



UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI
Facultat de Ciències
de l'Educació i Psicologia

TREBALL DE FI DE GRAU

METAANÀLISI DE LES INTERVENCIIONS PER TRACTAR
LA SÍNDROME DEL BURNOUT I LA SEVA EFECTIVITAT

Pau Rebollar Campanera
Dirigit per Patrícia Tàpia Caballero

Tarragona

2023

AGRAÏMENTS

Aquest treball s'ha pogut dur a terme gracies al recolzament de la meva família per estar sempre en els moments més complicats; als meus amics i sobretot a la meva tutora per la seva paciència i ajuda.

ÍNDEX

Introducció teòrica.....	4
Definició i antecedents de Burnout.....	4
Etiologia.....	6
Manifestacions clíniques del Síndrome de Burnout.....	8
Conseqüències del síndrome de Burnout.....	10
Intervencions per la síndrome de Burnout.....	12
Mindfulness.....	14
Intervenció centrada en l'autocompassió.....	16
Teràpia Cognitiva-Conductual.....	18
Intervenció Racional Emotiva Conductual.....	20
Coaching.....	22
Teràpia d'Acceptació i Compromís.....	23
Motivació personal sobre el tema escollit.....	25
Objectius.....	26
Mètode.....	27
Resultats.....	27
Discussió.....	33
Conclusions.....	36
Aplicabilitat.....	37
Limitacions.....	37
Bibliografia.....	39
Annexes.....	46
Reflexió. Valoració personal del TFG.....	57

1. Introducció teòrica

1.1. Definició i antecedents del síndrome de burnout

El burnout, també conegut com a síndrome de desgast ocupacional, és un estat d'esgotament emocional, despersonalització i baixa realització personal que es produeix en resposta a l'estrès crònic laboral (Maslach & Leiter, 2016). Aquesta condició pot afectar negativament la salut física i mental, la qualitat del treball i la satisfacció laboral de les persones.

En 1974, Herbert J. Freudenberger va descriure per primera vegada els símptomes de l'esgotament professional. Aquest ho observava en els joves que feien voluntariat en la seva clínica gratuïta en Nova York. Aquests voluntaris treballaven, sacrificant la seva pròpia salut, sense rebre cap mena de reforç positiu per la feina feta. Al curs d'uns anys, aquests individus van començar a mostrar conductes de cinisme cap als usuaris que atenien i cap als seus companys de feina, deixant enrere el seu idealisme i simpatia que mostraven a l'inici (Martínez, 2010).

Així i tot, no va ser fins a l'any 1976, que Christina Maslach va definir el que avui en dia es coneix com a Síndrome Burnout (SB), durant la convenció de l'Associació Americana de Psicòlegs (APA): "el desgast emocional de les persones que treballen en diversos sectors de serveis humans, sempre en contacte directe amb els usuaris, especialment el personal sanitari i professors" (Maslach, 1976).

Durant els anys 1981 i 1982, les autores Christina Maslach i Susan Jackson (Maslach & Jackson, 1982) ho interpreten com una síndrome tridimensional i compartimental caracteritzat per:

- **Esgotament emocional (EE)**: referit a la pràctica mantinguda d'estar emocionalment esgotat, que sorgeix en estar en contacte directe i mantingut amb les persones.
- **Despersonalització (DP)**: descrit com el desenvolupament de sentiments negatius i conductes de cinisme cap a les persones a les quals va destinat el treball (pacient-família-equip).

- **Baixa Realització Personal (RP):** fa referència a la tendència dels professionals de mantenir una baixa autoestima cap a si mateixos. Això provoca una inadequada execució de la feina, que condueix a una incorrecta relació amb les persones per a les quals i amb les que treballa.

A partir d'aquí, varen crear un qüestionari de 22 ítems anomenat "*Maslach Burnout Inventory (MBI)*". Aquest qüestionari s'analitzen les diferents respostes (emocions, sentiments, pensaments i conductes) del subjecte amb relació al lloc de treball. L'objectiu és mesurar el desgast professional en les àrees de serveis humans a través de tres subescales a causa del fet que Maslach i Jackson consideren el SB un constructe tridimensional.

En Espanya va ser traduït per Nicolàs Seisdedos Cubero (TEA, 1987) i va ser validat per Pedro Gil Monte en 2002, obtenint una alta fiabilitat de Cronbach amb valors de 0,90 per l'esgotament emocional, 0,79 per la despersonalització i 0,71 per la baixa realització personal, amb una consistència del 0,80 en les tres subescales. La puntuació màxima per cada una de les dimensions és: per la subescala EE 54 punts; la subescala de DP 30 punts; i per la subescala RP 48 punts (Maslach & Jackson, 1986). A més permet analitzar els resultats per les diverses professions mitjançant diverses puntuacions de tall segons el grup (infirmers, metges, professors i altres).

Per altra banda, Malcolm Pines i Elliot Aronson, en 1988, inclouen en la definició de SB als professionals que no treballen en el sector assistencial social (no assistencials). Ells varen crear el "*Burnout Measure (BM)*"; sent aquest el segon instrument d'avaluació més utilitzat. Consta de 21 ítems en tres subescales tipus Likert. Les dimensions que mesuren són: esgotament físic, caracteritzat per la fatiga i sensació de desànim; esgotament emocional combinat amb sentiments de depressió; i esgotament mental caracteritzat per sensacions d'infelicitat i inutilitat. La fiabilitat i la consistència interna d'aquest instrument són acceptables.

Pel que fa a amb els instruments de mesura, finalitzem en el 1996 on es realitza l'última revisió del qüestionari MBI per Maslach, Jackson; Leiter i Schaufeli, creant així una nova versió, el "*Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)*". En aquesta renovada versió inclou en els "*professionals no assistencials*" acceptant aquesta síndrome en altres àmbits professionals i se substitueix el terme de despersonalització per cinisme. El MBI-GS s'ha validat en castellà per Pedro Gil Monte (2002). Consta de 16 ítems, i la puntuació obtinguda classifica als individus en tres categories:

- Percentil 25: Puntuació de 48 a 168 punts. Risc de SB baix
- Percentil 50: Puntuació de 169 a 312 punts. Ris de SB moderat.
- Percentil 75: Puntuació de més de 316, amb un màxim de 432 punts. Risc de SB alt.

Aquest s'ha convertit en el més acceptat per la seva àmplia utilització en diversos tipus de mostres i s'utilitza avui en dia per mesurar el desgast professional (Martínez, 2010).

1.2. Etiologia

Les principals causes d'aparició del SB van ser recopilades (Moreno B. et al., 1991):

- *Elevat nivell de responsabilitat*: Algunes professions, sobretot en les assistencials, hi ha un alt grau de responsabilitat i poc "empament legal".
- *Jornades laborals o torns massa llargs*: la possibilitat en algunes empreses o serveis públics de doblar els torns o no permetre el descans provoca el risc d'aparició d'aquesta síndrome.
- *Fatiga i estrès*: les dues causes anteriors, indueixen al treballador a un augment de l'ansietat i l'esgotament físic i mental.
- *Crisis en el desenvolupament de la carrera professional*: la falta de formació en certs serveis, provoca l'angoixa a un gran nombre de professionals.
- *Pobres condicions econòmiques*: l'elevat nivell de feina no està prou remunerat en alguns casos.

- *Sobrecàrrega en el treball i falta d'estimulació*: l'augment del volum de feina i la carència de reforços positius per part dels alts càrrecs, poden causar el sentiment d'infravaloració.

1.2.1. Components personals que afecten al desenvolupament del SB

L'edat del treballador està relacionada amb la seva antiguitat i experiència laboral. En principi, una major edat permet tenir una formació més adequada al lloc de treball, mentre que una formació inadequada pot crear major estrès a l'hora d'executar les tasques de la feina, augmentant el risc de patir SB (Maslach & Jackson, 1986).

Un altre component que influeix és el sexe. Les dones són capaces de suportar de forma més efectiva els conflictes que es generen en el lloc de feina (Thomaé MNV. et al., 2006). Tot i això, en alguns altres àmbits laborals com ara la infermeria, les dones serien les més afectades pel fet que hi ha un major nombre de professionals femenins que de professionals masculins, i a la vegada la seva càrrega familiar que incrementa la professional. Tanmateix, una situació familiar estable permet que la persona afronti els conflictes que es generen en el lloc de treball de forma més saludable.

Per l'altra banda, la personalitat pot influir en el desenvolupament d'aquesta síndrome. Un tipus de personalitat massa competitiva i molt autoexigent o aquells treballadors que s'impliquen massa emocionalment poden tindre més risc de patir-lo (Thomaé MNV. et al., 2006).

Així mateix, els objectius professionals als quals el treballador aspira, una bona opinió sobre ell de la família i dels companys, i un alt estatus econòmic poden influir de forma positiva, disminuint el risc d'aparició de la síndrome (Thomaé MNV. et al., 2006).

En últim lloc, canvis significatius en la vida del treballador/a com pot ser la mort d'un familiar proper, el divorci o el naixement d'un fill, són factors relacionats amb l'entorn que poden incrementar les possibilitats de tindre SB (Moreno B. et al., 1991).

1.2.2.Factors desencadenant del SB

Horacio Cairo (Thomaé MNV. et al., 2006) va especificar els principals factors que desencadenen el SB:

- La disminució de la capacitat per dur a terme les tasques de la feina.
- L'augment del volum de treball, la fatiga individual i els recursos personals insuficients per a garantir les demandes que exigeix el lloc de feina.
- El conflicte de rol, i la falta d'informació sobre factors relacionats amb el treball poden fer que el treballador/a senti que no és capaç de desenvolupar de forma correcta el rol assignat. Això genera una baixa autoestima sobre les expectatives que es tenen sobre un mateix amb relació al rendiment laboral.
- El grau de suport per part del supervisor i els companys de feina.
- La falta d'implicació en la presa de decisions.
- Les condicions de la feina, la càrrega de treball que s'exigeix i la forma d'organització de les tasques, influeixen de manera molt important en el desenvolupament de l'estrès en la feina.
- Tant la falta de dotació de personal com la seva reducció poden crear major estrès a l'hora de portar a cap la feina.

1.3. Manifestacions clíniques del Síndrome de Burnout

El SB es desenvolupa al llarg d'unes fases definides per Edelwich i Brodsky en el 1980 (Gil-Monte, 2003).

1.3.1. Fase inicial d'entusiasme

Apareix quan la persona s'enfronta a un nou lloc de feina amb grans expectatives. El treballador/a és optimista i determina metes elevades respecte al lloc de feina.

1.3.2. Fase d'estancament

A causa de la conjunció de variables organitzacionals, personals i interpersonals, la persona comença a sentir-se estancada, veu com les seves expectatives no s'estan complint. Tot i que la feina encara representa una font de realització personal, el treballador comença a replantejar-se la

relació entre l'esforç personal dipositat en la feina i els beneficis emocionals que rep. Comença a notar certa sensació de derrota, comença a sentir-se incapaç. Comencen a aparèixer símptomes físics com el dolor d'estómac i de cap.

1.3.3. Fase de frustració

Suposa l'inici de la síndrome. És el començament a qüestionar-se l'eficàcia de l'esforç personal que realitza davant els obstacles derivats del rendiment del lloc de feina. Encara existeix la possibilitat d'encausar el malestar cap a una nova fase d'entusiasme, però la falta de recursos personals i organitzacionals poden condicionar el trànsit cap a una fase d'apatia. Se sent la feina com si estigués mancat de sentit. Augmenten els símptomes psicopàtics. Es produeix un descens de la motivació i un increment de l'esgotament emocional i dels sentiments de falta de realització personal.

1.3.4. Fase d'hiperactivitat i apatia

En primer lloc, el treballador/a s'activa en la seva feina, dedica majors esforços a les seves tasques de feina a mètodo de compensar els seus sentiments de falta de realització personal, però no es gestiona adequadament i el que s'aconsegueix és sobrecarregar-se i contribuir encara més al seu esgotament emocional. Així que es produeix el col·lapse i comença a distanciar-se del que és laboral, comença a endurir-se afectivament com a mètodo d'afrontament als seus sentiments de baixa realització i esgotament. Es tracta del fenomen de la despersonalització.

1.3.5. Fase d'estar cremat

La persona experimenta sentiments de tal magnitud que l'estratègia que porta a cap per sortir de la situació és deixar el lloc de feina, demanar trasllats de departament, canviar de feina o seguir en una situació laboral que els hi farà sentir-se cada cop pitjor.

El SB és de caràcter cíclic, és a dir, que poden reaparèixer en diferents llocs de feina i en diferents etapes de la vida laboral.

Els símptomes que caracteritzen el SB es mostren en la Taula 1:

Taula 1.

Els símptomes de la síndrome Burnout

EMOCIONALS	COGNITIUS	CONDUCTUALS	SOCIALS
<ul style="list-style-type: none"> - Depressió - Indefensió - Desesperança - Irritació - Apatia - Desil·lusió - Pessimisme - Hostilitat - Falta de tolerància - Acusacions als clients - Supressió de sentiments 	<ul style="list-style-type: none"> - Pèrdua de valors - Desaparició d'expectatives - Modificació de l'autoconcepte - Desorientació de l'autoconcepte - Desorientació cognitiva - Pèrdua de la creativitat - Distracció - Cinisme - Criticisme generalitzat 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitació de responsabilitats - Absentisme - Conductes inadaptatives - Desorganització - Sobreimplicació - Evitació de decisions - Augment de l'ús de cafeïna, alcohol, tabac i drogues 	<ul style="list-style-type: none"> - Evitació de contactes - Conflictes interpersonals - Mal humor familiar - Aïllament - Formació de grups crítics - Evitació professional

Font: Buendía & Ramos, 2001

Nota. Llista completa dels símptomes que componen la síndrome del Burnout.

1.4. Conseqüències del Síndrome de Burnout

Les conseqüències que poden originar la Síndrome del Burnout (Roberts & Grubb, 2014) són:

1.4.1. Conseqüències personals

1.4.1.1. Conseqüències físiques

Alguns dels efectes de la síndrome es presenten en el sistema cardiovascular. Els primers símptomes cardíacs que es manifesten són la taquicàrdia i el dolor precordial, la hipertensió arterial i la hipercolesterolèmia. Per un altre costat, les persones que pateixen aquesta síndrome augmenten el consum de menjar brossa, tabac, alcohol i drogues. Això genera el risc de patir malalties cardiovasculars com

arrítmies i insuficiència cardíaca i, en casos més greus infart agut de miocardi o mort sobtada.

En quant l'aparell respiratori, es destaca l'augment de processos catarrals, taquipnea i crisis asmàtiques. Respecte a l'aparat digestiu, el pacient pot presentar nàusees, diarrea, gastritis i úlceres duodenals.

Pel que fa a referència a l'aparell osteomuscular poden aparèixer dolors de coll, espatlla i contractures musculars el que provoca un increment del risc de patir accidents laborals.

Respecte al sistema nerviós, els símptomes es caracteritzen per l'aparició de migranyes i sensació de vertigen amb risc d'inestabilitat motriu. També són freqüents els trastorns del somni com l'insomni.

Així mateix, poden aparèixer un augment d'infeccions i de les malalties autoimmunes o de les al·lèrgies gràcies a l'alteració en la producció d'anticossos per part del sistema immunitari.

Per acabar, en relació amb el sistema endocrí i l'aparell reproductor, en els homes poden presentar-se impotència parcial o total. Els trastorns en el cicle menstruals, la dispareúnia i el vaginisme solen ser freqüents en les dones.

1.4.1.2. Conseqüències emocionals

Aquesta afectació sol estar relacionada amb la simptomatologia ansiosa-depressiva que pateix el treballador. Els sentiments de culpa i l'esgotament mental impedeixen que sigui capaç de generar estratègies efectives per solucionar els problemes, creant altres com actituds cíniques que provoquen falta d'atenció, oblits freqüents, inquietud i nerviosisme.

1.4.1.3. Conseqüències conductuals

L'abús del consum de substàncies tòxiques com el tabac, l'alcohol, les benzodiazepines i altres drogues solen ser habitual en aquest tipus de pacients. Això genera l'aparició de canvis bruscos d'humor i hostilitat,

destacant els comportaments paranoïdes i agressius, que provoquen que el treballador/a s'aïlli del seu entorn, dels companys de feina i de la seva família.

1.4.1.4. Conseqüències familiars

Els pacients amb SB pateixen, generalment, un deteriorament de la relació amb la seva parella i en la vida familiar a causa de la irritabilitat i a les conductes de cinisme que presenten. Així mateix, el desgast familiar provoca un aïllament social de l'individu perjudicant el seu estat mental.

Si el pacient no busca ajuda per solucionar aquest problema, augmentarà el risc de patir trastorns psicològics més greus, elevant la freqüència d'assistir a la consulta de psiquiatria i de possibles ingressos psiquiàtrics.

1.4.2. Conseqüències per l'organització

En l'àmbit laboral, poden sorgir conflictes amb clients, pacients, etc., depenent del servei que doni, per l'estrès crònic que pateixen, que condueix a la insatisfacció dels anteriorment esmentats pel tracte rebut. A part dels possibles clients, també surten perjudicat tants companys de feina, com a supervisors del treballador, ja que es generen enfrontaments a causa de l'actitud laboral esmentada anteriorment, generant conseqüentment una disminució de la capacitat de presa de decisions i generant insatisfacció amb la feina feta. D'aquesta manera s'arriba al descens del rendiment laboral i a l'absentisme laboral.

1.5. Intervencions per la Síndrome de Burnout

La importància de l'efectivitat de les intervencions per a tractar el burnout radica en el fet que aquesta és una condició que pot tenir greus conseqüències per a la salut i el benestar dels treballadors, així com per a la productivitat i l'èxit organitzacional. Les intervencions efectives poden ajudar a prevenir i tractar el burnout, millorar la salut i el benestar dels empleats, augmentar la satisfacció laboral i reduir la rotació laboral.

No obstant això, segons Maslach i Leiter (2016) és important destacar que el tractament del burnout no és una solució única i senzilla, sinó que ha d'abordar-se de manera integral, considerant múltiples factors, incloent-hi les característiques individuals dels empleats, les característiques de l'organització i l'entorn laboral, i les estratègies de gestió de l'estrès. En aquest sentit, s'han desenvolupat diverses intervencions, incloent-hi programes d'entrenament en habilitats d'afrontament, intervencions organitzacionals per a millorar el clima laboral i la cultura de l'organització, i estratègies per a millorar la comunicació i el suport social en el lloc de treball. L'efectivitat d'aquestes intervencions pot variar segons les circumstàncies específiques de cada organització i de cada individu, per la qual cosa és crític avaluar el seu impacte i ajustar-les segons sigui necessari per a obtenir els millors resultats.

Les intervencions per a tractar el burnout han d'abordar aquestes diferents dimensions i tenir en compte les necessitats i circumstàncies específiques dels empleats i de l'organització (Maslach & Leiter, 2017). Per exemple, els programes d'entrenament en habilitats d'afrontament poden ajudar els empleats a identificar i manejar l'estrès laboral de manera més efectiva, la qual cosa pot reduir la fatiga emocional i millorar la salut mental i física. Les intervencions organitzacionals, per part seva, poden incloure la millora del clima laboral, la promoció de la comunicació efectiva, el foment del treball en equip i la creació d'una cultura de suport i cura mútua. Aquestes intervencions poden ajudar els empleats a sentir-se més connectats i motivats, la qual cosa pot augmentar la realització personal i la satisfacció laboral (Schaufeli & Taris, 2014).

És important destacar que l'efectivitat de les intervencions per a tractar el burnout pot dependre de factors com la durada i la intensitat de l'estrès laboral, la disponibilitat de recursos i suport, i la capacitat dels empleats per a involucrar-se i participar en les intervencions (Shanafelt et al., 2016). Per tant, és rellevant que les intervencions s'adaptin a les necessitats específiques dels empleats i de l'organització, i que s'avaluï regularment el seu impacte per a assegurar que estiguin aconseguint els resultats desitjats (Thapa, D.R et al., 2022).

1.5.1. Mindfulness

Mindfulness és la traducció a l'anglès al terme pali "sati", que implica consciència, atenció i record. La traducció a la nostra llengua de Mindfulness no té un estàndard, ha sigut traduït com atenció plena o consciència plena (Vásquez-Dextre, 2016). Les publicacions sobre el Mindfulness varen començar a aparèixer en la dècada dels setanta i des de llavors el seu nombre no ha deixat d'augmentar. El creixement es va accelerar notablement en els anys noranta i en l'actualitat ens trobem amb un creixement gairebé exponencial de les ja esmentades publicacions. L'interès del Mindfulness no es limita al camp de la psicoteràpia, també està despertant un interès gegant en la investigació bàsica, especialment en neurofisiologia, i també en l'educació, ja que la pràctica del Mindfulness es perfila com una poderosa eina educativa (Vásquez-Dextre, 2016).

El Mindfulness es pot utilitzar per a referir-nos a tres situacions: un constructe, una pràctica i un procés psicològic. Com a constructe tenen múltiples definicions, totes centrades en l'experiència del moment present amb l'acceptació i sense jutjar. El Mindfulness pot estar relacionat amb altres constructes com la metacognició, consciència reflexiva i acceptació (Moñivas A., et al, 2012).

Com a pràctica, el Mindfulness permet a professionals i pacients admetre cada un dels pensaments i emocions, siguin quins siguin, sense jutjar-los. Mindfulness, proposa entrenar a les persones amb la finalitat del fet que puguin identificar en cada instant les seves pròpies sensacions, emocions i pensaments, tractant de treure-les de la tirania del llenguatge i, per tant, del prejudici i subjugació a les categories i conceptes (Moñivas A., et al, 2012).

Com a procés psicològic, el Mindfulness, suposa focalitzar la nostra atenció en el que estem fent o sentint, per ser conscients de l'esdevenir del nostre organisme i conductes. Per això cal passar de la reactivitat de la ment (respostes automàtiques i inconscients) a la responsabilitat (respostes

controlades i conscients), és a dir, treure a la ment del pilot automàtic (Moñivas A., et al, 2012).

Els components del Mindfulness, que provenen del zen són els següents (Pérez M., et al, 2006):

1.5.1.1. Atenció al moment present

Centrar-se en el moment present en lloc d'estar pendent del passat (ruminacions) o del futur (expectatives, desitjos i pors). Existeixen opinions divergents entre si l'atenció es deu dirigir als processos interns o als esdeveniments de la vida diària. Tot i això, és possible compatibilitzar aquests plantejaments divergents. Durant la meditació, es pot atendre als mateixos processos interns i, en la vida quotidiana, centrar-se en la tasca que s'està realitzant.

1.5.1.2. Apertura a l'experiència

Capacitat d'observar l'experiència sense interposar-se el filtre de les mateixes creences. En altres paraules considerar l'experiència com si fos la primera vegada, qualitat que en el Zen es denomina "ment de principiant". També implica obertura a l'experiència negativa i veure el que succeeix amb curiositat.

1.5.1.3. Acceptació

Es pot definir acceptació com a experimentar els esdeveniments plenament i sense defenses, tal com són. També com el no donar resistència en fluir de la vida. Les persones acudiran a conductes desadaptatives en un intent d'evitar experiències diaplacentàries. En la mesura en què es puguin acceptar que aquelles experiències són ocasionals i limitades en el temps, no necessitaran recórrer a tals conductes.

1.5.1.4. Deixar passar

Consisteix a desprendre's, desenganxar-se d'alguna cosa a la qual ens aferràvem. Una de les característiques del nostre jo, és procurar atresorar coses, relacions, poder, diners. Es creu erròniament, que quan més que es posseeixi, com més que es controli, com més que s'aconsegueixi, més felicitat

serà. L'afany d'aferrar-se xoca amb una característica bàsica de la realitat que és la temporalitat de les coses. Res en el món material és estable durant molt temps, tot persisteix un cert temps i després desapareix.

1.5.1.5. Intenció

És el que cada persona persegueix quan practica Mindfulness. Això podria sonar contradictori amb una de les actituds del Mindfulness que és el no esforçar-se per aconseguir cap propòsit. Quan s'està meditant no es deu tractar d'assolir cap propòsit immediat, simplement s'ha de participar amb consciència plena del que s'està fent. Tot i això, també s'ha de tindre un propòsit, un objectiu personal per moure'ns cap aquella meta.

1.5.2. Intervenció centrada en l'autocompassió

La teràpia centrada en la compassió promou el benestar, ajuda per aconseguir la calma, redueix la vergonya. Pel seu desenvolupament són necessàries l'empatia i l'autocompassió (García, J.A., 2013).

La compassió és un comportament dirigit a eliminar el patiment i a produir un benestar en qui pateix. És fonamental per aconseguir la calma i el benestar i potència les nostres relacions socials. L'autocompassió es refereix a com ens comportem amb nosaltres mateixos quan les coses no ens surten bé i tenen un efecte terapèutic en la vergonya i autocrítica. Pot ser necessari construir i desenvolupar la compassió (García, J.A., 2013).

La compassió té connotacions negatives en Espanya, ja que sembla implicar el menyspreu cap a qui pateix (García, J.A., 2013). Molts ens plantejaríem que no volem que sentin compassió cap a nosaltres. Si som capaços d'entendre que la compassió és totalment contrària al fet que l'altre se senti menyspreat, podem comprendre que tipus d'emoció i comportament ens referim.

També juga un paper fonamental en l'activació del nostre sistema neurològic del benestar. La seva importància terapèutica cal enquadrar-la en el fet que és un procés que ajuda a superar les conseqüències negatives de l'autocrítica destructiva i de la vergonya en les relacions socials i que

genera emocions positives que són molt importants per sentir-nos feliços (García, J.A., 2013).

La definició d'autocompassió de l'autora Neff (Neff, K. D., 2003): *"estar obert i mogut pel nostre propi patiment, experimentant sentiments d'afecte, de bondat, cap a un mateix, prenent una actitud d'enteniment cap als errors i les incompetències pròpies que no jutja i reconeixent que les nostres experiències és part de l'experiència de tota la humanitat"*.

La mateixa autora (Neff, K. D., 2003) proposa tres elements primaris en l'autocompassió: afecte cap a nosaltres mateixos, donar-nos compte del fet que som part de la humanitat i la consciència plena (Mindfulness).

La consciència plena ens permet percebre el nostre patiment, apropar-nos a ell i acceptar-lo. Ser conscients que participem de les virtuts i debilitats de qualsevol ésser humà ens permet posar en perspectiva el nostre patiment i considerar la part de responsabilitat que tenim en ell, que és la mateixa que qualsevol altre tindria en el nostre cos. Finalment, l'afecta cap a nosaltres mateixos, que no és egoisme, ens permet tractar-nos amb el mateix afecte que podem sentir cap a una persona estimada.

Encara que el patiment està present en tot moment en la vida de l'home, la nostra societat ens aïlla d'ell, perquè és desagradable i no volem sentir-lo a prop. La percepció del patiment és una condició prèvia per a sentir compassió. A partir d'aquí, es van proposar els següents passos per a fomentar la compassió (Atkins & Parker, 2012):

1.5.2.1. Percebre el patiment

Per ser capaços de posar-nos en contacte amb el patiment hem d'estar oberts a sentir-lo. L'entrenament en Mindfulness implica estar obert a l'experiència del que succeeix al nostre voltant i donar-nos compte del qual les passa als altres amb amplitud de ment i curiositat i elegir amb més llibertat la nostra actuació en aquests moments.

1.5.2.2. Avaluar-lo

L'avaluació que fem de qui pateix influeix de forma bàsica en què es dispari o no la nostra emoció. Quan la nostra ment entra en funcionament, es produeix dos tipus d'avaluacions: la de la situació externa i la de la nostra capacitat per afrontar-la. Si valorem de forma negativa a aquell qui ho pateix, la compassió no sorgirà. També valorem la nostra possibilitat d'ajudar, si no apreciem que tinguem capacitat d'ajudar, tampoc ens deixarem emportar pels nostres sentiments compassius.

1.5.2.3. Sentir la compassió

Hem de tenir capacitat de viure plenament els sentiments i pensaments negatius que sorgeixen en entrar en contacte amb el patiment, propi o aliè. Deixar-nos portar per la compassió pot implicar involucrar-nos en el dolor aliè per damunt de les reaccions lògiques de protegir-nos.

1.5.2.4. Actuar

D'aquesta forma podem deixar-nos portar per la compassió i, d'acord amb el valor general, comprometem-nos en l'ajuda del que pateix. La flexibilitat psicològica que aquests processos psicològics proporciona ens permet ser compassius amb major llibertat.

1.5.3. Teràpia Cognitivo-Conductual

La teràpia cognitivo-conductual és un dels conceptes més importants de la psicologia aplicada, ja que permet abordar problemàtiques molt diverses aplicant tècniques que compten amb un aval científic. A sobre, un dels aspectes més característics d'aquesta és que s'adapta a una gran varietat de necessitats i problemes a abordar en el tractament a pacients (Torres, 2015).

Aquesta és una forma d'intervenció heretada dels principis teòrics-pràctics de la psicologia conductista, a la que se l'han agregat mètodes i objectius propis de la teràpia cognitiva.

Segons (Torres, 2015), en pensar sobre la idea convencional del que és un "problema psicològic", possiblement t'hauràs adonat d'aquest tipus de problemàtiques tenen dues cares.

Per un costat, hi ha un vessant material i objectiva, que és reconeixible per moltes persones i que poden mesurar a partir de barems concrets. Per una altra banda, hi ha un vessant que respon als estats subjectius de consciència, és a dir, aspectes de la vida mental i privada de la persona que té el problema i que solen tenir una traducció en termes emocionals.

La teràpia cognitivo-conductual respon a la necessitat d'intervenir en aquests dos terrenys (Torres, 2015). I la fa impulsant-se gràcies a les sinergies que s'estableixen entre la part de la intervenció enfocada als processos mentals i aquella que s'orienta cap a les accions i els canvis en l'entorn material del pacient. És a dir, que aquesta orientació terapèutica que actua tant sobre els actes com a sobre els pensaments.

En aquesta teràpia es treballa ensenyant a reconèixer els estils de pensament que predisposen a arribar a conclusions poc útils pel pacient, o pensaments disfuncionals. Per això és necessari entrenar a la persona perquè sigui capaç de reflexionar sobre la seva pròpia manera de pensar i plantejar-se quins punts són conflictius i quins no ho són. D'aquesta manera, es persegueix que el client tingui més capacitat per qüestionar-se les categories amb els treballs i detectar patrons típics de pensament que li causen problemes (Torres, 2015).

El procés pel qual s'aconsegueix que el pacient reconegui els aspectes cognitius que li produeixen malestar i puguin actuar sobre ells es fonamenta en un model d'actuació inspirat en el diàleg socràtic. Això implica que durant una part de les sessions de teràpia cognitivo-conductual, el professional anirà donant el feedback necessari al pacient, perquè per si mateix, detecti les contradiccions o les conclusions no desitjades a les que porten els seus estils de pensament i els seus sistemes cognitius.

El terapeuta no guia al pacient en aquest procés, sinó que més bé li planteja preguntes i remarca observacions que el mateix client ha fet perquè aquest últim vagi profunditzant en l'estudi del seu propi pensament (Torres, 2015).

La segona part de la teràpia implica intervenir sobre els focus cognitius i materials que s'han detectat. Això comporta, per una banda, fixar uns objectius concrets a complir, i per l'altre, entrenar al pacient perquè sigui capaç de determinar des del seu propi criteri les estratègies que l'apropen i l'allunyen d'aquestes metes (Torres, 2015). A sobre, com els objectius han sigut definitius de manera que puguin comprovar-se de manera imparcial si han complit o no, és fàcil mesurar els progressos que es van fent i el ritme en el qual succeeixin per prendre nota d'allò i, si es dóna el cas, introduir canvis en el programa d'intervenció.

Complir els objectius en passar per un programa de sessions amb teràpia cognitivo-conductual pot suposar minimitzar, terminar o abandonar problemàtiques amb un vessant material i un altre vessant subjectiva o emocional (Torres, 2015).

1.5.4. Intervenció Racional Emotiva Conductual

La teràpia racional emotiva conductual és una forma de psicoteràpia breu. La finalitat d'aquesta teràpia és revisar les idees irracionals de les persones i els seus patrons de pensament que estan associats amb el malestar emocional. D'aquesta manera, es podran reemplaçar per creences més productives. Això permetrà al pacient afrontar millor els seus problemes i desenvolupar més habilitats socials per poder relacionar-se i viure d'una forma plena (Izquierdo & Rodríguez, 2022).

Aquesta teràpia es basa en el supòsit que culpem erròniament els esdeveniments externs pel nostre malestar. Pensem que la culpa de la nostra infelicitat la tenen situacions quotidianes de la vida, com si tot estigués en contra de nosaltres.

Malgrat això, el que ens fa infeliços no són els esdeveniments en si mateixos, sinó les nostres pròpies interpretacions sobre els mateixos (Izquierdo & Rodríguez, 2022).

La teràpia racional emotiva conductual explica que un esdeveniment (A), activa els pensaments o creences (B) que causen les nostres emocions (C). Aquest procés se'l va denominar la tècnica ABC de les creences irracionals.

Cada individu té unes creences que el fan únic. Canviant les nostres creences o pensaments, canviem les emocions. Aquest és l'objectiu principal de la teràpia racional emotiva conductual (Izquierdo & Rodríguez, 2022).

La principal característica de la TREC és que se centra en el present. Pretén que els pacients entenguin els seus propis patrons de pensament, les creences que els hi ocasionen el malestar emocional. Aquestes creences condueixen a accions i comportaments perjudicials que influeixen en els objectius de la vida de la persona i en la seva estabilitat emocional. Una vegada s'han identificat i comprés aquests pensaments negatius poden modificar-se i ser reemplaçats per altres més positius, a la vegada que productius. Això permetrà a la persona desenvolupar relacions personals i professionals més profundes i exitoses (Izquierdo & Rodríguez, 2022).

Perquè la teràpia racional emotiva conductual funcioni és fonamental el treball del pacient. Com més que s'impliqui en la teràpia i en la feina en les sessions, menys durarà el procés i abans es notarà la millora. Per això la TREC es pot considerar una teràpia breu.

Una vegada el pacient hagi terminat la teràpia haurà après a racionalitzar els seus pensaments. Això servirà per gestionar les seves pròpies reaccions davant situacions que abans ocasionaven malestar emocional.

1.5.5. Coaching

El coaching professional consisteix en una relació professional continuada que ajuda a obtenir resultats extraordinaris en la vida, professió, empresa o negocis de les persones. Mitjançant el procés de coaching, el client profunditza en el seu coneixement, augmenta el seu rendiment i millora la seva qualitat de vida (Escola Europea de Coaching, s.f.)

Per a tractar el Burnout hi ha diverses estratègies presentades pel Coaching (Fernández, 2011):

1.5.5.1. Estratègies individuals

- **Presa de consciència**

El Burnout no és fàcilment reconeixible pel qui ho pateix, sobretot quan està en un estat avançat. El Coaching, mitjançant la comunicació i l'expressió de les emocions provoca que la persona prengui consciència de com se sent i que l'està afectant. El coach serveix de mirall pel qual el "coachee" reconeix la seva situació.

- **Missió, Visió, Propòsit.**

El coaching treballa amb aquests termes, profunditzant en el "què" fem, "perquè" ho fem i finalment el seu "per què". Mitjançant preguntes el client troba les seves motivacions verdaderes, els motors de la seva vida. En aquest sentit, pot ser il·lustratiu la Llegenda dels 3 Picapedrers per entendre el seu significat.

- **Treball amb valors.**

El coaching desenvolupa processos a través dels quals es detecten creences i s'adapten expectatives i realitats laborals. Això es realitza alineant els objectius i valors de la persona. També es treballa els punts de convergència entre els objectius organitzacionals i les metes personals. Des d'aquest autoconeixement, la persona pot trobar la motivació suficient per afrontar situacions difícils o per decidir canvis en la seva vida.

1.5.5.2. Estratègies d'enfrontament

- Treball sobre l'autoeficàcia (gestió del temps, establiment de metes realistes, delegació, etc.) i l'autoestima (treball sobre les fortaleces i oportunitats).
- Mindfulness, tècniques de relaxació, gestió d'emocions, gestió del canvi.
- Vida sana (tècniques de relaxació, alimentació, exercici, son, etc.)

1.5.5.3. Estratègies grupals

- Relacions interpersonals

Per la detecció i també pel tractament del Burnout és molt útil millorar les relacions interpersonals, fonamentant els vincles socials i els suports interpersonals. La detecció de símptomes per part dels companys poden ser també determinants.

1.5.5.4. Estratègies organitzacionals

- Desenvolupament de programes de prevenció

Dirigits a crear un millor ambient laboral o generar ambients saludables. Això s'aconsegueix mitjançant programes de prevenció d'estrès, programes de socialització a través d'activitats culturals o esportives, programes de salut corporativa.

Per una altra banda, és fonamental la feina amb una adequada combinació entre els objectius de l'empresa i les expectatives dels treballadors, el desenvolupament d'una comunicació efectiva, desenvolupament d'equips, etc.

1.5.6. Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT)

La teràpia d'acceptació i compromís (ACT) és un enfocament de la psicoteràpia orientat a l'acció que prové de la teràpia conductual tradicional i la teràpia conductual cognitiva. Els clients aprenen a deixar d'evitar, negar i lluitar amb les seves emocions interiors i, en canvi, accepten que aquests sentiments més profunds són respostes adequades a determinades situacions que no els han d'impedir avançar en la seva vida.

Amb aquesta comprensió, els clients comencen a acceptar les seves dificultats i es comprometen a fer els canvis necessaris en el seu comportament, independentment del que està passant a les seves vides i de com se senten al respecte.

ACT té com a objectiu desenvolupar i ampliar la flexibilitat psicològica. La flexibilitat psicològica inclou l'obertura emocional i la capacitat d'adaptar els vostres pensaments i comportaments per alinear-vos millor amb els vostres valors i objectius (Hayes, S.C., et al, 2013)

Els sis processos bàsics que promouen la flexibilitat psicològica són (Hayes, S.C., et al, 2013):

1.5.6.1. Acceptació

L'acceptació implica reconèixer i acceptar tota la gamma dels vostres pensaments i emocions en lloc d'intentar evitar-los, negar-los o alterar-los.

1.5.6.2. Defusió cognitiva

La defusió cognitiva implica allunyar-se i canviar la manera de reaccionar davant dels pensaments i sentiments angoixants, la qual cosa mitigarà els seus efectes nocius. Les tècniques per a la defusió cognitiva inclouen observar un pensament sense jutjar, cantar-lo i etiquetar la resposta automàtica que tens.

1.5.6.3. Estar en el present

Ser present implica ser conscient en el moment present i observar els teus pensaments i sentiments sense jutjar-los ni intentar canviar-los; experimentar els esdeveniments de manera clara i directa pot ajudar a promoure el canvi de comportament.

1.5.6.4. Jo com a context

El jo com a context és una idea que amplia la noció de jo i identitat; pretén que les persones són més que els seus pensaments, sentiments i experiències.

1.5.6.5. Valors

Els valors engloben triar valors personals en diferents àmbits i esforçar-se per viure d'acord amb aquests principis. Això contrasta amb les accions impulsades pel desig d'evitar l'angoixa o d'adherir-se a les expectatives d'altres persones, per exemple.

1.5.6.6. Acció compromesa

L'acció compromesa implica prendre mesures concretes per incorporar canvis que s'alineïn amb els vostres valors i condueixin a un canvi positiu. Això pot implicar l'establiment d'objectius, l'exposició a pensaments o experiències difícils i el desenvolupament d'habilitats.

La teoria que hi ha darrere de l'ACT és que és contraproduent intentar controlar les emocions doloroses o les experiències psicològiques; la supressió d'aquests sentiments condueix finalment a més angoixa. ACT adopta la visió que hi ha alternatives vàlides per intentar canviar la manera de pensar, i aquestes inclouen un comportament conscient, l'atenció als valors personals i el compromís amb l'acció. Si prenen mesures per canviar el seu comportament i alhora aprenen a acceptar les seves experiències psicològiques, els clients poden eventualment canviar les seves actituds i estats emocionals (Hayes, S.C., et al, 2013).

2. Motivació personal sobre el tema escollit

El burnout és un fenomen que s'ha convertit en un problema cada vegada més comú en molts entorns laborals, especialment en aquells on els treballadors experimenten alts nivells d'estrès i demandes emocionals, com en els camps de la salut, l'educació, i l'atenció al client, per esmentar alguns.

L'impacte del burnout en la salut i el benestar dels treballadors pot ser greu. El burnout s'ha associat amb una varietat de problemes de salut mental i física, incloent-hi ansietat, depressió, trastorns del son, malalties cardiovasculars i disminució del sistema immunitari. A més, el burnout pot afectar negativament el rendiment laboral i la qualitat del treball, la qual

cosa al seu torn pot tenir un impacte en la satisfacció del client i la rendibilitat del negoci.

Atès que el burnout pot tenir conseqüències tan negatives tant per als treballadors com per als ocupadors, és essencial comptar amb tractaments efectius per a prevenir i tractar la condició. Actualment, hi ha moltes intervencions diferents que s'han utilitzat per a tractar el burnout, incloent-hi la teràpia cognitiu-conductual, l'entrenament en habilitats d'afrontament, la meditació i el Mindfulness, entre altres.

Una metaanàlisi que examini l'eficàcia d'aquestes intervencions pot ser molt útil per a ajudar els treballadors i ocupadors a prendre decisions informades sobre quin tractament seria el més efectiu en el seu cas particular. A més, la metaanàlisi pot ajudar a identificar quines intervencions són més efectives per a prevenir la recurrència del burnout i proporcionar informació valuosa per als investigadors que busquen desenvolupar noves intervencions per a tractar el burnout.

En resum, una metaanàlisi sobre l'eficàcia de les diferents intervencions per a tractar el burnout és important perquè pot tenir implicacions significatives per a la salut mental i el benestar dels treballadors, així com per a l'eficàcia i rendibilitat dels negocis i organitzacions.

3. Objectius

L'objectiu principal d'aquest estudi és realitzar una revisió bibliogràfica de la literatura sobre les estratègies que s'apliquen en treballadors que pateixen una síndrome de Burnout, i a partir d'aquesta realitzar un metaanàlisi d'aquesta literatura i concloure quina intervenció és la més eficaç per tractar el Burnout.

L'objectiu més específic seria descriure i comparar les estratègies d'intervenció en treballadors amb síndrome de Burnout.

4. Mètode

S'ha realitzat una revisió bibliogràfica sobre la literatura existent sobre la Síndrome del Burnout i estratègies d'intervenció per tractar-lo. S'han utilitzat diverses bases de dades en internet, com PubMed, Scielo, Google Academic i Web of Science.

Aquest estudi s'ha realitzat des del mes de març de 2023 fins al mes d'agost de 2023.

Els criteris d'inclusió per a realitzar la metaanàlisi han sigut:

- Articles científics
- Articles publicats en un termini de cinc anys (2018 - 2023) (alguna exclusió per incloure articles que he trobat molt interessants a l'hora d'analitzar i fer la introducció de la síndrome de Burnout)
- Estudis que utilitzin el Maslach Burnout Inventory com a un dels instruments de mesura pel burnout, per així assegurar que tots els experiments avaluin i mesurin les dades de la mateixa manera, i així, facilitant la comparació entre ells.
- Articles d'alta importància a l'hora de recavar una base de dades sobre les intervencions i la seva eficàcia a l'hora de tractar el Burnout.

L'estratègia utilitzada a l'hora de realitzar la recerca bibliogràfica, ha sigut utilitzant diferents paraules claus en els cercadors avançats de les diverses bases de dades. S'han utilitzat principalment les paraules clau "burnout" AND "intervention" AND "MBI" or "Maslach Burnout Inventory". Així mateix, s'han usat altres filtres com l'any de publicació establert entre l'any 2018 i 2023; altres filtres com que acceptem tant Assajos Clínics, Metaanàlisi i Assajos controlats aleatoritzats.

5. Resultats

La recerca inicial incloïa uns 191 estudis potencials per la metaanàlisi. Després d'eliminar els articles duplicats (n=80) i tot seguit, descartar també 50 estudis després d'una lectura dels títols i abstractes. Seguidament, es va tornar a fer una selecció per determinar quins estudis

eliminar seguint els criteris que es van mencionar amb anterioritat, eliminant d'aquesta manera a 41 estudis. Així doncs, després dels dos screenings realitzats, el nombre final d'estudis amb els quals realitzarem la metaanàlisi són 20.

Els 20 estudis restants són assajos controlats. Els entorns o mostres de població que han utilitzat per a dur a terme les investigacions de les diferents intervencions són principalment entre els serveis de salut, atenció social, professorat i tant treballadors en entitats públiques com privades.

5.1. Avaluació de qualitat

L'avaluació de qualitat està especificada en la Taula 2 (Annexos), on Towey-Swift et al. (2022) suggereix l'ús de QATSDD com a instrument de diàleg per millorar una comprensió en profunditat dels punts forts i limitacions del document.

En aquesta revisió, les qualificacions de QATSDD van ser examinades pels temes de qualitat i l'impacte en la investigació. Tots els estudis van proporcionar detalls moderats i complets pel que fa a la recollida de dades i l'adaptació de la recollida de dades. La majoria van proporcionar detalls moderats i complets pel que fa al marc teòric explícit, objectius de la recerca, l'establiment de la recerca, l'adaptació del mètode d'anàlisi i l'avaluació dels punts forts i limitacions.

Mentre que els estudis van informar en gran mesura de fiabilitat i validesa dels instruments de mesura utilitzats. Cap dels estudis va detallar la participació dels usuaris en la planificació o disseny de la investigació. La consideració de la mida adequada de la mostra en l'anàlisi era limitada, possiblement limitant el poder estadístic dels estudis.

5.2. Consideracions en els estudis

Seguint les indicacions de Towey-Swift et al. (2022), s'informarà de les següents consideracions o requisits que tindran els estudis de la metaanàlisi (especificats en la Taula 3, annexos).

5.2.1. Aleatorització

Dels 20 estudis, 16 eren estudis aleatoritzats controlats: només un va utilitzar una eina informàtica d'assignació aleatòria (Hilcove & Marcau et al., 2021). La resta dels 15 estudis també són totalment aleatoritzats, però no s'especifica el mètode d'aleatorització.

I pel que fan els 4 estudis no randomitzats; 3 són estudis Quasi-Experimentals, els dos primers es van assignar per ordre de difusió (Solms, van Vianen & Koen et al., 2021; Liu, Li, Yin & Wang, 2022), el segon els grups es divideixen depenent de la matèria que facin els participants (Oró & Esquerda et al., 2021); seguidament tenim 1 estudi clínic controlat, aquest separa els individus mitjançant les puntuacions en un pretest (Matajudíos & Muñoz, 2021).

5.2.2. Desgast dels participants

El desgast dels participants fa referència al percentatge d'individus que han començat l'estudi, però que l'abandonen abans d'acabar la intervenció completament.

Malauradament, encara que volíem seguir els mateixos valors que Toweys-Swift (2022), uns quants estudis de la nostra metaanàlisi no especifiquen aquesta taxa d'abandonament, en concret 8 (Hamilton-West, Pellatt-Higgins & Pillai, 2018; Oró & Esquerda et al., 2021; Urso & Laserna et al., 2022; Solms, van Vianen & Koen et al., 2021; Fainstad, Mann & Suresh et al., 2022; Grensman, Acharya & Wändell et al., 2018; Ogbuanya & Eseadi et al., 2019; Liu, Li, Yin & Wang, 2022).

Els rangs de desgast dels participants en aquests estudis varien des del 2,5% fins al 33,1% (vegeu Taula 3). Hi ha hagut una participació del 80% o millor en 10 estudis (Martínez-Borrás & Navarrete et al., 2022; Uzodinma, Onyishi & Ngwoke et al., 2022; Dike & Onyishi et al., 2021; Matajudíos & Muñoz, 2021; Bagheri & Fatemi et al., 2019; Dyrbye & Shanafelt et al., 2019; Hilcove & Marcau et al., 2021; Macías et al., 2019; Kalsum, Eddy Wibowo & Japar, 2022).

Hi han diversos motius per l'abandonament dels diversos participants, però les més sonades han sigut per culpa d'horaris i motius de salut personal; encara que majoritàriament no esmenten els motius, sempre especifiquen que aquesta marxa de subjectes no té una influència significativa en els resultats.

5.3. Característiques dels estudis

Els estudis inclosos en aquest treball han sigut publicats entre els anys 2018 i 2023. Aquests 20 estudis inclouen recerques que són dels Estats Units (n=5), Nigèria (n=3), Espanya (n=3), Regne Unit (n=2), Països Baixos, Suècia, Colòmbia, Xina, Indonèsia i Iran.

Així doncs, el centre d'aquest informe és buscar el mètode d'intervenció més eficaç davant la reducció dels efectes de la síndrome de Burnout. Ja s'ha explicat les teràpies més utilitzades i aquest és el nombre d'estudis per cada una de les intervencions: Mindfulness (n=5), Coaching (n=4), ACT (n=3), TCC (n=5), Teràpies centrades en la autocompassió (n=1), Teràpia racional-emotiva (n=2).

Les mides de les mostres dels estudis, mostren un nombre a l'inici de la intervenció, que van des de 22 fins a 143 participants. El nombre total de participants que componen aquesta metaanàlisi és de 1370 subjectes.

Les intervencions varien d'allargada des de 3 fins a 20 sessions, tot i que la majoria d'estudis la intervenció té una durada d'entre 6 i 8 sessions. La llargada d'aquestes intervencions intervals entre les 3 a 60 hores total (mitjana = 13,75 h). Només va haver-hi un estudi (Macías et al., 2019) on la intervenció va ser en sessions individuals, la resta van realitzar-se de forma grupal. Hi ha hagut un total de 2 estudis que han dut a terme la seva intervenció de mode en línia (Mealer & Cochran et al., 2021; Fainstad, Mann & Suresh et al., 2022). Pel que fa a la comparació amb el grup control, hi ha dos corrents, una de comparació amb una teràpia alternativa o, per altra banda, el grup control es manté de manera inactiva. En el primer cas hi ha un nombre d'11 estudis, i en l'altra situació n'hi ha 9.

5.4. Disseny dels estudis

Tots els estudis han sigut proves controlades: 16 aleatoritzats i 4 no-randomitzats. S'observa que són poques els dissenys experimentals que valorin el fet de donar feina entre sessions als individus (Macías et al., 2019; Hamilton-West, Pellatt-Higgins & Pillai, 2018); una gran sèrie d'estudis (n=) simplement van avaluar l'impacte d'una teràpia en concret, sense innovar molt; hi ha hagut estudis que han decidit barrejar certs factors amb les diferents teràpies (Hilcove & Marcau et al., 2021; Urso & Laserna et al., 2022) van combinar sessions de ioga amb una base de Mindfulness, al mateix temps (Dike & Onyishi et al., 2021), fa el mateix, però amb una base de Tècniques Cognitivo-Conductual; els únics estudis que les seves intervencions són realitzades amb la metodologia en línia (Mealer & Cochran et al., 2021; Fainstad, Mann & Suresh et al., (2022) són estudis centrats en el Coaching; només hi ha un estudi que compari directament diferents intervencions i que continuï fent un triatge (Grensman, Acharya & Wändell et al., 2018) on es posen en comparació el ioga, Mindfulness i Tècniques Cognitivo-Conductual.

Tots excepte dos estudis (Liu, Li, Yin & Wang, 2022; Hamilton-West, Pellatt-Higgins & Pillai, 2018), reporten la comparació entre el grup experimental i el grup control, incloent-hi tant pretest com posttest i inclús alguns amb seguiment. Absolutament tots els 20 estudis tenen en comú l'instrument de mesura principal, que hem elegit el Maslach Burnout Inventory (MBI), això no significa que no s'hagin utilitzat instruments complementaris. Els més compartits són: Escales de Depressió, Ansietat i Estrès (DASS-21), Qüestionar d'Acceptació i Acció (AAQ-II) i Escala d'Estrès Percebut (PSS).

Pel que fa als resultats i conclusions estadístiques dels articles recollits, podem observar que:

Els estudis centrats en les intervencions amb Coaching professional tenen els següents resultats i observacions dels seus experiments, en un estudi (Solms, van Vianen & Koen et al., 2021) confirmen que és una intervenció prometedora, on hi ha reduccions significatives, però troben que és millor

com a mesura de prevenció que com a tractament; seguidament 2 estudis també troben reducció significativa, però només en certs factors del burnout (Dyrbye & Shanafelt et al., 2019) com és l'esgotament emocional, encara que també augmenta significativament dos factors protectors del burnout com són la resiliència i la millora de qualitat de vida, i també (Fainstad, Mann & Suresh et al., 2022) on els factors que milloren són l'esgotament emocional i la síndrome d'impostor; i per acabar (Mealer & Cochran et al., 2021) té reducció, però no és significativa.

Pel que fa als articles que tracten les Tècniques Cognitivo-Conductuals 2 estudis han comprovat que hi ha una reducció significativa, el que els diferencia és que (Matajudios & Muñoz, 2021) també demostra que la intervenció proporciona eines per a la prevenció de la síndrome, i (Dike & Onyishi et al., 2021) esmenta que els efectes en el seu treball duren com a mínim tres mesos; entre aquests estudis (Grensman, Acharya & Wändell et al., 2018) compara 3 tipus d'intervencions, el ioga, Mindfulness i TCC. D'aquest estudi s'obtenen reduccions significatives i iguals entre les tres intervencions, sols s'han trobat diferències i són poc significatives en l'efecte a llarga estada, aquestes diferències són més altes en el ioga i el Mindfulness.

Seguidament amb els estudis centrats en la Teràpia racional-emotiva, dos estudis (Uzodinma, Onyishi & Ngwoke et al., 2022; Ogbuanya & Eseadi et al., 2019) remarquen que es necessiten més estudis a major escala, un (Ogbuanya, 2019) van trobar canvis significatius; per altra banda (Uzodinma, 2022; Liu, Li, Yin & Wang, 2022) no van trobar canvis significatius en els seus resultats.

Una de les intervencions més importants és la Teràpia d'Acceptació i Compromís, els articles que s'han observat per a aquesta revisió ens mostren que dos estudis (Kalsum, Eddy Wibowo & Japar, 2022; Macías et al., 2019) mostren reducció de la síndrome de burnout significativa; pel que fa a l'estudi restant (Prudenzi, Graham & Flaxman et al., 2022) també demostra uns resultats significatius, però recomana més estudis però a una escala més alta.

I per acabar tenim els estudis centrats en la intervenció Mindfulness, on es pot observar fins a 3 estudis (Hamilton-West, Pellatt-Higgins & Pillai, 2018; Hilcove & Marcau et al., 2021; Martínez-Borrás & Navarrete et al., 2022) que demostren reducció significativa en la síndrome del Burnout. Tot i aquests alts indicis de triomf en aquestes intervencions, venen amb alguns peròs, per exemple (Hamilton-West, 2018) demana estudis més longitudinals per consolidar la seva validesa; seguidament (Hilcove, 2021) explica que és possible tenir un cert limitant, ja que part de l'avaluació dels subjectes eren autoreportades; després també es pot analitzar que (Oró & Esquerda et al., 2021) van obtenir puntuacions de reducció significativa però no directament en la síndrome de Burnout, sinó que en la millora de benestar psicològic i estrès en estudiants. Per acabar (Urso & Laserna et al., 2022) tenien resultats significatius, malgrat això expliquen que va haver-hi obstacles a l'inici de compromís que han pogut influir negativament els resultats aconseguits, per això s'ha de tindre més precaució en un futur.

6. Discussió

En aquesta metaanàlisi s'ha revisat la recerca actual per a l'eficàcia de les intervencions (ACT, Mindfulness, Coaching professional, TCC i Teràpia Racional-Emotiva) per a reduir el burnout en grups de professionals sanitaris, socials i grups de treball. Es va utilitzar una estratègia de cerca sistemàtica, identificant vint estudis per a la seva inclusió en aquest estudi.

Les intervencions van ser variades, dels 20 estudis 16 demostren una reducció significativa pel que fa a la síndrome de Burnout en comparació amb el grup d'espera com en els grups control actius. S'han observat grans efectes a favor de gairebé totes les intervencions; així i tot, hi ha algun dels estudis que han demostrat baix rendiment en la reducció de la síndrome com pot ser en el cas de la Teràpia Racional-Emotiva, la qual tenia el menor nombre d'estudis i a la vegada la menor rellevància estadística, ja que no van haver resultats significatius.

Seguit del Coaching professional, no han obtingut uns resultats tan rellevants per a ser una intervenció del Burnout més eficaç. Això, perquè

en certs estudis esmenen que tenien reduccions no significatives o que esperaven uns resultats encara més significatius; també tenir en compte que en dos estudis de Coaching, sí que va haver-hi reduccions significatives però només en alguns factors components de la síndrome de Burnout, no totalment. Un altre criteri que fa que les seves intervencions no siguin tan contrastades com altres estudis centrats en altres intervencions, és que tots els seus grups controls eren grups en llista d'espera. Per a totes aquestes raons, i com diu (Solms et al., 2021) és una intervenció prometedora que necessita estudis a major escala a un futur pròxim, però que li veu més eficàcia com a prevenció a la síndrome del Burnout.

A continuació, la tercera intervenció més eficaç segons la nostra recerca és la Teràpia d'Acceptació i Compromís (ACT), ja que de totes les intervencions estudiades, és de les més conegudes, però a si mateix obté sols 3 estudis hagin pogut passar les especificacions per poder participar en aquesta metaanàlisi. Tots 3 estudis demostren una reducció dels factors que provoquen la síndrome de Burnout és significativa en tots els estudis. Tot i que sona que pot ser la més eficaç, s'ha de tenir en compte que aquesta intervenció compta amb menys estudis, i a si mateix conté un estudi (Macías et al, 2019) en el que la seva intervenció és individual, a diferència de tots els altres estudis que sempre són intervencions grupals. Així mateix, també recomanen estudis a una escala major, per a comprovar bé la seva eficàcia i validesa.

La segona intervenció més eficaç en aquesta recopilació que tenim, serà la Teràpia mitjançant Mindfulness. Això perquè malgrat que tenen 3 estudis amb estadístics significatius, però en un estudi (Hilcove, 2021) demostren un gran limitant en la seva investigació, en què els mateixos participants de l'experiment s'autoavaluen i aquest report es té en compte en els estadístics finals, tenint sempre la possibilitat que els individus no es puntuïn objectivament. Hi ha un altre motiu pel qual no és la principal intervenció i aquesta serà per la falta d'un estudi a una escala més gran, com indica (Hamilton-West, 2018); per altra banda (Oró et al., 2021), en el seu estudi troba que només ha pogut reduir uns quants factors components de la síndrome del Burnout, però no tots; i a si mateix, l'últim

estudi (Urso et al., 2022) indica la possibilitat d'una variació en el resultat gràcies a una dificultat no controlada a l'inici de l'estudi. Per aquestes raons considerem que no podem confirmar a la intervenció amb Mindfulness la més eficaç de totes.

Per finalitzar, la intervenció que és estadísticament més significativa en la reducció dels factors i símptomes de la síndrome de Burnout és la intervenció basada en Tècniques Cognitivo-Conductuals (TCC). Malgrat que algunes de les intervencions analitzades com ACT i el Mindfulness, es consideren TCC, en aquests estudis s'han volgut centrar en una base general de coneixement d'aquestes tècniques, sense realitzar una intervenció en concret. Dit això, considerem que les TCC ha sigut el mètode d'intervenció més eficaç, ja que, tots els seus estudis han sigut estadísticament significatius, han generat més canvis en tots els àmbits de la síndrome de Burnout i a la vegada (Dike & Onyishi et al.,2021) s'ha demostrat tenir un efecte més durarer que la resta d'intervencions, amb un mínim de tres mesos on els resultats són els mateixos que en la sessió final de l'estudi. Per altra banda (Grensman et al, 2018), s'ha fet l'únic experiment que el grup control fa altres intervencions amb altres teràpies que es fan en l'estudi, aquesta sent el Mindfulness i traient uns resultats significatius gairebé iguals. El perquè les TCC són les més eficaces, és simplement per les limitacions dels estudis del Mindfulness, que són massa grans per a ignorar-les.

Mentre que l'heterogeneïtat de la població en les professions estudiades impedeix que es treguin conclusions fermes sobre l'eficàcia de la llei dins d'un grup professional determinat, per contra, dóna suport a suposicions preliminars sobre l'àmplia aplicabilitat de l'enfocament entre diversos grups de personal.

7. Conclusions

Les intervencions en aquesta metaanàlisi han sigut associades estadísticament a una reducció significativa en la síndrome de Burnout en més de la meitat dels estudis afegits en aquesta revisió, així mateix, tots els estudis amb l'excepció de cinc, s'ha demostrat l'efecte positiu davant la síndrome en comparar amb altres grups avaluats amb MBI.

Malgrat que tots mostren efectes positius sobre la reducció d'aquesta síndrome, hi ha 3 intervencions que ressalten sobre les altres. La Teràpia d'Acceptació i Compromís és relativament innovadora, i encara no s'han realitzat molts estudis més compatibles amb el tipus d'experiments que compleixen els requisits per entrar en aquesta revisió, malgrat això, tots tres estudis han donat una reducció significativa, així i tot, necessita més mostra de població per competir amb les dues intervencions següents. Així que en un futur pròxim, s'hauria d'invertir més temps i esforços en comprovar l'eficàcia d'aquesta intervenció.

Pel que fa al Mindfulness, és la segona intervenció més eficaç segons els estudis recollits en la recerca feta; tot i que mostren diversos resultats amb una reducció més que significativa, també s'han mostrat certes limitacions trobades i explicades en els estudis, tals com eines de mesurar poc objectives i variables no controlades. Per aquests motius, trobem que no es pot considerar a les intervencions basades en el Mindfulness les més eficaces en aquesta metaanàlisi.

Finalment, la intervenció que segons els seus resultats, falta de limitacions o problemes, l'efecte i duració d'aquest que ha tingut en la seva mostra, la gran quantitat d'estudis i mostra de població utilitzada; es considera a les intervencions basades en Tècniques Cognitivo-Conductuals les més eficaces per a la intervenció i prevenció de la síndrome de Burnout.

En conclusió, les tres últimes teràpies o intervencions (ACT, Mindfulness i TCC), totes i cada una d'elles tenen la seva eficàcia sobre el burnout i sempre pot ser que els resultats puguin variar segons la mostra de població que es tria per realitzar l'estudi i segur que continuar investigant aquestes

intervencions poden canviar el paradigma en un futur sobre la seva eficàcia sobre el Burnout. Malgrat aquestes suposicions, només podem quedar-nos amb les dades que tenim actualment, i per això mateix, la intervenció més eficaç és la Teràpia Cognitivo-Conductual.

8. Aplicabilitat

Des d'un principi, aquest treball ha anat destinat amb l'objectiu d'aplicar-se en l'àmbit de la Psicologia Organitzacional i Recursos Humans.

Un cop trobades les conclusions d'aquesta metaanàlisi, recomanaria la seva aplicació sobre tota institució, pública o privada, per poder tractar la situació que tenen. Així doncs, tot i que l'objectiu del treball era buscar la intervenció més eficaç, en una empresa o directament, qualsevol lloc de treball, s'ha d'evitar arribar a aquesta situació.

Per això mateix, les intervencions basades en les Tècniques Cognitivo-Conductuals a part de ser bones intervencions per a reduir el Burnout, també són eines eficaces per a la prevenció d'aquesta síndrome.

9. Limitacions

Les limitacions d'aquest estudi se centra principalment en la forma de l'estudi, ja que no té una part pràctica on es realitzin uns estudis estadístics totalment objectius. Aquest estudi s'ha centrat en una anàlisi de bibliografia, és a dir, s'han reunit els resultats i conclusions dels 20 estudis i; analitzat i comparat en profunditat entre ells. Aquestes comparacions, a part de tenir sols en compte les conclusions i resultats, també s'ha tingut en compte com la validesa científica que tenen els estudis, ja que pel fet de tenir certa equivalència amb el nombre d'estudis per intervencions, hi ha alguns estudis que normalment no haurien passat les normes d'inclusió.

Una altra limitació d'aquest estudi és el fet de no tenir tots els estudis en la metodologia d'experiments aleatoritzats i controlats, ja que dins de poder fer una anàlisi, sempre va millor si tots els factors externs als

resultats i conclusions siguin semblants i d'aquesta manera, més eficient comparar-los, perquè estan realitzats sota la mateixa metodologia.

10. Pressupost

Per a fer un pressupost es farà des del sou base d'investigador aquí en Espanya, sumant les possibles despeses amb les eines utilitzades per a elaborar l'anàlisi.

Seguint la informació proporcionada per la Conselleria de Salut i Famílies de la Junta d'Andalusia, el sou mínim interprofessional per a un investigador novell, és de 19.500€ anuals. Per tant, al mes cobrarà 1625€. Direm que l'investigador treballarà 35 hores a la setmana. Un any té cinquanta-dues setmanes. En conseqüència, en un any treballarà 1820 hores (contant vacances i festius). En conseqüència, l'investigador novell cobrarà 10,71€/hora.

Taula 4.

Pressupost per a la realització del Treball de Fi de Grau

Costs		Conceptes	Quantitat	Preu Unitat	Preu total
Directes	Fase 1: Preparar	Preparació d'esquemes per a realitzar la filtració inclusió dels estudis	15 hores	10,71€/h	160,65€
	Fase 2: Executar	Recerca d'estudis aptes per l'estudi, anàlisi i comparació de resultats.	40 hores	10,71€/h	428,4€
	Fase 3: Redactar	Redacció de les conclusions de l'estudi.	30 hores	10,71€/h	321,3€
Indirectes	Ordinador	Cost d'amortització	85 hores	0,114€/h	9,69€
				TOTAL	920,04 €

Nota. Aquest pressupost no és real, és una suposició d'un sou per a la realització d'aquest estudi.

11. Bibliografía

Part teòrica

Thapa, D. R., Stengård, J., Ekström-Bergström, A., Josefsson, K. A., Krettek, A., & Nyberg, A. (2022). Job demands, job resources, and health outcomes among nursing professionals in private and public healthcare sectors in Sweden – a prospective study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00924-z>

Martínez Pérez, A., (2010). *EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN*. Vivat Academia, (112), 42-80.

Maslach C. "Burn-out." *Hum Behav*. 1976; 5 (9): 16–22.

Maslach C, Jackson S. *Burnout in health professions: A social psychological analysis*. *Soc Psychol Heal Illn*. 1982; 227–51.

Maslach C, Jackson S. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1986.

Moreno B, Oliver C, Aragonese Buela-Casal, G., & Caballo, V. E. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. pp. 271-284.

Thomaé M.N.V, Ayala E.A., Sphan M.S., Stortti M.A. *Etiología y Prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la Salud*. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*; 2006. 153: 18-21.

Gil-Monte, P. R. (2003) El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica Interaçao Psy*, 1(1), 19-33.

Vidal, J. B., & Campos, F. R. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Piramide Ediciones Sa. Pp. 231.

- Roberts, R. K., & Grubb, P. L. (2014). The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 39(2), 62–69. <https://doi.org/10.1002/rnj.97>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical teacher*, 39(2), 160–163. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248918>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 388(10057), 2272–2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado en 28 de julio de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
- Moñivas, A., García-Diex, G., & García-De-Silva, R. (2012). *MINDFULNESS (ATENCIÓN PLENA): CONCEPTO Y TEORÍA*. Portularia, XII(), 83-89.
- Botella, L., & Pérez, M. A. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66/67), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- García, J.A. (Julio 2013). *La terapia centrada en la compasión*. Psicoterapeutas.com. <https://psicoterapeutas.com/tratamientos/compasion/>

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.

Atkins, P. W., & Parker, S. K. (2012). Understanding individual compassion in organizations: The role of appraisals and psychological flexibility. *The Academy of Management Review*, 37(4), 524–546. <https://doi.org/10.5465/amr.2010.0490>

Torres, A. (14 de noviembre 2015). *Terapia Cognitivo-Conductual: ¿qué es y en qué principios se basa?*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual>

Izquierdo, J., Rodríguez, D. (12 de junio 2022). *¿Qué es la terapia racional emotiva conductual (TREC)?* Siquia. <https://www.siquia.com/blog/terapia-racional-emotiva-conductual/>

Escuela Europea de Coaching. (s.f.) *¿Qué es el Coaching?* <https://www.escuelacoaching.com/que-es-coaching-ser-coach/>

Fernández, F. M. (10 de marzo 2011). *Coaching y Burnout – Cómo prevenir el síndrome "estar quemado"*. RRHH Digital. <https://www.rrhhdigital.com/editorial/75515/coaching-y-burn-out-%E2%80%93-como-prevenir-el-sindrome-estar-quemado>

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

Part meta-anàlisi

Kim D. Towey-Swift, Christian Lauvrud y Richard Whittington (2023) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el agotamiento del personal profesional: una revisión sistemática y síntesis narrativa de ensayos*

controlados, *Journal of Mental Health*, 32:2, 452-464, DOI: [10.1080/09638237.2021.2022628](https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022628)

Kalsum, U., Eddy Wibowo, M., & Japar, M. (2022). The Effectiveness of Group Counseling Acceptance and Commitment Therapy to Reduce Students' Academic Burnout. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 11(1), 16-22. <https://doi.org/10.15294/jubk.v11i1.55670>

Macías, J., Aguayo, L. V., Bond, F. W., & Blanca, M. J. (2019). The efficacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *PubMed*, 31(1), 24-29. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.202>

Martínez-Borrás, R., Navarrete, J., Bellosta-Batalla, M., Martínez-Brotóns, C., & Martínez-Rubio, D. (2022). Changes in Salivary Immunoglobulin A, Stress, and Burnout in a Workplace Mindfulness Intervention: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6226. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106226>

Mealer, M. , Boeldt, D. , Cochran, K. , Hodapp, R. , Forster, J. , Conrad, D. , Rothbaum, B. , Dimidjian, S. and Moss, M. (2021) A Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Intervention to Improve Resilience and Mitigate Symptoms of Burnout Syndrome in Critical Care Nurses: Results of a Randomized Trial. *Open Journal of Nursing*, **11**, 653-667. doi: [10.4236/ojn.2021.118055](https://doi.org/10.4236/ojn.2021.118055).

Hamilton-West, K., Pellatt-Higgins, T., & Pillai, N. (2018). Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Primary Health Care Research & Development*, 19(6), 591-597. doi:10.1017/S1463423618000129

Hilcove, K., Marceau, C., Thekdi, P., Larkey, L., Brewer, M., & Jones, K. (2020). Holistic Nursing in practice: Mindfulness-Based yoga as an

intervention to manage stress and burnout. *Journal of Holistic Nursing*, 39(1), 29-42. <https://doi.org/10.1177/0898010120921587>

Oro, P., Esquerda, M., Mas, B., Viñas, J. M. P., Yuguero, O., & Pifarré, J. (2021). Effectiveness of a Mindfulness-Based programme on Perceived stress, psychopathological symptomatology and burnout in medical students. *Mindfulness*, 12(5), 1138-1147. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01582-5>

Urso, C., Laserna, A., Feng, L., Agnité, A., Jawe, N., Magoun, C., Layton, L. S., Nates, J. L., & Gutierrez, C. (2022). Mindfulness as an Antidote to Burnout for Nursing and Support Staff in an Oncological Intensive Care Unit: A Pilot Study. *Holistic nursing practice*, 36(5), E38–E47. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000544>

Hashem, Z., & Zeinoun, P. (2020). Self-Compassion explains less burnout among healthcare professionals. *Mindfulness*, 11(11), 2542-2551. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01469-5>

Liu, S., Xiang-Su, L., Yin, X., & Wang, L. (2022). Analysis of the effect of rational emotional intervention combined with hierarchical management mode on improving the psychological stress of emergency nurses and trainee nurses. *Emergency Medicine International*, 2022, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2022/2038018>

Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Gill, P., Satele, D., & West, C. P. (2019). Effect of a professional coaching intervention on the well-being and distress of physicians. *JAMA Internal Medicine*, 179(10), 1406. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.2425>

Solms, L., Van Vianen, A., Koen, J., Theeboom, T., De Pagter, A. P. J., & De Hoog, M. (2021). Turning the Tide: a quasi-experimental study on a coaching intervention to reduce burn-out symptoms and foster personal resources among medical residents and specialists in the

Netherlands. *BMJ Open*, 11(1), e041708.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041708>

Fainstad, T., Mann, A., Suresh, K., Shah, P., Dieujuste, N., Thurmon, K., & Jones, C. (2022). Effect of a novel online Group-Coaching program to reduce burnout in female resident physicians. *JAMA network open*, 5(5), e2210752.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10752>

Dijxhoorn, A., Brom, L., Van Der Linden, Y. M., Leget, C., & Raijmakers, N. (2020). Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 35(1), 6-26.

<https://doi.org/10.1177/0269216320956825>

Prudenzi, A., Graham, C. D., Flaxman, P. E., Wilding, S., Day, F., & O'Connor, D. B. (2022). A workplace Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for improving healthcare staff psychological distress: A randomised controlled trial. *PloS one*, 17(4), e0266357.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266357>

Bagheri, T., Fatemi, M. J., Payandan, H., Skandari, A., & Momeni, M. (2019). The effects of stress-coping strategies and group cognitive-behavioral therapy on nurse burnout. *Annals of burns and fire disasters*, 32(3), 184-189.

Carmona, J., & Muñoz, C. F. M. (2021). Diagnosis and Intervention program for burnout syndrome in primary and secondary teachers at a school in Pereira. *Universal journal of public health*, 9(2), 75-82.

<https://doi.org/10.13189/ujph.2021.090206>

Dike, I. C., Onyishi, C. N., Adimora, D. E., Ugodulunwa, C. A., Adama, G. N., Ugwu, G. C., Eze, U. N., Eze, A., Ogba, F. N., Obiwluozo, P. E., Onu, J. C., Onu, A. O., Omenma, Z. O., Nwaeze, V. C., Ani, C., Ngwu, C. N.,

Uzodinma, U. E., & Iremeka, F. U. (2021). Yoga complemented cognitive behavioral therapy on job burnout among teachers of children with autism spectrum disorders. *Medicine, 100*(22), e25801. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000025801>

Grensman, A., Acharya, B. D., Wändell, P., Nilsson, G., Falkenberg, T., Sundin, Ö., & Werner, S. (2018). Effect of traditional yoga, mindfulness-based cognitive therapy, and cognitive behavioral therapy, on health related quality of life: A randomized controlled trial on patients on sick leave because of burnout. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2141-9>

Catanzano, T., Azizaddini, S., Clayton, M., Pham, T., Methratta, S., Fishman, M., Moser, F. G., & Dunnick, N. R. (2023). Framed and reframed! The art of using cognitive behavioral techniques to combat burnout. *Current Problems in Diagnostic Radiology, 52*(2), 130-133. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2022.07.010>

12. Annexes

Taula 2.

Taula de Qualitat dels estudis inclosos en el meta-anàlisi

Criteris	Kalsum 2022	Macías et al. 2019	Mealer, et al. 2021	Hamilton-West 2018	Hilcovet et al. 2021	Oró et al. 2021	Urso et al. 2022	Dyrbye et al. 2019	Solms et al. 2021	Fainstad et al. 2022	Bagheri et al. 2019	Matajudios 2021	Dike et al. 2021	Grenman et al. 2018	Ogbuanya et al. 2019	Uzodinma et al. 2022	Liu 2022	Martínez-Borrás et al. 2022	Prudenzi et al. 2022
Marc teòric explícit	1	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3
Declaració de metes/objectius en el cos principal de l'informe	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3
Descripció clara de l'entorn d'investigació	3	2	3	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3	1	1	1	2	2
Evidència de la mida de la mostra considerat en termes d'anàlisi	3	3	1	3	0	1	0	1	0	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1

Mostra representativa del grup objectiu d'una mida raonable	2	3	2	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1
Descripció del procediment per la recopilació de dades	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2
Justificació de l'elecció de les eines de recopilació de dades	1	2	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	0	2	0	1	1	3	2
Dades detallades de contractació	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3
Avaluació estadística de la confiabilitat i validesa de les eines de mediació (només quantitatives)	1	3	1	1	3	2	2	1	3	3	2	1	2	3	3	2	1	2	2

Ajust entre la pregunta d'investigació plantejada i el mètode de recopilació de dades (només quantitatiu)	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2
Ajust entre pregunta d'investigació i mètode d'anàlisi	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2
Bona justificació pel mètode analític seleccionat	2	3	0	0	2	3	1	3	3	3	0	1	2	3	2	1	3	3	3
Evidència de participació de l'usuari en el disseny	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Fortaleses i limitacions discutides críticament	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	2	1	2	1	3	2

Font: Kim D. Towey-Swift et al., 2021

Nota. La puntuació donada a cada criteri equival a 0 = res, 1 = una mica, 2 = bastant, 3 = completament

Taula 3.

Característiques dels estudis inclosos en el meta-anàlisi

Estudi	Participants	Desgast (% del total contractat)	Mètode d'aleatorització	Intervenció	Comparador	Instruments de mesura	Resultats de Burnout	Prova i seguiment
Kalsum, Eddy Wibowo i Japar (2022)	Estudiants indonesis de la institució acadèmica Lil-Banat Parapare. n = 74	ACT = 7 (9,45%) Grup control = 7 (9,45%)	Assignador aleatori	Mesuració anterior i posterior de totes les sessions d'ACT. Es van realitzar 6 sessions amb un temps de 2x45 minuts. Es va realitzar un seguiment 2 setmanes després.	Es va comparar amb el grup control, el qual no van treballar la Teràpia d'Acceptació i Compromís	MBI i MBI-SS	S'han aconseguit uns resultats que demostren que la teràpia grupal d'ACT ha reduït el burnout acadèmic dels subjectes. L'efectivitat del tractament és millor que la del grup placebo	Proves prèvies a les sessions i seguiment posterior de 2 setmanes
Macías et al. (2019)	Treballadors públics de la localitat de Màlaga. Que participen voluntàriament en un programa per promoure la seva salut organitzacional. n= 42	ACT = 1 (2,38%) Grup espera de llista = 3 (7,14%)	Assignats aleatòriament	3 sessions individuals, les quals es participa com si fossin les últimes sessions. Apart de les sessions als participants del grup ACT tenen pràctica a casa.	A la vegada que el grup ACT feia les sessions com si fos la última, el Grup d'espera les feia consecutivament	GHQ-12, MBI, MBI-GS, AAQ-II, WAAQ, DASS-21	El grup ACT ha demostrat canvis estadísticament significatius en aspectes com la reducció en l'esgotament emocional i l'augment en eficàcia professional. Es demostra que l'ACT promoua eines addicionals als treballadors per a la resiliència	Pre-test i post-test

							del síndrome de Burnout.	
Mealer, Cochran et al. (2021)	Infermeres de UCI, gerents de la planta UCI i administradors hospitalaris de Denver. n = 101	MBCT = 28 (22,9%)	Seleccionats aleatoritzadament	3 fases. Les dues primeres fases es fan presencialment, quan l'última es fa de modalitat online. La qual pretén realitzar un programa de 8 sessions online, una sessió a la setmana. Coaching	Club lector, en canvi de fer les sessions online, aquest grup llegeix un llibre sobre durant 4 setmanes.	CD-RISC, MBI, MBI-HS, PDS, HADS, CSQ-8	S'ha aconseguit certa reducció en els principals símptomes de Burnout, tot i això els resultats no són tant significatius com els esperats.	Pre-test i post-test

<p>Hamilton-West, Pellatt-Higgins i Pillai (2018)</p>	<p>Metges generals del Servei Nacional de Salut de Regne Unit, especificam ent del Sud-est d'Anglaterra . n = 22</p>	<p>No especificat</p>	<p>Seleccionats aleatoritzadament</p>	<p>8 sessions de 2 h cada una. 1 a la setmana, entre sessions es realitzen deures de Mindfulness.</p>	<p>Comparen els resultats obtinguts amb el pas del temps. Un inicialment, el següent al cap d'1 mes i l'últim després de 3 mesos.</p>	<p>MBI i PSS</p>	<p>Canvi significativament positiu dels subjectes en comparació al inici del tractament. Tot i així, s'hauria de fer un experiment més llarg per avaluar més adequadament.</p>	<p>1r dia, seguit d'1 mes en el tractament i l'últim en 3 mesos de tractament</p>
<p>Hilcove i Marcau et al. (2021)</p>	<p>Professionals sanitaris establerts en hospitals de Sud-oest d'Estats Units d'Amèrica. N = 80</p>	<p>Grup control = 2 (2,5%)</p>	<p>Aleatoritzats utilitzant una eina informàtica</p>	<p>6 sessions de ioga amb Mindfulness. Pre i post sessions, els subjectes eren valorats.</p>	<p>Grup control, en diferència al grup de ioga MB, no hi ha un pre i post valoració dels propis subjectes</p>	<p>MBI, Vitality Scale, Global Sleep Quality, Brief Serenity Scale, Mindful Attention Awareness Scale i PSS</p>	<p>Hi ha hagut un canvi significatiu en estrès i burnout en comparació al grup control. Tot i que totes les mesures eren auto-reportades, per tant això pot ser un limitant pel que fa els resultats obtinguts.</p>	<p>2 setmanes abans de la intervenció, durant la intervenció i post-intervenció</p>
<p>Oró i Esquerda et al. (2021)</p>	<p>La mostra treballada en aquest estudi eren estudiants de psicobiologia a espanyols. n = 143</p>	<p>No especificat</p>	<p>Un estudi Quasi-experimental de dos grups independents (experimental i control)</p>	<p>8 sessions de 2h durant el curs de 16 setmanes. Un CD es va entregar als participants on explicaven exercicis per facilitar la pràctica de Mindfulness.</p>	<p>El grup control que estava prenent un altre tipus de lliçons a la vegada que el grup experimental</p>	<p>SCL-90-R, PSS i MBI-SS</p>	<p>El programa de Mindfulness ha resultat en una millora en la simptomatologia psicològica i estrès en els estudiants; però no s'ha trobat impacte a nivell del burnout.</p>	<p>Pre i post tractament</p>

Urso i Laserna et al. (2022)	Infermeres i altres tècnics sanitaris en l'ala d'oncologia d'un hospital de Texas. n = 45	No especificat	Seleccionats aleatoritzadament	8 sessions d'intervenció LOTUS en el grup experimental. És una intervenció MBI de ioga. La duració es de 1 hora a la setmana. Això si, es tornen a fer subgrups per dificultats horàries de l'hospital.	Grup control tenien sessions normals de ioga	DASS-21 i MBI-HSS	La implementació del MBI va enfrontar molts obstacles i va tenir un inici de baix compliment. Això suposadament va influir en els resultats i s'hauria d'abordar abans de qualsevol intervenció futura.	Pre i post tractament
Dyrbye i Shanafelt et al. (2019)	Tot tipus de professionals sanitaris que treballen en la Mayo Clinic Health System, Estats Units. n = 80	Grup Intervenció = 1 (1,25%) Grup control = 3 (3,75%)	Assignats aleatòriament	1 hora inicial de coaching professional . Seguit de 5 sessions de 30 minuts amb una freqüència de 2 a 3 en 5 mesos.	Grup control. No van obtenir intervencions durant 5 mesos, però tenien accés al mateix número d'hores en contacte amb un coach	MBI, Physician Job Satisfaction Scale, Utrecht Engagement Scale, Empowerment at Work Scale	Aquest entrenament de Coaching redueix l'esgotament emocional, millorar la qualitat de vida i augmentar la resiliència.	Pre i post tractament
Solms, van Vianen i Koen et al. (2021)	Metges residents en 4 hospitals universitaris en Països Baixos. n = 114	No especificat	Quasi-experimental (coaching vs no-coaching) no randomitzats	6 sessions de coaching durant 10 mesos, centrades a tractar el burnout, cinisme, etc.	Grup control no van sota cap tractament.	Work Design Questionnaire i MBI	L'estudi suggereix que el coaching individual és prometedor per a reduir els símptomes de Burnout. Tot i així, és preferible com a prevenció	Pre i post tractament

							més que com a intervenció.	
Fainstad, Mann, Suresh et al. (2022)	Metgesses residents graduades en la Universitat de Colorado, EEUU. n = 101	No especificat	Assignats aleatòriament	Intervenció grupal de Coaching online amb una durada 6 mesos.	Grup control, que va obtenir entrenament residencial com feien habitualment.	MBI, Young Impostor Syndrome Scale, Neff's Self-Compassion Scale-Short Form i Moral Injury Symptom Scale-Healthcare Professionals.	S'ha reduït l'esgotament emocional i les puntuacions de la síndrome de l'impostor. Per tant, ajuda parcialment a la reducció de la síndrome de burnout.	Pre i post tractament
Bagheri, Fatemi et al. (2019)	Infermeres que treballen en l'Hospital Hazrat Fatima en Teheran. n = 60	Grup control = 2 (3,34%)	Seleccionats aleatoritzada ment	10 sessions grupals de TCC de 1'5 a 2 hores, una a la setmana per 2'5 mesos.	Grup control no van sota cap tractament psicològic	MBQ	Aquestes tècniques poden ser efectives per reduir el burnout. Es pot oferir com assessorament a les infermeres de centres sanitaris	Pre, post tractament i seguiment d'1 mes
Matajudios i Muñoz (2021)	Professors de primària i secundària en la ciutat de Pereira, Colòmbia. n = 85	Grup control = 4 (4,71%) Grup experimental = 1 (1,18%)	La formació dels grups es va dur a terme en una manera homogènia amb professors presentat nivell alt, mitjà i baix de burnout	8 sessions que duren 2 mesos. TCC que proporciona eines a l'individu que els permetrà gestionar el síndrome de Burnout a nivell físic	Grup control que no tenen nivells alts de burnout	MBI	Es va trobar resultats significatius sobre l'eficàcia de la intervenció en tres components: Esgotament emocional, Baixa realització personal i en la Despersonalització	Avaluacions pre- i post-test

				tant emocional.				
Dike i Onyishi et al. (2021)	Professors d'educació especial amb nivells alts de burnout, en Lagos, Nigèria. n = 58	Y-CBT (ioga basat en Teràpia cognitivo-conductual) = 2 (3,5%)	Assignació aleatòria	Sessions setmanals de 2h de Y-CBT durant 12 setmanes.	Grup llista d'espera	SISQ i MBI-ES	Reducció significativa de Burnout al comparar ambdós grups. La reducció es va mantenir després del seguiment de 3 mesos dels individus.	Pre, post tractament i seguiment de 3 mesos
Grensman, Acharya i Wändell et al. (2018)	Pacients i professionals sanitaris residents en Estocolm, Suècia. Edats entre 18 i 65 anys. n = 94	No especificat	Assignació aleatòria	Sessions de 3h per setmana, amb una duració de 20 setmanes. Es dividiran en 3 grups: un de ioga, un MBCT i TCC.	Comparació entre els diferents grups	SWED-QUAL I MBI	Tots els grups van rebre una reducció en Burnout semblant.	Pre i post tractament
Ogbuanya, Eseadi et al. (2019)	Treballadors en el sector tecnològic sense títol en Nigèria. n = 124	No especificat	Assignador aleatori	12 sessions setmanals de Teràpia racional-emotiva i 2 setmanes de seguiment posterior.	Grup de no-intervenció i els seguiments	MBI i un auto-report	Van haver reducció en factors associats al burnout, també van durar en el seguiment. Però es necessita més avaluació clínica, limitat per auto-reportatge	Pre, post tractament i seguiment de 2 setmanes.

Uzodinma, Onyishi i Ngwoke et al. (2022)	Professors d'educació especial amb nivells alts de burnout, en Anambra, Nigèria. n = 97	WLG = 6 (6,19%) REOCH = 5 (5,15%)	Assignació aleatòria	REOHC (Teràpia racional-emotiva) sessions de 2h a la setmana durant 12 setmanes.	Grup llista d'espera	MBI-ES	Va haver reduccions pel que fa la síndrome de Burnout però no del tot significatives, s'hauran de fer més estudis a futur.	Pre-, post-test i seguiment 1 i 2.
Liu, Li, Yin i Wang (2022)	Infermeres i altres personals sanitaris xinesos. n = 50	No especificat	No aleatoritzat	Sessions setmanals de 1h d'intervenció emocional racional, amb un psicòleg especialitzat en aquesta branca.	Pre-tractament i post-tractament	SAS, MBI, PSQI	Es troben reduccions de factors presents en el Burnout, però no són estadísticament significatives	Pre-intervenció i post-intervenció

<p>Martínez-Borrás, Navarrete, et al. (2022)</p>	<p>Treballadors d'una empresa automobilística d'Espanya. n = 45</p>	<p>Grup control = 5 (11,12%)</p>	<p>Assignació aleatòria</p>	<p>Intervenció Mindfulness durant 6 setmanes 2 hores cada sessió. Guiada per un professional en Mindfulness i donant feina entre sessions.</p>	<p>Grup control, fa un altre tipus de intervenció en la que l'estudi no es centra.</p>	<p>MBI, PSQ, sIgA, SCS-SF, AAQ-II</p>	<p>Confirma que els MSCBI podrien ser més efectius que les intervencions psicoeducatives habituals per al tractament de l'estrès i el burnout. La sIgA es pot utilitzar per avaluar els canvis d'estat de la funció immune quan es duen a terme els MSCBI. Aquests resultats indiquen que és factible realitzar MSCBI dins de les empreses i en horari laboral, i que aquestes intervencions poden ajudar a gestionar eficaçment l'estrès i el burnout associats a l'entorn laboral.</p>	<p>Pre-test i post-test</p>
---	--	----------------------------------	-----------------------------	--	--	---------------------------------------	--	-----------------------------

<p>Prudenzi, Graham i Flaxman, et al. (2022)</p>	<p>Tècnics sanitaris de la NHS en Yorkshire i Humberside, Regne Unit. n = 98</p>	<p>De la mostra inicial van abandonar l'estudi 48 participants (33,1%)</p>	<p>Assignació aleatòria</p>	<p>ACT, 3 setmanes estandarditzada i validada existent dissenyada per a llocs de treball. Quatre sessions grupals de dues hores impartides durant quatre setmanes consecutives. Combinació estructurada de Mindfulness i treball basat en valors.</p>	<p>Grup llista d'espera</p>	<p>GHQ-12, MBI, MEAQ-DE i SCS-SF</p>	<p>Es demostra que el programa d'entrenament ACT és eficaç per millorar el malestar psicològic en els professionals sanitaris que treballen dins del NHS. Es va trobar que la consciència, els valors i l'autocompassió mediaven l'efectivitat de la intervenció. Es van trobar canvis fiables i clínicament significatius en el 46% de la mostra del grup experimental. S'ha d'acabar de confirmar en un assaig controlat aleatoritzat a més gran escala.</p>	<p>Pre i post tractament</p>
---	---	--	-----------------------------	---	-----------------------------	--------------------------------------	--	------------------------------

Font: Kim D. Towey-Swift et al., 2021

Nota. Taula on es poden comprovar les diferents característiques pròpies de cada estudi.

13. Reflexió. Valoració personal TFG.

La realització d'aquest Treball de Fi de Grau, m'ha fet raonar molt durant tot el curs. Quin tema escollir; com portar-ho a terme; com organitzar-te; serà realment interessant, actual... Per això mateix, crec que per una part, ha sigut una pràctica que ha felicitat l'autoconeixement, ja que m'ha permès saber els meus límits, quins són els meus defectes pel que fa a l'hora de planejar pla de treballs i a la vegada portar-los dur a terme.

No tot han sigut desventures, també he tingut moments feliços durant el treball com ara, quan m'he sentit sostingut i animat per amics i familiars, la demostració de paciència i empatia de la meva tutora... i sobretot per la meva capacitat de persistir i continuar endavant.

Ja mirant termes més tècnics pel que fa a amb el treball, vaig tenir uns quants problemes a l'hora de trobar els articles i estudis necessaris per a fer l'anàlisi plantejada, ja que es van haver de fer dues recerques, una d'aquestes no va servir de re, perquè els instruments de mesura eren diferents i la gran majoria venien de publicacions de revistes de quartils baixos, al final, vaig decidir canviar-ho i començar de zero; un altre problema i dels greus, va ser quan es va espatllar l'ordinador, aquests dos problemes em van demostrar la resiliència que tinc i posar-me directament a intentar arreglar les coses.

Ja mirant fora de problemes i alegries personals, volia comentar les conclusions. No diré que em sorprèn que les tècniques cognitivo-conductuals són les més eficaces, ja que el paradigma actual de la psicologia està en aquesta branca. La veritat el que més m'ha sorprès ha sigut la baixa qualitat d'estudis que hi ha sobre la intervenció basada en el coaching amb el burnout. Sempre havia sentit a dir que el coaching, que podem debatre fins a quin punt és psicologia o no, o el que sigui, si s'ha demostrat que ajuda la gent a millorar pel que fa a en els símptomes d'aquesta síndrome, doncs m'ha sorprès la baixa qualitat i els resultats

aportats. Per això mateix, em semblaria interessant poder fer estudis més elaborats sobre aquesta intervenció.

Per concloure, em sembla que he aconseguit respondre l'objectiu d'aquest treball, saber quina és la intervenció més eficaç per a tractar la síndrome de Burnout. Per això mateix, s'han tingut en compte molts factors des dels resultats significatius i sobretot la duració del canvi amb els seguiments dels experiments. La veritat em sento satisfet amb aquest treball, he passat per moments complicats i bonics, i és molt bona manera de tancar una etapa acadèmica tan important com és una carrera.