



Universidad Miguel Hernández

Máster Universitario en Prevención de Riesgos Laborales

EL SÍNDROME DE BURN-OUT, UN RIESGO LABORAL PARA LA MATRONA

Junio 2018

Autor: Elisa Navarro García

Director: José Rafael Lobato Cañón





INFORME DEL DIRECTOR DEL TRABAJO FIN MASTER DEL MASTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

D./D^a JOSÉ RAFAEL LOBATO CAÑÓN, Tutor/a del Trabajo Fin de Máster, titulado 'El síndrome de burn-out, un riesgo laboral para la matrona' y realizado por el/la estudiante D^a Elisa Navarro García.

Hace constar que el TFM ha sido realizado bajo mi supervisión y reúne los requisitos para ser evaluado.

Fecha de la autorización: 13/06/2018

Fdo.: José Rafael Lobato Cañón
Tutor TFM



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El síndrome de burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por la vivencia de agotamiento emocional, y que da lugar a actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional.

Con el objetivo de determinar la prevalencia del síndrome de burnout en las matronas de la zona del levante-sur español y la influencia de diferentes variables sobre las dimensiones del burnout, se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico sobre un grupo de matronas pertenecientes a diferentes servicios y centros sanitarios de las provincias de Málaga, Granada, Córdoba, Murcia, Alicante, Valencia y Castellón.

Para la recogida de datos se hizo uso de un cuestionario online en el que se recogieron variables sociodemográficas, laborales y el nivel de burnout a través del Maslach Burnout Inventory

Los resultados obtenidos mostraron que las trabajadoras con contratos eventuales o temporales presentaron un mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización y menor realización personal.

Las matronas que realizan jornada completa presentan mayores niveles de despersonalización que las que realizan jornada parcial y las que trabajan en Atención Primaria presentan menores niveles de despersonalización. Esta dimensión presenta niveles mayores en las matronas con turnos rotatorios de 12 horas y aumenta a medida que aumentan los turnos de noche.

Matrona – Burnout – Despersonalización – Agotamiento Emocional – Realización Personal



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Qué es el síndrome de Burnout.....	10
1.2. Burnout como riesgo laboral.....	12
1.3. Satisfacción laboral	12
1.4. Modelos teóricos	14
1.5. Fases del Síndrome de Burnout.....	15
1.6. Consecuencias del Burnout.....	17
1.7. Factores relacionados con el Burnout	17
1.8. Nivel de burnout: Maslach Burnout Inventory	19
1.9. Salud laboral y legislación	21
1.10. Epidemiología del Burnout en trabajadores sanitarios	22
2. JUSTIFICACIÓN.....	27
3. OBJETIVOS	29
4. METODOLOGÍA	31
4.1. Diseño.....	31
4.2. Población de estudio.....	31
4.3. Criterios de inclusión	31
4.4. Criterios de exclusión	32
4.5. Variables de la investigación	32
Variables Sociodemográficas	32
Variables Laborales.....	32
Dimensiones del burnout (MBI)	35
4.6. Instrumentos de recogida de datos	35
4.7. Análisis de datos	36
5. RESULTADOS	37
5.1. Análisis de variables sociodemográficas	37
5.2. Análisis de las variables laborales.....	39
5.3. Análisis del nivel de Burnout	44
5.4. Análisis de la relación entre variables	47
6. DISCUSIÓN.....	93
7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	97
8. CONCLUSIONES	99
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101



1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la prevención de riesgos laborales se aprecia la existencia de cierta conciencia hacia riesgos evidentes, como pueden ser el riesgo de caída, y la presencia de éstos es aceptada. Sin embargo, cuando hablamos de riesgos psicosociales, no existe sensibilidad suficiente al respecto y sí cierta tolerancia por las partes implicadas, aunque estos riesgos pueden producir daños a la salud del trabajador tan graves como los riesgos más evidentes (Vega 2013).

Según se refleja en la NTP 704 del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo (INSSBT), un factor importante es que la carga psíquica o los riesgos psicosociales se consideren implícitos a un determinado puesto de trabajo, aunque la evidencia nos señale que estos riesgos pueden causar un efecto negativo sobre la salud del trabajador. Además, se tiende a interpretar el déficit de salud psicológica del trabajador, debida a una exposición laboral, en términos de vulnerabilidad individual y/o se asocia a su entorno extralaboral (Vega, 2013).

Tal y como se recoge en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en su artículo 14, *“Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. El citado derecho supone la existencia de un correlativo deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales. Este deber de protección constituye, igualmente, un deber de las Administraciones públicas respecto del personal a su servicio.”*

Este derecho implica el no estar sometido a las distintas causas de exposición que sean origen de cualquier posible problema de salud. En el caso del burnout se produce este daño por la exposición a riesgos de naturaleza psicosocial, organizativa o de ordenación del trabajo, sobre todo en los entornos de demanda de servicio humano, y más especialmente en lo que se refiere a elementos de carácter emocional.

El trabajo emocional, que exige la expresión de emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios, es un elemento clave en el Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Asimismo, el interés por el estudio de los procesos de estrés laboral y la cierta preocupación de las organizaciones sobre la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados reflejan la necesidad de un mayor conocimiento del fenómeno del burnout. Una inadecuada salud y calidad de vida en el trabajo, podrán generar accidentes, absentismo, bajas, menor productividad...etc. lo que se traduce en pérdidas directas para la empresa o sistema en particular y para la sociedad (Vega 2013).

Según Moreno (2010) mientras que, en otros riesgos psicosociales, las aproximaciones conceptuales provienen de diferentes organismos que deben tratar con ellos, en el caso del desgaste profesional, las definiciones provienen de autores reconocidos en el tema.

1.1. Qué es el síndrome de Burnout

El estudio de este síndrome ha sido abordado por muchos autores, entre los cuales a menudo se encuentran algunas diferencias de matiz conceptual. Esto deriva de la dificultad de definir un proceso complejo como el burnout, así como de discriminarlo del concepto de estrés laboral. Aunque existen gran cantidad de estudios al respecto y definiciones del término, no se ha llegado a determinar claramente y con la suficiente precisión (Grau 2007)

Según Moreno et al. (1991) Pueden diferenciarse dos perspectivas a la hora de definir o enfocar la delimitación conceptual: la clínica y la psicosocial.

La perspectiva psicosocial, considera que el burnout, como proceso, tiene su origen en la interacción de características del entorno laboral y de la propia persona. La perspectiva clínica, sin embargo, lo considera un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral (Moreno, Olicer y Araconeses, 1991)

Entender el burnout como estado o proceso implica una importante diferencia, ya que, como estado, implica una serie de sentimientos y conductas asociadas al estrés, lo que le confiere un carácter estático, el hecho de “estar quemado”, mientras que, entendido como proceso, se abordaría como un mecanismo personal de afrontamiento al estrés con distintas fases en su desarrollo. (Grau 2007; Ramos y Buendía 2001)

Entre algunas de las diferentes definiciones del concepto de Burnout, encontramos que fue Herbert Freudenberger (1974), en Estados Unidos, quien describe por primera vez este síndrome. Básicamente, este cuadro explicaba el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Freudenberger lo definió como “una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”

La definición sin duda alguna más extendida y generalizada proviene de Maslach y Jackson (1986) quienes afirman que “El burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma.”

Esta definición se centra en las variables que son evaluadas mediante el Maslach Burnout Inventory. El agotamiento emocional hace referencia al cansancio emocional que producen las tareas propias del trabajo, la despersonalización al tratamiento que se aplica a las personas que se tiene que atender y la baja realización personal recoge la baja autoestima profesional que acompaña al ejercicio de la propia profesión. Los tres componentes del síndrome son vistos inicialmente como una línea de consecuencias a partir del agotamiento emocional inicial. (Moreno y Báez 2010)

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda o asistenciales, hablan de: “El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales”.

Las excesivas demandas psicológicas se dan en el servicio directo al público, pero también pueden darse en otros ámbitos laborales. Pines destaca la importancia, desde la prevención, de la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, del modo de supervisión y de las oportunidades de aprendizaje continuo y desarrollo de la carrera (Vega, 2013)

En esta misma línea, la conveniencia de aplicar el síndrome descrito no sólo a las profesiones asistenciales sino también a otras profesiones llevó a reformularlo y a presentarlo como un síndrome consistente en agotamiento, cinismo y falta de autoeficacia profesional (Maslach, Jackson, Leiter y Schaufeli, 1996).

Maslach, Schaufeli y Leiter, en el año 2001, definen el burnout como “una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional”

Y más actualmente, en el año 2007, Quinceno y Vinaccia aportan una nueva definición: “Cuando los niveles de estrés son tan altos que hacen que fallen los mecanismos de enfrentamiento de una persona o hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico”.

Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo en su NTP 704 define el Síndrome de Burnout como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de

organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.” (Vega, 2013)

1.2. Burnout como riesgo laboral

En los últimos años, ha adquirido gran importancia el estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales, y cómo se relacionan éstos con la salud laboral (Houdmont y Leka, 2010; Näswall, Hellgren, Sverke, 2008)

Actualmente, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más intensa y frecuente, debido en cierta medida a los importantes cambios que han sufrido las organizaciones y los procesos de globalización, lo que ha hecho necesaria su identificación, control y evaluación, para así evitar los riesgos asociados a la salud y seguridad laboral. (EU-OSHA, 2007).

Cada vez es más evidente y reconocida la importancia que tienen los factores psicosociales sobre la salud de los trabajadores, lo que implica una mayor profundización en el tema (EU-OSHA, 2007).

El burnout no consiste en una situación o hecho puntual que acontece en el seno de la empresa o el trabajo, como sería el caso por ejemplo de la violencia laboral o el acoso; el Burnout es el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales (Moreno y Báez, 2010).

Moreno y Báez afirman que su carácter de riesgo laboral proviene de la extensión que alcanza, de las importantes consecuencias laborales y personales que puede ocasionar y de la incipiente preocupación legal y jurisprudencial que ha tenido (Moreno y Báez, 2010).

1.3. Satisfacción laboral

Parece existir una postura común en cuanto a que la satisfacción laboral es una reacción emocional hacia el trabajo, que resulta de la comparación del trabajador entre los resultados reales y aquellos que son deseados. Por tanto, la satisfacción laboral se corresponde con un estado emocional positivo que se origina en la percepción que tiene el sujeto de las experiencias laborales y es un factor decisivo que va a condicionar su actitud

respecto a su actividad laboral. (Peiró, Silla-Guerloa, Sanz-Cuesta, Rodríguez-Escobar y García-Más, 2004)

Existen factores organizacionales y funcionales que pueden generar insatisfacción en el personal sanitario.

Los factores más comúnmente citados respecto a los profesionales de enfermería son la satisfacción con la supervisión, la institución, los compañeros de trabajo, las condiciones de trabajo, promoción profesional, el salario, los subordinados, la estabilidad en el trabajo, el tipo de trabajo, la cantidad de trabajo y el desarrollo personal (Peiró, Silla-Guerloa, Sanz-Cuesta, Rodríguez-Escobar y García-Más, 2004).

Cabe destacar que la mayoría de estudios coinciden en que la menor satisfacción en profesionales sanitarios está en relación con la promoción profesional y las características extrínsecas del estatus, con la mayor satisfacción por el trabajo y la relación interpersonal con los compañeros. (Molina, Avalos, Valderrama y Uribe, 2009)

Diferentes estudios, han identificado la satisfacción laboral como un factor causal en la calidad de la atención, pues no es probable conseguir que una persona realice un trabajo con calidad y eficacia si no se encuentra satisfecha durante su realización y con los resultados del mismo (Peiró, Silla-Guerloa, Sanz-Cuesta, Rodríguez-Escobar y García-Más, 2004; Porras, 2014)

Concretamente sobre la satisfacción de las matronas, se elaboró por parte de la Asociación Española de Matronas el Informe Lucina (2004), con el fin de conocer el perfil sociodemográfico de las matronas, su grado de satisfacción laboral y su perfil psicosomático.

Se realizó sobre una muestra de 1.300 matronas dedicadas a la atención hospitalaria en toda España. Entre los datos obtenidos destacaron que el mayor porcentaje de ellas se encontraban en el rango de edad de los 45 a los 55 años, estando también un gran número de ellas en situación de interinidad y eventualidad y realizando en su mayoría turnos de 12 horas.

Se hace referencia a una satisfacción general, destacando las oportunidades de promoción y todo lo referente a la calidad de los servicios prestados y el trato con el paciente. La insatisfacción, por el contrario, estaría vinculada a la escasa posibilidad de formación continuada, la participación en la elaboración de objetivos en el lugar de trabajo, la incentivación, reconocimiento y remuneración, haciendo referencia a la gran responsabilidad que asumen como profesionales en la atención al proceso de nacimiento (Asociación Española de Matronas, 2004).

En cuanto a las patologías más referidas, las matronas sufren algias con frecuencia (dolor lumbar, cervical y de estómago), y una parte de ellas manifiestan sentirse agotadas al finalizar el día y consideran que trabajan demasiado; sin embargo, se sienten realizadas profesionalmente, por creer que influyen positivamente en la vida de terceras personas (Asociación Española de Matronas, 2004).

Entre los estresores que actúan sobre las matronas se destacan la baja autoestima, los turnos y sobrecargas de trabajo, el ambiente físico o la desorganización (Asociación Española de Matronas, 2004).

1.4. Modelos teóricos

Según Gil-Monte y Peiró, la necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo, junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados (Gil-Monte y Peiró, 1999)

Según estos autores los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos:

- El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la **teoría sociocognitiva del yo**. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. Básicamente consideran que:
 - Las percepciones del individuo son influidas por sus propias cogniciones. Estas cogniciones serán a su vez modificadas por efecto de las acciones y las consecuencias que, en los demás, se observan de ellas.
 - El empeño que el sujeto emplea en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad que se percibe para conseguirlos estará determinado por la creencia o seguridad por parte del sujeto de sus capacidades propias. Todo ello también determinará una serie de reacciones emocionales, que acompañan a la acción, como puede ser el estrés

- El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las **teorías del intercambio social**. Estos modelos proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo se origina principalmente en las percepciones del sujeto de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollada como resultado del proceso de comparación social en las relaciones interpersonales. Se establecen relaciones de intercambio entre los profesionales de los servicios de ayuda y los usuarios, los compañeros, supervisores, y la organización, y en dichas relaciones las expectativas de equidad o ganancia respecto a esos intercambios juegan un papel determinante. Existe la posibilidad de desarrollar sentimiento de quemarse por el trabajo cuando de manera continua los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación y su esfuerzo, sin ser capaces de resolver esa situación adecuadamente.
- El tercer grupo considera los modelos elaborados desde **la teoría organizacional**. Estos modelos incluyen como antecedentes del burnout elementos como pueden ser la falta de salud organizacional, disfunciones del rol, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos caracterizados por enfatizar la importancia de los estresores en el contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas por el sujeto (Gil-Monte y Peiró, 1999). Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 1999)

1.5. Fases del Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout se puede dividir en distintas etapas, Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) proponen cuatro fases:

- **Entusiasmo:** Caracterizado por un alto nivel de energía y expectativas poco realistas, que tienen lugar al iniciarse la vida laboral, y conducen a una involucración excesiva y voluntaria. Tras comprobar que no se cumplen las expectativas previstas, aparece un sentimiento de desilusión y se pasa a la siguiente fase.
- **Estancamiento:** El incumplimiento de sus expectativas provoca una disminución de la actividad laboral y una reestructuración de su vida laboral y personal.

- **Apatía:** Podemos identificarla como la parte central del síndrome, en ella se produce una paralización de la actividad laboral, sumada a la falta de interés y apatía. Todo ello suele acompañarse de problemas emocionales, conductuales y físicos.
- **Distanciamiento:** El profesional padece una frustración crónica, que exterioriza con distintos comportamientos caracterizados por despersonalización, desvalorización profesional, ira y miedo.

En el documento NTP 704 del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo se hace referencia a una serie de fases para el desarrollo del síndrome, que integrando diversos estudios describen la transición por etapas del burnout. Según esto se pueden destacar cinco fases en su desarrollo (Vega, 2013).

- **Fase inicial, de entusiasmo:** Ante un nuevo puesto de trabajo aparece gran entusiasmo, energía y expectativas positivas, tanto es así que se puede incluso alargar la jornada laboral.
- **Fase de estancamiento:** No cumplimiento de las expectativas. Se comienzan a valorar las contraprestaciones del trabajo, detectando una relación esfuerzo-recompensa no equilibrada. Esta fase se caracteriza por un desequilibrio entre demandas y recursos, que es definitiva de un problema de estrés psicosocial. Sensación del profesional de ser incapaz de ofrecer una respuesta eficaz.
- **Fase de frustración:** La que la frustración, desilusión o desmoralización hacen mella en el trabajador. El trabajo parece carecer de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a resentirse en este punto y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.
- **Fase de apatía:** Cambios actitudinales y conductuales basados en el afrontamiento defensivo, como mecanismos de defensa. Son ejemplos de ello: el trato al usuario distante y mecanizado, afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas que generan estrés y retirada personal, entre otros.
- **Fase de quemado:** Colapso emocional y cognitivo, con graves consecuencias para la salud del trabajador. Este hecho puede desencadenar el abandono del puesto de trabajo y una vida profesional de frustración e insatisfacción

1.6. Consecuencias del Burnout

El hecho de que el trabajador se encuentra expuesto a diferentes estresores crónicos se relaciona con un deterioro de la salud. El estrés puede influir directamente (efectos fisiológicos y psicológicos) alterando la salud y también de manera indirecta al inhibir comportamientos saludables (Gil-Monte, 2009).

Considerando que el personal sanitario constituye un grupo de riesgo, por enfrentarse continuamente a situaciones estresantes durante su actividad laboral, podemos enumerar una serie de alteraciones causadas por el síndrome de burnout, que afectan tanto al individuo como a la organización (Moya-Albiol L, Serrano M.A, González-Bono E, Rodríguez-Alarcón G, Salvador A, 2005):

- **Síntomas emocionales** como pueden ser depresión, sensación de indefensión, sentimiento de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, apatía generalizada, hostilidad y agresividad, inhibición de sentimientos, reducida tolerancia e incluso acusaciones o recriminaciones a los usuarios/clientes/pacientes.
- **Síntomas cognitivos** como desvalorización, hipercriticismo, cinismo, alta desconsideración, pérdida de valores, falta de expectativas, dificultad para la toma de decisiones o para lograr concentrarse en la tarea.
- **Síntomas conductuales** tales como evitación de la responsabilidad, conductas de inadaptación, conductas de riesgo, desorganización, sobre-implicación, uso y abuso de sustancias, alteraciones conductuales, incapacidad para la planificación.
- **Síntomas sociales** como aislamiento y evitación de contactos, sentimiento de fracaso, conflictos interpersonales y evitación profesional.
- **Síntomas físicos** como pueden ser disfunciones sexuales, fatiga crónica, cefaleas y dolores musculares, pérdida de apetito, problemas de sueño y mayor vulnerabilidad a procesos infecciosos y de alteraciones de tipo autoinmune.

1.7. Factores relacionados con el Burnout

La actividad laboral ocupa gran parte de nuestro tiempo y de nuestra vida, y no sólo significa la obtención de remuneración a cambio, si no que, en muchas ocasiones, trasciende y forma parte de nuestra identidad personal (Desdentado y Rivas 2006).

Además, esto adquiere una mayor significación cuando se invierte un importante tiempo de vida y esfuerzo personal en prepararse para desarrollar una actividad profesional o

en prepararse para ello, lo cual puede generar altas expectativas de reconocimiento social, autoestima y realización. El hecho de no ver satisfechas dichas expectativas puede generar un cierto grado de estrés e insatisfacción en el trabajador (Desdentado y Rivas 2006).

Esta insatisfacción laboral de la que hablamos, va a expresar en qué medida las características de la actividad no se corresponden con las expectativas, necesidades o aspiraciones del trabajador. Pueden ser ciertos factores organizacionales como las relaciones laborales insatisfactorias, el salario, la inestabilidad o la carga laboral los que precipiten que aparezca este sentimiento (Díaz, 2002)

Las características de la actividad laboral con mayor posibilidad de general insatisfacción o estrés en el trabajador responden a un modelo de altas exigencias cuantitativas (sobrecarga de tareas) y cualitativas (trabajos de tipo emocional, con alta exigencia intelectual) además de otros factores como la falta de control sobre la labor a realizar o la falta de apoyo o reconocimiento. Analizamos algunos de ellos:

❖ Sobrecarga laboral

Pueden influir en la satisfacción laboral tanto la cantidad como la calidad de las tareas requeridas al trabajador por parte de la organización. Una demanda excesiva o sobrecarga en el trabajo pueden traer consigo alta carga mental, altos niveles de estrés y la aparición del síndrome de burnout (Vega, 2013)

❖ Trabajo nocturno y a turnos

Actualmente asistimos a una creciente demanda social de bienes y servicios durante las veinticuatro horas del día, lo que implica una capacidad de producción y prestación de servicios acorde a esta demanda.

Esto tiene una clara repercusión sobre los trabajadores, ya que, para responder a las necesidades sociales, deben realizar turnos rotatorios y nocturnos, lo que provoca en los trabajadores desincronización y alteración del ritmo circadiano, de las relaciones sociales y familiares. Todas estas alteraciones son aún más acusadas en aquellos casos en los que existen cambios de turno breves y frecuentes entre nocturno y diurno (Pinilla y López, 2006)

❖ Aislamiento

Como seres humanos, somos, por definición, sociables y necesitamos de la cercanía de semejantes, por lo que llevar a cabo la actividad laboral de forma aislada puede generar desajustes a nivel cognitivo (por falta de información, formación o medios, que llevan a la toma de decisiones basadas en la propia experiencia, sin la posibilidad de intercambiar

conocimientos u opiniones con iguales), y a nivel socioafectivo (por sentimiento de lejanía o soledad, trabajos de tipo rutinario...etc.) (Velázquez, 2005).

Tanto el aislamiento físico como psicológico impiden encontrar apoyo en los compañeros, lo que puede generar cierta sensación de vacío, monotonía y falta de autoestima (Velázquez, 2005)

❖ Deterioro de las relaciones interpersonales

Una dinámica de relaciones interpersonales que resulte satisfactoria facilita el trabajo, al igual que unas malas relaciones o inexistentes pueden ser un factor de riesgo psicosocial. Esta falta de relaciones interpersonales en el ámbito laboral, pueden deberse a diferentes factores, como son elementos de la organización (excesiva jerarquización o baja participación), situaciones de acoso entre compañeros, relaciones distantes entre superiores y trabajadores...etc.

❖ Trabajo emocional

El trabajo emocional es característico de profesiones del sector servicios, dónde las continuas interacciones personales con clientes, usuarios o pacientes implican un contenido emocional (enfermeras, médicos, docentes, fuerzas de seguridad...etc.). Estos trabajos se caracterizan, no sólo por el esfuerzo físico y mental, sino también por tener que expresar sentimientos ante los receptores de los servicios (Agra et al. 2006).

Todo esto puede suponer que sea necesario controlar los propios sentimientos, lo que implica un esfuerzo adicional que en sí mismo puede provocar determinados daños psicosociales, y la dimensión que alcancen estos daños dependerá de la frecuencia de la emoción, la duración, la intensidad...etc. Cuando estas condiciones se dan en un grado alto, pueden provocar burnout: desgaste o agotamiento emocional, distancia mental y despersonalización (Agra et al. 2006).

1.8. Nivel de burnout: Maslach Burnout Inventory

Fueron Maslach y Jackson, a través de un enfoque psicosocial, quienes comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas del burnout, desarrollando el primer instrumento de evaluación: el MBI (Maslach Burnout Inventory). Este cuestionario es el más ampliamente extendido para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento

que ha facilitado la investigación para tratar de comprender el fenómeno de quemarse por el trabajo (Moreno y Oliver, 1993; Olivares y Gil-Monte, 2009).

El MBI de Maslach y Jackson (Maslach y Jackson, 1986) determinó la definición y estructura del burnout. Consta de tres factores o dimensiones: agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Los autores definen las tres dimensiones como:

➤ Agotamiento emocional

A causa de unas excesivas demandas emocionales y psicológicas puede producirse un aumento de los sentimientos relacionados con el desgaste emocional. Al agotarse los recursos emocionales, se desarrollan sentimientos y actitudes negativos y cínicos hacia los pacientes.

➤ Despersonalización

Se trata de la tendencia a despersonalizar a los pacientes, que puede ser utilizada como un recurso para disminuir la activación emocional intensa que podría influir en la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones críticas.

➤ Falta de realización personal

Es la tendencia del profesional a realizar una autoevaluación negativa a la hora de valorar su trabajo, esto puede suceder como consecuencia del proceso de burnout.

En la actualidad existen tres versiones del MBI: el MBI-Human Services Survey (MBIHSS), dirigido a los profesionales de la salud, es la versión clásica del MBI. El MBI-Educators

Survey (MBI-ES), es la versión para profesionales de la educación que cambia la palabra paciente por alumno. Finalmente, el MBI-General Survey (MBIGS), una versión no exclusiva para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (Porrás, 2014)

Aunque el MBI es ampliamente aceptado y numerosos estudios han evaluado su validez, también cuenta con algunas debilidades, algunos autores como Ortega y López (2004) mantienen que parte de los enunciados del cuestionario se centran en las emociones y sentimientos que experimentan los profesionales, dejando de lado las conductas que pueden desencadenar estos sentimientos. Por otro lado, encuentran también subjetividad en ciertos ítems, que puede hacer variar el significado personal de algunos términos conceptuales.

1.9. Salud laboral y legislación

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, reconoce la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, lo que a su vez incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales para tratar de erradicarlos y ofrecer al trabajador entornos laborales más seguros (Ley 31/1995).

El estrés laboral y el síndrome de burnout ocupan un lugar destacado cuando nos referimos a riesgos laborales de carácter psicosocial, ya que son una de las principales consecuencias de unas condiciones de trabajo nocivas, lo que a su vez incrementa la accidentalidad y el absentismo (Vega, 2013)

Actualmente, y debido al problema que representa el síndrome de burnout, tanto para las empresas como para las organizaciones laborales, se reclama que se reconozca como enfermedad profesional y se incluya como tal en el cuadro de enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

No obstante, y mientras esto no suceda, son varias las sentencias que ya han reconocido el síndrome de burnout como accidente laboral.

La primera en hacerlo fue la del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999. Siguió a esta las sentencias del Juzgado de los Social N°3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002 y la del Juzgado de los Social N°16 de Barcelona del 27 de diciembre de 2002. Más adelante, en 2005, el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña entiende los síntomas de una profesora de colegio como compatibles con el síndrome de burnout, esta sentencia ayuda a consolidar la jurisprudencia ya establecida por el Tribunal supremo (Masía 2005)

Más recientemente, la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Barcelona del 14 de septiembre de 2010, además de calificar el síndrome de burnout como accidente laboral, interpone a la empresa un cargo adicional a las prestaciones por accidente de trabajo (a cargo de la Seguridad Social) por considerarla responsable del accidente por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo. (STSJ 5793/2010 de 14 de septiembre)

Estas sentencias pueden ser un precedente para un diagnóstico preciso de la enfermedad y para la realización de programas de intervención al respecto (Masía J. 2005)

Sin embargo, existe una dificultad para establecer claramente la relación entre la sintomatología, la enfermedad y el puesto de trabajo, por lo que encontramos otras sentencias

en las que, aunque se concede al trabajador afectado la incapacidad permanente absoluta por síndrome de burnout, se lo califica como “enfermedad común” (Masía J. 2005).

1.10. Epidemiología del Burnout en trabajadores sanitarios

La prevalencia e incidencia del síndrome de burnout en sanitarios puede variar de unos estudios a otros, si nos centramos en el personal de enfermería, podemos apreciar que existen un gran número de estudios realizados en años recientes. (Aldrete, Navarro y González, 2014; Flores y Ruíz, 2018; Sanclemente, Elboj, Íñiguez, 2014; Sanclemente, Elboj, Íñiguez, 2016)

Manzano (2008) encuentra en una revisión sistemática sobre burnout en España realizada entre estudios semejantes, una prevalencia entre el 17-25%

Aunque estudios posteriores como el de Porras (2014) muestran cifras algo superiores en alto nivel de agotamiento.

Cañadas-de la Fuente et al. refieren que, en su estudio, el nivel de burnout en los profesionales de enfermería es más alto que el resto de profesionales sanitarios que participaron

Gómez-Urquiza et al. (2017) en otra revisión sistemática encuentran que, en los profesionales de atención primaria, la prevalencia de cansancio emocional alto varía entre un 23 y un 31%, siendo la prevalencia de despersonalización alta y realización personal baja más heterogéneas.

En general, en la mayoría de los estudios sobre profesionales de enfermería no se hace referencia a las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología (matronas), o se las excluye de la muestra por las características de su función asistencial más especializada (Porras 2014).

Hasta la fecha no son demasiados los estudios publicados sobre el síndrome de burnout en matronas en España. Tras realizar una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud (Scopus, Medline, Cuiden Plus, Science Direct, Ibecs) utilizando las palabras clave “Matronas” y “Burnout” y el equivalente de matrona en inglés: “Midwife”.

Se seleccionaron los cuatro estudios realizados en nuestro país que incluían a matronas en su muestra o cuya muestra estaba integrada solamente por matronas. Todos

ellos fueron llevados a cabo utilizando como instrumento para medir el nivel de burnout el Maslach Burnout Inventory.

En el primero de estos, publicado por Fontán y Dueñas en 2010, fue realizado sobre una unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología y llevado a cabo en el hospital Virgen Macarena de Sevilla. Se incluyen en la muestra un total de 11 matronas, las cuales, en comparación con el resto de profesionales de la muestra presentan altos niveles de estrés percibido, pero también altos niveles de satisfacción

Respecto a los resultados del MBI, los autores encuentran que las matronas obtienen los niveles más altos de baja realización profesional (27,2% de ellas presenta baja realización profesional), además presentan un 36,3% de alto agotamiento emocional, (nivel por encima de la media de la UGC) y un 18,1% de alta despersonalización (Fontán y Dueñas, 2010)

Además, se establece una relación entre el personal fijo y un menor agotamiento emocional y despersonalización y una mayor realización profesional. Los trabajadores con más de 25 años de experiencia profesional presentaron menores niveles de agotamiento y despersonalización y mayores niveles de realización profesional. Finalmente afirman que los profesionales que trabajan más de 48 horas a la semana presentan valores significativamente más elevados de agotamiento emocional y despersonalización (Fontán y Dueñas, 2010)

En 2013 se realiza otro estudio, en Vizcaya para conocer el nivel de burnout en matronas tanto en atención primaria como especializada, obteniéndose como resultados que las matronas que llevan a cabo su actividad laboral en hospitales presentan mejores niveles de realización personal respecto a las que lo hacen en Atención Primaria. Llama la atención que el porcentaje de matronas con alto agotamiento emocional en Primaria duplica el de las matronas de hospital, y la despersonalización también es superior en las matronas de Atención primaria.

Además, se relacionan grados de despersonalización más elevados en matronas sin puesto fijo. Coinciden con el estudio realizado en la UGC de Sevilla en que el personal fijo presenta menor cansancio emocional y despersonalización junto a una mayor realización profesional (Blas, 2013)

Un tercer estudio encuentra que un 79,3% de las matronas presentó un nivel bajo de burnout, un 13,8% un nivel moderado y ninguna matrona presentó un nivel alto. En relación con el tipo de centro, encuentran los mayores niveles de burnout en los hospitales de tercer nivel. Además, la relación con el equipo también se relaciona significativamente con el síndrome, siendo menor éste cuanto mejor es la relación (Fontán y Herrero, 2016)

Resulta de gran interés una de las conclusiones finales del estudio, que hace referencia a la alta cualificación que obtienen las matronas tras su periodo formativo, la cual hace que las se impongan unas metas profesionales muy ambiciosas, que en la mayoría de los casos no son acordes con la realidad laboral (Fontán y Herrero, 2016)

Más recientemente, se llevó a cabo en los paritorios de todos los hospitales públicos de la provincia de Málaga un estudio que también pretendía medir el nivel de burnout en las matronas. Se concluye que entre los participantes existe una prevalencia del 20,6% de Alto grado de cansancio emocional, un 10,3% de despersonalización y un 25% de baja realización profesional. Además, los autores afirman que las matronas que realizan turnos de 24 horas presentan menores niveles de agotamiento emocional que las que realizan turnos de 12 horas u otras variedades y hacen referencia también a mayores niveles de despersonalización en profesionales que combinan la asistencia en hospitales públicos y privados simultáneamente (Cabello et al., 2017)

Finalmente, se hace referencia a la existencia de una diferencia significativa entre el nivel de despersonalización y la valoración de la relación con el superior directo, encontrándose mayores niveles en aquellas matronas que piensan que su relación no es adecuada. La relación poco definida entre las matronas y el resto del equipo presenta mayores niveles de agotamiento emocional (Cabello et al., 2017)

En otros países parece existir un interés algo mayor sobre cómo afecta el síndrome de burnout a las matronas, ya que cuando en la búsqueda incluimos artículos en inglés encontramos un número de publicaciones mayor.

En Australia se han realizado varios estudios, y los resultados que arrojan coinciden en un mayor agotamiento personal y laboral y un menor agotamiento relacionado con el paciente, y en asociar el síndrome a profesionales con menor número de años de experiencia (menos de 10) que ven aumentadas sus puntuaciones de desgaste personal y profesional (Jordan et al., 2013; Fenwick et al., 2018)

Estos resultados coinciden también con otros estudios, realizados en Dinamarca, en Noruega y en Suiza, en ellos destaca la mayor prevalencia de agotamiento personal (22-39%) y laboral (20-35%) respecto al agotamiento relacionado con el paciente (12-15%) (Jepsen, 2017; Henriksen y Lukasse, 2016; Hildingsson, Westlund y Wiklund, 2013).

En el último de estos estudios, que se cuestiona la causa del alto abandono de la profesión, se encuentran varios datos interesantes, como son que una tercera parte de las matronas encuestadas afirman haber pensado en alguna ocasión en abandonar la profesión

y que los conflictos con compañeros y superiores pueden ser factores relaciones con la aparición de burnout (Hildingsson, Westlund y Wiklund, 2013).

También en Australia, un estudio, realizado mediante el MBI sobre una muestra de 56 matronas, encuentra que dos tercios de ellas sufrían niveles moderados a altos de agotamiento emocional y un tercio presentan despersonalización. Se hace referencia a un mayor logro personal a medida que aumentan los años de experiencia profesional, así como menor logro personal de los profesionales que realizan turnos nocturnos únicamente, así como una mayor despersonalización (Mollart et al., 2011).

Otro estudio realizado de nuevo en Australia, este con una muestra de 1037 matronas concluye que prevalencia de burnout personal (64%) y relacionado con el trabajo (43%) en parteras australianas es alta. Además, encuentran otro dato interesante: alrededor del 20% de las matronas sufre síntomas importantes de ansiedad, estrés y depresión (Creedy et al., 2017)

En Reino Unido, un estudio realizado sobre 154 matronas encuentra niveles altos de burnout, destacando sobre todo las altas puntuaciones en la subescala de desgaste emocional, y apuntan a la autonomía percibida por la profesional como un factor protector ante la aparición del síndrome (Yoshida y Sandall, 2013).

Varios estudios coinciden en señalar la menor edad de las matronas como un factor relacionado con una mayor prevalencia de burnout (Henriksen y Lukasse, 2016; Hildingsson, Westlund y Wiklund, 2013)

Finalmente, una tesis doctoral que se realizó sobre el tema en Dinamarca desvela que una importante causa del burnout en matronas, afirmando que en gran medida las altas puntuaciones se deben a una fuerte motivación inicial, que se considera necesaria para desarrollar el síndrome (Sunniva, 2006)



2. JUSTIFICACIÓN

La necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout en los profesionales Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) se basa principalmente en el derecho de protección de la salud de los trabajadores recogido en el Artículo 14 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995).

El burnout implica consecuencias para el trabajador a distintos niveles y sobre la organización. Sobre el trabajador, este síndrome afecta a nivel afectivo (agotamiento emocional), cognitivo (pérdida de ilusión o motivación en el trabajo), conductual (despersonalización) y psicósomáticas (Vázquez-Ortiz et al., 2012; Llana, 2005)

Para la organización, la presencia del síndrome de burnout puede implicar insatisfacción laboral del trabajador, falta de compromiso, aumento del absentismo laboral e incluso intención de abandonar el trabajo. Todo ello se verá reflejado en una disminución de la productividad, trabajo de menor calidad y aumento de accidentes en el lugar de trabajo (Vázquez-Ortiz et al., 2012; Adrianenssens y Gutch, 2015; Martínez, 2010).

Existe evidencia de que las condiciones de trabajo inadecuadas tienen implicaciones en la salud del profesional (Romero, Mesa y Galindo, 2008) pero también debemos considerar que las condiciones del ambiente de trabajo en el que los profesionales de enfermería llevan a cabo su actividad asistencial puede influir indirectamente en la atención que éstos proporcionan y en los resultados que se observan en los pacientes (Ferreira y Martins, 2014).

Recordemos que la aparición de burnout está relacionada con las condiciones laborales y no con características o fallos de la estructura o funcionalidad psíquica del trabajador. Entre las condiciones que pueden precipitarlo se encuentran las fuentes de estrés, la excesiva carga de trabajo, falta de apoyo social o la falta de equilibrio entre responsabilidades-recursos-autonomía. Además, estos factores se ven potenciados cuando coexisten con demandas emocionales importantes y prestación de servicios humanos (De Pablo, 2012; Vega, 2013)

Como ya hemos referido, la prevalencia del síndrome es alta en profesionales sanitarios, pero sobretodo destaca en los profesionales de enfermería, que presentan altos niveles de agotamiento emocional (Manzano, 2008; Porras, 2014, Cañadas de la Fuente et al., 2014)

Cuando nos referimos a las matronas, al igual que en el resto de profesionales de enfermería, en ellas se encuentran niveles altos, sobretodo de agotamiento emocional, que

también destacan en comparación con otros profesionales del ámbito de la obstetricia (Fontán y Dueñas, 2010; Blas, 2013; Fontán y Herrero, 2016; Cabello et al., 2017)

La matrona además de ser proveedor directo de cuidados, con las exigencias emocionales que ello implica, puede verse sometida a condiciones de sobrecarga asistencial, a la aparición de diferentes situaciones de urgencia durante los procesos de parto y posparto, turnos rotatorios, de noche o de atención continuada. Todo ello puede implicar consecuencias a nivel físico y emocional. Sobre ellas pesa también la gran responsabilidad que asumen en la atención al proceso de nacimiento (Informe Lucina, 2004; Fontán y Herrero, 2016)

Las matronas constituyen un colectivo muy vulnerable a causa de los aspectos ambientales, psicológicos y sociales inherentes a su trabajo (Lubica y Martina, 2014).

Su trabajo es muy complejo, por todo lo mencionado, y además porque se establece una relación muy cercana con la mujer, y esta relación es muy breve pero muy intensa durante el parto, e intensa también, pero prolongada en el tiempo durante el seguimiento del embarazo, postparto y lactancia. Se atiende a mujeres muy variadas y muy diferentes situaciones (Fontán y Herrero, 2016)

Por otra parte, debemos considerar, que cualquier medida de gestión que se llevara a cabo para mejorar la calidad asistencial puede verse influida por el estado de desgaste de los profesionales. Tanto el nivel de burnout como las variables relacionadas con su desarrollo y mantenimiento pueden ser determinantes en este sentido (Blas, 2013)

Conociendo los riesgos psicosociales a los que se puede ver expuesta una matrona debido a las características especiales de su actividad laboral y a los factores organizacionales de ésta, y considerando las graves consecuencias que puede ocasionar el síndrome de burnout sobre el trabajador, la organización e indirectamente sobre otros factores como puede ser la calidad asistencial, podemos concluir que resultaría necesario estudiar en profundidad el síndrome de quemarse por el trabajo y las variables con las que se relaciona en nuestro colectivo, con la finalidad de facilitar su prevención como riesgo laboral y su abordaje y así asegurar las mejores condiciones para que la matrona lleve a cabo su labor de atención a la mujer.

3. OBJETIVOS

Considerando todo lo expuesto anteriormente, el objetivo principal de este estudio será:

- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout en las matronas de la zona del levante-sur español, considerando cada una de sus dimensiones (Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización profesional).

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Analizar la influencia de los factores sociodemográficos sobre cada una de las dimensiones del síndrome de burnout en la muestra estudiada.
- Analizar la influencia de los factores laborales sobre cada una de las dimensiones del síndrome de burnout en la muestra estudiada.





4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

Para hacer cumplir estos objetivos, se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y analítico en relación al síndrome de quemarse por el trabajo en enfermeras Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas).

4.2. Población de estudio

Este estudio se llevó a cabo sobre un universo de estudio constituido por un grupo de matronas pertenecientes a diferentes servicios y centros sanitarios de las provincias de Málaga, Granada, Córdoba, Murcia, Alicante, Valencia y Castellón.

Se tiene constancia, según los datos más recientes publicados en 2016 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), que en estas provincias se encuentran un total de 1413 matronas. Estos datos corresponden a las organizaciones colegiales de las diferentes provincias.

Para seleccionar la muestra, y por la imposibilidad de acceder a toda la población de estudio, se realizó un muestreo no aleatorio, de tipo accidental y de conveniencia, ya que se incluyó en el estudio la parte de la población a la que se tenía acceso (compañeras directas de trabajo entre los años 2015 y 2018) y que decidió participar voluntariamente en el estudio.

Han participado un total de 102 matronas (n=102) de diferentes unidades y centros sanitarios de las provincias mencionadas. La encuesta se publicó el día 8 de abril de 2018 y se finalizó el día 23 de abril del mismo año, durante este tiempo se recogieron 102 encuestas y no fue necesario desechar ninguna de ellas ya que todas se encontraban completas.

4.3. Criterios de inclusión

- Ser enfermero/a especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matron/a)
- Ejercer como matrona en las provincias de Málaga, Granada, Córdoba, Murcia, Alicante, Valencia y Castellón

4.4. Criterios de exclusión

- o Encontrarse en periodo de formación (EIR)
- o Jubilación

4.5. Variables de la investigación

Variables Sociodemográficas

- o **Edad:** Variable cuantitativa discreta, medida en años. Para facilitar su análisis se agrupó en diferentes rangos de edad (24-30, 31-40, 41-50 y 51-60). Algunos estudios realizados sobre burnout en matronas relacionan una menor edad de la matrona con mayor prevalencia del síndrome (Henriksen y Lukasse 2016; Hildingsson, Westlund y Wiklund, 2013).
- o **Sexo:** Variable cualitativa polinómica nominal que puede tomar tres valores “Mujer”, “Hombre” y “Otro”. En estudios previos se relaciona a la mujer con mayor predisposición al burnout, pero esta relación no fue significativa (Fontán y Dueñas, 2010)
- o **Estado Civil:** Variable cualitativa polinómica nominal que puede tomar cuatro valores “Soltero/a”, “Casado/a-Pareja de Hecho”, “Divorciado/a” o “Viudo/a”
- o **Número de hijos a su cargo:** Variable cuantitativa discreta, que puede tomar valores enteros desde 0 (Ningún hijo a su cargo) en adelante.
- o **Número de personas mayores a su cargo:** Variable cuantitativa discreta. Puede tomar valores enteros desde 0 (Ninguna persona mayor a su cargo) en adelante.

Variables Laborales

- o **Experiencia profesional:** Variable cuantitativa discreta, medida en años. Puede tomar valores enteros. Para facilitar su análisis se agrupó en diferentes intervalos (5 años o menos, 6-10 años, 11-20 años, 21-30 años y más de 30 años). En el cuestionario se especifica que se considera como experiencia laboral los dos años de formación EIR.

Estudios realizados respecto al tema encuentran una relación entre un mayor tiempo de experiencia profesional con menores niveles de agotamiento y despersonalización y con mayores niveles de realización personal. De la misma forma, se asocian mayores niveles de desgaste con un menor número de años de experiencia (Fontan y Duelas, 2010; Jordan et al. 2013; Fenwick et al. 2018)

- **Situación laboral:** Variable cualitativa polinómica nominal, puede tomar los valores “Eventual-Temporal”, “Fijo” e “Interinidad”. Esta variable se relaciona en diferentes estudios anteriores con el nivel burnout en matronas, de manera que el personal fijo presenta mejor agotamiento emocional y despersonalización y mayor realización personal, mientras que los profesionales sin puesto fijo presentan mayores niveles de despersonalización (Fontan y Dueñas, 2013; Blas, 2013)
- **Jornada laboral:** Variable cualitativa dicotómica nominal, los valores que puede tomar son “Completa” y “Parcial”.
- **Tipo de centro sanitario:** Variable cualitativa polinómica nominal que puede tomar los valores “Centro Sanitario Público”, “Centro Sanitario Privado” o “Ambos”. Encontramos en otros estudios una relación entre mayores niveles de despersonalización y el trabajo simultáneo en centro privados y públicos (Cabello et al. 2017)
- **Puesto de trabajo:** Variable cualitativa polinómica nominal, se le dan los valores “Consulta de Atención Primaria”, “Otros servicios obstétricos”, lo que en el cuestionario se especificó como consultas de atención especializada, hospitalización de gestantes/puérperas, unidades de día obstétricas...etc., “Paritorio/Urgencias Obstétricas” y “Turnos en dos o más de ellos”. Este último valor tenía como propósito reflejar la rotación entre servicios obstétricos.

Estudios anteriores (Blas, 2013) encuentran niveles superiores agotamiento emocional y despersonalización en matronas de Atención Primaria respecto a las matronas que desarrollan su labor asistencial en Atención Especializada (paritorio, urgencias, unidades de día, hospitalización...etc.)

- **Turnicidad:** Variable cualitativa nominal polinómica a la que se le confieren los valores “M/N/T 3X8”, que el cuestionario se especifica como turno rotatorio M/T/N 3x24, “D/N 2x12”, que de nuevo en el cuestionario se especifica su carácter rotatorio, “Guardias continuadas 1x24”, “Mañanas fijas”, “Tardes fijas” y “Noches fijas”. Existe evidencia en estudios anteriores de que los turnos de 24 horas

presentan niveles menores de agotamiento emocional frente a turnos de 12 horas y otras variedades (Cabello et al. 2017)

- **Turnos doblados en los últimos tres meses:** Variable cuantitativa discreta que puede tomar números enteros desde 0 (ningún turno doblado en los últimos tres meses) en adelante. En estudios previos se relacionan niveles superiores de agotamiento emocional y despersonalización de con que el profesional trabaje más de 48 horas semanales (Fontan y Dueñas, 2010)
- **Turnos de noche al mes:** Variable cuantitativa discreta que puede tomar números enteros desde 0 (ningún turno de noche al mes) en adelante.
- **Tiempo en el puesto actual:** Variable cualitativa ordinal que toma los valores “3 meses o menos”, “4-6 meses”, “7 meses-1año”, “2-4 años”, “5-10 años” y “más de 10 años”.
- **Rotación por diferentes servicios obstétricos:** Variable cualitativa nominal dicotómica, de tipo Si/No.
- **Satisfacción en la relación con el equipo:** Variable cualitativa de tipo ordinal, medida mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que 1 sería “Muy insatisfactoria”, 2 “Insatisfactoria”, 3 “Poco satisfactoria”, 4 “Satisfactoria y 5 “Muy satisfactoria”. En estudios previos relacionan mayores niveles de agotamiento emocional y relaciones poco definidas.
- **Satisfacción en la relación con los superiores directos:** Variable cualitativa de tipo ordinal, medida mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que 1 sería “Muy insatisfactoria”, 2 “Insatisfactoria”, 3 “Poco satisfactoria”, 4 “Satisfactoria y 5 “Muy satisfactoria”. En estudios previos relacionan un mayor nivel de despersonalización con una relación inadecuada con el superior directo (Cabello et al., 2017)
- **Satisfacción en la relación con la mujer que atiende:** Variable cualitativa de tipo ordinal, medida mediante una escala tipo Likert de 1 a 5 en la que 1 sería “Muy insatisfactoria”, 2 “Insatisfactoria”, 3 “Poco satisfactoria”, 4 “Satisfactoria y 5 “Muy satisfactoria”

Dimensiones del burnout (MBI)

- **Nivel de Agotamiento Emocional:** Variable cuantitativa discreta, valor obtenido de la suma de la puntuación en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 del Maslach Burnout Inventory
- **Nivel de Despersonalización:** Variable cuantitativa discreta, cuyo valor se ha obtenido de la suma de la puntuación en los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 del MBI
- **Nivel de Realización Personal:** Variable cuantitativa discreta, cuyo valor se ha obtenido de la suma de la puntuación en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 del MBI.

4.6. Instrumentos de recogida de datos

La recogida de datos tuvo lugar mediante la realización de un cuestionario online, realizado mediante un formulario Google que se difundió a través de WhatsApp. En dicho cuestionario se diferenciaban tres partes: las características sociodemográficas, características laborales y el nivel de burnout

El instrumento utilizado para conocer el nivel de burnout en nuestra muestra fue el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services, Survey) de Maslach, Jackson y Leiter (1996), específico para los profesionales de la salud. El MBI es el instrumento mas ampliamente utilizado para medir la prevalencia de burnout en los profesionales sanitario. Este cuestionario evalúa el síndrome mediante tres dimensiones:

- **Agotamiento emocional (AE):** Constituida por 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20) hace referencia a los sentimientos de estar emocionalmente agotado por el trabajo.
- **Despersonalización (DP):** formado por un total de 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22) que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia el paciente.
- **Realización personal (RP):** Consta de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21) que describen sentimientos de competencia y realización personal en referencia a la actividad laboral.

Por tanto, el cuestionario se compone de un total de 22 ítems, con una frecuencia establecida en una escala tipo Likert, con un total de 7 niveles, desde 0 (nunca), 1 (alguna vez

al año o menos), 2 (una vez al mes o menos), 3 (algunas veces al mes), 4 (una vez por semana), 5 (algunas veces por semana), a 6 (todos los días).

Debemos tener en cuenta que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización la puntuación es positiva, lo que implica que, a mayor puntuación, mayor nivel de burnout. En la subescala de realización personal la puntuación es inversa, a menor puntuación, mayor burnout.

Según sus autores, el MBI-HSS presenta valores de fiabilidad en periodos de un mes entre 0.60 y 0.82, aunque estos tienden a disminuir ligeramente en periodos superiores a un año. En general, la consistencia interna de las escalas es buena y su validez factorial satisfactoria (Maslach, Jackson y Leiter, 1996)

En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión Agotamiento Emocional (AE) de 0,89, para la Despersonalización (DP) de 0,77 y la Realización Personal (RP) de 0,74, y en la versión adaptada al español, el valor alfa de Cronbach se situaba para la dimensión AE en 0,90, para la DP en 0,79 y en el caso de la RP en 0,71 (Maslach y Jackson, 1981; Seisdedos, 1997)

Otros autores, como Gil-Monte y Peiró (2000) encuentran valores ligeramente inferiores, ya que, para una muestra de enfermería, el valor del Alfa de Cronbach se sitúa en 0.86 para el Agotamiento Emocional, 0.57 para la Despersonalización y en 0.71 para la Realización Personal.

También Cañadas-de la Fuente et al. obtuvieron valores similares a los anteriores sobre una muestra de trabajadores sanitarios, con un alfa de Cronbach de 0,88 para la dimensión de AE, de 0,77 en la dimensión asociada a la RP y 0,58 en la dimensión D (Cañadas-de la Fuente et al., 2014)

4.7. Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 23.0. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables, mostrando los valores en forma de frecuencias y porcentajes.

Para analizar la posible relación entre las diferentes variables se utilizó el test de Chi cuadrado y el test de correlación de Spearman. Se consideró significativo un valor $p < 0.05$ con un IC=95%

5. RESULTADOS

El estudio ha consistido en un análisis observacional transversal sobre un total de 102 matronas encuestadas.

5.1. Análisis de variables sociodemográficas

Respecto a los datos sociodemográficos de nuestra muestra (n=102) encontramos que la media de edad es de 36.8 ± 9.46 años. Para poder analizar de manera más sencilla las edades de nuestra muestra, se agruparon las edades de los sujetos en cuatro intervalos (Gráfico 1)

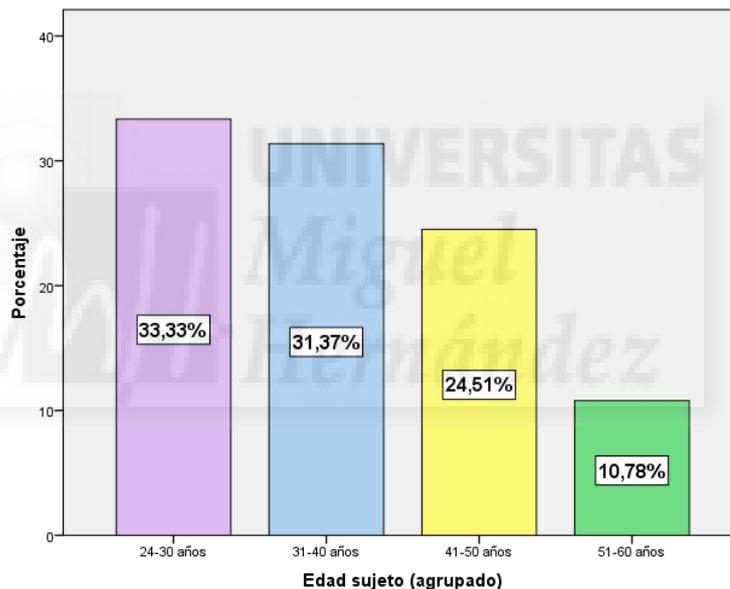


Gráfico 1: Edad del sujeto agrupada

De esta forma observamos que un 33.33% de los sujetos tiene una edad comprendida entre 24-30 años, el 31.37% tienen entre 31 y 40, el 24.51% tienen entre 41-50 años y el 10.78% de la muestra tiene edades comprendidas entre los 51 y 60 años.

Encontramos que un 86.3% de los sujetos que participaron en el estudio eran mujeres, y el 13.7% de la muestra eran hombres (Tabla 1)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	88	86,3	86,3	86,3
	Hombre	14	13,7	13,7	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 1: Sexo del sujeto

En la variable "Estado Civil" podemos observar que del total de la muestra (n=102), 35 sujetos se encuentran solteros (34.3%), 62 de ellos están casados/as (60.8%), tan solo 4 divorciados (3.9%) y uno de ellos viudo (1%). (Tabla 2)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	35	34,3	34,3	34,3
	Casado/P.Hech.	62	60,8	60,8	95,1
	Divorciado	4	3,9	3,9	99,0
	Viudo	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 2: Estado Civil de los sujetos

En la Tabla 3 encontramos que 43 sujetos de la muestra no tienen hijos a su cargo (42.2%), 48 sujetos tienen uno o dos hijos a su cargo (47%) y 11 tienen tres hijos o más (10.8%). Respecto a las personas mayores, podemos ver en la Tabla 4 que un 89.2% de los sujetos no tienen ninguna persona mayor a su cargo. Un total de 6 sujetos tienen a una persona mayor a su cargo (5.9%) y 5 tienen a dos personas a su cargo, representando un 4.9% del total de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	43	42,2	42,2	42,2
	1	18	17,6	17,6	59,8
	2	30	29,4	29,4	89,2
	3	8	7,8	7,8	97,1
	4	2	2,0	2,0	99,0
	5	1	1,0	1,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 3: Número de hijos a su cargo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	91	88,3	89,2	89,2
	1	6	5,8	5,9	95,1
	2	5	4,9	4,9	100,0
	Total	102	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,0		
Total		103	100,0		

Tabla 4: Número de mayores a su cargo

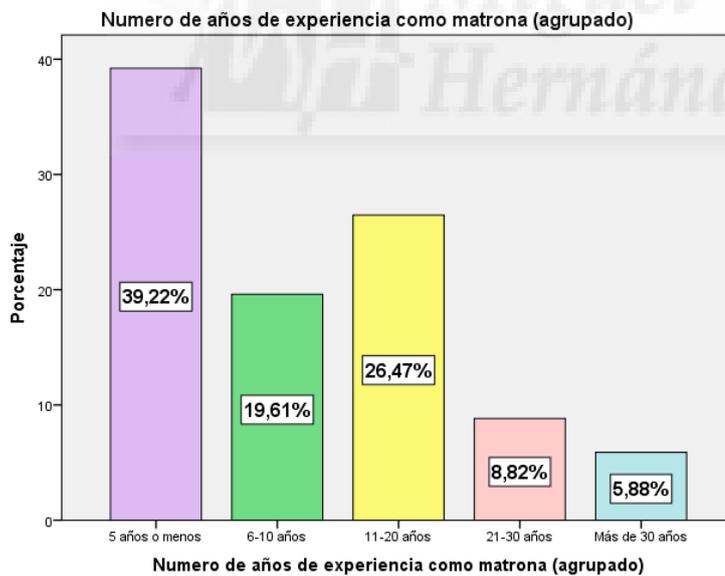
En el caso de los hijos, la media de hijos por matrona es de 1.13 ± 1.16 , y para las personas mayores la media es de 0.16 ± 0.48 .

5.2. Análisis de las variables laborales

En nuestra muestra observamos que la media de años de experiencia como matrona es de 10.54 ± 8.9 años (Tabla 5) y las frecuencias de número de años de experiencia agrupadas se distribuyen según la Gráfica 2

N	Válido	102
	Perdidos	1
Media		10,54
Mediana		8,50
Desviación estándar		8,918

Tabla 5: Años de experiencia como matrona



Gráfica 2: Años de experiencia como matrona

Según las variables laborales analizadas encontramos que en la variable “Situación laboral actual” se muestra que un 43.1% de la muestra tienen contratos de tipo “Eventual/Temporal”, un 37.3% son fijas y un 19.6 interinas (Gráfico 3).

En la variable “Jornada laboral” se observa que un 88.2% de las matronas participantes realizan jornada completa y un 11.8% realizan jornadas reducidas (Gráfico 4). Además, un 83.3% lleva a cabo su actividad en centros sanitarios públicos, un 7.8% en centros privados y el 8.8% en ambos (Tabla 6).

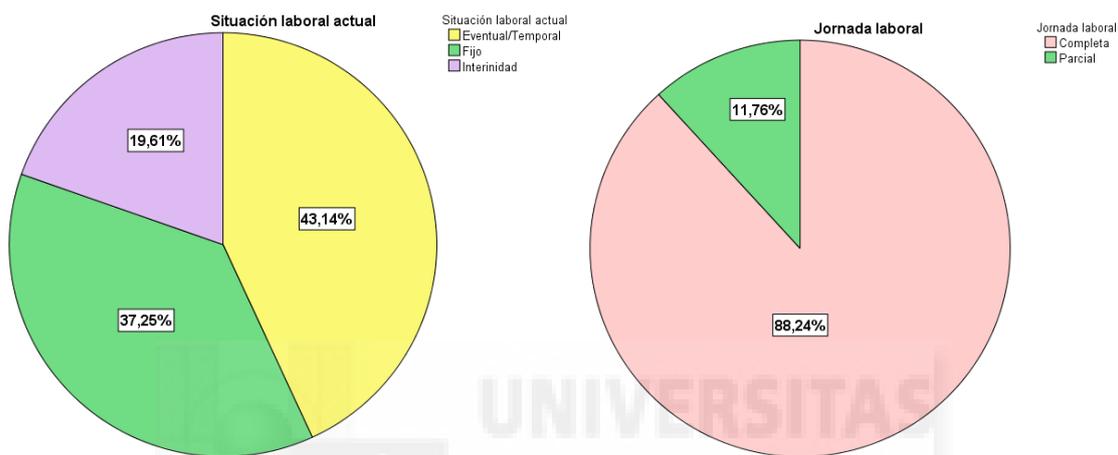


Gráfico 3: Situación laboral actual

Gráfico 4: Jornada laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Centro sanitario público	85	83,3	83,3	83,3
	Centro Sanitario Privado	8	7,8	7,8	91,2
	Ambos	9	8,8	8,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 6: Centro sanitario dónde realiza su trabajo

De las 102 matronas participantes en el estudio, 25 trabajaban en consultas de Atención Primaria (24.5%), 6 de ellas (5.9%) en otros servicios obstétricos como plantas de gestantes o puérperas, unidades de día obstétricas, consultas...etc., 54 matronas (52.9%), trabajaban en paritorio/urgencias obstétricas y 17 realizaban turnos en dos o más de estos servicios (16.7%) (Gráfico 5).

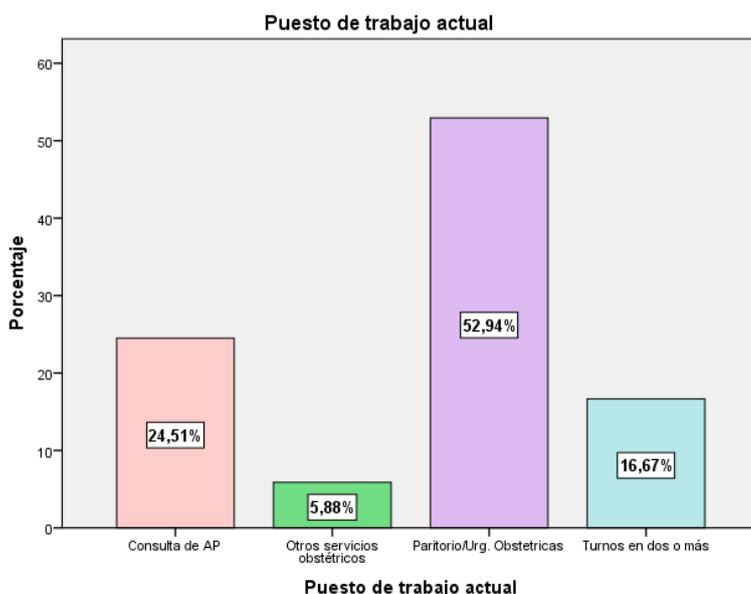


Gráfico 5: Puesto de trabajo actual

Respecto al tipo de turno que realizan, observamos que, la mayoría realizan bien turnos rotatorios D/N (2x12), con una frecuencia del 41.2% Guardias continuadas (1x24) en un 21.6% de los casos y Mañanas fijas un 4.9%. Además, observamos que realizan turnos rotatorios Mañana/Tarde/Noche (3x8), un 4.9%. Tan solo una matrona realiza turnos de Tardes fijas y dos realizan turnos de Noches fijas (Tabla 7).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido M/T/N, 3X8	5	4,9	4,9	4,9
D/N, 2X12	42	41,2	41,2	46,1
Guardias continuadas, 1x24	22	21,6	21,6	67,6
Mañanas fijas	30	29,4	29,4	97,1
Tardes fijas	1	1,0	1,0	98,0
Noches fijas	2	2,0	2,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Tabla 7: Tipo de Turno que realiza

*D: día, N: noche, M: Mañana, T: Tarde.

Las variables que hacen referencia al número de turnos doblados en los últimos tres meses y turnos de noche al mes se representan en la Tabla 8 y Tabla 9

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 0 a 4 turnos	92	90,2	90,2	90,2
	De 5 a 8 Turnos	5	4,9	4,9	95,1
	De 9 a 12 turnos	3	2,9	2,9	98,0
	Más de 12 turnos	2	2,0	2,0	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 8: Turno doblado en los últimos tres meses

El 90% de la muestra ha doblado entre 0 y 4 turnos en los últimos tres meses, el 4.9% entre 5 y 8 turnos, el 2.9% entre 9 y 12 y un 2% más de 12.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Entre 0 y 4 turnos	50	49,0	49,0	49,0
	Entre 5 y 8 turnos	49	48,0	48,0	97,1
	Más de 8 turnos	3	2,9	2,9	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 9: Número de turnos de noche que realiza al mes

Un 49% de las matronas realiza entre 0 y 4 turnos de noche al mes, el 48% entre 5 y 8 y un 2.9% más de 8 turnos al mes.

Haciendo referencia al tiempo en el puesto actual, vemos que, un 19.61% tienen una antigüedad en su puesto de trabajo actual de 3 meses o menos, un 3.92% entre 4 y 6 meses, el 18.63% lleva entre 7 meses y un año, entre 2 y 4 años un 20.59% de las matronas, entre 5 y 10 años un 15.69% y un 21.57% tienen un tiempo de permanencia en su actual puesto de 10 años o más (Gráfico 6).

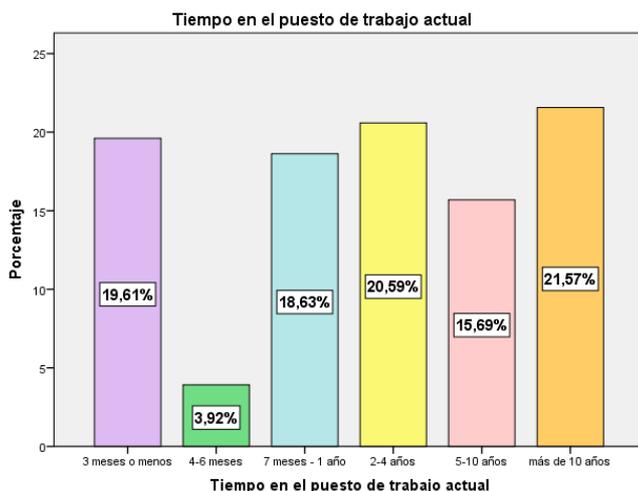


Gráfico 6: Tiempo en el puesto de trabajo actual

También sabemos que 40 de las matronas participantes en el estudio, un 39.2%, realiza rotación por diferentes servicios obstétricos, es decir no realiza siempre las mismas funciones o en el mismo lugar dentro del centro sanitario, mientras que 62 de ellas no realizan rotación (un 60.8%) (Tabla 10)

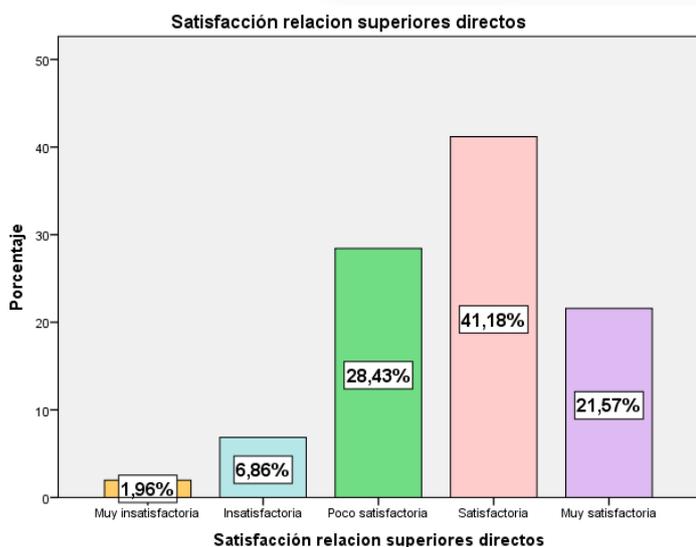
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	40	39,2	39,2	39,2
	No	62	60,8	60,8	100,0
	Total	102	100,0	100,0	

Tabla 10: Rotación por servicios obstétricos

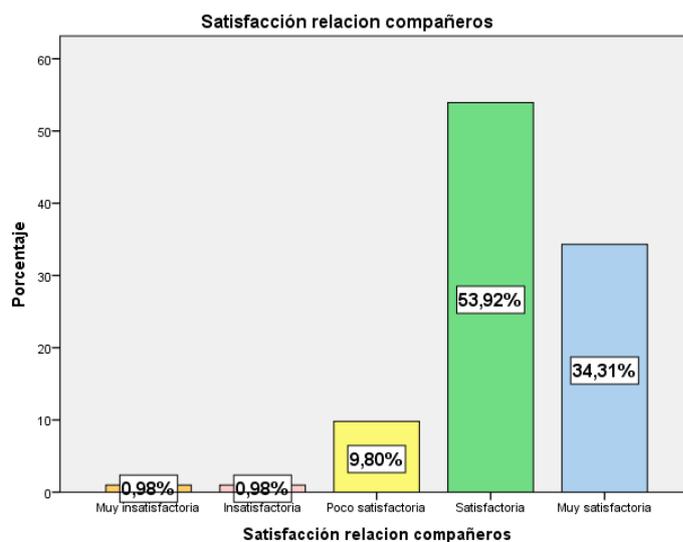
Por último, en las variables que reflejan la satisfacción subjetiva con superiores directos, compañeros y pacientes, vemos que la relación con superiores directos es insatisfactoria o muy insatisfactoria para un 8.8% de las matronas, el 28.4 la califican como poco satisfactoria y el 62.8% como satisfactoria o muy satisfactoria (Gráfica 7).

Tan solo para un 2% de las matronas participantes, la relación con los compañeros es muy insatisfactoria o poco satisfactoria, para un 9.8% esta relación es poco satisfactoria, y para el 88.2% es satisfactoria o muy satisfactoria (Gráfica 8).

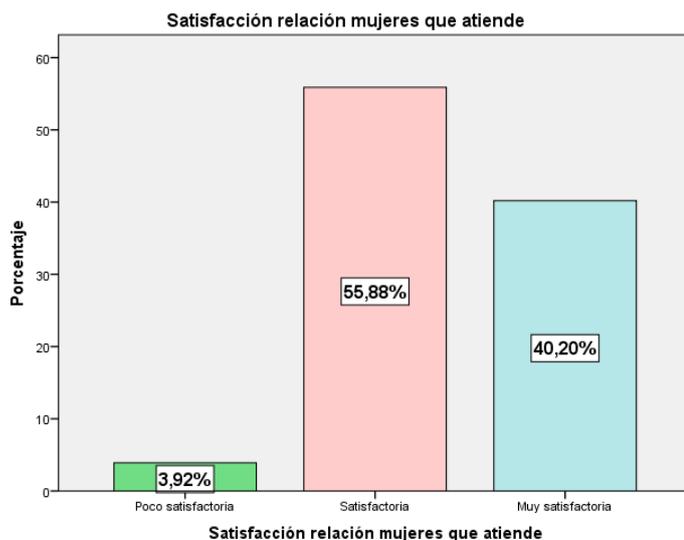
Para ninguna de las matronas de la muestra la relación con la mujer que atiende es insatisfactoria o muy insatisfactoria, un 3.9% califican esta relación como poco satisfactoria, y el 96.1 la considera satisfactoria o muy satisfactoria (Gráfica 9)



Gráfica 7: Satisfacción relación superiores directos



Gráfica 8: Satisfacción relación compañeros



Gráfica 9: Satisfacción relación con las mujeres que atiende

5.3. Análisis del nivel de Burnout

Respecto al análisis del nivel de burnout y la interpretación de estos datos, debemos tener en cuenta que el manual sobre el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1986), presenta valores normativos de referencia basados en percentiles, pero no aparecen criterios para concluir cuando un individuo ha desarrollado la patología.

Los autores del cuestionario advierten que la clasificación que se realiza no debe utilizarse con fines diagnósticos, aunque lo cierto es que existe esta tendencia.

Por su parte, Gil-Monte y Peiró (2000), consideran que la clasificación de los individuos y grupos en diferentes niveles de afectación por el síndrome es una cuestión sin resolver, y el manual del MBI en su versión actual, presenta únicamente puntos de corte que se basan en normas estadísticas.

Estos autores afirman que los criterios estadounidenses pueden resultar inadecuados en otros países, por las diferencias significativas en los valores de corte, debido a cuestiones socioculturales. Por ello, realizaron un estudio con las normas de referencia para el diagnóstico del síndrome en nuestro país, evaluado con el MBI-HSS. En dicho estudio se reflejan los valores de referencia específicos en una muestra de 568 profesionales de enfermería (Tabla 11)

	AE	DP	RP
Media	22.58	6.08	36.30
Desviación típica	11.04	4.95	6.48

Tabla 11: Gil-Monte y Peiró. Criterios normativos para el burnout

*AE (Agotamiento Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

Para establecer los niveles de afectación de las diferentes subescalas, en nuestro estudio, se han utilizado como referencia los valores fijados por Gil-Monte y Peiró (2000) para profesionales de enfermería de la forma que se muestra en la tabla 12.

	AE	DP	RP
Nivel Alto	> 25	> 9	> 41
Nivel Medio/Moderado	16-24	4-8	36-40
Nivel Bajo	0-15	0-3	0-35

Tabla 12: Gil-Monte y Peiró, puntos de corte para niveles de burnout

*AE (Agotamiento Emocional), DP (Despersonalización), RP (Realización Personal)

Cabe destacar que, en este estudio, Gil-Monte y Peiró hacen referencia a la importancia de distinguir entre las tres dimensiones establecidas para el síndrome de quemarse por el trabajo, sin fusionarlas en una puntuación única, lo que se tiene en cuenta a la hora de realizar el análisis de estos datos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se trabajó con las variables “Agotamiento Emocional”, “Despersonalización”, y “Realización personal”.

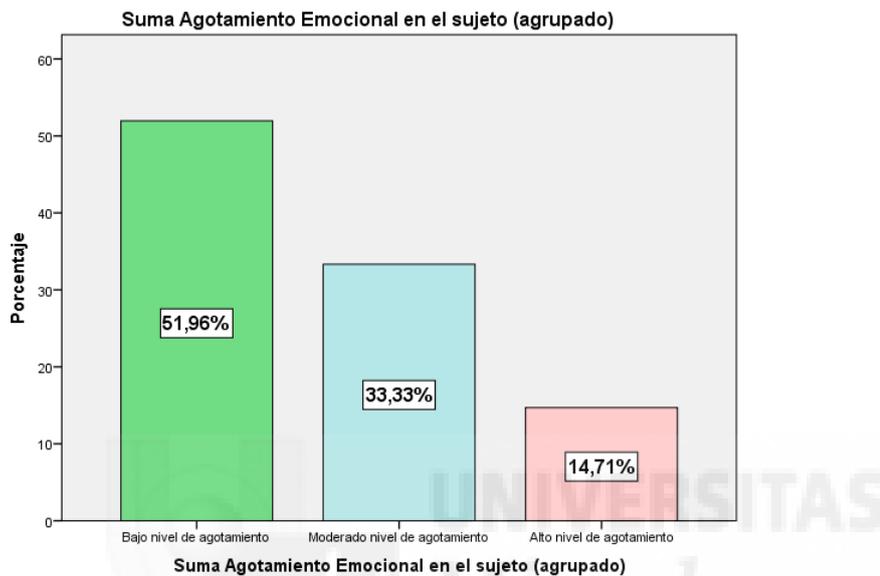
Tras realizar un primer análisis para conocer la frecuencia de los diferentes niveles de burnout medido a través de las tres dimensiones obtenemos que según se refleja en la Tabla 13 la puntuación media obtenida para la dimensión de AE fue 15.16 ± 8.66 (Nivel Bajo), para la DP 6.03 ± 4.58 (Nivel medio-moderado) y para la realización personal se obtuvo un nivel medio de 38.92 ± 5.72 (Nivel medio-moderado).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto	Suma Despersonalización en el sujeto	Suma Realización Personal en el sujeto
N	Válido	102	102	102
	Perdidos	0	0	0
Media		15,16	6,03	38,92
Mediana		14,00	5,00	40,00
Moda		14	2	40
Desviación estándar		8,664	4,587	5,726
Mínimo		0	0	22
Máximo		37	18	48

Tabla 13: niveles de AE, DP y RP

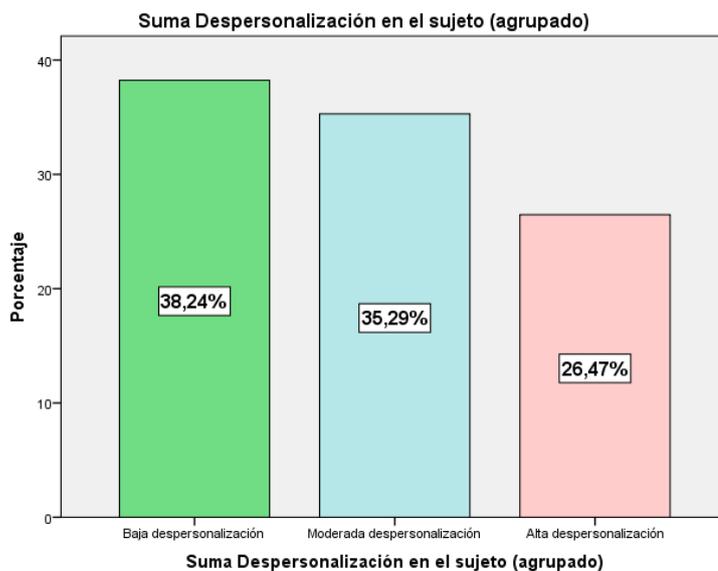
El nivel máximo obtenido en la dimensión AE fue 37, en la dimensión DP 18, y el mínimo obtenido en RP fue de 22 puntos.

En la Gráfica 10 encontramos que, en nuestra muestra, un 56.9% de las matronas presenta un bajo nivel de Agotamiento Emocional, un 33.3% un nivel moderado y el 14.71% un alto nivel de agotamiento emocional.



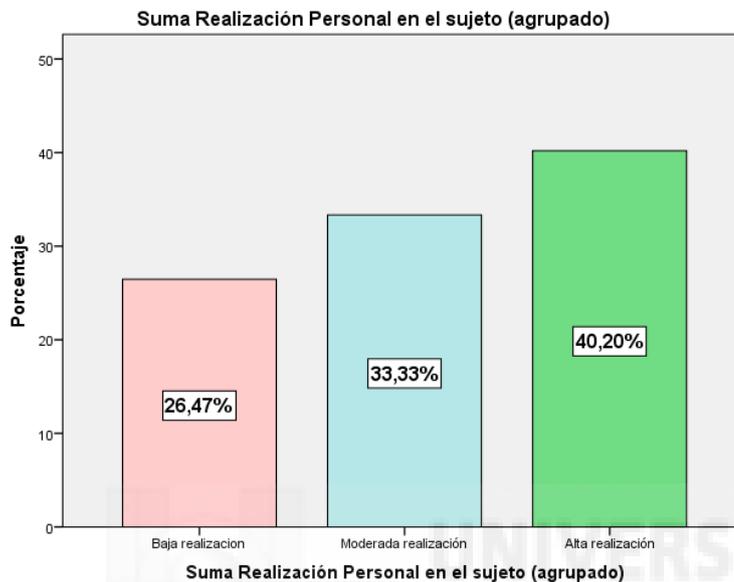
Gráfica 10: Nivel de agotamiento emocional

Respecto al nivel de despersonalización, encontramos que un 38.24% de la muestra presenta un nivel bajo de despersonalización, frente al 35.9% que se encuentran en un nivel moderado y el 26.4% en un nivel alto de despersonalización (Gráfica 11).



Gráfica 11: Nivel de despersonalización

En la Gráfica 12 encontramos el nivel de Realización Personal de las matronas participantes de nuestro estudio, que en un 26.7% presentaron baja realización personal, moderada RP un 33.3% y el 40.20% manifestaron una alta RP.



Gráfica 12: Nivel de realización personal

5.4. Análisis de la relación entre variables

Para llevar a cabo el análisis de la relación entre variables se realizó la prueba estadística de Chi cuadrado para variables ordinales y nominales. Cuando se quiso explorar la relación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, ya que los datos no se ajustaban a una distribución normal

Se considerará que existe relación estadísticamente significativa entre las variables cuando el valor de $p > 0.05$, asumiendo un error del 5%. Para medir la fuerza de asociación entre variables se calculó el valor de V. de Cramer y el Coeficiente de contingencia.

❖ Edad

Se realizó la prueba de correlación de Spearman para el contraste de hipótesis sobre la relación de variables, ya que las variables no se ajustan a la distribución normal y se obtuvo que no existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de **agotamiento emocional**, (Tabla 14)

Se establecieron rangos de edad para facilitar el análisis descriptivo de los datos referentes a la edad.

Observamos que un 21.3% de las matronas entre 24 y 35 años presentan un alto nivel de agotamiento emocional, frente al 9.1% de las matronas de entre 36 y 50 años y más de 50. En matronas de más de 50 años observamos un nivel de agotamiento emocional bajo del 63%, y en matronas de entre 36 y 50 años 52% superior a los hallados en edades inferiores (Tabla 14)

			Edad sujeto	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Edad sujeto	Coefficiente de correlación	1,000	-,140
		Sig. (bilateral)	.	,161
		N	102	102
	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación	-,140	1,000
		Sig. (bilateral)	,161	.
		N	102	102

Tabla 14: Prueba Correlación de Spearman Edad-AE

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Edad sujeto (agrupado)	Entre 24 y 35 años	Recuento 21	16	10	47
	% dentro de Edad sujeto (agrupado)	44,7%	34,0%	21,3%	100,0%
	Entre 36 y 50 años	Recuento 25	15	4	44
	% dentro de Edad sujeto (agrupado)	56,8%	34,1%	9,1%	100,0%
	Más de 50 años	Recuento 7	3	1	11
	% dentro de Edad sujeto (agrupado)	63,6%	27,3%	9,1%	100,0%
Total	Recuento	53	34	15	102
	% dentro de Edad sujeto (agrupado)	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 15: Tabla porcentajes Edad-AE

Se aprecian niveles altos de **despersonalización** en un 36.2% de las matronas menores de 35 años, estos niveles disminuyen notablemente en los grupos de mayor edad, sobretodo en matronas mayores de 50 años. No existe una relación estadísticamente significativa entre la variable Edad y Despersonalización (Tabla 16)

Observamos también, a medida que aumenta la edad, un ligero aumento del número de matronas que presentan bajos niveles de despersonalización (Tabla 17)

			Edad sujeto	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Edad sujeto	Coefficiente de correlación	1,000	-,170
		Sig. (bilateral)	.	,087
		N	102	102
	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación	-,170	1,000
		Sig. (bilateral)	,087	.
		N	102	102

Tabla 16: Prueba Correlación de Spearman Edad-DP

Tabla cruzada			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Edad sujeto (agrupado)	Entre 24 y 35 años	Recuento % dentro de Edad sujeto (agrupado)	15 31,9%	15 31,9%	17 36,2%	47 100,0%
	Entre 36 y 50 años	Recuento % dentro de Edad sujeto (agrupado)	19 43,2%	16 36,4%	9 20,5%	44 100,0%
	Mas de 50 años	Recuento % dentro de Edad sujeto (agrupado)	5 45,5%	5 45,5%	1 9,1%	11 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad sujeto (agrupado)	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 17: Porcentajes Edad-DP

Tampoco podemos establecer una relación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de **Realización Personal** del sujeto, ya que $p > 0.05$ (Tabla 18).

Pero podemos observar que las frecuencias más elevadas de alta RP se encuentran en las matronas de mayor edad (Tabla 19).

			Edad sujeto	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Edad sujeto	Coefficiente de correlación	1,000	,181
		Sig. (bilateral)	.	,069
		N	102	102
	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación	,181	1,000
		Sig. (bilateral)	,069	.
		N	102	102

Tabla 18: Prueba Correlación de Spearman Edad-RP

				Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
				Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Edad sujeto (agrupado)	Entre 24 y 35 años	Recuento	13	21	13	47	
		% dentro de Edad sujeto (agrupado)	27,7%	44,7%	27,7%	100,0%	
	Entre 36 y 50 años	Recuento	11	11	22	44	
		% dentro de Edad sujeto (agrupado)	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%	
	Más de 50 años	Recuento	3	2	6	11	
		% dentro de Edad sujeto (agrupado)	27,3%	18,2%	54,5%	100,0%	
Total		Recuento	27	34	41	102	
		% dentro de Edad sujeto (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%	

Tabla 19: Tabla cruzada Edad-RP

❖ **Sexo**

Entre las variables Sexo y **Agotamiento Emocional** no se establece una relación estadísticamente significativa (Tabla 20).

En ambos sexos encontramos nivel de agotamiento bajo en porcentajes similares, si bien es cierto que en los hombres existe un nivel moderado de agotamiento ligeramente superior, y en las mujeres, un nivel alto de agotamiento ligeramente superior al encontrado en los hombres (Tabla 21).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	1,085 ^a	2	,581	,637 ^b	,625	,650
Razón de verosimilitud	1,181	2	,554	,637 ^b	,625	,650
Prueba exacta de Fisher	,913			,684 ^b	,672	,696
Asociación lineal por lineal	,096 ^c	1	,757	,841 ^b	,831	,850
N de casos válidos	102					

Tabla 20: Prueba Chi cuadrado Sexo-AE.

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Sexo del sujeto	Mujer	Recuento	46	28	14	88
		% dentro de Sexo del sujeto	52,3%	31,8%	15,9%	100,0%
	Hombre	Recuento	7	6	1	14
		% dentro de Sexo del sujeto	50,0%	42,9%	7,1%	100,0%
Total		Recuento	53	34	15	102
		% dentro de Sexo del sujeto	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 21: Tabla cruzada Sexo-AE

En cuanto al nivel de **despersonalización**, tampoco existe una relación estadísticamente significativa con el sexo del sujeto ($p > 0.05$), pero, aun así, se aprecia que los niveles altos de despersonalización son más frecuentes en mujeres, 27% frente a un 21%.

Los hombres presentan un mayor porcentaje de baja despersonalización respecto a las mujeres, así como mayor porcentaje de niveles moderados de despersonalización.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	1,547 ^a	2	,462	,456 ^b	,444	,469
Razón de verosimilitud	1,492	2	,474	,553 ^b	,540	,566
Prueba exacta de Fisher	1,449			,519 ^b	,506	,532
Asociación lineal por lineal	,054 ^c	1	,816	,861 ^b	,852	,870
N de casos válidos	102					

Tabla 22: Prueba Chi cuadrado Sexo-DP

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Sexo del sujeto	Mujer	Recuento	35	29	24	88
		% dentro de Sexo del sujeto	39,8%	33,0%	27,3%	100,0%
Hombre	Recuento	4	7	3	14	
		% dentro de Sexo del sujeto	28,6%	50,0%	21,4%	100,0%
Total	Recuento	39	36	27	102	
		% dentro de Sexo del sujeto	38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 23: Porcentaje Sexo-DP

No se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre las variables Sexo y **Realización personal** (tabla 24). Pero podemos apreciar porcentajes algo mayores de baja realización personal en mujeres, así como mayor porcentaje de hombres con alta realización personal respecto a las mujeres (Tabla 25).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	,654 ^a	2	,721	,818 ^b	,808	,828
Razón de verosimilitud	,645	2	,724	,818 ^b	,808	,828
Prueba exacta de Fisher	,621			,818 ^b	,808	,828
Asociación lineal por lineal	,547 ^c	1	,460	,478 ^b	,465	,490
N de casos válidos	102					

Tabla 24: Prueba Chi cuadrado Sexo-RP

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Sexo del sujeto	Mujer	Recuento	24	30	34	88
		% dentro de Sexo del sujeto	27,3%	34,1%	38,6%	100,0%
Hombre	Recuento	3	4	7	14	
		% dentro de Sexo del sujeto	21,4%	28,6%	50,0%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102	
		% dentro de Sexo del sujeto	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 25: Porcentajes Sexo-RP

❖ Estado Civil

Con relación al estado civil, hallamos que no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) con ninguna de las dimensiones del burnout (Tablas 26,27,28).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	8,327 ^a	6	,215	,209 ^b	,198	,219
Razón de verosimilitud	8,517	6	,203	,212 ^b	,202	,223
Prueba exacta de Fisher	9,039			,113 ^b	,105	,122
Asociación lineal por lineal	1,246 ^c	1	,264	,298 ^b	,286	,310
N de casos válidos	102					

Tabla 26: Prueba Chi cuadrado Estado Civil-AE

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6,667 ^a	6	,353	,333 ^b	,321	,345
Razón de verosimilitud	6,663	6	,353	,468 ^b	,455	,481
Prueba exacta de Fisher	6,488			,300 ^b	,288	,312
Asociación lineal por lineal	,876 ^c	1	,349	,403 ^b	,390	,416
N de casos válidos	102					

Tabla 27: Prueba Chi cuadrado Estado Civil-DP

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	8,388 ^a	6	,211	,174 ^b	,165	,184
Razón de verosimilitud	9,663	6	,140	,149 ^b	,140	,158
Prueba exacta de Fisher	7,895			,156 ^b	,147	,166
Asociación lineal por lineal	1,091 ^c	1	,296	,349 ^b	,336	,361
N de casos válidos	102					

Tabla 28: Prueba Chi cuadrado Estado Civil-RP

No obstante, con respecto al **Agotamiento emocional** se aprecia una diferencia en altos niveles de agotamiento emocional (mayor porcentaje en solteros), al igual que existe un mayor porcentaje de bajo nivel de agotamiento entre los sujetos casados con respecto a los solteros (Tabla 29).

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Estado Civil	Soltero	Recuento	14	13	8	35
		% dentro de Estado Civil	40,0%	37,1%	22,9%	100,0%
	Casado/Pareja hecho	Recuento	38	18	6	62
		% dentro de Estado Civil	61,3%	29,0%	9,7%	100,0%
	Divorciado	Recuento	1	2	1	4
		% dentro de Estado Civil	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
	Viudo	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Estado Civil	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	53	34	15	102
		% dentro de Estado Civil	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 29: Porcentajes Estado civil-AE

La **despersonalización** (Tabla 30) presenta porcentajes ligeramente mayores en un nivel alto en los sujetos solteros, respecto a los casados. La baja despersonalización se encuentra en un nivel mayor los sujetos casados.

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Estado Civil	Soltero	Recuento	9	15	11	35
		% dentro de Estado Civil	25,7%	42,9%	31,4%	100,0%
	Casado/Pareja hecho	Recuento	28	20	14	62
		% dentro de Estado Civil	45,2%	32,3%	22,6%	100,0%
	Divorciado	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de Estado Civil	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
	Viudo	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de Estado Civil	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	39	36	27	102
		% dentro de Estado Civil	38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 30: Porcentajes Estado civil-DP

La **realización personal**, en un nivel moderado presenta mayores porcentajes en los sujetos solteros, y la alta realización se observa en mayor medida en los sujetos casados respecto a los solteros (Tabla 31).

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Estado Civil Soltero		Recuento	9	16	10	35
		% dentro de Estado Civil	25,7%	45,7%	28,6%	100,0%
	Casado/Pareja hecho	Recuento	17	17	28	62
		% dentro de Estado Civil	27,4%	27,4%	45,2%	100,0%
	Divorciado	Recuento	1	0	3	4
		% dentro de Estado Civil	25,0%	0,0%	75,0%	100,0%
	Viudo	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de Estado Civil	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	27	34	41	102
		% dentro de Estado Civil	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 31: Porcentajes Estado civil-RP

❖ Hijos a su cargo

Se analizó la variable hijos con respecto a las dimensiones AE, DP y RP, mediante el coeficiente de correlación de Spearman, ya que los datos no se ajustan a la distribución normal, y no se observaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del burnout.

Se reagrupó la variable hijos para realizar un análisis descriptivo de las frecuencias encontradas en las tres dimensiones en sus diferentes niveles.

Respecto al **agotamiento emocional**, no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) con la variable hijos (Tabla 32), no obstante, apreciamos en la Tabla 33 que el porcentaje de sujetos de la muestra que presentan alto nivel de agotamiento emocional es ligeramente superior en los individuos que no tienen hijos.

		Número de hijos a su cargo	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho Spearman	de Número de hijos a su cargo	1,000	-,118
	Coeficiente de correlación	.	,236
	Sig. (bilateral)	102	102
Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)		-,118	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	102

Tabla 32: Coeficiente de correlación de Spearman Hijos-AE

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Número de hijos a su cargo (agrupado)	No	Recuento 22	13	8	43
		% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado) 51,2%	30,2%	18,6%	100,0%
Si	Recuento	31	21	7	59
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	52,5%	35,6%	11,9%	100,0%
Total	Recuento	53	34	15	102
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 33: Tabla cruzada Hijos-AE

En esta dimensión, apreciamos que el nivel moderado de agotamiento emocional alcanza unos porcentajes mayores en aquellos sujetos que tienen 3 hijos o más. El bajo nivel de agotamiento es ligeramente menor en los sujetos con 3 hijos o más, al igual que los niveles moderados de agotamiento son más frecuentes también en este grupo. (Tabla 34).

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Número de hijos a su cargo (agrupado)	Ningún hijo	Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	22 51,2%	13 30,2%	8 18,6%	43 100,0%
	Entre 1 y 2 hijos	Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	26 54,2%	15 31,3%	7 14,6%	48 100,0%
	3 hijos o más	Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	5 45,5%	6 54,5%	0 0,0%	11 100,0%
Total		Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 34: Tabla cruzada Hijos-AE₂

En el caso de la dimensión **despersonalización** observamos que, no existe diferencia estadísticamente significativa entre la variable hijos y el nivel de despersonalización (Tabla 35).

			Número de hijos a su cargo	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Número de hijos a su cargo	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,127
		N	102	102
	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,127	1,000
		N	102	102

Tabla 35: Coeficiente de correlación de Spearman Hijos-DP

La baja despersonalización se presenta en un mayor porcentaje de los sujetos sin hijos, así como los niveles altos de despersonalización son más frecuentes en las matronas que no tienen hijos (Tabla 36).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total	
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización		
Número de hijos a su cargo (agrupado)	No	Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	15 34,9%	15 34,9%	13 30,2%	43 100,0%
	Si	Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	24 40,7%	21 35,6%	14 23,7%	59 100,0%
Total		Recuento % dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 36: Porcentajes Hijo-sDP

Según el número hijos, se aprecian mayores porcentajes de baja despersonalización en matronas con 3 hijos o más (Tabla37)

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Número de hijos a su cargo (agrupado)	Ningún hijo	Recuento 15 % dentro de 34,9%	Número de hijos a su cargo 15 34,9%	Alta despersonalización 13 30,2%	43 100,0%
	Entre 1 y 2 hijos	Recuento 19 % dentro de 39,6%	Número de hijos a su cargo 18 37,5%	Alta despersonalización 11 22,9%	48 100,0%
	3 hijos o más	Recuento 5 % dentro de 45,5%	Número de hijos a su cargo 3 27,3%	Alta despersonalización 3 27,3%	11 100,0%
Total		Recuento 39 % dentro de 38,2%	Número de hijos a su cargo 36 35,3%	Alta despersonalización 27 26,5%	102 100,0%

Tabla 37: Porcentajes Hijos-DP2

Tampoco se halló una relación estadísticamente significativa entre la variable hijos y la **realización personal** (Tabla 38).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	Número de hijos a su cargo
Rho Spearman	de Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	de 1,000	,088
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,380
	N	102	102
	Número de hijos a su cargo	de ,088	1,000
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	,380
	N	102	102

Tabla 38: Correlación de Spearman Hijos-RP

Tras reagrupar los datos, para facilitar su análisis descriptivo, observamos mayor frecuencia de alta realización en los sujetos con hijos, aunque la baja realización también tuvo una mayor frecuencia en este grupo.

Los niveles moderados de realización se observan en un mayor porcentaje de matronas sin hijos (Tabla 39)

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Número de hijos a su cargo No (agrupado)	Recuento	9	20	14	43
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	20,9%	46,5%	32,6%	100,0%
Si	Recuento	18	14	27	59
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	30,5%	23,7%	45,8%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 39: Porcentajes Hijos-DP

Según el número de hijos, vemos que los mayores porcentajes de alta realización se observan entre las matronas con 3 o más hijos a su cargo (Tabla 40).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Numero de hijos a su cargo (agrupado)	Ningún hijo	9	20	14	43
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	20,9%	46,5%	32,6%	100,0%
Entre 1 y 2 hijos	Recuento	15	13	20	48
	% dentro de Número de hijos a su cargo (agrupado)	31,3%	27,1%	41,7%	100,0%
3 hijos o más	Recuento	3	1	7	11
	% dentro de Numero de hijos a su cargo (agrupado)	27,3%	9,1%	63,6%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Numero de hijos a su cargo (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 40: Porcentajes Hijos-RP₂

❖ **Mayores a su cargo**

No se encuentra relación significativa entre el número de personas mayores a su cargo y el agotamiento emocional (Tabla 41).

		Numero de personas mayores a su cargo	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho Spearman	de Numero de personas mayores a su cargo	1,000	,068
	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	.	,497 102
Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)	de	,068	1,000
	Coeficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,497 102	.

Tabla 41: Correlación de Spearman Mayores-AE

Al agrupar los datos para facilitar su análisis descriptivo observamos los niveles de bajo agotamiento emocional con una mayor frecuencia en las matronas sin mayores a su cargo. Los niveles moderados de agotamiento emocional también son más frecuentes en este grupo (Tabla 42).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Numero de personas No mayores a su cargo (agrupado)	Recuento	49	28	14	91
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	53,8%	30,8%	15,4%	100,0%
Si	Recuento	4	6	1	11
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	36,4%	54,5%	9,1%	100,0%
Total	Recuento	53	34	15	102
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 42: Porcentajes Mayores-AE

No existe relación significativa entre las variables número de personas mayores a su cargo y **despersonalización** (Tabla 43)

		Numero de personas mayores a su cargo	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho Spearman de Numero de personas mayores a su cargo	Coficiente de correlación	1,000	-,122
	Sig. (bilateral)	.	,223
	N	102	102
Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)	Coficiente de correlación	-,122	1,000
	Sig. (bilateral)	,223	.
	N	102	102

Tabla 43: Correlación de Spearman Mayores-DP

Entre las matronas con mayores a su cargo se observan mayores porcentajes de baja despersonalización, y menores niveles de moderada despersonalización. El porcentaje de alta despersonalización es ligeramente mayor en las matronas con algún mayor a su cargo (Tabla 44).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	No Recuento	32	35	24	91
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	35,2%	38,5%	26,4%	100,0%
Si	Recuento	7	1	3	11
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	63,6%	9,1%	27,3%	100,0%
Total	Recuento	39	36	27	102
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 44: Porcentajes Mayores-DP

No existe relación significativa entre las variables número de personas mayores a su cargo y **realización personal** (Tabla 45)

		Numero de personas mayores a su cargo	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Numero de personas mayores a su cargo	1,000	,092
	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	.	,358
	N	102	102
Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,092	1,000
		,358	.
	N	102	102

Tabla 45: Prueba Chi cuadrado Mayores-RP

Las matronas mayores a su cargo presentan con más frecuencia niveles moderados y altos de realización personal, y menor porcentaje de niveles bajos de realización (Tabla 45-2)

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	No Recuento	26	29	36	91
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	28,6%	31,9%	39,6%	100,0%
Si	Recuento	1	5	5	11
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	9,1%	45,5%	45,5%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Numero de personas mayores a su cargo (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 45-2: Porcentajes Mayores-RP

❖ **Años de experiencia como matrona**

Observamos que no existe una relación estadísticamente significativa entre los años de experiencia como matrona y el nivel de **agotamiento emocional** (Tabla 46).

	Numero de años de experiencia como matrona	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	1,000	-,112
de	.	,263
Numero de años de experiencia como matrona	102	102
de Coeficiente de correlación	-,112	1,000
Sig. (bilateral)	,263	.
N	102	102
Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)	Coeficiente de correlación	
	Sig. (bilateral)	
	N	

Tabla 46: Correlación de Spearman Experiencia-AE

Se reagrupó la variable años de experiencia como matrona para facilitar su análisis descriptivo y se obtuvo que el nivel bajo de agotamiento emocional presenta unas frecuencias similares en los diferentes rangos de experiencia profesional, sin embargo, cuando nos referimos a niveles moderados de AE, observamos que niveles moderados de agotamiento se observan en un menor porcentaje en matronas con más de 20 años de experiencia (Tabla 47).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	10 años o menos	30	20	10	60
	Recuento	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
	% dentro de años de experiencia como matrona (agrupado)				
Entre 11 y 20 años	Recuento	15	10	2	27
	% dentro de años de experiencia como matrona (agrupado)	55,6%	37,0%	7,4%	100,0%
Más de 20 años	Recuento	8	4	3	15
	% dentro de años de experiencia como matrona (agrupado)	53,3%	26,7%	20,0%	100,0%
Total	Recuento	53	34	15	102
	% dentro de años de experiencia como matrona (agrupado)	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 47: Frecuencias Experiencia-AE

En la dimensión **despersonalización** no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en relación a los años de experiencia como matrona (Tabla 48), pero observamos que matronas con 10 años de experiencia o menos se encuentra un nivel alto de

despersonalización en un mayor porcentaje de sujetos que en matronas con más años de experiencia (Tabla 49).

			Numero de años de experiencia como matrona	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Numero de años de experiencia como matrona	Coefficiente de correlación	1,000	-,154
		Sig. (bilateral)	.	,121
		N	102	102
	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación	-,154	1,000
		Sig. (bilateral)	,121	.
		N	102	102

Tabla 48: Correlación de Spearman Experiencia-DP

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	10 años o menos	Recuento % dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	19 31,7%	22 36,7%	19 31,7%	60 100,0%
	Entre 11 y 20 años	Recuento % dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	15 55,6%	8 29,6%	4 14,8%	27 100,0%
	Más de 20 años	Recuento % dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	5 33,3%	6 40,0%	4 26,7%	15 100,0%
Total	Recuento % dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%	

Tabla 49: Porcentajes Experiencia-DP

Respecto a la **realización personal**, no existen tampoco diferencias estadísticamente significativas respecto a los años de experiencia como matrona (Tabla 50), pero sí podemos señalar que en matronas con más de 20 años de experiencia se encuentra más baja realización que en matronas con menor experiencia. La alta realización personal se observa con mayor frecuencia en matronas con entre 11 y 20 años de ejercicio profesional (55.6%) (Tabla 51).

		Numero de años de experiencia como matrona	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Numero de años de experiencia como matrona	1,000	,078
	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	.	,434
	N	102	102
	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	,078	1,000
	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	,434	.
	N	102	102

Tabla 50: Correlación de Spearman Experiencia-RP

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	de 10 años o como menos	15	25	20	60
	% dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	25,0%	41,7%	33,3%	100,0%
	Entre 11 y 20 años	6	6	15	27
	% dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	22,2%	22,2%	55,6%	100,0%
	Más de 20 años	6	3	6	15
	% dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Numero de años de experiencia como matrona (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 51: Porcentajes Experiencia-RP

❖ Situación Laboral

Aunque no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre las variables situación laboral y **agotamiento emocional** (Tabla 52), los altos niveles de agotamiento emocional se observan en mayor proporción en matronas con contactos de tipo eventual/temporal en relación a aquellas que tienen contrato fijo o interino (Tabla 53).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,634 ^a	4	,228
Razón de verosimilitud	5,768	4	,217
Asociación lineal por lineal	2,027	1	,155
N de casos válidos	102		

Tabla 52: Prueba Chi cuadrado Situación laboral-AE

De la misma forma, niveles bajos de agotamiento aparecen en mayor proporción en matronas con contrato fijo o interinidad si lo comparamos con las que tienen contratos de carácter eventual o temporal.

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Situación laboral actual	Eventual/Temporal	Recuento % dentro de Situación laboral actual	20 45,5%	14 31,8%	10 22,7%	44 100,0%
	Fijo	Recuento % dentro de Situación laboral actual	23 60,5%	11 28,9%	4 10,5%	38 100,0%
	Interinidad	Recuento % dentro de Situación laboral actual	10 50,0%	9 45,0%	1 5,0%	20 100,0%
Total		Recuento % dentro de Situación laboral actual	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 53: Porcentajes Situación laboral-AE

Con respecto a los niveles de **despersonalización**, no encontramos una relación estadísticamente significativa entre las variables, pero sí se aprecia que un mayor número de matronas fijas e interinas presentan bajos niveles de despersonalización si lo comparamos con aquellas eventuales o temporales (Tabla 54).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,443 ^a	4	,349
Razón de verosimilitud	4,507	4	,342
Asociación lineal por lineal	3,139	1	,076
N de casos válidos	102		

Tabla 54: Prueba Chi cuadrado Situación laboral-DP

De nuevo encontramos niveles altos de burnout en un mayor número de matronas eventuales o temporales en relación a matronas interinas o fijas (Tabla 55).

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Situación laboral actual	Eventual/Temporal	Recuento % dentro de Situación laboral actual	12 27,3%	17 38,6%	15 34,1%	44 100,0%
	Fijo	Recuento % dentro de Situación laboral actual	18 47,4%	12 31,6%	8 21,1%	38 100,0%
	Interinidad	Recuento % dentro de Situación laboral actual	9 45,0%	7 35,0%	4 20,0%	20 100,0%
Total		Recuento % dentro de Situación laboral actual	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 55: Porcentajes Situación laboral-DP

Las matronas fijas e interinas presentan porcentajes mayores de alta **realización personal** si lo comparamos con las eventuales/temporales.

Los niveles bajos de realización profesional son ligeramente superiores en matronas eventuales, así como los niveles de realización moderados, que también son algo superiores en porcentaje en este grupo (Tabla 56).

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Situación laboral actual	Eventual/Temporal	Recuento % dentro de Situación laboral actual	13 29,5%	17 38,6%	14 31,8%	44 100,0%
	Fijo	Recuento % dentro de Situación laboral actual	9 23,7%	11 28,9%	18 47,4%	38 100,0%
	Interinidad	Recuento % dentro de Situación laboral actual	5 25,0%	6 30,0%	9 45,0%	20 100,0%
Total		Recuento % dentro de Situación laboral actual	27 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%

Tabla 56: Porcentajes Situación Laboral-RP

No se encontró una relación significativa entre las variables de situación laboral y realización personal (Tabla 57).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,312 ^a	4	,679
Razón de verosimilitud	2,334	4	,675
Asociación lineal por lineal	1,038	1	,308
N de casos válidos	102		

Tabla 57: Prueba Chi cuadrado Situación laboral-RP

❖ **Jornada laboral**

No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables jornada laboral y **agotamiento emocional** (Tabla 58)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior	
Chi-cuadrado de Pearson	1,225 ^a	2	,542	,640 ^b	,627	,652
Razón de verosimilitud	1,269	2	,530	,548 ^b	,535	,561
Prueba exacta de Fisher	,939			,640 ^b	,627	,652
Asociación lineal por lineal	1,133 ^c	1	,287	,311 ^b	,299	,323
N de casos válidos	102					

Tabla 58: Prueba Chi cuadrado Jornada-AE

No obstante, en matronas con jornada parcial encontramos bajos niveles de agotamiento en porcentajes superiores que en matronas con jornada completa. En este mismo sentido, matronas con jornada completa muestran mayor porcentaje de niveles de agotamiento moderados y altos (Tabla 59).

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Jornada laboral	Completa	Recuento de % dentro de Jornada laboral	45 50,0%	31 34,4%	14 15,6%	90 100,0%
	Parcial	Recuento de % dentro de Jornada laboral	8 66,7%	3 25,0%	1 8,3%	12 100,0%
Total		Recuento de % dentro de Jornada laboral	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 59: Porcentajes Jornada-AE

Al relacionar las variables jornada laboral y **despersonalización** hallamos que existe una relación estadísticamente significativa ($p=0.03$, <0.05) entre ambas (Tabla 60), no obstante, entre ellas existe una relación débil, en base a los valores obtenidos en la Tabla 61.

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6,490 ^a	2	,039	,038 ^b	,033	,043
Razón de verosimilitud	9,196	2	,010	,018 ^b	,014	,021
Prueba exacta de Fisher	6,779			,031 ^b	,026	,035
Asociación lineal por lineal	6,410 ^c	1	,011	,013 ^b	,010	,015
N de casos válidos	102					

Tabla 60: Prueba Chi cuadrado Jornada-DP

		Valor	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por Nominal	Phi	,252	,039	,038 ^c	,033	,043
	V de Cramer	,252	,039	,038 ^c	,033	,043
	Coefficiente de contingencia	,245	,039	,038 ^c	,033	,043
N de casos válidos		102				

Tabla 61: Fuerza de asociación Jornada-DP

Observamos que existe un mayor número de matronas con niveles alto de despersonalización entre aquellas que realizan jornada completa en comparación con las que realizan jornada parcial.

De la misma forma, las profesionales con jornada parcial presentan mayor porcentaje de niveles de despersonalización bajos si lo comparamos con los que presentan las que tienen jornada completa (Tabla 62).

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Jornada laboral	Completa	Recuento	31	32	27	90
		% dentro de Jornada laboral	34,4%	35,6%	30,0%	100,0%
	Parcial	Recuento	8	4	0	12
		% dentro de Jornada laboral	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	39	36	27	102
		% dentro de Jornada laboral	38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 62: Porcentajes Jornada-DP

Por último, entre la variable realización personal y jornada laboral no se ha hallado relación significativa (Tabla 63), pero es mayor el porcentaje de matronas con niveles altos de realización personal entre las que tienen jornada completa, al igual que en jornadas parciales encontramos mayor porcentaje de baja realización (Tabla 64).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior	
Chi-cuadrado de Pearson	,401 ^a	2	,818	,924 ^b	,917	,930
Razón de verosimilitud	,394	2	,821	,924 ^b	,917	,930
Prueba exacta de Fisher	,537			,924 ^b	,917	,930
Asociación lineal por lineal	,392 ^c	1	,531	,573 ^b	,561	,586
N de casos válidos	102					

Tabla 63: Prueba Chi cuadrado Jornada-RP

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Jornada laboral	Completa	Recuento	23	30	37	90
		% dentro de Jornada laboral	25,6%	33,3%	41,1%	100,0%
	Parcial	Recuento	4	4	4	12
		% dentro de Jornada laboral	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Total		Recuento	27	34	41	102
		% dentro de Jornada laboral	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 64: Porcentajes Jornada-RP

❖ Centro Sanitario

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de centro sanitario y las diferentes dimensiones del burnout (Tablas 65, 66 Y 67).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior	
Chi-cuadrado de Pearson	3,202 ^a	4	,525	,544 ^b	,531	,557
Razón de verosimilitud	3,443	4	,487	,608 ^b	,596	,621
Prueba exacta de Fisher	3,398			,476 ^b	,463	,488
Asociación lineal por lineal	,362 ^c	1	,547	,569 ^b	,556	,582
N de casos válidos	102					

Tabla 65: Prueba Chi cuadrado Centro-AE

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	3,202 ^a	4	,525	,544 ^b	,531	,557
Razón de verosimilitud	3,443	4	,487	,608 ^b	,596	,621
Prueba exacta de Fisher	3,398			,476 ^b	,463	,488
Asociación lineal por lineal	,362 ^c	1	,547	,569 ^b	,556	,582
N de casos válidos	102					

Tabla 66: Prueba Chi cuadrado Centro-DP

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	3,202 ^a	4	,525	,544 ^b	,531	,557
Razón de verosimilitud	3,443	4	,487	,608 ^b	,596	,621
Prueba exacta de Fisher	3,398			,476 ^b	,463	,488
Asociación lineal por lineal	,362 ^c	1	,547	,569 ^b	,556	,582
N de casos válidos	102					

Tabla 67: Prueba Chi cuadrado Centro-RP

No obstante, en la dimensión **agotamiento emocional**, se encuentra un mayor porcentaje de matronas que presentan niveles altos de agotamiento emocional entre aquellas que realizan su función asistencial en centros públicos y privados (Tabla 68).

	Centro sanitario donde realiza su trabajo	Recuento	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
	Centro público	44	44	29	12	85
		% dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	51,8%	34,1%	14,1%	100,0%
	Centro Privado	6	6	1	1	8
		% dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	75,0%	12,5%	12,5%	100,0%
	Ambos	3	3	4	2	9
		% dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	33,3%	44,4%	22,2%	100,0%
Total		53	53	34	15	102
		% dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 68: Porcentajes Centro-AE

Respecto a la **despersonalización** encontramos los porcentajes más altos de alta despersonalización en los grupos de matronas que ejercen en centros privados y en ambos (públicos y privados) simultáneamente (Tabla 69).

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Centro sanitario donde realiza su trabajo	Centro sanitario público	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	32 37,6%	33 38,8%	20 23,5%	85 100,0%
	Centro Sanitario Privado	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	4 50,0%	1 12,5%	3 37,5%	8 100,0%
	Ambos	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	3 33,3%	2 22,2%	4 44,4%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 69: Porcentajes Centro-DP

Los niveles altos de realización personal se encuentran en un mayor número de matronas que ejercen en centros públicos si comparamos con las que ejercen en privado o ambos. También, las matronas que ejercer en ambos centros simultáneamente presenta mayor porcentaje de niveles bajos de realización personal (Tabla 70).

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Centro sanitario donde realiza su trabajo	Centro sanitario público	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	21 24,7%	27 31,8%	37 43,5%	85 100,0%
	Centro Privado	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	2 25,0%	4 50,0%	2 25,0%	8 100,0%
	Ambos	Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	4 44,4%	3 33,3%	2 22,2%	9 100,0%
Total		Recuento % dentro de Centro sanitario donde realiza su trabajo	27 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%

Tabla 70: Porcentajes Centro-RP

❖ Puesto de trabajo actual

No se ha hallado una relación estadísticamente significativa entre el puesto de trabajo y la dimensión **agotamiento emocional** (Tabla 71).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	5,329 ^a	6	,502	,517 ^b	,504	,529
Razón de verosimilitud	5,106	6	,530	,607 ^b	,595	,620
Prueba exacta de Fisher	5,583			,457 ^b	,444	,470
Asociación lineal por lineal	1,557 ^c	1	,212	,233 ^b	,222	,244
N de casos válidos	102					

Tabla 71: Prueba Chi cuadrado Puesto de trabajo actual-AE

Podemos apreciar, que el bajo nivel de agotamiento se presenta en un mayor número de matronas cuyo puesto de trabajo se encuentra en consulta de atención primaria o paritorio. Los niveles moderados de agotamiento alcanzan un mayor porcentaje en aquellas matronas que realizan turnos en más de un servicio obstétrico. Los niveles altos de agotamiento emocional se presentan con menor frecuencia entre las matronas que trabajan en consulta de atención primaria (Tabla 72).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total	
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento		
Puesto de trabajo actual	Consulta de AP	Recuento % dentro de Puesto de trabajo actual	15 60,0%	8 32,0%	2 8,0%	25 100,0%
	Otros servicios obstétricos	Recuento % dentro de Puesto de trabajo actual	2 33,3%	2 33,3%	2 33,3%	6 100,0%
	Paritorio/Urg. Obstetricas	Recuento % dentro de Puesto de trabajo actual	30 55,6%	17 31,5%	7 13,0%	54 100,0%
	Turnos en dos o más	Recuento % dentro de Puesto de trabajo actual	6 35,3%	7 41,2%	4 23,5%	17 100,0%
Total		Recuento % dentro de Puesto de trabajo actual	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 72: Porcentajes Puesto de trabajo-AE

Respecto a la dimensión de **despersonalización**, hallamos una **relación estadísticamente significativa entre puesto de trabajo y despersonalización** ($p=0.036$) (Tabla 73) Dicha relación tiene una fuerza de asociación moderada (Coef. Contingencia=0.338) (Tabla 74)

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	13,165 ^a	6	,040	,036 ^b	,031	,041
Razón de verosimilitud	13,257	6	,039	,053 ^b	,047	,058
Prueba exacta de Fisher	12,287			,039 ^b	,034	,044
Asociación lineal por lineal	4,386 ^c	1	,036	,040 ^b	,035	,045
N de casos válidos	102					

Tabla 73: Prueba Chi cuadrado Puesto de trabaj-DP

	Valor	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por Phi	,359	,040	,035 ^c	,031	,040
Nominal V de Cramer	,254	,040	,035 ^c	,031	,040
Coeficiente de contingencia	,338	,040	,035 ^c	,031	,040
N de casos válidos	102				

Tabla 74: Medidas simétricas Puesto de trabajo-DP

Los niveles de despersonalización bajos se observan con una mayor frecuencia en las matronas de consulta de Atención Primaria. Las matronas que tienen su puesto de trabajo en otros servicios obstétricos (unidades de día, plantas de hospitalización, consultas de Atención Especializada...etc.) son las que presentan una mayor frecuencia de niveles altos de despersonalización. Las matronas de paritorio/urgencias presentan niveles moderados de despersonalización en un 40% de los casos, y las matronas de consulta de Atención primaria son las que presentan niveles altos de despersonalización con menor frecuencia (Tabla 75).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Puesto de Consulta de AP trabajo actual	Recuento	14	9	2	25
	% dentro de Puesto de trabajo actual	56,0%	36,0%	8,0%	100,0%
Otros servicios obstétricos	Recuento	1	1	4	6
	% dentro de Puesto de trabajo actual	16,7%	16,7%	66,7%	100,0%
Paritorio/Urg. Obstetricas	Recuento	18	22	14	54
	% dentro de Puesto de trabajo actual	33,3%	40,7%	25,9%	100,0%
Turnos en dos o más	Recuento	6	4	7	17
	% dentro de Puesto de trabajo actual	35,3%	23,5%	41,2%	100,0%
Total	Recuento	39	36	27	102
	% dentro de Puesto de trabajo actual	38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 75: Porcentajes Puesto de trabajo-DP

La **realización personal** no establece una relación estadísticamente significativa con el puesto de trabajo que se ocupa (Tabla 76).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	8,666 ^a	6	,193	,192 ^b	,182	,202
Razón de verosimilitud	9,792	6	,134	,174 ^b	,164	,184
Prueba exacta de Fisher	9,236			,141 ^b	,132	,150
Asociación lineal por lineal	4,404 ^c	1	,036	,036 ^b	,031	,041
N de casos válidos	102					

Tabla 76: Prueba Chi cuadrado Puesto de trabajo-RP

Los niveles bajos de realización personal se observan con mayor frecuencia en las matronas que trabajan en otros servicios obstétricos. Las matronas de consulta de Atención primaria y las que realizan turnos en dos o más servicios son los grupos que presentan con mayor frecuencia niveles moderados de realización personal. Los niveles altos de RP se observan en un porcentaje mayor de las matronas cuyo puesto de trabajo se encuentra en Atención Primaria, seguidas de las de Paritorio/Urgencias obstétricas (Tabla 77).

			Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Puesto de trabajo actual	de Consulta de AP	Recuento	2	10	13	25
		% dentro de Puesto de trabajo actual	8,0%	40,0%	52,0%	100,0%
	Otros servicios obstétricos	Recuento	3	1	2	6
		% dentro de Puesto de trabajo actual	50,0%	16,7%	33,3%	100,0%
Paritorio/Urg. Obstetricas		Recuento	16	16	22	54
		% dentro de Puesto de trabajo actual	29,6%	29,6%	40,7%	100,0%
Turnos en dos o más		Recuento	6	7	4	17
		% dentro de Puesto de trabajo actual	35,3%	41,2%	23,5%	100,0%
Total		Recuento	27	34	41	102
		% dentro de Puesto de trabajo actual	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 77: Porcentajes Puesto de trabajo-RP

❖ Tipo de turno

No se establecen relaciones estadísticamente significativas entre la variable tipo de turno y **agotamiento emocional** (Tabla 78).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	9,674 ^a	10	,470	,480 ^b	,467	,493
Razón de verosimilitud	10,548	10	,394	,475 ^b	,462	,488
Prueba exacta de Fisher	10,289			,363 ^b	,351	,375
Asociación lineal por lineal	2,497 ^c	1	,114	,125 ^b	,116	,134
N de casos válidos	102					

Tabla 78: Prueba Chi cuadrado Turno-AE

Las matronas que realizan guardias de 24 horas presentan un mayor porcentaje de bajo nivel de agotamiento si lo comparamos con las que realizan turnos rotatorios de día y noche o mañanas fijas. También presentan menor porcentaje de niveles moderados de agotamiento en comparación a las anteriores. Los niveles altos de agotamiento se observan en una mayor proporción en las matronas que realizan turnos rotatorios día/noche en comparación con las que hacen guardias de 24 horas y turnos de mañanas fijas (Tabla 79).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Tipo de turno que realiza	Recuento	3	1	1	5
	% dentro de Tipo de turno que realiza	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
D/N, 2X12	Recuento	16	17	9	42
	% dentro de Tipo de turno que realiza	38,1%	40,5%	21,4%	100,0%
Guardias continuadas, 1x24	Recuento	16	4	2	22
	% dentro de Tipo de turno que realiza	72,7%	18,2%	9,1%	100,0%
Mañanas fijas	Recuento	16	11	3	30
	% dentro de Tipo de turno que realiza	53,3%	36,7%	10,0%	100,0%
Tardes fijas	Recuento	1	0	0	1
	% dentro de Tipo de turno que realiza	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Noches fijas	Recuento	1	1	0	2
	% dentro de Tipo de turno que realiza	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Total		53	34	15	102
		52,0%	33,3%	14,7%	100,0%

Tabla 79: Porcentajes Turno-AE

Entre la variable tipo de turno y **despersonalización** se establece una **relación estadísticamente significativa** ($p > 0.05$). La fuerza de asociación entre ambas variables es moderada, ya que el valor del Coeficiente de Contingencia es de 0.39 (Tablas 80 y 81).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	18,250 ^a	10	,051	,031 ^b	,026	,035
Razón de verosimilitud	21,089	10	,020	,020 ^b	,017	,024
Prueba exacta de Fisher	17,054			,026 ^b	,021	,030
Asociación lineal por lineal	5,386 ^c	1	,020	,022 ^b	,018	,025
N de casos válidos	102					

Tabla 80: Prueba Chi cuadrado Turno-DP

	Valor	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por Phi	,423	,051	,031 ^c	,026	,035
Nominal V de Cramer	,299	,051	,031 ^c	,026	,035
Coefficiente de contingencia	,390	,051	,031 ^c	,026	,035
N de casos válidos	102				

Tabla 81: Fuerza de asociación Turno-DP

Las matronas que tienen turnos de mañanas fijas muestran mayor porcentaje de baja despersonalización que las que los tienen de 24 o 12 horas. Los niveles de alta despersonalización tienen una frecuencia mayor entre las matronas que realizan turnos rotatorios de 12 horas que las que los hacen 24 horas o mañanas fijas (Tabla 82).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Tipo de turno que realiza	M/T/N, 3X8	Recuento 3	0	2	5
		% dentro de Tipo de turno que realiza 60,0%	0,0%	40,0%	100,0%
D/N, 2X12	Recuento	12	13	17	42
		% dentro de Tipo de turno que realiza 28,6%	31,0%	40,5%	100,0%
Guardias continuadas, 1x24	Recuento	7	10	5	22
		% dentro de Tipo de turno que realiza 31,8%	45,5%	22,7%	100,0%
Mañanas fijas	Recuento	16	11	3	30
		% dentro de Tipo de turno que realiza 53,3%	36,7%	10,0%	100,0%
Tardes fijas	Recuento	1	0	0	1
		% dentro de Tipo de turno que realiza 100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Noches fijas	Recuento	0	2	0	2
		% dentro de Tipo de turno que realiza 0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	39	36	27	102
		% dentro de Tipo de turno que realiza 38,2%	35,3%	26,5%	100,0%

Tabla 82: Porcentajes Turno-DP

Entre las variables tipo de turno y **realización personal** no se establece una relación significativa (Tabla 83).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	13,029 ^a	10	,222	,202 ^b	,192	,213
Razón de verosimilitud	15,048	10	,130	,167 ^b	,157	,177
Prueba exacta de Fisher	13,981			,091 ^b	,083	,098
Asociación lineal por lineal	5,412 ^c	1	,020	,021 ^b	,017	,024
N de casos válidos	102					

Tabla 83: Prueba Chi cuadrado Turno-RP

Los niveles bajos de realización personal se observan en un mayor porcentaje de matronas con turnos de 12 o 24 horas en comparación con las que hacen turno de mañanas fijas. Los niveles de alta realización son más frecuentes en matronas con turnos de 24 horas y mañanas fijas que en las que realizan turnos rotatorios de 12 horas (Tabla 84).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total	
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización		
Tipo de turno que realiza	M/T/N, 3X8	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	5 100,0%
	D/N, 2X12	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	13 31,0%	18 42,9%	11 26,2%	42 100,0%
	Guardias continuadas, 1x24	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	8 36,4%	3 13,6%	11 50,0%	22 100,0%
	Mañanas fijas	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	4 13,3%	11 36,7%	15 50,0%	30 100,0%
	Tardes fijas	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Noches fijas	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Total	Recuento % dentro de Tipo de turno que realiza	27 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%

Tabla 84: Porcentajes Turno-RP

❖ Número de turnos doblados en lo últimos tres meses

No existe una relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) entre el número de turnos doblados y el nivel de **agotamiento emocional** (Tabla 85).

		Turno doblado en los últimos 3 meses	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	de Turno doblado en los últimos 3 meses	Coeficiente de correlación	,083
		Sig. (bilateral)	,409
		N	102
Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)		Coeficiente de correlación	,083
		Sig. (bilateral)	,409
		N	102

Tabla 85: Correlación de Spearman Doblado-AE

Las matronas que no doblaron ningún turno en lo últimos tres meses y las que doblaron entre 1 y 4 turnos presentan mayor porcentaje de bajo nivel de agotamiento emocional que las que doblaron 5 o más.

Los altos niveles de agotamiento son más frecuentes también en las matronas que no doblaron turno o las que doblaron entre 1 y 4 que en las que doblaron 5 o más (Tabla 86).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Turno doblado en los últimos 3 meses doblado (agrupado)	Ningún turno doblado	Recuento 38 55,1%	20 29,0%	11 15,9%	69 100,0%
	Entre 1 y 4 turnos	Recuento 12 52,2%	8 34,8%	3 13,0%	23 100,0%
	Más de 5 turnos	Recuento 3 30,0%	6 60,0%	1 10,0%	10 100,0%
Total		Recuento 53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 86: Porcentajes Doblado-AE

No se ha encontrado relación entre la variable número de turnos doblados en los últimos tres meses y la variable **despersonalización** (Tabla 87).

		Turno doblado en los últimos 3 meses	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	de Turno doblado en los últimos 3 meses	1,000	,065
	Coefficiente de correlación	.	,518
	Sig. (bilateral)	102	102
Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)		,065	1,000
	Coefficiente de correlación	,518	.
	Sig. (bilateral)	102	102

Tabla 87: Correlación de Spearman Doblado-DP

La baja despersonalización se encuentra con menor frecuencia en las matronas que doblaron 5 turnos o más, también en este grupo se observa mayor frecuencia de niveles moderados y altos de despersonalización (Tabla 88)

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	Ningún turno doblado	Recuento: 26 % dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado): 37,7%	26 37,7%	17 24,6%	69 100,0%
	Entre 1 y 4 turnos	Recuento: 11 % dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado): 47,8%	6 26,1%	6 26,1%	23 100,0%
	Más de 5 turnos	Recuento: 2 % dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado): 20,0%	4 40,0%	4 40,0%	10 100,0%
Total	Recuento: 39 % dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado): 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%	

Tabla 88: Porcentajes Doblado-DP

Respecto a la **realización personal**, tampoco se establece una relación estadísticamente significativa (Tabla 89).

	Turno doblado en los últimos 3 meses	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman de Turno doblado en los últimos 3 meses	1,000	-,100
Coefficiente de correlación de Sig. (bilateral)	.	,315
N	102	102
Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	-,100	1,000
Coefficiente de correlación de Sig. (bilateral)	,315	.
N	102	102

Tabla 89: Correlación de Spearman Doblado-RP

La baja realización se observa con mayor frecuencia en las matronas que doblaron algún turno, y del mismo modo, la alta realización es más frecuente en las que no doblaron turno, seguidas por las que doblaron entre 1 y 4 (Tabla 90)

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realizacion	Moderada realización	Alta realización	
Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	Ningún turno	Recuento 17	22	30	69
	% dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	24,6%	31,9%	43,5%	100,0%
	Entre 1 y 4 turnos	Recuento 7	7	9	23
	% dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	30,4%	30,4%	39,1%	100,0%
	Más de 5 turnos	Recuento 3	5	2	10
	% dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	30,0%	50,0%	20,0%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Turno doblado en los últimos 3 meses (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 90: Porcentajes Doblado-RP

❖ **Número de turnos de noche que realiza al mes**

No existe relación estadísticamente significativa entre el número de turnos que se realizan al mes y el nivel de **agotamiento emocional**, ya que el valor de $p > 0.05$ (Tabla 91).

		Numero de turnos de noche que realiza al mes	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)
Rho Spearman	de Numero de turnos de noche que realiza al mes	Coefficiente de correlación 1,000	,147
		Sig. (bilateral) .	,141
		N 102	102
	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación ,147	1,000
		Sig. (bilateral) ,141	.
		N 102	102

Tabla 91: Correlación de Spearman Noches-AE

Para facilitar el análisis descriptivo de la variable de noches que realiza al mes con respecto a los niveles de agotamiento emocional, se realizó una reagrupación de ésta. En la tabla de frecuencias podemos observar que los niveles altos de agotamiento emocional son algo más frecuente en el grupo de matronas que realiza 6 noches o más al mes (Tabla 92).

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	Total
Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	Ningun turno de noche	Recuento de % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	17 58,6%	9 31,0%	3 10,3%	29 100,0%
	Entre 1 y 5 noches	Recuento de % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	17 56,7%	9 30,0%	4 13,3%	30 100,0%
	6 Noches o más	Recuento de % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	19 44,2%	16 37,2%	8 18,6%	43 100,0%
Total		Recuento de % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 92: Porcentajes Noches-AE

Respecto a la **despersonalización**, sí existe una **relación estadísticamente significativa** entre el número de noches que se realizan al mes y el nivel de despersonalización encontrado ($p < 0.05$). El valor positivo del valor del coeficiente de Spearman nos indica que, a mayor número de turnos de noche realizados al mes, mayor nivel de despersonalización (Tabla 93).

			Numero de turnos de noche que realiza al mes	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)
Rho Spearman	de Numero de turnos de noche que realiza al mes	Coefficiente de correlación	1,000	,351**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	102	102
	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)	Coefficiente de correlación	,351**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	102	102

Tabla 93: Correlación de Spearman Noches-DP

El porcentaje de matronas que presentan bajos niveles de despersonalización disminuye a medida que aumentan el número de turnos de noche que se realizan al mes, vemos que la baja despersonalización es más frecuente en aquellas matronas que no realizan turnos de noche, alcanzando niveles del 55%.

El porcentaje de matronas con despersonalización moderada es similar en ambos grupos, siendo ligeramente superior en el grupo de matronas que realizan 6 noches o más al mes. La alta despersonalización aumenta su frecuencia a medida que aumentan el número

de noches realizadas al mes, observamos que en el grupo de matronas que no realizan noches los niveles altos de despersonalización se presentan en un 10% de ellas, mientras que en las que realizan 6 o más turnos de noche la alta despersonalización afecta al 37% de ellas (Tabla 94).

	Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
	Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Numero de Ningun Recuento turnos de noche de turno de que realiza al noche % dentro de Numero de mes (agrupado) % dentro de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	16 55,2%	10 34,5%	3 10,3%	29 100,0%
Entre 1 y Recuento 5 noches % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	13 43,3%	9 30,0%	8 26,7%	30 100,0%
6 Noches Recuento o más % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	10 23,3%	17 39,5%	16 37,2%	43 100,0%
Total Recuento % dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 94: Porcentajes Noches-DP

En cuanto las variables Número de turnos de noche que realiza al mes y nivel de **realización personal** también encontramos una relación estadísticamente significativa ($P > 0.05$). En este caso el valor del coeficiente de Spearman negativo nos indica que, a mayor número de turnos de noche, menor nivel de realización personal (Tabla 95).

		Numero de turnos de noche que realiza al mes	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)
Rho de Spearman	Numero de turnos de noche que realiza al mes	1,000 . 102	-,204 [*] ,039 102
	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	-,204 [*] ,039 102	1,000 . 102

Tabla 95: Correlación de Spearman Noches-RP

Tras reagrupar la variable, se puede apreciar que el mayor porcentaje de casos de baja realización se dan en el grupo de matronas que realiza 6 turnos de noche o más, mientras que el porcentaje de baja realización disminuye en los grupos que realizan menor número de turnos de noche.

Los niveles de realización moderada presentan frecuencias similares en los tres grupos, pero son ligeramente superiores en el grupo de matronas que realiza mayor número

de noches. Los niveles de alta realización alcanzan una frecuencia del 55% entre las matronas que no realizan turnos de noche (Tabla 96).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Numero de turnos de Ningun turno de Recuento noche que realiza al mes (agrupado)	% dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	4	9	16	29
		13,8%	31,0%	55,2%	100,0%
	Entre 1 y 5 noches	10	9	11	30
	% dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	33,3%	30,0%	36,7%	100,0%
6 Noches o más	13	16	14	43	
	% dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	30,2%	37,2%	32,6%	100,0%
Total	Recuento	27	34	41	102
	% dentro de Numero de turnos de noche que realiza al mes (agrupado)	26,5%	33,3%	40,2%	100,0%

Tabla 96: Porcentajes Noches-RP

❖ **Tiempo en el puesto de trabajo actual**

No se ha encontrado asociación entre las variables tiempo en el puesto de trabajo actual y nivel de agotamiento emocional (Tabla 97)-

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	10,287 ^a	6	,113	,113 ^b	,105	,121
Razón de verosimilitud	12,925	6	,044	,062 ^b	,056	,068
Prueba exacta de Fisher	10,359			,102 ^b	,094	,109
Asociación lineal por lineal	,009 ^c	1	,923	,951 ^b	,945	,956
N de casos válidos	102					

Tabla 97: Prueba Chi cuadrado T. Puesto-AE

No obstante, podemos ver que los porcentajes mayores de matronas con bajo agotamiento se encuentran en el grupo de matronas que lleva 6 meses o menos en su puesto de trabajo. Los niveles moderados de agotamiento son menos frecuentes en este grupo que en el resto, y presentan el porcentaje más bajo de alto agotamiento (Tabla 98).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Tiempo en el puesto2	Menos de 6 meses	Recuento 14 % dentro de Tiempo en el puesto2 58,3%	8 33,3%	2 8,3%	24 100,0%
	7 meses - 1 año	Recuento 8 % dentro de Tiempo en el puesto2 42,1%	8 42,1%	3 15,8%	19 100,0%
	2 a 10 años	Recuento 18 % dentro de Tiempo en el puesto2 48,6%	9 24,3%	10 27,0%	37 100,0%
	Más de 10 años	Recuento 13 % dentro de Tiempo en el puesto2 59,1%	9 40,9%	0 0,0%	22 100,0%
Total	Recuento % dentro de Tiempo en el puesto2	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 98: Porcentajes T. Puesto-AE

Entre el tiempo en el puesto y la **despersonalización** tampoco encontramos una relación significativa (Tabla 99).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)	
				Significación	Intervalo de confianza al 99%
					Límite inferior
Chi-cuadrado de Pearson	6,046 ^a	6	,418	,423 ^b	,411 ,436
Razón de verosimilitud	5,858	6	,439	,464 ^b	,451 ,477
Prueba exacta de Fisher	5,755			,455 ^b	,443 ,468
Asociación lineal por lineal	,918 ^c	1	,338	,353 ^b	,341 ,365
N de casos válidos	102				

Tabla 99: Prueba Chi cuadrado T. Puesto-DP

El porcentaje mayor de matronas que presentan nivel bajo de despersonalización lo encontramos en el grupo que lleva entre 2 y 10 años en el puesto de trabajo actual. La mayor frecuencia de despersonalización la presentan las matronas con menos tiempo en el puesto (6 meses o menos) y con más tiempo (más de 10 años).

Observamos un porcentaje menor de matronas con alta despersonalización entre las que llevan más tiempo en el puesto de trabajo (Tabla 100).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Tiempo en el puesto2	Menos de 6 meses	Recuento 8 % dentro de Tiempo en el puesto2 33,3%	10 41,7%	6 25,0%	24 100,0%
	7 meses - 1 año	Recuento 5 % dentro de Tiempo en el puesto2 26,3%	6 31,6%	8 42,1%	19 100,0%
	2 a 10 años	Recuento 18 % dentro de Tiempo en el puesto2 48,6%	10 27,0%	9 24,3%	37 100,0%
	Más de 10 años	Recuento 8 % dentro de Tiempo en el puesto2 36,4%	10 45,5%	4 18,2%	22 100,0%
Total	Recuento % dentro de Tiempo en el puesto2	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 100: Porcentajes T. Puesto-DP

Finalmente, entre el tiempo el puesto actual y el nivel de **realización personal**, no se establece una relación estadísticamente significativa (Tabla 101).

	Valor	GI	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,157 ^a	6	,979
Razón de verosimilitud	1,180	6	,978
Asociación lineal por lineal	,043	1	,835
N de casos válidos	102		

Tabla 101: Prueba Chi cuadrado T. Puesto-RP

Los niveles de baja realización son similares en todos los grupos, aunque ligeramente superiores en los grupos que llevan mayor tiempo en el puesto actual (Entre 2 y 10 años y más de 10 años) (Tabla 102).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Tiempo en el puesto2	Menos de 6 meses	Recuento 5 % dentro de Tiempo en el puesto2 20,8%	9 37,5%	10 41,7%	24 100,0%
	7 meses - 1 año	Recuento 5 % dentro de Tiempo en el puesto2 26,3%	7 36,8%	7 36,8%	19 100,0%
	2 a 10 años	Recuento 11 % dentro de Tiempo en el puesto2 29,7%	12 32,4%	14 37,8%	37 100,0%
	Más de 10 años	Recuento 6 % dentro de Tiempo en el puesto2 27,3%	6 27,3%	10 45,5%	22 100,0%
Total	Recuento % dentro de Tiempo en el puesto2	27 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%

Tabla 102: Porcentajes T. Puesto-RP

❖ **Rotación por distintos servicios obstétricos**

Existe una **relación estadísticamente significativa** entre la rotación por servicios obstétricos y el nivel.

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,948 ^a	2	,011
Razón de verosimilitud	8,858	2	,012
Asociación lineal por lineal	3,675	1	,055
N de casos válidos	102		

Tabla 103: Prueba Chi cuadrado Rotación-AE

		Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal	Phi	,296	,011
	V de Cramer	,296	,011
	Coefficiente de contingencia	,284	,011
N de casos válidos		102	

Tabla 104: Fuerza de asociación Rotación-AE

Según el valor de V de Cramer y el valor del coeficiente de contingencia, la asociación entre estas variables sería débil. No obstante, en la tabla cruzada, observamos que las matronas que no realizan rotaciones presentan con mayor frecuencia niveles de bajo agotamiento.

Los niveles altos de agotamiento son más frecuentes en aquellas matronas que rotan por diferentes servicios obstétricos, respecto a las que no rotan (Tabla 105).

		Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total	
		Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento		
Rotación por servicios obstetricos	Si	Recuento	19	10	11	40
		% dentro de Rotación por servicios obstétricos	47,5%	25,0%	27,5%	100,0%
No	Recuento	34	24	4	62	
	% dentro de Rotación por servicios obstétricos	54,8%	38,7%	6,5%	100,0%	
Total	Recuento	53	34	15	102	
	% dentro de Rotación por servicios obstétricos	52,0%	33,3%	14,7%	100,0%	

Tabla 105: Porcentajes Rotación-AE

Los niveles de **despersonalización** y la rotación por servicios obstétricos no presentan una relación estadísticamente significativa (Tabla 106).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,977 ^a	2	,226
Razón de verosimilitud	2,968	2	,227
Asociación lineal por lineal	2,892	1	,089
N de casos válidos	102		

Tabla 106: Prueba Chi cuadrado Rotación-DP

Las matronas que no rotan presentan con mayor frecuencia bajos niveles de despersonalización, mientras que las que sí rotan, presentan con mayor frecuencia alto nivel de despersonalización (Tabla 107).

		Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Rotación por servicios obstetricos	Si	Recuento 12 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 30,0%	14 35,0%	14 35,0%	40 100,0%
	No	Recuento 27 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 43,5%	22 35,5%	13 21,0%	62 100,0%
Total		Recuento 39 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 107: Porcentajes Rotación-DP

Entre la rotación por servicios obstétricos y el nivel de **realización personal** no existe una relación significativa (Tabla 108).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,889 ^a	2	,236
Razón de verosimilitud	2,935	2	,230
Asociación lineal por lineal	1,895	1	,169
N de casos válidos	102		

Tabla 108: Prueba Chi cuadrado Rotación-RP

Las matronas que rotan por servicios obstétricos presentan, en relación a las que no rotan, mayor porcentaje de sujetos con baja realización, y menor porcentaje con alta realización (Tabla 109).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
		Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Rotación por servicios obstetricos	Si	Recuento 12 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 30,0%	16 40,0%	12 30,0%	40 100,0%
	No	Recuento 15 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 24,2%	18 29,0%	29 46,8%	62 100,0%
Total		Recuento 27 % dentro de Rotación por servicios obstetricos 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%

Tabla 109: Porcentajes Rotación-RP

❖ Satisfacción con superiores directos

No existe relación estadísticamente significativa entre la satisfacción percibida por la matrona respecto a la relación con sus superiores directos y el nivel de **agotamiento emocional** que presenta (Tabla 110).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	11,902 ^a	8	,156	,147 ^b	,138	,156
Razón de verosimilitud	16,333	8	,038	,049 ^b	,043	,054
Prueba exacta de Fisher	12,040			,103 ^b	,095	,111
Asociación lineal por lineal	1,040 ^c	1	,308	,322 ^b	,310	,334
N de casos válidos	102					

Tabla 110: Prueba Chi cuadrado Superiores-AE

Las matronas que refirieron que la relación con sus superiores directos era muy insatisfactoria, presentaron niveles moderados y altos de agotamiento. Las que la calificaron como muy satisfactoria presentaron niveles de agotamiento bajos en un 63.6% de los casos y moderado en el 33.3% (Tabla 111).

	Recuento	% dentro de Satisfacción relacion superiores directos	Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Satisfacción relacion Muy insatisfactoria	0	0,0%	0	1	1	2
Insatisfactoria	6	85,7%	6	1	0	7
Poco satisfactoria	14	48,3%	14	9	6	29
Satisfactoria	19	45,2%	19	15	8	42
Muy satisfactoria	14	63,6%	14	8	0	22
Total	53	52,0%	53	34	15	102

Tabla 111: Porcentajes Superiores-AE

El nivel de **despersonalización** y la satisfacción en la relación con los superiores directos no tienen una relación estadísticamente significativa (Tabla 112).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	5,801 ^a	8	,670	,709 ^b	,697	,721
Razón de verosimilitud	6,326	8	,611	,731 ^b	,719	,742
Prueba exacta de Fisher	5,733			,698 ^b	,687	,710
Asociación lineal por lineal	2,174 ^c	1	,140	,149 ^b	,140	,158
N de casos válidos	102					

Tabla 112: Prueba Chi cuadrado Superiores-DP

Las matronas que calificaron su relación con los superiores directos como muy insatisfactoria, presentaron niveles altos y moderados de despersonalización, y las que la calificaron como insatisfactoria presentaron un nivel moderado de despersonalización en el 57% de los casos.

En aquellas matronas para las que la relación con sus superiores es muy satisfactoria, se observaron niveles bajos de despersonalización en un 38.2% de los casos, y moderados en un 35.3%. (Tabla 113).

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Satisfacción relación superiores directos	Muy insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	0 0,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	2 28,6%	4 57,1%	1 14,3%	7 100,0%
	Poco satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	10 34,5%	10 34,5%	9 31,0%	29 100,0%
	Satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	15 35,7%	15 35,7%	12 28,6%	42 100,0%
	Muy satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	12 54,5%	6 27,3%	4 18,2%	22 100,0%
Total			39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 113: Porcentajes Superiores-RP

Respecto al nivel de **realización personal**, observamos que no existe una relación estadísticamente significativa, aunque el valor de p se acerca a la significación estadística ($p < 0.05$) (Tabla 114).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	14,464 ^a	8	,070	,064 ^b	,057	,070
Razón de verosimilitud	15,671	8	,047	,068 ^b	,061	,074
Prueba exacta de Fisher	14,509			,042 ^b	,036	,047
Asociación lineal por lineal	4,196 ^c	1	,041	,043 ^b	,038	,049
N de casos válidos	102					

Tabla 114: Prueba Chi cuadrado Superiores-RP

Podemos observar en la Tabla que las matronas que calificaron su relación con los superiores directos como muy insatisfactoria presentaron niveles bajos y moderados de RP. Entre las que la calificaron como satisfactoria o muy satisfactoria, encontramos una mayor frecuencia de alta RP (Tabla 115).

		Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)	Realización Personal			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Satisfacción relación superiores directos	Muy insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	1 50,0%	1 50,0%	0 0,0%	2 100,0%
	Insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	1 14,3%	2 28,6%	4 57,1%	7 100,0%
	Poco satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	10 34,5%	13 44,8%	6 20,7%	29 100,0%
	Satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	11 26,2%	15 35,7%	16 38,1%	42 100,0%
	Muy satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	4 18,2%	3 13,6%	15 68,2%	22 100,0%
Total	Recuento % dentro de Satisfacción relación superiores directos	27 26,5%	34 33,3%	41 40,2%	102 100,0%	

Tabla 115: Porcentajes Superiores-RP

❖ Satisfacción con compañeros

No se ha encontrado una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción percibida por la matrona respecto a la relación con sus compañeros y el nivel de agotamiento emocional (Tabla 116).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	9,170 ^a	8	,328	,330 ^b	,318	,342
Razón de verosimilitud	10,104	8	,258	,241 ^b	,229	,252
Prueba exacta de Fisher	9,948			,200 ^b	,190	,211
Asociación lineal por lineal	1,977 ^c	1	,160	,164 ^b	,155	,174
N de casos válidos	102					

Tabla 116: Prueba Chi cuadrado Compañeros-AE

Tampoco existe una relación significativa entre la satisfacción en la relación con los compañeros y el nivel de **despersonalización** de los sujetos (Tabla 117).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	10,567 ^a	8	,227	,173 ^b	,164	,183
Razón de verosimilitud	10,659	8	,222	,212 ^b	,202	,223
Prueba exacta de Fisher	9,520			,206 ^b	,196	,217
Asociación lineal por lineal	3,278 ^c	1	,070	,075 ^b	,068	,081
N de casos válidos	102					

Tabla 117: Prueba Chi cuadrado Compañeros-DP

Aunque podemos observar que las matronas que definieron su relación con los compañeros como muy insatisfactoria o insatisfactoria presentan altos niveles de despersonalización. La mitad de las que definieron su relación como poco satisfactoria presentaron altos niveles de despersonalización. (Tabla 118)

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Satisfacción relacion compañeros	Muy insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Insatisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	0 0,0%	0 0,0%	1 100,0%	1 100,0%
	Poco satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	4 40,0%	1 10,0%	5 50,0%	10 100,0%
	Satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	21 38,2%	21 38,2%	13 23,6%	55 100,0%
	Muy satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	14 40,0%	14 40,0%	7 20,0%	35 100,0%
Total	Recuento % dentro de Satisfacción relacion compañeros	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%	

Tabla 118: Porcentajes Compañeros-DP

Respecto al nivel de **realización personal**, no existe relación entre esta variable y la satisfacción con en la relación con los compañeros (Tabla 119).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	7,571 ^a	8	,476	,497 ^b	,484	,509
Razón de verosimilitud	7,660	8	,467	,537 ^b	,524	,550
Prueba exacta de Fisher	6,955			,526 ^b	,513	,538
Asociación lineal por lineal	2,972 ^c	1	,085	,088 ^b	,080	,095
N de casos válidos	102					

Tabla 119: Prueba Chi cuadrado Compañeros-RP

❖ Satisfacción con la mujer a la que atiende

No se encontró relación significativa entre la satisfacción en la relación con la mujer a la que atiende y el nivel de **agotamiento emocional** (Tabla 120).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	6,469 ^a	4	,167	,160 ^b	,151	,169
Razón de verosimilitud	7,164	4	,127	,157 ^b	,148	,167
Prueba exacta de Fisher	7,126			,096 ^b	,088	,103
Asociación lineal por lineal	5,045 ^c	1	,025	,030 ^b	,026	,035
N de casos válidos	102					

Tabla 120: Prueba Chi cuadrado Mujer-AE

El 63.3% de las matronas que definió su relación con la mujer a la que atiende como “muy satisfactoria” presentó bajos niveles de agotamiento emocional. El 50% de las que la definieron como “poco satisfactoria” presentaron niveles moderados-altos de AE (Tabla 121).

			Suma Agotamiento Emocional en el sujeto (agrupado)			Total
			Bajo nivel de agotamiento	Moderado nivel de agotamiento	Alto nivel de agotamiento	
Satisfacción relación mujeres que atiende	Poco satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	2 50,0%	1 25,0%	1 25,0%	4 100,0%
	Satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	25 43,9%	20 35,1%	12 21,1%	57 100,0%
	Muy satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	26 63,4%	13 31,7%	2 4,9%	41 100,0%
Total		Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	53 52,0%	34 33,3%	15 14,7%	102 100,0%

Tabla 121: Porcentajes Mujer-AE

Respecto al nivel de **despersonalización**, se encontró que **existe una relación estadísticamente significativa** con el nivel de satisfacción con la mujer a la que atiende ($p < 0.05$), teniendo esta relación una fuerza de asociación moderada (Tablas 122 y 123).

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	20,551 ^a	4	,000	,000 ^b	,000	,000
Razón de verosimilitud	22,630	4	,000	,000 ^b	,000	,000
Prueba exacta de Fisher	20,405			,000 ^b	,000	,000
Asociación lineal por lineal	17,219 ^c	1	,000	,000 ^b	,000	,000
N de casos válidos	102					

Tabla 122: Prueba Chi cuadrado Mujer-DP

		Valor	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Nominal por Nominal	Phi	,449	,000	,000 ^c	,000	,000
	V de Cramer	,317	,000	,000 ^c	,000	,000
	Coeficiente de contingencia	,410	,000	,000 ^c	,000	,000
N de casos válidos		102				

Tabla 123: Fuerza de asociación Mujer-DP

En la tabla de frecuencias podemos observar que el 75% de las matronas que afirmaron tener una relación “poco satisfactoria” con sus pacientes presentan un alto nivel de despersonalización, y el 58.5% de las matronas que calificaron esta relación como “muy satisfactoria” presentan niveles bajos de despersonalización (Tabla 124).

			Suma Despersonalización en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja despersonalización	Moderada despersonalización	Alta despersonalización	
Satisfacción relación mujeres que atiende	Poco satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	1 25,0%	0 0,0%	3 75,0%	4 100,0%
	Satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	14 24,6%	22 38,6%	21 36,8%	57 100,0%
	Muy satisfactoria	Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	24 58,5%	14 34,1%	3 7,3%	41 100,0%
Total		Recuento % dentro de Satisfacción relación mujeres que atiende	39 38,2%	36 35,3%	27 26,5%	102 100,0%

Tabla 124: Porcentajes Mujer-DP

En cuanto a la **realización personal** y la satisfacción con la mujer a la que atiende, encontramos que **existe una relación estadísticamente significativa** ($p < 0.05$), teniendo ésta una fuerza de asociación débil (Tabla 125 y 126).

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Sig. Monte Carlo (bilateral)		
				Significación	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	10,309 ^a	4	,036	,030 ^b	,026	,035
Razón de verosimilitud	11,246	4	,024	,029 ^b	,025	,033
Prueba exacta de Fisher	10,985			,015 ^b	,012	,018
Asociación lineal por lineal	8,082 ^c	1	,004	,006 ^b	,004	,008
N de casos válidos		102				

Tabla 125: Prueba Chi cuadrado Mujer-RP

	Valor	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
			Significación	Intervalo de confianza al 99%	
				Límite inferior	Límite superior
Nominal por Phi	,318	,036	,030 ^c	,026	,035
Nominal V de Cramer	,225	,036	,030 ^c	,026	,035
Coefficiente de contingencia	,303	,036	,030 ^c	,026	,035
N de casos válidos	102				

Tabla 126: Fuerza de asociación Mujer-RP

En la tabla de frecuencias observadas podemos ver que la mitad de las matronas que calificaron su relación con la mujer como “poco satisfactoria” presentaron niveles bajos de realización personal.

El 51.2% de las matronas que afirma tener una relación “muy satisfactoria” con la mujer a la que atiende presentan niveles de realización personal altos (Tabla 127).

	Recuento	% dentro de satisfacción relación mujeres que atiende	Suma Realización Personal en el sujeto (agrupado)			Total
			Baja realización	Moderada realización	Alta realización	
Satisfacción relación mujeres que atiende	2	50,0%	1	1	4	
Poco satisfactoria			25,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Satisfactoria	21	36,8%	17	19	57	
			29,8%	33,3%	33,3%	100,0%
Muy satisfactoria	4	9,8%	16	21	41	
			39,0%	51,2%	51,2%	100,0%
Total	27	26,5%	34	41	102	
			33,3%	40,2%	40,2%	100,0%

Tabla 127: Porcentajes Mujer-RP

6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se encontró que un 14.71% de las matronas que conformaron la muestra presentaban niveles altos de agotamiento emocional.

Estos resultados contrastan por ejemplo con los obtenidos por Fontán y Dueñas (2010), en cuyo estudio, un 36.3% de las matronas presentaron niveles altos de agotamiento emocional y con los obtenidos por Cabello et al, donde un 20.6% de las matronas muestran niveles altos de agotamiento emocional.

En cuanto a niveles de despersonalización, un 26.4% de las matronas manifiestan un nivel alto de despersonalización, lo que es algo superior al hallado por otros autores como Fontán y Dueñas (2010), que lo sitúan en un 18.1% o el de Cabello et al. (2017) que lo sitúa en un 10.3%.

Si hacemos referencia al bajo nivel de agotamiento emocional, podemos ver que, en nuestro trabajo, se manifiesta en un 26.47% de las matronas estudiadas, cifras muy similares a las que encuentran Fontán y Dueñas (2010) y Cabello et al. (2017).

Se observan niveles superiores de despersonalización en las matronas más jóvenes, solteras, con menor experiencia laboral y con contratos de tipo eventual/temporal, lo que plantea la posibilidad de la existencia de un sesgo de selección de las trabajadoras, ya que probablemente las que se encuentran a gusto y se adaptan a su puesto de trabajo permanecen en él, con contratos de mayor duración, mientras que las que no se encuentran en esta situación pueden tender a trabajar con mayor asiduidad ocupando puestos de enfermería. Este grupo de matronas (más jóvenes, solteras, con contratos eventuales y menor experiencia) presentan además menores niveles de realización personal, lo que también podría estar relacionado con la inestabilidad laboral, lo que puede llevar a preferir trabajar fuera de su especialidad.

Las matronas con hijos a su cargo muestran menores niveles de despersonalización, así como una mayor realización personal. Podríamos deducir que las profesionales con familia y un mayor apoyo social fuera del entorno laboral presentarían mayor realización y menor despersonalización.

También se observa, en el grupo de trabajadoras con contratos eventuales o temporales un mayor nivel de agotamiento emocional y despersonalización, así como menor realización personal. Sin embargo, aquellas con contratos fijos o interinas muestran menor despersonalización y mayor realización personal. Este hecho puede relacionarse en gran

medida con el malestar y la incertidumbre que plantean los contratos temporales, así como la necesidad de desplazamiento geográfico o como referíamos anteriormente, con el hecho de tener que ocupar un puesto de trabajo de enfermera no especialista.

Nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Blas (2013) que encuentra niveles de despersonalización más elevados en matronas sin puesto fijo, y con los del estudio de Fontán y Dueñas (2010), ya que se presentan menores niveles de agotamiento y despersonalización en el personal fijo.

El agotamiento emocional alcanza un mayor nivel en aquellas profesionales que doblaron turno en más de cinco ocasiones en los últimos tres meses, mientras que presenta menores niveles en las que no doblaron ningún turno.

Por otra parte, encontramos que existe relación entre la jornada laboral y despersonalización, de forma que las matronas que realizan jornada completa presentan mayores niveles de despersonalización que las que realizan jornada parcial.

También se relaciona el puesto de trabajo en el que se desempeña la actividad laboral y la despersonalización, observándose que las matronas de consulta de Atención Primaria presentan menores niveles de despersonalización, y que las que lo hacen en otros servicios obstétricos como pueden ser plantas de hospitalización de gestantes y púerperas, unidades de día, o consultas de Atención Especializada presentan con mayor frecuencia niveles altos de despersonalización.

Respecto al puesto de trabajo y la realización personal, aunque no se ha hallado una relación estadísticamente significativa, encontramos que las matronas de atención primaria (AP) presentan niveles altos de realización personal en la mitad de los casos, superando al 40% de las matronas de paritorio que también los presentan, estos resultados difieren de los que encuentra Blas (2013), ya que, en su estudio, el porcentaje de matronas de atención especializada presentan mayor realización personal.

Además, en este estudio (Blas, 2013) se encuentra en las matronas de AP presentan mayor agotamiento emocional y despersonalización, lo que difiere también de los datos encontrados en nuestro estudio, donde este colectivo de matronas presenta los porcentajes más bajos de alto agotamiento emocional y despersonalización.

La despersonalización también se relaciona con el tipo de turno siendo las matronas que realizan turnos rotatorios de 12 horas en las que se encuentran mayores niveles de

despersonalización si las comparamos con las que hacen turnos de mañanas fijas o guardias continuadas de 24 horas.

De la misma manera, se relacionan el número de turnos de noche la matrona realiza al mes y el nivel de despersonalización, que aumenta a medida que aumentan los turnos de noche, siendo las matronas que realizan más de 6 turnos de noche las que presentan en un mayor porcentaje niveles moderados y altos de despersonalización.

La rotación por diferentes servicios obstétricos se relaciona con el agotamiento emocional, siendo las matronas que realizan rotación las que se encuentran expuestas a mayores niveles de agotamiento emocional.

La relación con los superiores directos y con los compañeros no ha presentado una relación significativa con las diferentes dimensiones del burnout, no influye en los niveles de AE, DP o RO, pero sí que se observa, que al igual que según Cabello et al. (2017), los altos niveles de agotamiento se presentan con mayor frecuencia en las matronas cuya relación con su superior directo no es satisfactoria o adecuada.

Sin embargo, la satisfacción en la relación con la mujer que atiende sí que presenta una relación significativa con el nivel de despersonalización y realización personal. Las matronas con relaciones satisfactorias con sus pacientes también muestran menor agotamiento emocional

Finalmente, y de nuevo coincidiendo con los resultados hallados por Cabello et al. (2017), observamos que las matronas que realizan su actividad laboral en centro privados o en centros privados y públicos simultáneamente, presentan mayores niveles de despersonalización, aunque entre estas variables tampoco se establece una relación estadísticamente significativa.



7. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio ha presentado algunas limitaciones, como es la selección de la muestra, que no se realizó de manera aleatoria, si no que se seleccionó en base a la accesibilidad de los sujetos. Además, cabe señalar, que el tamaño muestral no es representativo de las matronas colegiadas en las provincias estudiadas.

Además, debemos considerar el sesgo de la deseabilidad social, y tener en cuenta que los encuestados pueden responder en ocasiones en base a lo que social y laboralmente se espera de ellos, por miedo a ser juzgados, más que atendiendo a como realmente se sienten.

En base a estas limitaciones nos planteamos la posibilidad de ampliar y mejorar este estudio, en términos metodológicos como la selección y tamaño muestral, para alcanzar una mayor representatividad y potencia estadística de los resultados que nos permitan ampliar las conclusiones obtenidas.





8. CONCLUSIONES

Las matronas de la muestra estudiada presentan en términos generales, bajo nivel de agotamiento emocional, despersonalización baja-moderada y moderada-alta realización personal. No obstante, debemos señalar que los porcentajes de alta despersonalización superan el 26% de la muestra observada, al igual que la baja realización personal.

Estos niveles de agotamiento emocional se han relacionado con la rotación por diferentes servicios obstétricos y la despersonalización se relacionó con la jornada laboral (completa o parcial), con el puesto de trabajo, el tipo de turno, el número de turnos de noche y la satisfacción en la relación con la mujer a la que atiende.

Podemos inferir en vista a estos resultados que la rotación por servicios obstétricos, puesto que conlleva la adaptación continua a diferentes situaciones y diferentes tareas, puede acarrear mayor agotamiento del profesional.

La despersonalización ha sido la dimensión del síndrome de burnout más afectada por las diferentes variables. La jornada completa de trabajo, deja menor tiempo para atender situaciones de la vida como pueden ser el cuidado de los hijos.

Los turnos de noche y turnos rotatorios de día/noche suponen una alteración demostrada de los ritmos fisiológicos del organismo, lo que también puede conllevar alteraciones que influyan en la esfera física y psicológica.

La relación con la mujer se postula como clave para fortalecer la capacidad de resiliencia del profesional y su capacidad de adaptación al estrés, ya que cuando esta relación es satisfactoria puede contrarrestar en gran medida los aspectos negativos de la actividad laboral.

Resulta necesario conocer en profundidad el proceso del síndrome de burnout y los factores más comúnmente relacionados con él, considerándolo como una consecuencia derivada de los riesgos psicológicos a los que los trabajadores que ejercemos profesiones con marcada relación de ayuda y elevada carga emocional nos vemos expuestos. Conocer estos aspectos facilita la prevención y abordaje correctos del problema.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adrianenssens J., De Gucht V., Maes S. 2015. Determinants and Prevalence of Burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *IJANS.*; 52: 649-66.
- Agra B., Álvarez H., Fernández J.J., Fernández R., Fernández-Costales J., Martínez M.R., Quirós J.G., Rodríguez S. y Tascón R. 2006. Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/100517.pdf>
- Aldrete M.G., Navarro C. y González R. (2014). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. *Ciencia y Trabajo.* 57, 32-36. Recuperado de: <http://www.cienciaytrabajo.cl/cytqa/Paginas/Factores-Psicosociales-y-Sindrome-de-Burnout-en-Personal-de-Enfermeria-de-una-Unidad-de-Tercer-Nivel-de-Atencion-a-la-Salud.aspx>
- Asociación Española de Matronas. Informe Lucina La Salud de las Matronas. 2004.
- Blas M. (2013). Síndrome de Burnout y Calidad Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). *Evidentia.* 10(43). Recuperado de: <http://0-www.index-f.com.almirez.ual.es/evidentia/n43/ev8065.php>
- Cabello P., Ruíz D., Mena M., López D., y López M.A. (2017). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *Nure Investigación.* 14(91). Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1166>
- Cañadas-de la Fuente G., San Luis C., Lozano L.M., Vargas C., García I. y De la Fuente E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 46(1), 44-52. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-evidencia-validez-factorial-del-maslach-X0120053414519837>
- Creedy D. K., Sidebotham M., Gamble J., Pallant J. y Fenwick J. (2017). Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 17(13). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223536/>

De Pablo C. Estrés y hostigamiento labora. 2ª Ed. Jaén: Formación Alcalá; 2012

Desdentado A., Rivas P. (2006). Tratado médico-legal sobre incapacidades laborales. La incapacidad permanente desde el punto de vista médico jurídico. Cizur Menor: Thomson Reuters-Aranzadi.

Díaz M.C. (2002). Los riesgos psicosociales en el trabajo: el estrés laboral, el síndrome del quemado y el acoso laboral. Su consideración como accidente de trabajo. Revista de Derecho Social. 17: 183-202.

Edelwich J., Brodsky A., Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. Human sciences press, New York, 1980.

España. Juzgado de lo Social (Sección 10ª). Recurso núm. 371/2015 de 13 de noviembre.

España. Tribunal Superior de Justicia (Sala de lo Social, Sección 1ª). Sentencia núm. 5793/2010 de 14 de septiembre.

España. Tribunal Superior de Justicia (Sala de lo Social, Sección 5ª). Sentencia núm. 561/2011 de 18 de noviembre.

European Agency for Safety and Health at Work (2007). Annual Report 2007. UE-OSHA.

Fenwick, J., Lubomski, A., Creedy, D.K., y Sidebotham, M. (2018). Personal, professional and workplace factors that contribute to burnout in Australian midwives. Journal of Advanced Nursing. 74 (4), 852-863.

Ferreira M., Martins J. 2014. Study of adaptation and validation of the practice Environment Scale of the Nursing Work Index for the Portuguese reality. Rev Esc Enferm USP. 48(4):691-8).

Flores S.Y. y Ruíz A.O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. Psicología y Salud. 28(1), 63-72. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2933/5147>

Fontán M. y Herrero A. (2016). Síndrome del quemado o Burnout en matronas españolas. Matronas Hoy. 4(2), 19-25.

Freudenberger, H. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974; 30: 159-165.

Gil-Monte P.R., Peiró M.J. 1999. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. anales de psicología. 15(2): 261-8.

- Gil-Monte PR, Peiró JM. 2000. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 16(2), 135-149.
- Gil-Monte PR. 2009. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp. Salud Publica Madrid*. 83(2).
- Gómez-Urquiza J.L., Monsalve-Reyes C.L., San Luis-Costas C., Fernández-Castillo R., Aguayo-estremera R., y Cañadas-de la Fuente G. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*. 49(2), 77-85. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301755>
- Grau A. Como prevenir el burnout: diferentes definiciones e interpretaciones. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*. 2007; 43: 18-27.
- Henriksen L. y Lukasse M. (2016). Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 9, 42-47. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.08.001>
- Hildingsson I., Westlund K. y Wiklund I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 4(3), 87-91. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575613000323?via%3Dihub>
- Houdmont, J. & Leka, S. (2010). *Contemporary Occupational Health Psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Jepsen I., Juul S., Foureur M., Sorensen E.E. Y Nohr E.A. (2017). Is caseload midwifery a healthy work-form? – A survey of burnout among midwives in Denmark. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 11, 102-106. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.12.001>
- Jordan K., Fenwick J., Slavin V., Sidebotham M. y Gamble J. (2013). Level of burnout in a small population of Australian midwives. *Women And Birth*. 26(2),125-132. Recuperado de: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(13\)00003-6/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(13)00003-6/fulltext)
- Leiter M.P., Maslach C. 1988. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav*. 9:297-308.

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Llaneza F.J. 2005. Ergonomía y psicología aplicada. 5ª Ed. Valladolid: Lexnova.
- Lubica B. Martina B. (2014). Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery. *Social and Behavioral Sciences*. 132: 248 – 254.
- Manzano G. (2008). Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería. Prevalencia e intervención. *Información Psicológica*. 9192, 23-31.
- Martinez A. 2010. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. (12): 1-40.
- Masía J. (2005). El estrés laboral y el burnout en el mundo judicial: hacia un nuevo enfoque de la cuestión. Recuperado de: <http://www.prevencionintegral.com/Estudios/Burnoutjudicial/>.
- Maslach C, Jackson S.E. *The Maslach Burnout Inventory Manual* (2ª ed.). Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press; 1986.
- Maslach C., Schaufeli W, Leiter, M. 2001. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. 1996. *Maslach Burnout Inventory. Test manual*. (3º ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Valderrama Orbegoza LJ, Uribe Rodríguez AF. 2009. Factores relacionados con la satisfacción laboral de la enfermería de un hospital médico quirúrgico. *Invest Educ Enferm*. 27(2):218-225.
- Mollart L., Skinner V., Newing C. y Foureur M. 2011. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*. 26(1), 26-32. Recuperado de: [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(11\)00205-8/fulltext](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(11)00205-8/fulltext)
- Moreno B, Báez C. Factores y riesgos psicosociales: formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: UAM. 2010. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

- Moreno B, Oliver C, Aragoneses A. 1991. El "burnout", una forma específica de estrés laboral. En G. Buela Casal y V.E. Caballo (eds.), Manual de Psicología Clínica Aplicada Madrid: Siglo XXI. 271-284.
- Moya-Albiol L, Serrano M.A, González-Bono E, Rodríguez-Alarcón G, Salvador A. 2005. Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*. 17(2):205-211
- . Näswall, K., Hellgren, M., & Sverke, M. (2008). *The individual in the changing working life*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ortega Ruiz, López Ríos. 2004. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psycholog*. 4(1): 137-160.
- Peiró J.M., Silla-Guerola I., Sanz-Cuesta T., Rodríguez-Escobar J., García-Más J.L. 2002. Satisfacción laboral de los profesionales de Atención Primaria. *Psiquis*. 25: 129-40.
- Pines A.M., Aronson, E. *Carreer burnout: causes and cures*. Nueva York: Free Press., 1998.
- Pinilla F. y López M. (2006). Condiciones de trabajo, flexibilidad y riesgos laborales en la economía tecnológica avanzada: el trabajo rotatorio a turnos y nocturnos en la Comunidad de Madrid. *Sociología del trabajo*. 57. 65 y ss.
- Porras N. *Variables psicosociológicas y burnout en sanitarios [Tesis Doctoral]*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2014.
- Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*. 2007; 117-125.
- Ramos, F. y Buendía, J. El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En J. Buendía y F. Ramos (coord.), *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide; 2001. p. 33-57.
- Romero M, Mesa L, Galindo S. 2008. Calidad de vida de las enfermeras y sus consecuencias para el cuidado. *Avances en Enfermería*. 26(2):59-70.
- Sanclemente I., Elboj C., Íñiguez T. (2014). Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. *Metas de Enfermería*. 17(10): 17-23
- Sanclemente I., Elboj C., Íñiguez T. (2016). La prevención del síndrome de burnout en la enfermería española. Revisión bibliográfica. 13(81). Recuperado de: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/701/694>

- Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual. Madrid, España: TEA.
- Sunniva E. (2006). Motivation and Burnout in Human Service Work The Case of Midwifery in Denmark (Tesis Doctoral). Roskilde University, Copenhagen
- Vázquez-Ortiz J., Vázquez-Ramos M.J., Álvarez-Serrano M., Reyes-Alcaide M., Martínez-Domingo R, Nadal-Delgado M. et al. 2012. Intervención psicoterapéutica grupal intensiva realizada en un entorno natural para el tratamiento del burnout en un equipo de enfermería oncológica. *Psicooncología*. 9(1): 161-182
- Vega M.F. (2013). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 1-7.
- Velázquez M. (2005). Impacto laboral del estrés. Bilbao (Lettera).
- Yoshida Y. y Sandall J. (2013). Occupational Burnout and work factors in community and hospital midwives: A survey analysis 2012. *Midwifery*. 29(8), 921-926. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.002>

