **tercer objectiu específic** d'identificar les diferències entre les puntuacions i els nivells de burnout presentats segons les categories professionals, els resultats obtinguts es mostren a continuació.

A la taula 23 es pot veure que les puntuacions mitjanes més altes a les dimensions d'EE i de DP han estat marcades pels professionals mèdics seguit del col·lectiu infermer i d'auxiliars d'infermeria respectivament. A la RP, la mitjana més baixa l'ha puntuat infermeria. Tot i així, es mostren resultats estadísticament significatius només en el cas de la dimensió d'EE en relació a la variable, és a dir, pertànyer a una categoria professional o a una altra està relacionat en obtenir major o menor puntuació a dimensió d'EE.

Taula 23: Dimensions del burnout segons categories professionals

	Categories professionals	Puntuació mitjana	Puntuació mín. i màx.	H de Kruskal-Wallis	p-valor
EE	Metges i residents	19,11 (7,11)	10 - 30	8,284	0,016
	Infermeres	18,86 (9,64)	4 - 40		
	Auxiliars d'infermeria	11,29 (8,08)	2 - 29		
DP	Metges i residents	7,67 (5,97)	0 - 10	4,063	0,131
	Infermeres	5,36 (4,08)	0 - 15		
	Auxiliars d'infermeria	3,53 (3,55)	0 - 11		
RP	Metges i residents	37,89 (5,25)	30 - 45	2,050	0,359
	Infermeres	35,14 (6,68)	23 - 48		
	Auxiliars d'infermeria	37,71 (6,93)	23 - 48		

*La DE s'expressa al costat de la mitjana entre parèntesi

Si es contemplen els resultats per nivells com a la taula 24 mostra, es pot veure com els professionals mèdics i infermeres presenten els percentatges més elevats d'EE, mentre que el grup d'auxiliars d'infermeria presenten el percentatge més baix a la dimensió respecte els altres dos col·lectius. El conjunt de metges i residents van presentar nivells elevats de DP. Pel que fa a la RP el grup d'infermeria va obtenir el percentatge més elevat en quan a nivell baix.. Els resultats no són estadísticament significatius en cap dimensió en relació a la categoria professional i els nivells de burnout presentats.

Taula 24: Nivells de burnout segons categoria professional

SEGONS CATEGORIA PROFESSIONAL		Freqüència (N) i % segons categoria professional			p- valor
		Metges i residents	Infermeres	Auxiliars d'infermeria	
EE	Nivell alt	3 (33,3)	6 (21,4)	2 (11,8)	0,105
	Nivell mig	3 (33,3)	11 (39,3)	2 (11,8)	
	Nivell baix	3 (33,3)	11 (39,3)	13 (76,5)	
DP	Nivell alt	4 (44,4)	4 (14,3)	1 (5,9)	0,113
	Nivell mig	2 (22,2)	11 (39,9)	5 (29,4)	
	Nivell baix	3 (33,3)	13 (46,4)	11 (64,7)	
RP	Nivell alt	3 (33,3)	10 (35,7)	10 (58,8)	0,282
	Nivell mig	5 (55,6)	9 (32,1)	4 (23,5)	
	Nivell baix	1 (11,1)	9 (32,1)	3 (17,6)	

*Les variables categòriques s'expressen amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesi. Els percentatges es mostren per columnes segons el nivell de la dimensió presentat.

6. DISCUSSIÓ

En aquest estudi es pretenia conèixer la prevalença de la síndrome de desgast professional a la unitat oncològica de l'ICO Girona, analitzar la relació de les puntuacions i els nivells segons variables sociodemogràfiques i laborals. També identificar les diferències entre nivells i puntuacions obtingudes en funció de les categories professionals.

Tal com han mostrat els resultats exposats anteriorment, la **prevalença de la síndrome de desgast professional** en els professionals de la salut de la unitat d'hospitalització oncològica de l'Institut Català d'Oncologia de Girona ha resultat ser baixa. Només dues persones han resultat presentar les tres característiques de la síndrome de burnout segons el model de Maslach i els punts de tall assumits. La descripció de les puntuacions de les tres dimensions de la síndrome de desgast professional ha permès detectar els nivells de cada dimensió i, per tant, analitzar la presència del fenomen al servei en qüestió segons els punts de tall per a la població de referència. Els percentatges obtinguts al present l'estudi en quant a nivells alts a les dimensions d'EE i de DP han estat més baixos en comparació amb els de l'estudi realitzat per Grau A, et al. (49) a diferents hospitals de comarques gironines. Els que s'identifiquen per nivells baixos de RP són similars, tot i que a l'estudi comparat s'inclouen professionals de la salut d'altres àmbits i no només de l'oncològic.

S'han realitzat múltiples estudis sobre la presència del fenomen a diferents països. Fent referència a les **característiques sociodemogràfiques** de la població estudiada, els resultats mostren una prevalença del sexe femení, una mitjana d'edat de 32,7 anys, una minoria en quant a presència de fills i una gran majoria que residien casats o amb parella estable. Aquestes característiques es mostren molt similars a les dels estudis que van dur a terme Flichtentrei D, et al (50) i Grau A, et al (49) la mostra dels quals també era de població de parla hispana i població espanyola respectivament.

En quant als resultats obtinguts en el present treball **les puntuacions i nivells de desgast de les dimensions de burnout en relació a perfil sociodemogràfic**, no han estat estadísticament significatius en funció de l'edat, el sexe i l'estat civil. A més edat, menys nivell s'ha presentat a les tres dimensions. Els estudis realitzats tant per Cañadas G, et al. (29) com per Kutluturkan S, et al. (30) i de França F, et al. (31) relacionen inversament l'edat amb els nivells presentats. En el cas del sexe, s'han identificat nivells més elevats a l'EE i la RP en relació a les dones mentre que pels nivells elevats de DP els han presentat els homes. Tenint en compte estudis previs, els resultats concorden amb els de Maslach C, et al. (6) en quant a la relació dels nivells més elevats amb els professionals més joves, mentre que referent al sexe afirma l'existència d'ambigüitat a l'associació. Els resultats també han seguit la mateixa tendència d'altres estudis duts a terme per Hernando J, et al. (32) i Bressy C, et al. (33) essent les dones qui han puntuat més alt en relació a l'EE. Flichtentrei D, et al. (50) afirmen la presència de resultats contradictoris però consideren que l'evidència aportada en el seu estudi pot ajudar a ampliar el coneixement sobre les associacions a l'àmbit cultural de parla espanyola. Pel que fa a l'estat civil, s'han detectat nivells més baixos a les tres dimensions en cas del grup que residia en matrimoni o amb parella estable. Els estudis duts a terme per de França F, et al (31) i el de Bressy C, et al. (33) relacionen les persones solteres amb mantenir nivells més elevats.

En quant a la presència de fills, els resultats mostraven relació inversa, és a dir, els professionals amb fills han presentat puntuacions mitjanes més baixes d'EE i de DP i puntuacions més elevades en quant a la RP percebuda. En el present estudi s'ha mostrat significativament a nivell estadístic que la presència de fills va acompanyada d'una puntuació més baixa per a la dimensió d'EE. Aquest fet també està recolzat pel mateix estudi de Flichtentrei D, et al (50) i la revisió bibliogràfica de Lachiner S, et al (21). Tanmateix, la revisió bibliogràfica esmentada prèviament adverteix de la no concordança entre la majoria d'estudis sobre el fenomen i les característiques sociodemogràfiques. Aquest aspecte també és recolzat per un altre estudi. (26) A més autors ja esmentats com

Cañadas G, et al. (29), Kutluturkan S, et al. (30) i Maria de França F, et al. (31) també relacionen inversament la presència de fills amb els nivells presentats.

Tenint en compte les **característiques laborals** dels participants, els resultats obtinguts varien una mica en quant a l'antiguitat a la professió i el temps treballat al servei en comparació amb els dos estudis amb mostra espanyola duts a terme per Flichtentrei D, et al (50) i Grau A, et al (49). Això és degut a que la majoria de persones enquestades al present treball són força novells en el camp en comparació amb els altres estudis anomenats. Tot i així, tots tres inclouen diferents categories professionals de caràcter assistencial essent un col·lectiu format majoritàriament per personal mèdic, d'infermeria i auxiliars d'infermeria.

La relació de les **puntuacions i els nivells analitzats en funció de les característiques laborals** tampoc ha estat estadísticament significativa si es tenen en compte els anys d'antiguitat a la professió i el temps treballat al servei. Tot i així, els resultats s'han mostrat com els de l'estudi de Flichtentrei D, et al (50) on a més anys d'experiència a la professió i més temps treballat al servei s'obtenen nivells més baixos d'EE i de DP. S'ha detectat que el grup menys experimentat a la professió i el més veterà han marcat puntuacions mitjanes més elevades en quant a RP i, també és el cas del temps treballat al servei. Aquesta tendència podria ser marcada per la maduresa i l'experiència acompanyada d'expertesa a la professió en el cas del grup de veterans, mentre que pel grup menys experimentat podria ser fruit de la il·lusió i la preparació per a enfrontar el món laboral. De totes maneres, pel que fa als nivells presentats, el col·lectiu amb més trajecte professional i els que presenten menys temps treballat al servei han obtingut els nivells més baixos de RP. L'estudi descriptiu de de França F, et al. (31) també va detectar que els professionals menys experimentats van presentar nivells més baixos de RP.

Cal esmentar que aquells professionals de la salut que han obtingut formació especialitzada en el camp de l'oncologia han puntuat més elevades les dimensions d'EE i de DP, mentre que més baixa la RP. L'estudi dut a terme per Maslach C, et al (6) contempla que els que tenen un nivell educacional superior presenten més desgast que els empleats menys qualificats. Comenten que

possiblement és degut a que els professionals més qualificats tenen majors expectatives a la feina i se senten més angoixades si aquestes no es compleixen. Tot i així, es mostra significativament que els professionals de la salut més formats són els qui han obtingut nivells de RP més baixos. També s'han detectat nivells més alts de DP però inferiors en quant a EE en aquest grup.

En relació al tercer objectiu específic s'ha mostrat significativament la relació entre les puntuacions obtingudes a la dimensió d'EE i les diferents **categories professionals**. Les puntuacions de la dimensió d'EE han estat més elevades al col·lectiu mèdic seguit d'infermeria i auxiliars d'infermeria; també a la dimensió de DP tot i no resultar estadísticament significatiu, coincidint amb altres estudis (49,50). Tal i com exposen Turnell A, et al (34) podria ser degut a la comunicació de notícies dolentes i supervisió de teràpies complexes on hi ha una capacitat limitada de prolongar la vida o millorar la qualitat de vida de les persones. Les puntuacions més baixes de RP han estat determinades pel grup d'infermeria, tot i que els resultats no es mostren estadísticament significatius. No és el cas d'altres estudis esmentats anteriorment on la RP més baixa es va identificar al col·lectiu mèdic. (50) Els autors Kathryn M, et al (20) van realitzar un estudi sobre la síndrome a l'àmbit oncològic i asseguren que els dilemes ètics generen una càrrega important en els professionals de la salut i solen anar acompanyats d'un alt sentit de la realització.

Tenint en compte els nivells presentats segons les categories professionals participants, els qui han presentat nivells més alts d'EE i de DP ha estat el col·lectiu mèdic, seguit d'infermeria. Aquest fet també es reflexa a l'estudi dut a terme per Grau A, et al. (49) a diferents hospitals de varies comarques gironines. Els resultats del present estudi també concorda amb els de l'estudi esmentat anteriorment en quant al col·lectiu mèdic com als qui van presentar nivells de DP més elevats. En el cas de la dimensió RP, el grup de professionals d'auxiliars d'infermeria han obtingut els nivells més elevats. Seguint la mateixa tendència que l'estudi de Grau A, et al. (49), els qui van obtenir els nivells més baixos de RP, va ser el personal mèdic seguit d'infermeria.

6.1 Limitacions

Durant l'elaboració del treball present hi ha hagut diverses limitacions. Una d'elles és les variables estudiades. La síndrome de desgast professional, com bé s'ha explicat en apartats anteriors, és causada per diferents factors i, per tant, es tracta d'un procés multifactorial. Hi intervenen factors ambientals i organitzatius així com les relacions interpersonals a nivell laboral i les característiques pròpies de la persona. Així doncs, no s'ha pogut controlar la totalitat de les variables influents a la síndrome de desgast professional a la població estudiada.

Una altra limitació és el fet d'haver perdut participants degut a trobar-se en període de vacances o estar de baixa en el moment de la recollida de dades. També el possible biaix de desitjabilitat social que pot haver sorgit a l'hora de respondre els qüestionaris, puntuant els ítems.

A més, una altra limitació és derivada del disseny transversal de l'estudi. Aquest fet no permet que es puguin establir relacions de causalitat. L'anonimat de les enquestes no permet realitzar un seguiment de les dades obtingudes en un futur. També cal tenir present l'avaluació acotada del fenomen a la unitat d'hospitalització oncològica exclouent altres serveis oncològics degut al temps disposat per a la realització del treball. Per últim, degut als baixos resultats de la síndrome obtinguts, no s'ha pogut fer un estudi estadístic multivariant del fenomen.

6.2 Futures línies d'investigació / Propostes de recerca

En referència a futures línies d'investigació, es podrien estudiar altres aspectes de seguir enfortint l'ambient de treball i la promoció de la salut des d'un punt de vista més salutogènic, ja que s'ha trobat una prevalença mínima de la síndrome però es podrien descobrir nous aspectes influents a la salut laboral i, així portar a terme altres intervencions per a millorar l'entorn laboral dels professionals que treballen a la institució.

7. CONCLUSIONS

Les conclusions del treball són:

- La prevalença de la síndrome de desgast professional al servei d'hospitalització oncològica de l'ICO de Girona ha resultat ser mínima
- Ser dona s'associa a nivells més elevats d'EE i RP i ser home amb nivells alts de DP. A més edat, ser solter, estar divorciat/vidu o no tenir fills es relaciona amb nivells més elevats d'EE i de DP mentre que més baixos de RP.
- A major experiència i major temps treballat al servei es presenten nivells més baixos d'EE, de DP i de RP. Ser novell en el camp de l'oncologia també es relaciona amb nivells més baixos de RP. Com més formació, més alts són els nivells d'EE i de DP i baixos de RP.
- Pertànyer al col·lectiu mèdic es relaciona amb nivells més elevats d'EE i de DP, seguit d'infermeria i el grup d'auxiliars d'infermeria. Les puntuacions més baixes de RP es relacionen amb infermeria.
- No s'observen associacions estadísticament significatives de les puntuacions i dels nivells de les dimensions de burnout en relació a les variables sociodemogràfiques i laborals, excepte per les categories professionals i la presència de fills en relació a EE i per la possessió de formació a l'àmbit oncològic en relació RP.
- Calen més estudis pel que fa a la cerca de factors i causes de l'ambient de treball positiu i de la promoció de la salut des del punt de vista salutogènic.

8. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Soporte [Internet]. Ginebra; 2010 [cited 2019 Mar 8]. 137 p. Available from: https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
2. Stavroula M, Aditya J. Health impact of psychosocial hazards at work: an overview [Internet]. World Health Organization. Nottingham; 2010 [cited 2019 Mar 8]. 90 p. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44428/9789241500272_eng.pdf;jsessionid=303C0A3C08C345C2ADD961D3BFFA730B?sequence=1
3. Hurtado D, Pereira F. El síndrome de desgaste profesional (Burnout Syndrome): manifestación de la ruptura de reciprocidad laboral. Rev Salud Bosque [Internet]. 2016;2(2):29. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/237396662_El_sindrome_de_d esgaste_profesional_Burnout_Syndrome_manifestacion_de_la_ruptura_d e_reciprocidad_laboral](https://www.researchgate.net/publication/237396662_El_sindrome_de_d_esgaste_profesional_Burnout_Syndrome_manifestacion_de_la_ruptura_d_e_reciprocidad_laboral)
4. Montero J. The burnout syndrome and its various clinical manifestations: a proposal for intervention [Internet]. Vol. 29, Anestesia Analgesia Reanimación. Zaragoza; 2016 [cited 2019 Mar 9]. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/aar/v29n1/v29n1a04.pdf>
5. Hildebrando A. Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2010 [cited 2019 Mar 10]. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/240/1/valenzuela_ah.pdf
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout [Internet]. Vol. 52. Berkeley; 2001 [cited 2019 Mar 8]. p. 397–422. Available from: www.annualreviews.org
7. Suñer R, Suñer-Soler S, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. Elsevier [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 9];1:82–9. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.07.004>

8. Moreno-Jiménez B, Luis González J, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), [Internet]. Madrid: Pirámide. 2001 [cited 2019 Mar 10]. p. 59–83. Available from: https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste_profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf
9. Iniesta C, Casas C, Artazcoz L, Borrell C. Pla de salut comunitària i promoció de la salut de Barcelona [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya; 2012 [cited 2019 Mar 23]. p. 38. Available from: https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2016/07/pla_salut_comunitaria_2012.pdf
10. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés [Internet]. Nottingham; 2004 [cited 2019 Apr 8]. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
11. Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Determinants de salut. [Internet]. Salut pública.gencat.cat. 2016 [cited 2019 Mar 23]. p. 4. Available from: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/determinants_de_salut/
12. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020 [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2019 Mar 23]. Available from: www.salutweb.gencat.cat/url/pladesalut
13. Hlubocky FJ, Back AL, Shanafelt TD. Addressing Burnout in Oncology: Why Cancer Care Clinicians Are At Risk, What Individuals Can Do, and How Organizations Can Respond [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 21]. Available from: https://media4.asco.org/176/edbook/pdfs/EDBK_156120.pdf
14. Allegra CJ, Hall R, Yothers G. Prevalence of Burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 Survey [Internet]. Journal of Oncology Practice. Pittsburgh; 2003 [cited 2019 Apr 10]. Available from: www.jopasco.org
15. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. Eur J

- Cancer [Internet]. 2010 Oct 1 [cited 2019 Apr 10];46(15):2708–15. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804910003862>
16. Stafford L, Judd F. Mental health and occupational wellbeing of Australian gynaecologic oncologists. Gynecol Oncol [Internet]. 2010 Mar 1 [cited 2019 Apr 10];116(3):526–32. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009082580900907X>
 17. Sánchez Alonso P, Sierra Ortega VM. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería [Internet]. Vol. 13, Enfermería Global. Murcia: Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2014 [cited 2019 Apr 9]. 252–266 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100012
 18. Gil-monte PR. Como evaluar y prevenir el “síndrome de quemarse por el trabajo” [Internet]. Vol. 34. Valencia; 2007 [cited 2019 Apr 9]. p. 44–7. Available from: www.riesgos-laborales.com
 19. Martínez Pérez A. El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión [Internet]. Vivat Academia. La Rioja: Vivat Academia; 2010 [cited 2019 Mar 10]. p. 40. Available from: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
 20. Kathryn M. Kash, Jimmie C. Holland, William Breitbart, Susan Berenson, James Dougherty, Suzanne Ouellette-kobasa LL. Stress and Burnout in Oncology | Cancer Network. Cancer Netw [Internet]. 2000 [cited 2019 Mar 10];14(11):15. Available from: <https://www.cancernetwork.com/articles/stress-and-burnout-oncology-1>
 21. Saborío L, Fernando L. Revisión bibliográfica síndrome de burnout. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 8];32(1):6. Available from: <http://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/253/art14v32n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 22. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2:99–113.
 23. Cañadas G, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas G, De la Fuente E. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. Int J Nurs Stud [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 11];52:240–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020717915000500>

from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>

24. De La Fuente E, Cañadas G, Ramirez L, Gómez J, Ariza T, Cañadas-De La Fuente G. An Explanatory Model of Potential Changes in Burnout Diagnosis According to Personality Factors in Oncology Nurses. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 11];16(312):9. Available from: www.mdpi.com/journal/ijerph
25. Joan TC. Síndrome de agotamiento profesional (burnout) en oncología [Internet]. Barcelona; 2018 [cited 2019 Mar 11]. Available from: https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix_tenerife018.pdf
26. Castro A, Rodríguez M, Moreno C, Vicente C, Arroyo M, Fernández M. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud. *Fisioterapia*. 2014;28(2):17–22.
27. Pérez AM. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Dialnet*. 2010;1–39.
28. UGT. El cuestionario MBI Evolución del Burnout [Internet]. Madrid; 2013 [cited 2019 Mar 10]. Available from: <http://www.ucm.es/info/vivataca/>
29. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega-Campos EM, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI, Cañadas GR. Prevalence of burnout syndrome in oncology nursing: A meta-analytic study. *Psychooncology*. 2018;27(5):1426–33.
30. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. 2016;15(1):1–9.
31. De França F, Ferrari R, Enferm AP. Burnout Syndrome and the socio-demographic aspects of nursing professionals [Internet]. Vol. 25. 2012 [cited 2019 Apr 10]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/en_15.pdf
32. Ávila JH, Gómez L, Montiel M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensam Psicológico*. 2010;(15):39–52.
33. Bressi C, Manenti S, Porcellana M, Cevalles D, Farina L, Felicioni I, et al. Haemato-oncology and burnout: an Italian survey. *Br J Cancer* [Internet]. 2008 [cited 2019 Mar 21];98:1046–52. Available from: www.bjcancer.com
34. Turnell A, Rasmussen V, Butow P, Juraskova I, Kirsten L, Wiener L, et al.

- An exploration of the prevalence and predictors of work-related well-being among psychosocial oncology professionals: An application of the job demands-resources model HHS Public Access. Palliat Support Care [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 21];14(1):33–41. Available from: <https://0-www-ncbi-nlm-nih-gov.catalog.udg.edu/pmc/articles/PMC5262520/pdf/nihms834968.pdf>
35. Back AL, Deignan PF, Potter PA, Back A. Compassion, Compassion Fatigue, and Burnout: Key Insights for Oncology Professionals [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://media4.asco.org/144/edbook/pdfs/zds0011400e454.pdf>
 36. Fay J. H, Miko R, Ronald ME. Mastering Resilience in Oncology: Learn to Thrive in the Face of Burnout. ASCO Educ B [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 21];771–81. Available from: https://media4.asco.org/199/edbook/pdfs/EDBK_173874.pdf
 37. Banerjee S, Califano R, Corral J, De Azambuja E, De Mattos-Arruda L, Guarneri V, et al. Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. Ann Oncol [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 21];28:1590–6. Available from: <https://0-www-ncbi-nlm-nih-gov.catalog.udg.edu/pmc/articles/PMC5834057/pdf/mdx196.pdf>
 38. Núñez A. Prevalencia de estrés y burnout en enfermeros del Instituto Nacional del Cáncer, Uruguay/Prevalence of stress and burnout in nurses of the National Cancer Institute, Uruguay/Prevalência de stress e burnout em enfermeiros do Instituto Nacional do Câncer, U. Rev Uruguaya Enfermería. 2015;10(2):63–74.
 39. Protesoni Vitancurt AL. El desgaste profesional en las auxiliares de enfermería oncológica, impactos que genera el cáncer. Rev Uruguaya Enferm [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 23];17. Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/215/209>
 40. Aguilar Alderete C, Huertas Ascencio L. Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. Psicol y Salud [Internet]. 2015;25(1):73–81. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1340>
 41. Eelen S, Bauwens S, Baillon C, Distelmans W, Jacobs E, Verzeelen A. The

- prevalence of burnout among oncology professionals: Oncologists are at risk of developing burnout. *Psychooncology*. 2014;23(12):1415–22.
42. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 11];10(12):9. Available from: <https://0-www-ncbi-nlm-nih-gov.catalog.udg.edu/pmc/articles/PMC6367114/pdf/cureus-0010-00000003681.pdf>
43. L'Institut. Institut Català d'Oncologia [Internet]. [cited 2019 Apr 9]. Available from: http://ico.gencat.cat/ca/l_institut/
44. Generalitat de Catalunya. Institut Català d'Oncologia [Internet]. 2018 [cited 2018 May 5]. p. 4. Available from: <http://ico.gencat.cat/ca/inici>
45. Generalitat de Catalunya. Hospitalització [Internet]. Barcelona; [cited 2019 Apr 9]. Available from: http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/ciutadans/documents/arxius/Girona_HOSPITAL_2017.pdf
46. Gil-monte PR, M^a Peiro J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol del Trab y las Organ* [Internet]. 2000 [cited 2019 Jul 10];16(2):135–49. Available from: https://www.uv.es/unipsico/pdf/Publicaciones/Articulos/01_SQT/2000_RP TO_Normas.pdf
47. Gil-Monte PR. Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals Validação fatorial de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para profissionais espanhóis [Internet]. Vol. 39, *Rev Saúde Pública*. 2005 [cited 2019 Apr 1]. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
48. Gil-Monte P, Peiró J. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory una muestra multiocupacional. *Psicothema* [Internet]. 1999 [cited 2019 Jul 13];11(3):679–89. Available from: <http://www.psicothema.com/pdf/319.pdf>
49. Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* [Internet]. 2009;19(6):463–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(05\)71397-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(05)71397-2)
50. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores

personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev Esp Salud Publica. 2009;83(2):215–30.

9. ANNEXOS

Annex 1. Autorització de l'estudi



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

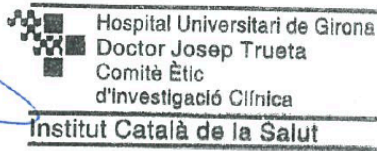
Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEIm GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEIm GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 28/05/2019 ha avaluat el projecte: "**La Síndrome de desgast professional a la unitat d'hospitalització oncològica**". Codi TFM_BURNOUT, amb la Dra. ANNA SOLER RENART com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedixo aquest certificat.



Girona, a 04/06/2019

Annex 2. Full informatiu per als participants



Benvolgut/da,

Em dic Anna Soler Renart i estic realitzant el Màster en Promoció de la Salut a la Universitat de Girona.

En breu iniciaré un estudi que involucra els professionals de la salut que realitzen assistència a la unitat d'hospitalització oncològica a l'Institut Català d'Oncologia de Girona. L'objectiu és conèixer la prevalença de la síndrome de desgast professional (també anomenada Burnout) en els professionals de la salut que conformen l'equip al servei i identificar possibles associacions de variables sociodemogràfiques i laborals i diferències entre categories professionals.

És per aquest motiu que em dirigeixo a vostè per a sol·licitar la seva participació de manera voluntària, desinteressada, totalment anònima i confidencial. Les dades de caràcter personal estaran protegides en tot moment per la llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, publicada al Butlletí Oficial de l'Estat núm. 294, el dia 6 de desembre de 2018.

Haurà d'omplir els qüestionaris i el full de consentiment informat adjunts seguint les instruccions segons s'indiquin.

Moltes gràcies de manera anticipada per la seva col·laboració.

Atentament,

Anna Soler Renart

Annex 3. Full de consentiment informat per a la participació de l'estudi

Jo, professional de la salut amb DNI, declaro sota la meva responsabilitat que:

- He rebut i llegit el full informatiu sobre el present estudi que serà dut a terme per l'Anna Soler Renart en el servei on realitzo la pràctica assistencial.
- Entenc que la meva participació és de **caràcter voluntari** i que sóc lliure de rebutjar participar en qualsevol moment sense haver de donar cap tipus d'explicació.
- Se m'ha informat que la meva identitat serà **ANÒNIMA** i les dades proporcionades seran protegides per la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD) i romandran secretes.
- Se m'ha proporcionat l'oportunitat de resoldre els dubtes necessaris.
- Entenc l'objectiu de l'estudi i **ACCEPTO PARTICIPAR-HI** cedint les meves dades per a la utilització única per a l'objectiu de l'estudi citat prèviament.

Dia..... de..... de 2019

Signatura del professional

Signatura de l'investigador

Ompli el full per duplicat i conservi una còpia

Annex 4. Qüestionari sobre dades sociodemogràfiques i aspectes laborals

Si us plau, marqui les caselles que corresponguin amb una "X" i ompli els buits.
En cas d'equivocació, es prega marcar l'errada amb un "NO" al costat.

Dades sociodemogràfiques:

- Edat: ____ anys
- Sexe: ☐ Home ☐ Dona
- Estat civil: ☐ Solter/a ☐ Parella estable
☐ Casat/ada ☐ Divorciat/ada o Vidu/a
- N° de fills: _____

Aspectes laborals:

- Categoria professional: ☐ Professional mèdic
☐ Professional d'infermeria
☐ Auxiliar d'infermeria
- Antiguitat a la professió en anys: ☐ De 0 a 1 ☐ De 2 a 5 ☐ De 6 a 10
☐ + de 10
- Temps treballat al servei en anys: ☐ De 0 a 1 ☐ De 2 a 5 ☐ De 6 a 10
☐ + de 10
- Possessió de formació especialitzada amb malaltia oncològica (pot marcar més d'una opció):

☐ Especialista mèdic ☐ R1 ☐ R2 ☐ R3 ☐ R4 ☐ R5 ☐ Postgrau
☐ Màster ☐ Curs de formació continuada

Moltes gràcies per la seva participació

Annex 5. Qüestionari Maslach Burnout Inventory (MBI)

Marqui amb una "X" la resposta que consideri oportuna en relació a la freqüència que sent les situacions presentades en els enunciats descrits a continuació. Per omplir el qüestionari només hi haurà de dedicar 10-15 minuts. La llengua amb què es presenta és el castellà:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que mi trabajo me está agotando							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10. Siento que me he hecho mas duro con la gente							
11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo							
13. Me siento frustrado en mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento que realmente no me importa lo que le pase a mis pacientes							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

Moltes gràcies per la seva participació