



UNIVERSITAS
Miguel
Hernández

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**“SÍNDROME DE BURNOUT EN LAS RESIDENTES DE
MATRONA DE LA REGIÓN DE MURCIA. EVALUACIÓN
DE RIESGOS PSICOSOCIALES MEDIANTE EL
CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY”**

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE
RIESGOS LABORALES

CURSO 2018-2019

Autora: M^a Ángeles Viguera Martínez

Directora: Dra. Elisa Nofre Subirats

31/05/2019

RESUMEN

Introducción: Las matronas y, en concreto las residentes de matrona, se encuentran expuestas, diariamente, a diversos riesgos psicosociales (por ejemplo: conflictos interpersonales con las personas a las que atienden o con compañeros de trabajo, resultados perinatales desfavorables, nocturnidad, sobrecargas de trabajo, urgencias vitales, etc.), los cuales las convierten en un colectivo muy vulnerable a sufrir el denominado síndrome de burnout. Así pues, los trabajadores que sufren este síndrome suelen presentar agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. **Objetivo:** Evaluar el síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia mediante el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1). **Metodología:** Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Previamente a su realización, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes herramientas de búsqueda. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1), en su versión validada al castellano, mediante la herramienta de formulario de google drive. **Resultados:** A nivel global, el 46,69% de las participantes presenta agotamiento emocional, con una puntuación media de 25,21, el 20,1% despersonalización con una puntuación media de 6,03 y el 73,5% se considera realizado a nivel personal con una puntuación media de 35,28. **Conclusiones:** Las residentes de matrona de la Región de Murcia presentan síndrome de burnout en nivel medio, teniendo en cuenta las puntuaciones resultantes en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1). Además, teniendo en cuenta los ítems medidos, los más alterados de forma significativa han sido: me siento emocionalmente agotada por mi trabajo, al final de la jornada me siento agotada, cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotada, me siento frustrada en mi trabajo y siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.

Palabras clave: agotamiento profesional, enfermeras obstetricas, estrés laboral, salud laboral, satisfacción en el trabajo.

ABSTRACT

Introduction: Midwives and, specifically, midwife residents, are exposed, daily, to various psychosocial risks (for example: interpersonal conflicts with the people they assist or with work colleagues, unfavorable perinatal results, night-time service, work overload, vital emergencies, and so on), which make them a very vulnerable group to suffer the so-called burnout syndrome. Thus, workers suffering from this syndrome tend to experience emotional exhaustion, depersonalization and low personal fulfillment. **Objective:** To evaluate the burnout syndrome in midwife residents of the Region of Murcia through the Maslach Burnout Inventory Questionnaire (Annex 1). **Methodology:** This is a quantitative, observational, descriptive and transversal study. Prior to its realization, a bibliographic review has been carried out through different search tools. The instrument used for data collection was the Maslach Burnout Inventory Questionnaire (Annex 1), in its validated version in Spanish, using the google drive form tool. **Results:** At the global level, 46.69% of the participants present emotional exhaustion, with an average score of 25.21, 20.1% present depersonalization with an average score of 6.03, and 73.5 feel fulfilled on a personal level with an average score of 35.28. **Conclusions:** Considering the resulting scores on the Maslach Burnout Inventory (Annex 1), the midwife residents of the Region of Murcia display burnout syndrome in middle level. In addition, taking into account the items measured, the most significantly altered have been: I feel emotionally exhausted by my work, at the end of the day I feel wearied, when I wake up in the morning and I face another day of work I feel, I feel frustrated in my work and I feel that I am too long in my work.

Key words: professional burnout, nurse midwives, occupational stress, occupational health, job satisfaction.

ÍNDICE

1.JUSTIFICACIÓN.....	1
2.INTRODUCCIÓN.....	3
3.OBJETIVOS.....	5
3.1 OBJETIVO GENERAL	5
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
4. MARCO TEÓRICO	6
4.1 TRABAJO DE LAS RESIDENTES DE MATRONA	6
4.2 FACTORES PSICOSOCIALES	11
4.3 SÍNDROME DE BURNOUT	19
5. METODOLOGÍA	22
5.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	22
5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	24
5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	24
5.4 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....	25
5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	27
5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
5.7 FASE DE APLICACIÓN (CRONOGRAMA)	28
6. RESULTADOS.....	29
7. PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA. PROGRAMA DE ACCIÓN...46	
8. DISCUSIÓN	47
9.CONCLUSIONES.....	49
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
11. BIBLIOGRAFÍA.....	58
12. ANEXOS.....	59

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Revisión bibliográfica en bases de datos. Elaboración propia.....	23
Tabla 2. Revisión bibliográfica en otras herramientas de búsqueda. Elaboración propia.....	24
Tabla 3. Valores de referencia de las subescalas cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Fuente: Cuestionario-Burnout. Ecestaticos	26
Tabla 4. Cronograma de actividades. Elaboración propia	28
Tabla 5. Puntuaciones obtenidas en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Elaboración propia.....	45
Tabla 6. Planificación de la actividad preventiva. Elaboración propia	46



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Año de residencia. Elaboración propia.....	29
Figura 2: Hospital de trabajo. Elaboración propia.....	29
Figura 3: Agotamiento emocional a causa del trabajo. Elaboración propia.....	30
Figura 4: Agotamiento al finalizar la jornada laboral. Elaboración propia.....	31
Figura 5: Agotamiento al comienzo de la jornada laboral. Elaboración propia.....	32
Figura 6: Entendimiento con los pacientes. Elaboración propia.....	32
Figura 7: Trato impersonal a los pacientes. Elaboración propia.....	33
Figura 8: Agotamiento al trabajar en contacto con gente. Elaboración propia.....	34
Figura 9: Eficacia al tratar los problemas de los pacientes. Elaboración propia.....	34
Figura 10: Desgaste en el trabajo. Elaboración propia.....	35
Figura 11: Influencia positiva en la vida de los pacientes. Elaboración propia.....	36
Figura 12: Comportamiento insensible con la gente a causa del trabajo. Elaboración propia.....	36
Figura 13: Endurecimiento emocional a causa del trabajo. Elaboración propia.....	37
Figura 14: Energía en el trabajo. Elaboración propia.....	38
Figura 15: Frustración en el trabajo. Elaboración propia.....	38
Figura 16: Tiempo excesivo en el trabajo. Elaboración propia.....	39
Figura 17: Despreocupación por los pacientes. Elaboración propia.....	40
Figura 18: Estrés relacionado con el trabajo en contacto con la gente. Elaboración propia.....	40
Figura 19: Clima agradable con los pacientes. Elaboración propia.....	41
Figura 20: Estimación en el trabajo con los pacientes. Elaboración propia.....	42
Figura 21: Realización personal en el trabajo. Elaboración propia.....	42
Figura 22: Al límite de las posibilidades en el trabajo. Elaboración propia.....	43
Figura 23: Resolución adecuada de los problemas emocionales en el trabajo. Elaboración propia.....	44
Figura 24: Culpabilidad de los profesionales por los problemas de los pacientes. Elaboración propia.....	44

1. JUSTIFICACIÓN

El término "burnout" se ha acuñado para definir un conjunto de síntomas presentados principalmente por profesionales que trabajan con personas (docentes, enfermeras y médicos) y que se quejan de agotamiento físico y mental, irritabilidad y pérdida de interés.

Los trabajadores con síndrome de burnout establecido llegan al extremo de no encontrarle sentido a su trabajo, las actividades laborales pierden su importancia y cualquier esfuerzo parece inútil ⁽¹⁾.

En cuanto a las profesiones sanitarias, los programas de residencia colocan a recién graduados en enfermería en el mercado de trabajo, proporcionándoles una oportunidad de ganar experiencia profesional y convertirse en especialistas en su área elegida. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos profesionales pueden presentar factores predisponentes para el desarrollo de fatiga física y emocional. También, se deben considerar otras características personales como la edad, el idealismo con el que comienzan la residencia, el tiempo en la profesión o la falta de apoyo que pueden aumentar la vulnerabilidad a padecer síndrome de burnout ⁽²⁾.

La formación del enfermero residente es un proceso largo y complejo, dónde los residentes se enfrentan a múltiples factores psicosociales estresantes como un entorno de aprendizaje problemático, presión emocional por dar lo mejor de ellos, falta de apoyo social, falta de tiempo libre con jornadas laborales extensas (en ocasiones superando las 60 horas semanales), sobrecarga académica con periodos de teoría y con la participación en congresos para los que realizan trabajos de investigación ^(3,4).

Además, en un estudio transversal realizado sobre la residencia de enfermería y sus repercusiones en la salud y Calidad de vida (CVRS) de un grupo de residentes, se pasó una encuesta de salud dónde se valoraban principalmente los aspectos emocionales, la vitalidad y la salud mental. Todos los ítems evaluados salieron comprometidos, aunque la "salud mental" fue el ítem más perjudicado. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los residentes de primer año (R1) y de segundo (R2).

Así pues, se debe apreciar que los residentes de enfermería y, en concreto las residentes de matrona, practican una profesión orientada hacia el cuidado y ayuda a los demás, lo que conlleva una gran satisfacción personal, pero al mismo tiempo tienen que

tratar con el dolor, sufrimiento, preocupaciones y problemas tanto de la mujer a la que asisten como de su acompañante ⁽⁵⁾.

Por tanto, teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, resulta interesante evaluar el síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia e identificar cuáles son los factores psicosociales que influyen en dicho síndrome.



2. INTRODUCCIÓN

El trabajo es toda actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de naturaleza diversa (medios humanos, materiales, energía, tecnología, organización), permite alcanzar unos objetivos y satisfacer unas necesidades ⁽⁶⁾.

Así pues, la actividad laboral es una conducta humana en la que se crean relaciones sociales con motivo del trabajo. En el ámbito laboral, siempre ha existido desgaste y, hasta no hace no mucho tiempo, se consideraba de manera universal que el trabajador que tenía estos síntomas se hallaba sometido a estrés y/o depresión ⁽⁷⁾.

En concreto, las profesiones sanitarias requieren tratar con diferentes tipos de personas de forma permanente lo que conlleva la constante adaptación a nuevos requerimientos en una sociedad cambiante. Diversos elementos, tales como los ritmos de trabajo intensos, multiplicidad de las tareas, inestabilidad laboral, etc., suponen que la incidencia y magnitud de estos riesgos sean de gran relevancia ⁽⁸⁾.

En cuanto a las matronas y residentes de matrona como profesionales de la salud, se encuentran expuestas, diariamente, a un amplio conjunto de riesgos para su salud que van desde riesgos dependientes de la organización del trabajo y de las relaciones laborales, a cargas de trabajo, riesgos físicos ambientales o riesgos por accidente biológico.

Desde una perspectiva psicosocial, las matronas tienen que hacer frente, diariamente, a una infinidad de factores y situaciones que pueden alterar su integridad psicológica y que son catalogados como “estresantes” (por ejemplo: conflictos interpersonales con los clientes, con sus familiares o con sus propios compañeros, resultados perinatales desfavorables, nocturnidad, sobrecargas de trabajo, urgencias vitales, etc.), los cuales hacen que los profesionales de enfermería tengan uno de los índices de estrés más alto registrados en el ámbito laboral ⁽⁹⁾.

De esta forma, entre las repercusiones que pueden tener los riesgos psicosociales descritos, destaca el síndrome de estar quemado con el trabajo o Burnout, el cual ha cobrado especial relevancia debido al importante incremento de su prevalencia en el sector de los servicios ⁽¹⁰⁾.

Al parecer, las profesiones sanitarias son de las más perjudicadas por el burnout junto con el resto de profesiones en las que existe una relación de ayuda. Un aspecto importante a considerar es que el burnout no solo tiene repercusiones para los profesionales que lo sufren, sino que también interfiere de forma negativa en la calidad

de los cuidados que suministran, en los resultados de salud, en los pacientes y en la propia institución sanitaria ⁽¹¹⁾.

Dicho esto, los residentes de enfermería y, especialmente, las residentes de matrona se encuentran, de forma habitual, expuestas a diversos riesgos psicosociales lo que las convierte en un colectivo muy susceptible a padecer síndrome de burnout ⁽²⁾. Este hecho hace relevante la investigación de este síndrome en este grupo de profesionales junto con el descubrimiento de los desencadenantes que les lleva a padecer dicho síndrome.

Por tanto, este trabajo de investigación tratará de evaluar el síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia con las tres áreas que comprende (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), se describirán las competencias que realizan en el ámbito laboral y se identificarán los factores psicosociales que pueden contribuir en que se desencadene tal síndrome.



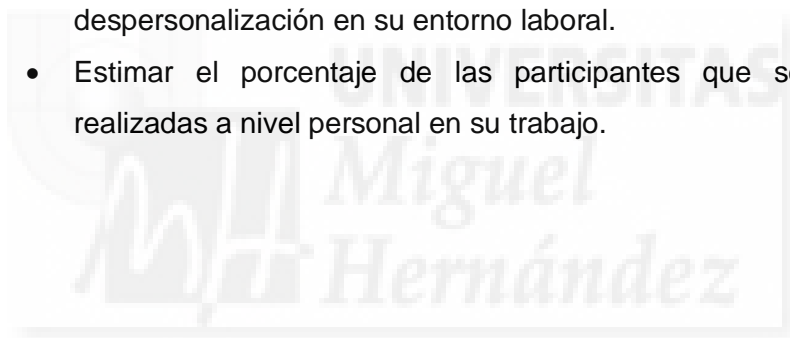
3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia mediante el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las competencias de las residentes de matrona.
- Identificar los factores de riesgo psicosociales que influyen en el síndrome de burnout de las residentes de matrona.
- Valorar el porcentaje de las participantes en el estudio que presentan agotamiento emocional.
- Evaluar el porcentaje de las residentes de matrona que presenta despersonalización en su entorno laboral.
- Estimar el porcentaje de las participantes que se consideran realizadas a nivel personal en su trabajo.



4. MARCO TEÓRICO

4.1 TRABAJO DE LAS RESIDENTES DE MATRONA

La profesión de matrona, como todas las relacionadas con la salud, ha ido cambiando a lo largo de la historia, no solamente en sus prácticas sino también en sus conocimientos. Dichas prácticas y conocimientos han evolucionado desde una situación en la cual los conocimientos sobre la atención al parto estaban basados en la tradición cultural y se transmitían de generación en generación hasta el actual conocimiento científico⁽¹²⁾.

En el ámbito internacional, la matrona es una profesional reconocida en todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados y es considerada como una figura idónea e imprescindible para la atención de la salud integral de la mujer a lo largo de su vida⁽¹³⁾.

Así pues, en la reunión del Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, en Brisbane, Australia, 19 de julio de 2005, se aprobó una nueva versión de la definición de matrona que dice así: “Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”. Además, tal definición ha sido aceptada por la Asociación Europea de Matronas (EMA) y por la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME)⁽¹⁴⁾.

En un informe de 2017, la FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) describe que las matronas tienen competencias profesionales como agentes

de salud en prevención/promoción de la salud de la mujer y que, además, están reconocidas a nivel nacional, europeo e internacional, estando avaladas por la amplia legislación vigente. Estas competencias van más allá de las actividades tradicionales en la atención a la gestación, parto y postparto extendiéndose a la labor asistencial, gestora, docente e investigadora.

El ámbito de actuación de las matronas abarca tanto la Atención Primaria (que incluye centros de salud, comunidad, familia y domicilio) como la Atención Especializada, (que incluye el hospital u otros dispositivos dependientes del mismo). Así mismo, las matronas pueden ejercer su profesión en el sector público, en el privado, por cuenta ajena y por cuenta propia ⁽¹³⁾.

En la actualidad, existe una limitación clara en el desarrollo de cada uno de los ámbitos competenciales que determina también una infrautilización del profesional y, al mismo tiempo, una mala inversión por el costo del periodo formativo que, en ningún caso, resulta aceptable ^(13,15).

Respecto a la formación de las matronas, destaca la Orden SAS/1349/2009, del 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) ⁽¹⁶⁾.

A su vez, el artículo 21 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias y el artículo 7 del Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, establecen respectivamente, el procedimiento para aprobar los programas formativos de las especialidades sanitarias en general y de las especialidades de Enfermería en particular, previendo en ambos casos su publicación en el Boletín Oficial del Estado para general conocimiento ^(16,17,18).

La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), ha elaborado el programa formativo de dicha especialidad que ha sido ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, órgano asesor de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Educación en materia de formación sanitaria especializada.

Así, España optó en 1992, por una formación de matrona que se acredita mediante un título oficial de especialista, que requiere haber obtenido previamente el título de Diplomado/Graduado universitario en enfermería y haber sido evaluado positivamente tras haber cursado el programa de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) por el sistema de residencia. La exigencia previa del

título de diplomado/graduado en enfermería determina que el profesional que accede a esta especialidad ostenta ya una amplia formación general en enfermería, que permite que este programa se centre en los conocimientos teóricos y actividades clínicas y prácticas más estrechamente relacionados con la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y con las demandas que la sociedad actual requiere de este profesional ⁽¹⁶⁾.

El perfil competencial de la enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) que se contiene en este programa formativo, se ha ajustado a las directrices derivadas, de la Confederación Internacional de Matronas, a las directrices de la Unión Europea contenidas en el artículo 55 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que se refiere a las actividades profesionales que, como mínimo, deben realizar las matronas, así como a las necesidades del Sistema Nacional de Salud, a la evolución de los conocimientos científicos y a las demandas de la sociedad actual, que reclama un profesional mucho más implicado en las facetas preventiva y de promoción de la salud de la mujer ^(16,19).

Para obtener el título de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), las matronas residentes cumplirán el programa formativo en unidades docentes multiprofesionales de obstetricia y ginecología, acreditadas para la formación de especialistas en enfermería obstétrico-ginecológica (Matrona) que cumplan los requisitos generales de acreditación aprobados al efecto, durante un período de dos años a tiempo completo, lo que incluirá, una dedicación mínima a actividades docentes-asistenciales de 3.600 horas ⁽¹⁶⁾.

En cuanto al régimen jurídico que regula la relación laboral que une a la matrona residente con la entidad titular de la unidad docente donde se está formando, se atenderá a lo previsto en el Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en ciencias de la salud. A estos efectos, la formación teórica y práctica clínica de este programa se llevará a cabo durante la jornada laboral, sin perjuicio de las horas que se presten en concepto de atención continuada y de las horas personales de estudio al margen de dicha jornada ^(16,20).

La formación de las residentes será teórico-práctica. La dedicación a la adquisición de conocimientos teóricos será el 26% del total de la duración del programa formativo, calculado sobre la jornada anual ordinaria efectiva (sin computar atención continuada) aplicable a los residentes de la unidad docente de que se trate. La formación

teórica necesaria para la práctica clínica versará sobre las materias que se desarrollan en el anexo del programa de formación, según los siguientes epígrafes:

- Enfermería Maternal y del Recién Nacido I.
- Enfermería Maternal y del Recién Nacido II.
- Enfermería de la Mujer y la Familia.
- Educación para la Salud de la Mujer.
- Administración de los Servicios Obstétrico-Ginecológicos (Matrona).
- Investigación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Legislación y Deontología en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Entre el 60%-70% de la formación clínica se realizará en atención especializada, en el hospital en el que se lleve a cabo el programa de atención materno-infantil, y entre 40%-30% en atención primaria y comunitaria, donde se desarrollen los programas de atención a la mujer y/o salud sexual, reproductiva y climaterio.

En cuanto a las rotaciones, las residentes de matrona se formarán y trabajarán en:

- Atención Especializada: Hospital:
 - Urgencias Obstétrico-Ginecológicas.
 - Unidad de partos.
 - Unidad de púerperas.
 - Unidades de obstetricia de riesgo: Consultas externas, hospitalización y quirófano.
 - Fisiopatología fetal.
 - Unidad de neonatología (nidos y cuidados intermedios).
 - Unidad de Ginecología: consultas externas.

- Atención Primaria-Comunitaria, en centros de salud, atención domiciliaria y atención comunitaria donde se realicen los siguientes programas y subprogramas de salud materno-infantil y salud sexual, reproductiva y climaterio: consejo reproductivo, control prenatal, educación para la maternidad y paternidad, puerperio domiciliario y consulta, planificación familiar y contracepción, consejo afectivo-sexual, atención a jóvenes, actividades preventivas en salud sexual y reproductiva, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y mama, menopausia/ climaterio, programa de educación para la

salud de la mujer durante la menopausia y climaterio, ginecología y actividades educativas dirigidas a la comunidad en materia de salud materno-infantil.

Finalmente, al concluir el periodo de formación, la matrona residente deberá haber realizado, como mínimo, las siguientes actividades bajo adecuada supervisión:

- Entrevista y confección de la historia clínica de salud reproductiva (obstétrico-ginecológica) de 100 mujeres.
- Control y asistencia de mujeres gestantes que implique por lo menos 100 reconocimientos prenatales.
- Vigilar y asistir a 40 mujeres gestantes de riesgo.
- Llevar a cabo un programa de Educación Maternal en 2 grupos de mujeres.
- Asistir a 100 parturientas con los medios clínicos y técnicos adecuados.
- Asistir a un mínimo de 80 partos normales.
- Asistir a 40 parturientas que presentan factores de alto riesgo.
- Participar activamente en la atención del parto instrumental o cesárea de 20 mujeres.
- Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 púerperas.
- Realizar la supervisión, cuidado y reconocimiento de 100 recién nacidos sanos.
- Observación y cuidado de al menos 20 recién nacidos que necesiten cuidados especiales (nacidos pre-término, pos-término, bajo peso o con problemas de salud).
- Realizar toma de muestras cervicales y vaginales, para citologías, exámenes en fresco, cultivos y otros exámenes, en al menos 150 mujeres.
- Asesoramiento y cuidado de al menos 40 mujeres en materia de ginecología.
- Asesoramiento y cuidado de al menos 20 mujeres en materia de climaterio.
- Detección y asesoramiento de 30 mujeres que presenten infecciones de transmisión sexual.
- Asesorar en materia de anticoncepción y sexualidad a 60 mujeres incluido la contracepción de emergencia e interrupción voluntaria del embarazo.
- Atender y asesorar de manera individual a 25 jóvenes en materia de sexualidad y contracepción.

- Participar responsabilizándose en dos intervenciones grupales de educación sexual y reproductiva dirigidas a mujeres y jóvenes en la comunidad.
- Participar activamente en, al menos, un programa sobre el climaterio.
- Realizar visitas domiciliarias al recién nacido y puérpera ⁽¹⁶⁾.

4.2 FACTORES PSICOSOCIALES

El estudio de los aspectos organizacionales y psicosociales y su relación con la salud laboral no es nuevo, aunque si la importancia y reconocimiento que ha adquirido en los últimos años. Como consecuencia de los importantes cambios en las organizaciones y de los procesos de globalización actual, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa, haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo ⁽²¹⁾.

Según la OIT (Organización Internacional del Trabajo), los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos. Asimismo, se describen algunos riesgos como sobrecarga de trabajo, falta de control, conflicto ante la autoridad, desigualdad en el salario, falta de seguridad en el trabajo, problemas de las relaciones laborales y trabajo por turnos. En otras palabras, podría decirse que estos factores son descriptivos, se refieren a la estructura organizacional, al liderazgo, cultura corporativa, diseño del puesto y ambientes psicológicos y, además, pueden ser positivos o negativos en términos de un ambiente y clima laboral organizacional ⁽²²⁾.

En España, la introducción oficial de la relevancia de los factores psicosociales se hace, probablemente, a partir del RD 39/1997 de los Servicios de Prevención. En la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (31/1995) no se abordan riesgos específicos, pero establece de forma taxativa en su artículo 14 parágrafo 2, la obligación del empresario de “garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo”, factores psicosociales incluidos ^(21,23).

Como bien es sabido por todos, los factores psicosociales pueden favorecer o perjudicar la actividad laboral y la calidad de vida laboral de las personas. En el primer caso, fomentan el desarrollo personal de los individuos, mientras que, cuando son desfavorables, perjudican su salud y su bienestar. En este caso, hablamos de riesgo psicosocial, que es fuente de estrés laboral, o estresor, y que tiene el potencial de causar daño psicológico, físico, o social a los individuos.

Así pues, los riesgos psicosociales con origen en la actividad laboral pueden estar ocasionados por un deterioro o disfunción en:

- Las características de la tarea: cantidad de trabajo, desarrollo de aptitudes, carencia de complejidad, monotonía o repetitividad, automatización, ritmo de trabajo, precisión, responsabilidad, falta de autonomía, prestigio social de la tarea en la empresa, etc.
- Las características de la organización: variables estructurales (tamaño y diferenciación de unidades, centralización, formalización), definición de competencias, estructura jerárquica, canales de comunicación e información, relaciones interpersonales, procesos de socialización y desarrollo de la carrera, estilo de liderazgo, tamaño, etc.
- Las características del empleo: diseño del lugar de trabajo, salario, estabilidad en el empleo y condiciones físicas del trabajo.
- La organización del tiempo de trabajo: duración y tipo de jornada, pausas de trabajo, trabajo en festivos, trabajo a turnos y nocturno, etc ⁽²⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), llaman la atención sobre aspectos psicosociales que afectan a los trabajadores de la salud, tal es el caso de las directrices marco para combatir la violencia laboral en el sector salud; mencionan que si bien la violencia laboral afecta a todos los sectores de trabajadores, uno de los sectores con más riesgo es el de la atención a la salud, puesto que de la violencia que se vive en el lugar de trabajo, el sector salud ocupa la cuarta parte, relacionándose con la tensión en el trabajo, la inestabilidad social, el deterioro de las relaciones interpersonales y otros factores psicosociales en el lugar de trabajo. Todos estos factores, en conjunto, pueden estar presentes en más de la mitad de los trabajadores y en mayor presencia en las mujeres ⁽²⁵⁾.

Además, los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud de los trabajadores sanitarios. Tales riesgos se asocian frecuentemente al estrés agudo lo que supone que los efectos que producen en la salud de los trabajadores sean mayores. La violencia, el acoso laboral o el acoso sexual son riesgos que pueden tener efectos sobre el trabajador y que, habitualmente, afectan a la globalidad del funcionamiento de éste. Otras formas de riesgos psicosociales como el estrés, la inseguridad laboral o el burnout o desgaste profesional son formas de estrés crónico que, por su globalidad, afectan a la totalidad de la organización del propio estilo de vida personal o profesional. Tanto unos como otros afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador, a los niveles de seguridad personal y cursan con trastornos adaptativos ⁽²⁶⁾.

Las matronas residentes se ven expuestas, diariamente, a múltiples riesgos psicosociales que se van a describir a continuación.

4.2.1 Estrés laboral

El estrés laboral es la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y aptitudes y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación. Por tanto, es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se enfrenta el individuo, por un lado, y sus conocimientos y capacidades por otro ⁽²⁷⁾.

Muchas profesiones se encuentran sometidas a niveles elevados de estrés, y dentro de ellas, el ámbito sanitario, y más en concreto los médicos y enfermeras, son considerados como uno de los sectores profesionales más expuestos a niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida ⁽²⁸⁾.

Además, existen diferentes estudios que han reconocido la importancia del estrés laboral en el contexto sanitario. En la mayor parte de estos, se alude a las características específicas de las profesiones sanitarias: atender el dolor, la enfermedad, las situaciones de urgencia vital, las demandas y presiones laborales, los conflictos de rol, los pacientes problemáticos y la comunicación intragrupal.

El estrés mantenido de forma crónica tiene importantes consecuencias para la salud y bienestar de los profesionales, pero también comporta importantes costes económicos para las organizaciones. Así, tal y como indican Bernardo et al, el estrés laboral en los trabajadores sanitarios es responsable de aproximadamente el 50% de las bajas laborales que se producen ⁽²⁷⁾.

Entre los profesionales sanitarios, el personal de enfermería ha sido objeto de numerosos estudios que ponen de manifiesto que son muchos los estresores laborales a los que se hallan sometidos estos profesionales y que, mantenidos de forma crónica pueden propiciar la aparición del denominado síndrome de Burnout ⁽²⁹⁾.

En concreto, los residentes de enfermería son un colectivo muy vulnerable al estrés laboral, debido a los factores de riesgo psicosociales a los que están expuestos durante su jornada laboral destacando, entre estos, la sobrecarga de trabajo y tiempo excesivo invertido en el hospital ⁽¹⁾.

4.2.2 Tiempo de trabajo: a turnos y nocturno

El tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo a la calidad de vida en el trabajo, sino a la vida extralaboral. La medida en que la distribución del tiempo libre es utilizable para el esparcimiento, la vida familiar y la vida social, es un elemento que determina el bienestar de los trabajadores.

Dadas las características humanas, la actividad laboral debería desarrollarse durante el día, a fin de lograr una coincidencia entre la actividad laboral y la actividad fisiológica. Sin embargo, en algunas actividades es necesario establecer turnos de trabajo con horarios de trabajo que están fuera de los que sería aconsejable, ya sea por necesidades del propio servicio o por necesidades productivas o del proceso, como es el caso de las profesiones sanitarias.

La organización del tiempo de trabajo a turnos va a tener consecuencias sobre la salud física, psíquica y social de los trabajadores. El deterioro puede manifestarse, en primer lugar, por alteración de los hábitos alimentarios, y, más a largo plazo, en alteraciones más graves como: trastornos gastrointestinales, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, trastornos nerviosos, insatisfacción laboral, trastornos cardiovasculares, alteración de los ritmos biológicos, dificultad para conciliar el sueño, aumento de la accidentabilidad y empobrecimiento de relaciones sociales.

Teniendo en cuenta los distintos sistemas de organización de turnos (discontinuo, semicontinuo y continuo), en los hospitales se aplica el sistema continuo, en el que el trabajo se realiza de forma ininterrumpida, quedando cubierto el trabajo de todo el día. Se da servicio las 24 horas del día durante los 365 días al año ^(30,31).

En concreto, las matronas residentes son profesionales con gran afectación por las consecuencias negativas que se pueden producir por la turnicidad y la nocturnidad de la jornada laboral ya que sus turnos se suelen distribuir en guardias de doce horas de día y de noche indistintamente.

4.2.3 Carga mental

La carga mental, se define como el esfuerzo cognitivo que debe realizar una persona en un tiempo concreto para hacer frente a determinada cantidad y tipos de tareas. Este concepto parte de una serie de premisas: (a) los recursos cognitivos-atencionales de las personas son limitados; (b) la relevancia de los criterios de ejecución

objetivos y subjetivos, tanto los establecidos por fuentes externas como por el propio trabajador, y (c) la influencia en la carga mental de las demandas y características de la tarea (p.ej., concentración, atención, memoria), de las variables individuales (p.ej., nivel de experiencia) y de otras variables externas de la situación (p.ej., las ayudas tecnológicas) ⁽³²⁾.

En la carga mental del trabajo debemos diferenciar entre dos tipos: la carga cuantitativa, referida a la cantidad de tareas a realizar por el trabajador, y la carga cualitativa, que hace referencia a la complejidad de las tareas a desempeñar ⁽³³⁾.

Se debe tener en cuenta que las capacidades de la persona, referentes a las funciones cognitivas que posibilitan las operaciones mentales, constituyen sus recursos personales para responder a las demandas del trabajo mental. Las capacidades de memoria, de razonamiento, de percepción, de atención, de aprendizaje, etc. son recursos que varían de una persona a otra y que, también, pueden variar para una persona en distintos momentos de su vida: pueden fortalecerse, por ejemplo, cuando se adquieren nuevos conocimientos útiles, cuando se conocen estrategias de respuesta más económicas (en cuanto a esfuerzo necesario), etc. pero, en circunstancias físicas o psíquicas adversas, pueden deteriorarse o debilitarse ⁽³⁴⁾.

En cuanto a los principales efectos negativos de la carga mental destacan la fatiga mental y la monotonía percibida por el trabajador, que pueden conducir a cansancio y somnolencia, así como a oscilaciones en el rendimiento, vigilancia reducida y, por último, saturación mental que supondría el rechazo a la tarea en sí.

Estos consecuentes afectan al trabajador tanto física, como psicológica o socialmente y, también, afectan a su nivel de motivación y satisfacción con el puesto. Debemos señalar que estos problemas de salud pueden degenerar en una fatiga crónica, en estrés o en síndrome de burnout e incluso, en algunas ocasiones, favorecer el mobbing ⁽³³⁾.

Además, la carga mental está íntimamente ligada al “Síndrome del Edificio Enfermo” ⁽³⁵⁾. Los paritorios de la Región de Murcia, dónde trabajan las matronas residentes, reúnen múltiples características que los definen como edificios enfermos. Entre ellas encontramos: edificio hermético sin ventanas, edificio nuevo o remodelado, ubicado en el sótano del hospital, baja calidad de los materiales de construcción y sistema de ventilación mecánica común a otros sectores del hospital.

4.2.4 Mobbing

En la actualidad, el acoso psicológico en el trabajo o mobbing supone un grave problema, tanto por su prevalencia como por la repercusión negativa que tiene en la salud de los trabajadores y en los resultados de la empresa ⁽³⁶⁾.

H. Leymann, definió el mobbing como una forma de violencia psicológica extrema que se puede producir, en el ámbito de una organización, en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos en su Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), que se ejercen de forma sistemática, al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado -más de 6 meses-, sobre otra persona en el lugar de trabajo. H. Leymann afirma que el mobbing parte de una situación inicial de conflicto, en la que ambas partes se encuentran en una posición asimétrica de poder en la empresa o institución, pero la parte acosadora trata de sustanciar dicho conflicto mediante la emisión de conductas de violencia psicológica hacia la víctima. De esta manera, es la parte acosadora la que tiene más recursos, alianzas, antigüedad, soporte, posición superior jerárquica, etc. que la persona acosada ⁽³⁷⁾.

Así pues, entre las características del mobbing encontramos:

- Es sistemático, es decir, que las acciones son siempre similares y van conformando, a través del tiempo, un estilo autoritario.
- Es persistente: pues, un hecho aislado con estas características no define por sí al mobbing. Para serlo, debe ser repetitivo en su tipo, en las formas y en el tiempo.
- La víctima siempre es la parte más débil en la relación. El atacante es el que ejerce el poder y tiene la posibilidad de hacerlo discrecionalmente.
- El poder que ejerce el hostigador actúa como presión psicológica, ejerciendo miedo y desvalorizando a la víctima.
- El objetivo final es lograr un clima especial para obtener su renuncia, alejarla de su empleo, y simultáneamente, influir para lograr dicho propósito.
- Las acciones más típicas de este comportamiento son: abrumar a la víctima con tareas, asignarle tareas de difícil resultado, atacar todo lo que hace, no permitirle hablar, ridiculizarla, destacar permanentemente los malos resultados de su tarea, destacar su inoperancia, despreciarla delante de sus compañeros o de terceros, marginarla del ámbito natural de su grupo laboral, aislarla de las decisiones, ignorarla, relacionarse sin saludarla, manifestar favoritismo por otros compañeros (amiguismo), hacer comparaciones en detrimento de su reputación,

discriminarla, hacer ver a la persona como extraña o rara en su entorno laboral y otras tantas acciones de esta naturaleza ⁽³⁸⁾.

Respecto a los tipos de mobbing que existen en una empresa, pueden clasificarse en relación a diferentes criterios, aunque el más utilizado, según diversas investigaciones, es el que establece la clasificación según la posición jerárquica del acosador y la víctima en la empresa. Atendiendo a tal clasificación, distinguimos los siguientes tipos de mobbing: mobbing descendente (el acosador ocupa una posición jerárquica superior a la víctima); mobbing horizontal (posición jerárquica del acosador igual a la víctima); mobbing mixto, vertical y horizontal (pudiendo llegar a este tipo de mobbing, mediante dos vías), el superior jerárquico actuando como acosador, crea un efecto reflejo en los miembros de la organización, y un mobbing de tipo horizontal hacia uno de tipo vertical, convirtiéndose el superior en acosador o cómplice. Y, por último, mobbing ascendente (el acosador ocupa una posición jerárquica inferior a la víctima) ⁽³⁶⁾.

Entre las consecuencias del acoso psicológico en el trabajo destacan:

- Consecuencias físicas: trastornos cardiovasculares, trastornos musculares, trastornos respiratorios y trastornos gastrointestinales.
- Consecuencias psíquicas: entre otras se produce ansiedad, estado de ánimo depresivo, apatía o pérdida de interés por actividades que previamente le interesaban o le producían placer.
- Consecuencias sociales: los efectos sociales del acoso laboral se caracterizan por la aparición en la víctima de conductas de aislamiento, evitación y retraimiento.
- Consecuencias laborales: pérdida de productividad, afecta al rendimiento del trabajador, del grupo o equipo de trabajo (a la calidad y cantidad del trabajo, a la motivación...), aumento de la siniestralidad laboral... ⁽³⁰⁾.

En cuanto a los profesionales de la salud, en España, en 2016, la prevalencia de acoso laboral en el personal de salud, se situó entre el 17 y el 20%, ocasionando problemas psicológicos en el 9% de los acosados, como depresión e ideación suicida ⁽³⁹⁾.

Por otro lado, una investigación publicada el 2014, en Chimbote Perú, refiere que el 11.1% del personal sufrió de acoso laboral, mayoritariamente las enfermeras. El riesgo de acoso laboral era 4 veces mayor en enfermeras mujeres comparado con otros grupos ocupacionales y en aquellas que tenían menos de 10 años de experiencia ⁽⁴⁰⁾.

Además, se han descrito investigaciones que señalan como factor de riesgo de acoso laboral a la edad menor a 30 años, incluso se sitúan en el intervalo de mayor riesgo entre los 18-25 años, esto es debido a que este intervalo de edad presenta un bajo nivel de formación y escasa experiencia laboral. También, otro factor de riesgo que se menciona es la rotación por turnos nocturnos o de guardia ⁽⁴¹⁾. Por tanto, en el caso de las residentes de matrona de la Región de Murcia, la mayoría tienen menos de 30 años con escasa experiencia laboral, lo que las convierte, según los artículos analizados, en un colectivo de riesgo para sufrir acoso laboral.

En definitiva, estas acciones y comportamientos pueden generar daños sobre la salud de los trabajadores, tal y como se ha descrito anteriormente. Por otra parte, desestructuran el ambiente de trabajo y, por consiguiente, tienen un alto potencial de dañar también la salud colectiva, impactando negativamente sobre la productividad y generando una degradación del clima laboral ⁽³⁷⁾.

4.2.5 Acoso sexual

La Recomendación de las Comunidades Europeas 92/131 de 27 noviembre 1991, relativa a la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo aborda el acoso sexual y propone la siguiente definición: «La conducta de naturaleza sexual u otros comportamientos basados en el sexo que afectan a la dignidad de la mujer y el hombre en el trabajo, incluido la conducta de superiores y compañeros, que resulta inaceptable sí;

- a. dicha conducta es indeseada, irrazonable y ofensiva para la persona que es objeto de la misma
- b. la negativa o el sometimiento de una persona a dicha conducta por parte de empresarios o trabajadores (incluidos los superiores y los compañeros) se utiliza de forma explícita o implícita como base para una decisión que tenga efectos sobre el acceso de dicha persona a la formación profesional y al empleo, sobre la continuación del mismo, el salario o cuales quiera otras decisiones relativas al empleo
- c. dicha conducta crea un entorno laboral intimidatorio, hostil y humillante para la persona que es objeto de la misma; y de que dicha conducta puede ser, en determinadas circunstancias, contraria al principio de igualdad de trato ⁽⁴²⁾.

Así pues, en cuanto a los tipos de acoso sexual encontramos:

- Chantaje Sexual o acoso *quid pro quo*: es el producido por un superior jerárquico o por alguna persona que pueda incidir sobre el empleo y las condiciones de trabajo de la persona acosada. Consiste en un chantaje por el que se obliga a un trabajador a elegir entre someterse a los requerimientos sexuales o perder algún beneficio laboral, e incluso el propio empleo.
- Acoso sexual ambiental: es aquella conducta que crea un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto de la misma.

En la actualidad, el acoso sexual en el trabajo es un problema de importante trascendencia social, especialmente si se tiene en cuenta el aumento considerable de las tasas de participación de las mujeres en el mercado laboral. En concreto, las cifras más recientes aportadas por las Encuestas Europeas sobre Condiciones de Trabajo señalan que aproximadamente el 3% de las mujeres europeas han sido víctimas de acoso sexual, dato que, extrapolado a la población que se analiza, supone que en Europa son acosadas dos millones de mujeres anualmente ⁽⁴³⁾.

Este hecho se refleja en su reconocimiento como forma de discriminación por razón de sexo, como forma de violencia contra la mujer y como problema de seguridad e higiene en el trabajo y en su progresivo tratamiento desde la ONU (Organización de las Naciones Unidas) y la OIT (Organización Internacional del Trabajo), quienes solicitan la implicación de los Estados, del empresariado, de los sindicatos y de los/las trabajadores/as en su erradicación ⁽⁴⁴⁾.

La profesión de enfermería está constituida mayoritariamente por mujeres y, muy especialmente, la de matrona, lo que influye de forma directamente proporcional a la alta incidencia de acoso sexual en este colectivo ⁽³⁹⁾.

4.3 SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de *burnout* (SB) fue identificado por primera vez por Maslach y Jackson en los años 70, y es considerado un estado de estrés psicológico y emocional prolongado en el trabajo, caracterizado por tres dimensiones clave: agotamiento emocional, despersonalización, y sentido reducido de la realización personal. Este síndrome fue inicialmente identificado en profesionales cuya actividad laboral se fundamenta en la interacción con personas como enfermeras, médicos, profesores, etc. Sin embargo, actualmente es considerada una condición que puede afectar a cualquier

individuo. En los profesionales de la salud, el SB ha sido ampliamente estudiado y se ha relacionado a sobrecarga laboral, deseo de cambiar de trabajo e incluso, en algunos países, el SB es considerado un diagnóstico médico-legal tributario de descanso médico ⁽⁴⁵⁾.

Por otro lado, Freuderberger, en el 1974, se refirió al *burnout* como condición de los profesionales de la salud, definida como una combinación de cansancio emocional crónico, fatiga física, pérdida de interés por la actividad laboral, baja realización personal y deshumanización en el cuidado y atención a los pacientes ⁽⁴⁶⁾.

Es interesante considerar que existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o, en ocasiones, como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión, ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño ⁽⁴⁷⁾.

Para evaluar el síndrome de Burnout en los trabajadores, la prueba más utilizada es el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo ⁽⁴⁶⁾.

El SB tiene gran importancia debido al desgaste profesional que produce, particularmente del área de la salud, debido a condiciones de trabajo altamente demandantes. Es particularmente común en enfermeros residentes que se encuentran realizando su especialidad, debido a la carga de trabajo. Así pues, la frecuencia de SB en residentes de México es de 35% ⁽⁴⁸⁾.

La etiopatogenia es compleja, la gravedad de los síntomas está asociada con el funcionamiento endocrino del eje hipotálamo- hipófisis- glándula suprarrenal. Los niveles bajos de cortisol podrían estar relacionados con los niveles de entusiasmo laboral y tendrían relación con los bajos niveles de desgaste profesional ⁽³⁾.

Por otra parte, el prolongado "estrés negativo" y las características individuales de las personas, así como su incapacidad para superar con éxito el estrés también son muy importantes. Se ha visto que la edad y la duración de la jornada laboral tienen una importante influencia en el nivel de estrés ⁽⁴⁹⁾. Así mismo, se asocia más al sexo

femenino pues son ellas las que, al trabajar, sufren de doble jornada (tareas en el hogar, la familia, e inclusive en el entorno social) ⁽⁵⁰⁾.

Volviendo a los profesionales sanitarios, la matronería, al igual que la enfermería, son profesiones estresantes y mentalmente exigentes y, por tanto, susceptibles de sufrir burnout ^(51,52). Una matrona “quemada” tendrá un rendimiento más bajo, problemas en las relaciones con los compañeros y la familia y, en definitiva, mala salud, lo que repercutirá inequívocamente en la calidad de los cuidados. Es imperativo conocer las causas que llevan a las matronas a desarrollar burnout para así poder atajarlas. El factor desencadenante de burnout que más menciona la literatura es la sobrecarga de trabajo.

Otros autores señalan los conflictos entre colegas o con supervisoras o médicos como generador de estrés laboral y burnout, aunque cuando esas relaciones son positivas, constituyen un factor protector. Por otro lado, las horas de trabajo, el trabajo a turnos y la precariedad de los contratos son también motivo de burnout entre las matronas.

Además, la matrona en su trabajo diario se enfrenta a menudo con situaciones de riesgo para la vida del feto o de la madre, experiencias traumáticas para los padres (muertes perinatales, malformaciones, abortos, etc..) que, sin duda, provocan una sobrecarga emocional, señalada también por varios estudios como causante de burnout ^(51,52,53,54,55).

Finalmente, resulta curioso que, a pesar del reconocimiento del burnout como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el “Síndrome de estar quemado” no se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-V) ⁽⁵⁶⁾.

5 METODOLOGÍA

5.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Para la realización de este estudio de investigación se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica publicada sobre el síndrome de burnout, su relación con las profesiones sanitarias, en concreto, con la de matrona y los factores psicosociales laborales que influyen en la aparición de este síndrome.

Los artículos utilizados han sido el resultado de la búsqueda en diversas bases de datos de ciencias de la salud como: PubMed, Dialnet, Cuiden y Lilacs. También, se utilizó el metabuscador Google Académico, la biblioteca virtual Scielo España, el repositorio digital de la UMH (RediUMH) y búsqueda inversa.

Para seleccionar los descriptores de búsqueda, se han utilizado los tesauros electrónicos DeCS y MeSH. El DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) procedente del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) y el MeSH (Medical Subject Headings) procedente de National Library of Medicine de EEUU (NLM). Los descriptores DeCS y MeSH utilizados para la búsqueda han sido los siguientes: “burnout professional”, “agotamiento profesional”, “nurse midwives”, “enfermeras obstetras”, “estrés laboral”, “occupational stress”, “salud laboral”, “occupational health”, “satisfacción laboral”, “job satisfaction”. Además, también se han empleado términos de búsqueda libre que han sido: “burnout”, “residentes”, “matronas”, “enfermeros”.

Respecto a los estudios seleccionados, es conveniente especificar que la mayor parte de los artículos incluidos fueron publicados en los últimos años y los que son más antiguos han sido utilizados principalmente para definir algún concepto, tal y como se puede observar en la bibliografía. Del total de referencias encontradas, se seleccionaron 80 estudios, tras la lectura del título y resumen. Al leer el texto completo, se descartaron 14 artículos y finalmente, fueron utilizados 66 artículos para la realización de este estudio de investigación.

A continuación, en las siguientes tablas, se muestra un resumen de la búsqueda realizada:

Base de datos	Fecha de búsqueda	Estrategia de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
Cuiden	25-02-2019	burnout and residentes	9	6
		burnout and matronas	2	2
		estrés laboral and matronas	3	2
Dialnet	01-03-2019	burnout matronas	4	3
		Burnout enfermeros	114	21
Pubmed	23/02/2019	burnout professional and nurse midwives	78	16
Lilacs	15-03-2019	agotamiento profesional and matronas	86	1
				Total: 51 artículos

Tabla 1. Revisión bibliográfica en bases de datos. Elaboración propia.

Otras herramientas de búsqueda	Fecha de la búsqueda	Estrategia para la búsqueda	Número de artículos encontrados	Número de artículos seleccionados
Google académico	Múltiples fechas	Burnout en residentes de matrona Desde 2015	54	2
Scielo España	16-03-2019	Burnout and residentes	4	2
RediUMH	Múltiples fechas	Síndrome de burnout	367	4
Búsqueda inversa	Múltiples fechas			3
				Total: 11 artículos

Tabla 2. Revisión bibliográfica en otras herramientas de búsqueda. Elaboración propia

5.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de investigación cuantitativa (proceso formal, objetivo y sistemático, en el que se usan los datos numéricos para obtener información), observacional (no hay manipulación, tan solo se recogen características), descriptivo (descripción de las características de ciertos individuos, situaciones o grupos) y transversal (se recogen los datos en un momento puntual, sin realizar seguimiento).

Además, el estudio se apoyó, como se ha comentado con anterioridad, en la investigación documental bibliográfica, la cual permite construir la fundamentación teórica científica del proyecto. La recolección de datos se hace, a través, de la aplicación de un cuestionario.

5.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Los participantes del estudio son las residentes en enfermería obstétrico ginecológica (residentes de matrona), que se encuentran, actualmente, en el periodo

formativo EIR (enfermero interno residente) en la unidad docente de la Región de Murcia.

El período de cualquier residencia de enfermería consta de dos años de duración, tal y como establece la Orden SAS/1349/2009, del 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Por tanto, los participantes del estudio pertenecen tanto al primer como al segundo año, lo que incluye a la promoción 16 (2017-2019) y 17 (2018-2020) de futuras matronas, formadas en la Región de Murcia.

Los residentes cursan su formación en tres hospitales diferentes: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca del Palmar, Hospital Rafael Mendez de Lorca y Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

El número de residentes que cursan, en la actualidad, la especialidad de matrona en Murcia es de 28 (14 en primer año y otros 14 en segundo), siendo la mayoría mujeres, pues sólo dos chicos de primer año están realizando, en este momento, la especialidad. Por ello, en este trabajo, se utiliza el género femenino para referirse a las participantes.

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory ha sido realizado por las 28 residentes de forma anónima por lo que se puede afirmar que se han obtenido los datos de la totalidad de la muestra.

5.4 INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Con el fin de alcanzar el objetivo principal del estudio “evaluar el síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia”, se ha utilizado el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1), en su versión validada al castellano, mediante la herramienta de formulario de google drive.

El cuestionario Maslach de 1986 es el instrumento más utilizado en todo el mundo para medir el burnout pues tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional. Estos 22 ítems se miden en una escala que va de 0-6 puntos de la siguiente forma: 0 = nunca, 1 = pocas veces al año o menos, 2 = una vez al mes o menos, 3 = unas pocas veces al mes o menos, 4 = una vez a la semana, 5 = pocas veces a la semana, 6 = todos los días ^(57,58).

Este cuestionario se realiza en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. En cuanto a las puntuaciones, hay que tener en cuenta que altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno ⁽⁵⁸⁾.

Así pues, estas tres subescalas constan de lo siguiente:

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). En ellos, se valoran los sentimientos de sobrecarga emocional en el ámbito laboral lo que puede conducir a agotamiento emocional por falta de recursos para hacerle frente. La puntuación máxima de esta subescala es de 54 y una puntuación >26 indicaría agotamiento emocional.
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15 y 22). Valora los sentimientos y actitudes frías hacia el paciente. La puntuación máxima de esta subescala es de 30 y una puntuación >9 indicaría despersonalización.
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. La puntuación máxima de esta subescala es de 48 y una puntuación < 34 significaría una baja realización personal ⁽⁵⁹⁾.

Finalmente, teniendo en cuenta estas tres subescalas, resulta interesante conocer los valores de referencia que las van a clasificar como grado bajo, medio o alto tal y como se muestra en la siguiente tabla ^(51,60).

Subescalas	Grado bajo	Grado medio	Grado alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	0-33	34-39	40-48

Tabla 3. Valores de referencia de las subescalas cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Fuente: Cuestionario-Burnout. Ecestaticos

5.5 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El procedimiento de recogida de información, se realizó pasando previamente un documento informativo sobre el estudio y un consentimiento informado a la muestra seleccionada, explicando los fines del mismo y ofreciéndoles la oportunidad de participar voluntariamente en el mismo.

Tras esto, se envió el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1) a las participantes del estudio, durante los meses de febrero y marzo de 2019, mediante un formulario de google drive vía online con el fin de facilitar su cumplimentación por parte de los mismos.

El cuestionario es anónimo, garantizando la confidencialidad de los datos en todo momento, no apareciendo ningún tipo de identificación de las encuestadas.

Respecto al procesamiento de los datos, todos los datos obtenidos del formulario de google drive cumplimentado por las participantes se exportó a una hoja electrónica de Excel Windows 2016, para poder representar con gráficos toda la información.

Tales datos han sido procesados según la metodología descriptiva, sin manipulación alguna por el investigador, observando, clasificando y registrando los mismos.

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se garantiza en todo momento el respeto de los preceptos éticos fundamentales como son:

- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013 ⁽⁶¹⁾.
- Las normas de buena práctica clínica, (CPMP/ICH/135/95) ⁽⁶²⁾.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁶³⁾.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica ⁽⁶⁴⁾.
- Ley 14/2007, de 3 de Julio, de Investigación biomédica ⁽⁶⁵⁾.

Así pues, se les explica a las participantes el objeto del estudio, la escala de valoración y por qué se les ha pedido su colaboración. Se les aclaran las dudas que

les puedan surgir, proporcionándoles toda la información que precisen y se les dice que pueden abandonar el estudio en cualquier momento. Por último, se les pide que lean atentamente y firmen el consentimiento informado (Anexo 2).

Todos los datos que se recojan de las participantes para este estudio se tratarán según la Ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y siguiendo las normas de confidencialidad y anonimato establecidas.

5.7 FASE DE APLICACIÓN (CRONOGRAMA)

ACTIVIDADES	FEBRERO 2019	MARZO 2019	ABRIL 2019
Revisión bibliográfica	X	X	
Justificación, introducción, objetivos y marco teórico		X	
Metodología			X
Instrucciones del estudio y consentimiento informado	X		
Recogida de datos a través del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	X	X	
Análisis de los resultados			X
Discusión y conclusiones			X

Tabla 4. Cronograma de actividades. Elaboración propia

6. RESULTADOS

Los resultados obtenidos han sido el fruto de la realización del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1) en su versión validada al castellano por las participantes del estudio, en este caso, las residentes de matrona de la Región de Murcia.

Como bien se indica en la metodología, la muestra está formada por 28 residentes que constituyen el 100% de las residentes que cursan, actualmente, la especialidad de matrona en Murcia. De tal forma, se puede observar, en los siguientes gráficos, la proporción de las participantes en función del año de residencia en el que se encuentran y el hospital al que pertenecen.

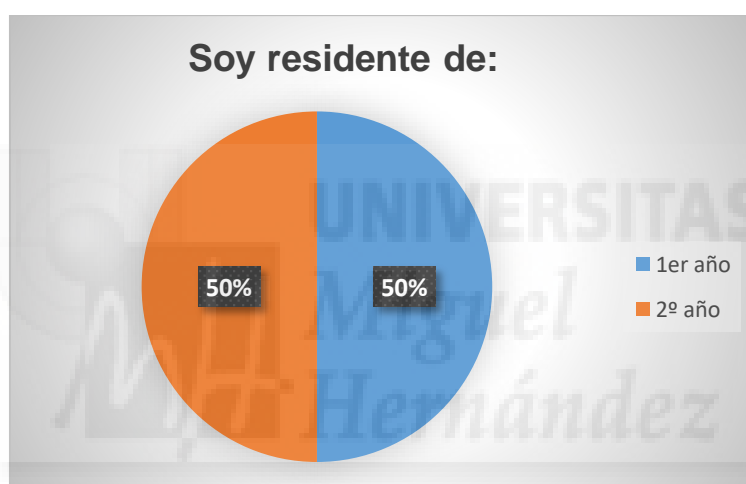


Figura 1: Año de residencia. Elaboración propia

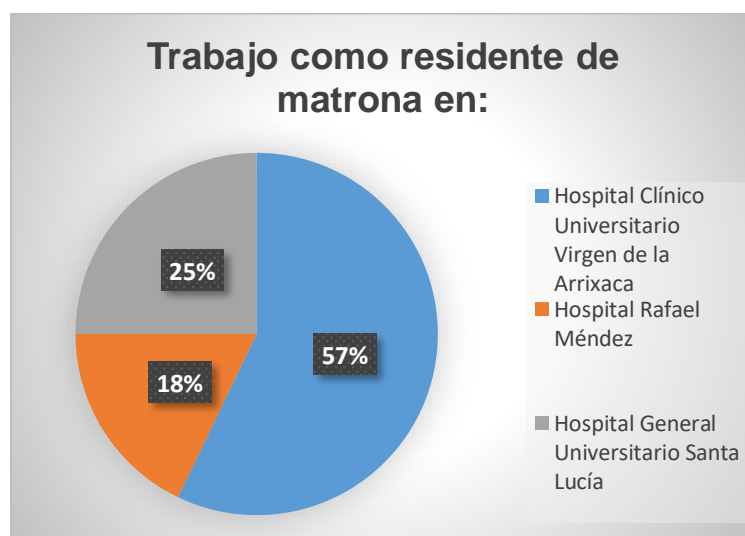


Figura 2: Hospital de trabajo. Elaboración propia

Así pues, los resultados, tras la realización del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (Anexo 1) que contiene tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y mide 22 ítems se describen a continuación.

➤ **Ítem 1: Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo**

Tal y como se puede observar en el gráfico 3, el 36% de las residentes de matrona se sienten emocionalmente agotadas a causa de su trabajo unas pocas veces al mes, estando el resto de valores más igualados.

Además, en este ítem se obtiene un total de 84 puntos, al sumar las respuestas de todas las participantes, con una media de la puntuación 3 (unas pocas veces al mes) como valor que más se repite.

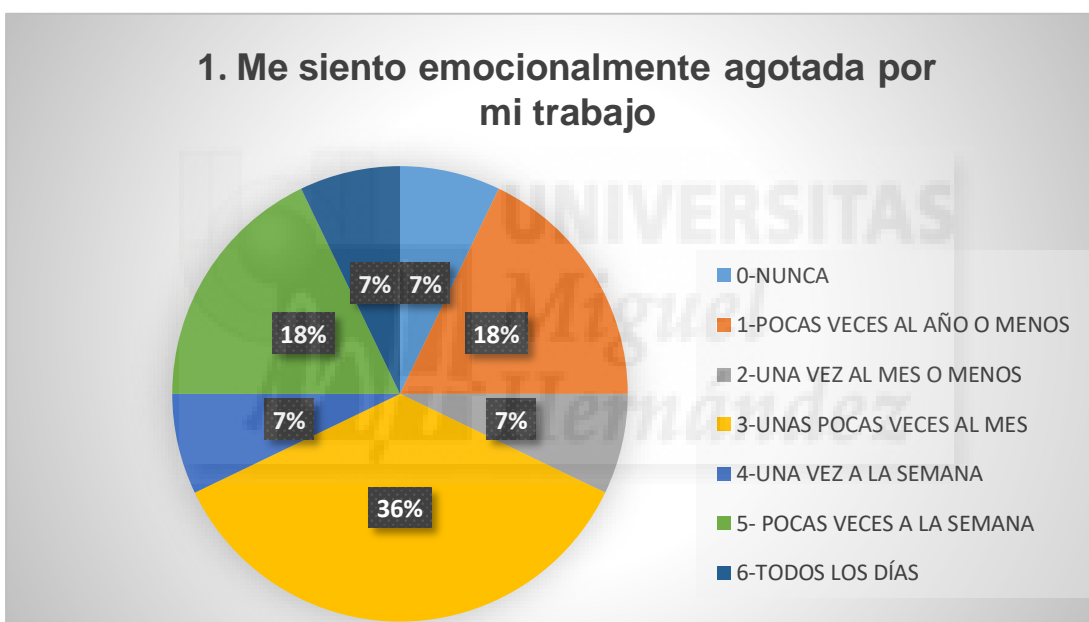


Figura 3: Agotamiento emocional a causa del trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 2: Al final de la jornada me siento agotado**

Teniendo en cuenta los valores obtenidos en este ítem, el 53% de las residentes de matrona se encuentran agotadas al finalizar su jornada laboral unas pocas veces a la semana, seguido de un 21% que afirma sentirse agotada todos los días.

La totalidad de puntuación obtenida en este ítem es de 133, lo que supone una media de puntuación de 4,75.



Figura 4: Agotamiento al finalizar la jornada laboral. Elaboración propia

➤ **Ítem 3: Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado**

Respecto a este ítem, el 29% de la muestra refiere sentirse fatigado, una vez al mes o menos, al enfrentarse a otra jornada de trabajo por la mañana, seguido del 18% unas pocas veces a la semana. También, resulta interesante comentar que el 14% se siente fatigado para comenzar la jornada laboral todos los días.

En cuanto a la totalidad de puntuación, se obtienen 92 puntos con una media de 3,28.



Figura 5: Agotamiento al comienzo de la jornada laboral. Elaboración propia

➤ **Ítem 4: Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes**

El 39% de las participantes sienten que entienden fácilmente a sus pacientes unas pocas veces por semana, seguido de un 29% una vez a la semana y de un 18% todos los días.

Al tener en cuenta la puntuación total obtenida en este ítem, 128 puntos, la media de la puntuación elegida es de 4,57.

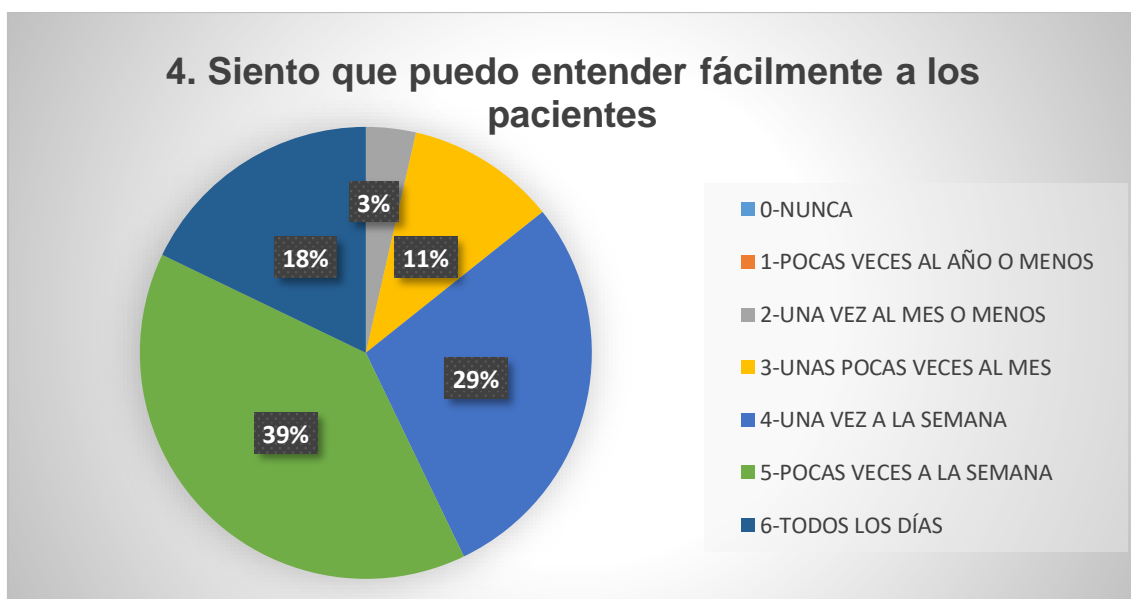


Figura 6: Entendimiento con los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 5: Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales**

En referencia a este ítem, el 39% de las participantes afirman que nunca han sentido que tratan a los pacientes como objetos impersonales, seguido de un 25% que dice sentirse así unas pocas veces al año o menos y de un 14% una vez al mes o menos.

Por otro lado, en este ítem se obtiene un total de 39 puntos, al sumar las respuestas de todas las participantes, con una media de puntuación de 1,39.

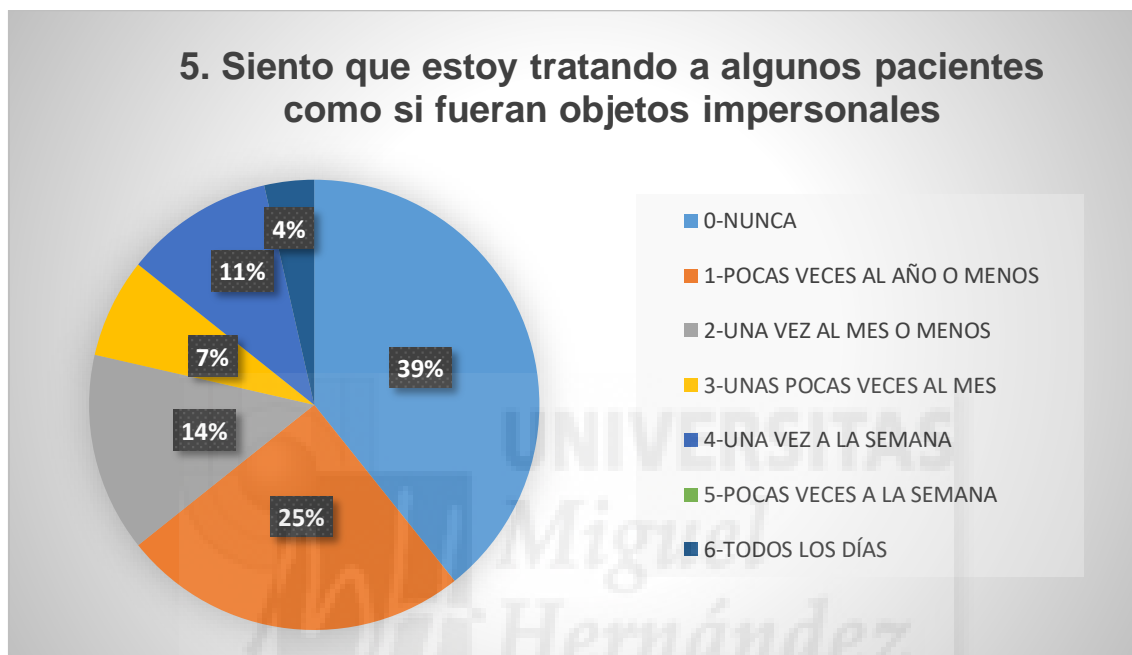


Figura 7: Trato impersonal a los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 6: Siento que trabajar todo el día con gente me cansa**

Teniendo en cuenta los valores obtenidos en este ítem, el 32% de las participantes sienten que trabajar todo el día con gente les cansa con una frecuencia de una vez al año o menos, seguido de un 25% que dicen no haberse sentido cansadas por trabajar con gente todo el día nunca.

La totalidad de la puntuación obtenida en este ítem es de 49 con una media de 1,75.



Figura 8: Agotamiento al trabajar en contacto con gente. Elaboración propia

➤ **Ítem 7: Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes**

Respecto a este ítem, el 36% de la muestra siente que trata con mucha eficacia los problemas de sus pacientes una vez a la semana, seguido del 32% unas pocas veces a la semana y del 21% unas pocas veces al mes.

En cuanto a la totalidad de puntuación, se obtienen 112 puntos con una media de la puntuación 4 (una vez a la semana) como valor que más se repite.

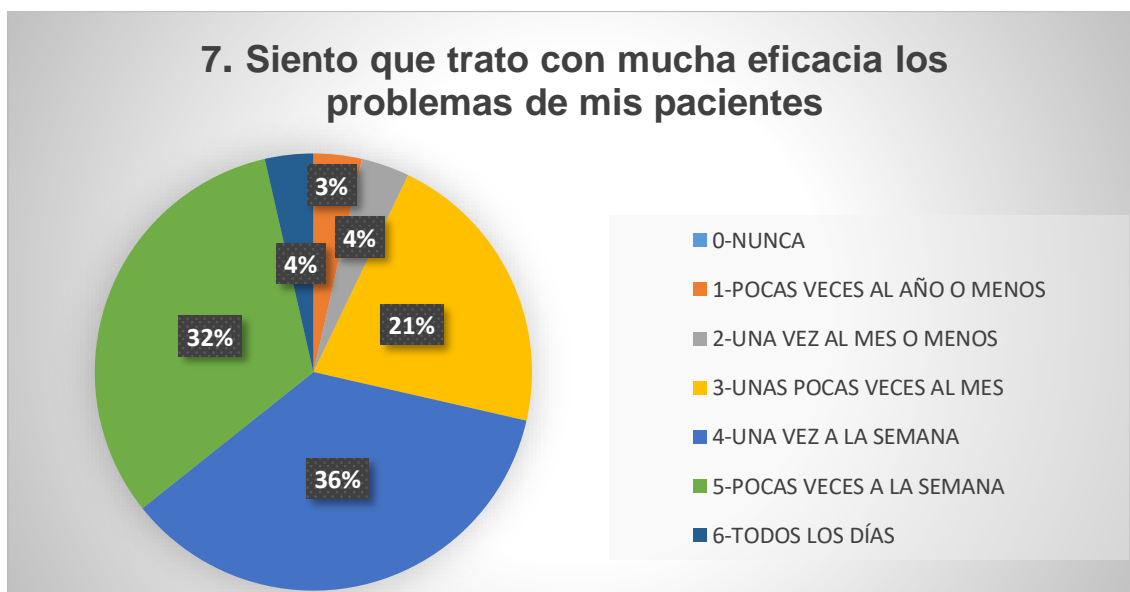


Figura 9: Eficacia al tratar los problemas de los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 8: Siento que mi trabajo me está desgastando**

En este ítem, tal y como se puede observar en el gráfico 10, existen puntuaciones muy igualadas eligiendo el 22% de las participantes la puntuación 0 (nunca) y el 18% la puntuación 5 (pocas veces a la semana).

Así pues, la puntuación total obtenida en este ítem ha sido de 76 puntos con una media de 2,71.

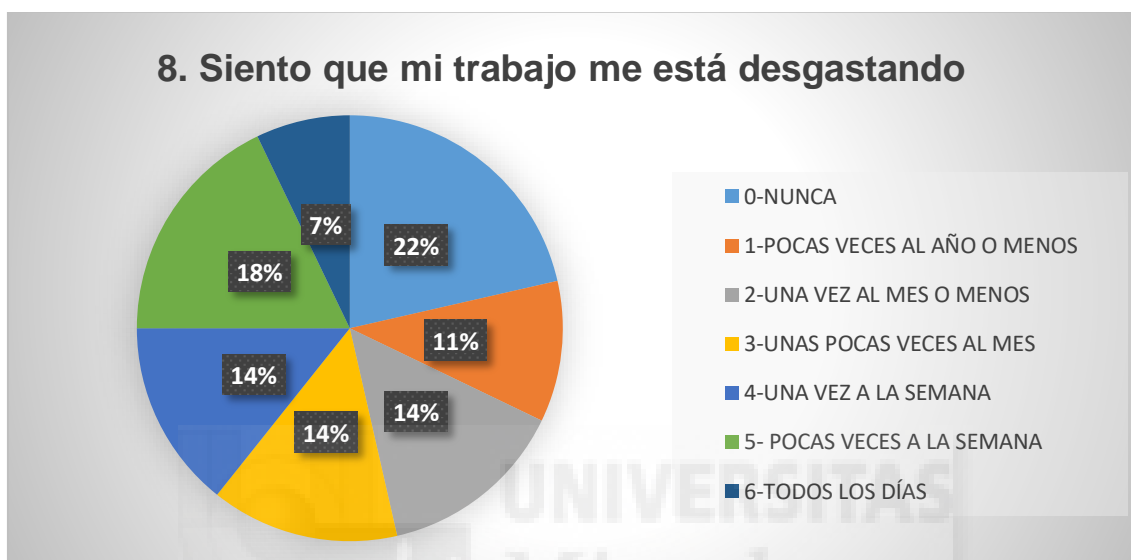


Figura 10: Desgaste en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 9: Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo**

El 45% de las participantes sienten que están influyendo positivamente en la vida de otras personas con su trabajo unas pocas veces por semana, seguido de un 25% una vez a la semana y de un 15% unas pocas veces al mes.

Además, al tener en cuenta la puntuación total obtenida en este ítem, 135 puntos, la media de la puntuación elegida es de 4,82.

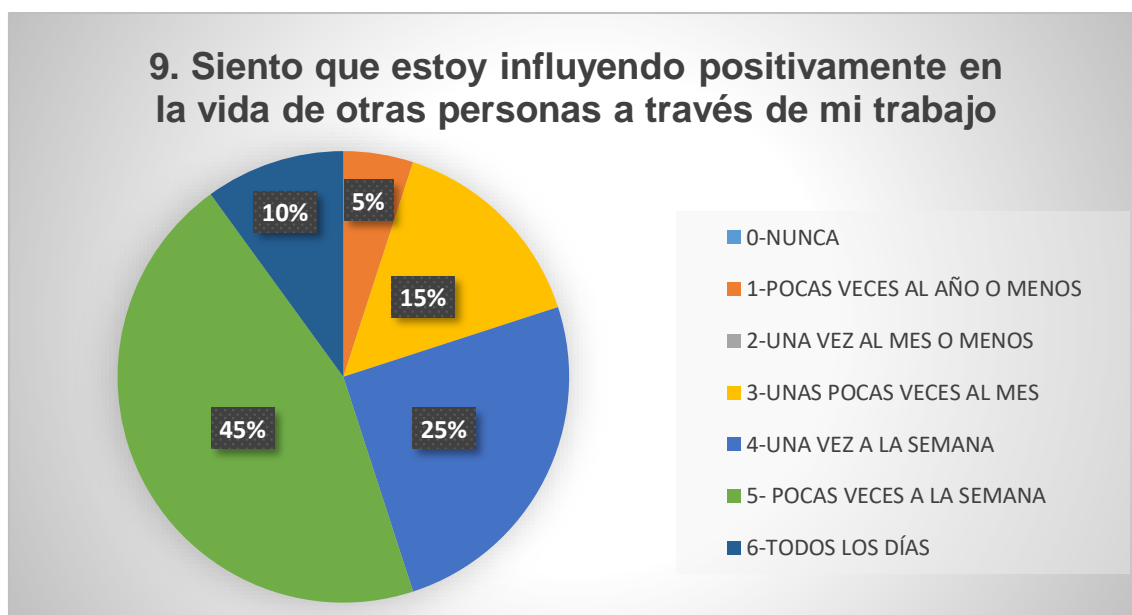


Figura 11: Influencia positiva en la vida de los pacientes. Elaboración propia

- **Ítem 10: Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo**

Atendiendo a este ítem, el 53% de las participantes afirman que nunca han creído tener un comportamiento más insensible con la gente desde que realizan este trabajo, seguido de un 25% unas pocas veces al año o menos.

Por otro lado, en este ítem se obtiene un total de 28 puntos, al sumar las respuestas de todas las participantes, con una media de la puntuación de 1 (nunca) como valor que más se repite lo que coincide con lo expuesto anteriormente.



Figura 12: Comportamiento insensible con la gente a causa del trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 11: Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente**

Teniendo en cuenta los valores obtenidos en este ítem, al 43% de las participantes nunca les ha preocupado que este trabajo les endureciera emocionalmente, seguido del 29% que les ha preocupado pocas veces al año o menos.

La totalidad de la puntuación obtenida en este ítem es de 34 con una media de 1,21.

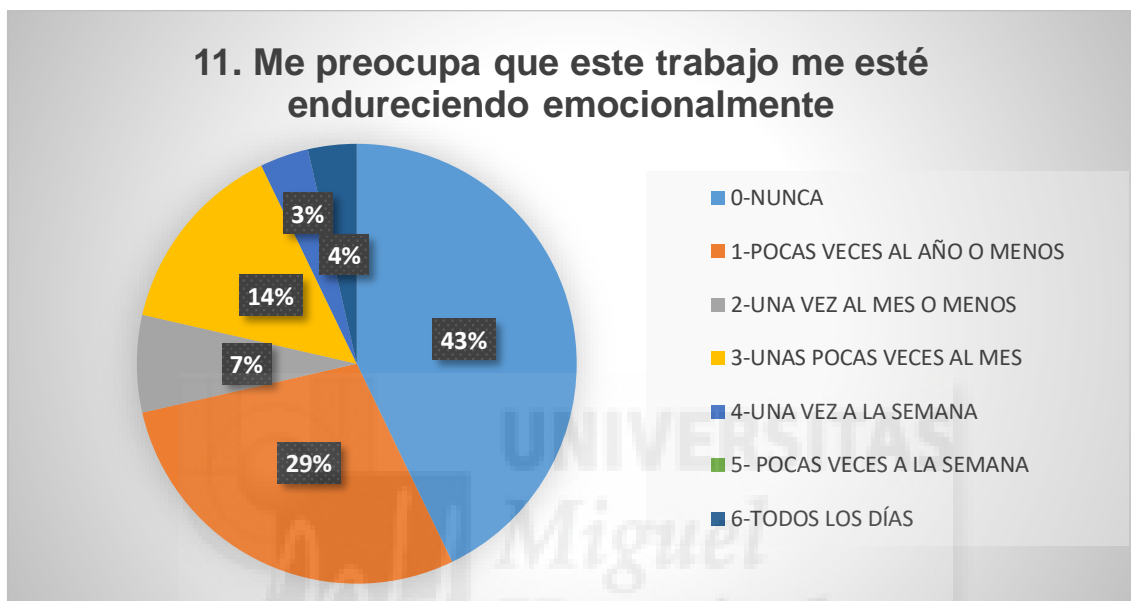


Figura 13: Endurecimiento emocional a causa del trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 12: Me siento con mucha energía en mi trabajo**

En este ítem, tal y como se puede ver en el gráfico 14, existen puntuaciones muy parecidas, el 29% de la muestra se siente con mucha energía en el trabajo una vez a la semana y otro 29% unas pocas veces a la semana.

En cuanto a la totalidad de puntuación, se obtienen 90 puntos con una media de la puntuación de 3,21.

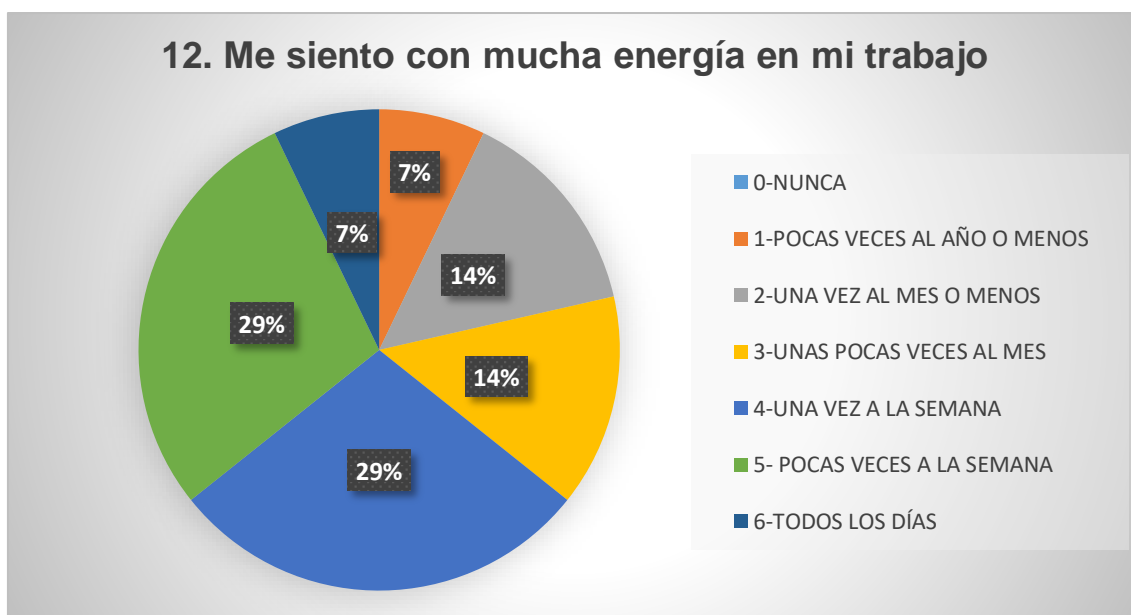


Figura 14: Energía en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 13: Me siento frustrado en mi trabajo**

Respecto a este ítem, el 28% de las participantes se sienten frustradas en el trabajo una vez al mes o menos.

Además, la puntuación total obtenida en este ítem ha sido de 63 puntos con una media de 2,25.



Figura 15: Frustración en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 14: Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo**

El 29% de las participantes sienten que están demasiado tiempo en su trabajo una vez a la semana, seguido de un 25% unas pocas veces por semana y de un 14% todos los días.

Así pues, al tener en cuenta la puntuación total obtenida en este ítem, 107 puntos, la media de la puntuación elegida es de 3,82.

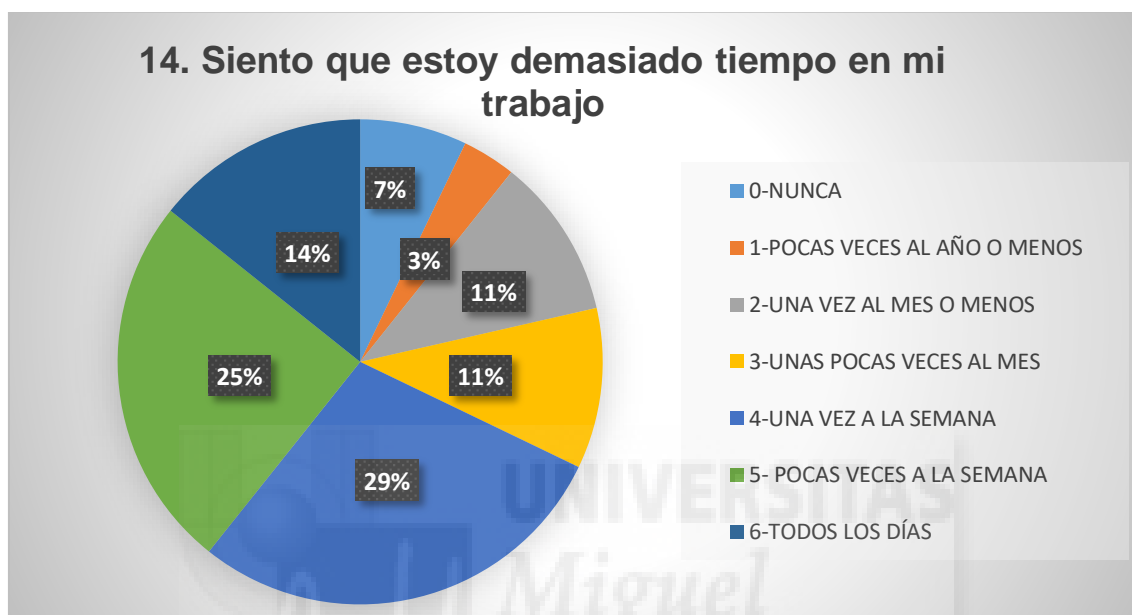


Figura 16: Tiempo excesivo en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 15: Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes**

En referencia a este ítem, el 68% de las participantes afirman que nunca han sentido que no les importara lo que les ocurriera a sus pacientes, seguido de un 14% que dice sentirse así unas pocas veces al año o menos.

Por otro lado, en este ítem se obtiene un total de 18 puntos, al sumar las respuestas de todas las participantes, con una media de puntuación de 0,64.

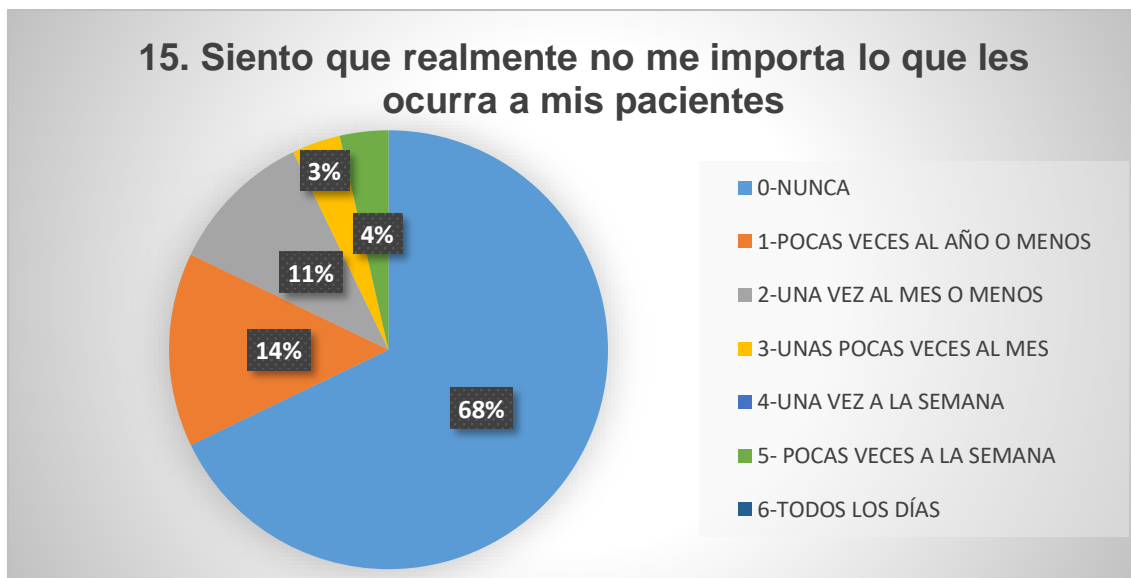


Figura 17: Despreocupación por los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 16: Siento que trabajar en contacto directo con la gente me produce bastante estrés**

Atendiendo a este ítem, el 29% de las participantes afirman que nunca han sentido que trabajar en contacto directo con la gente les produzca mucho estrés, seguido de un 25% unas pocas veces al año o menos.

Además, en este ítem se obtiene un total de 50 puntos, al sumar las respuestas de todos los participantes, con una media de la puntuación de 1,79.

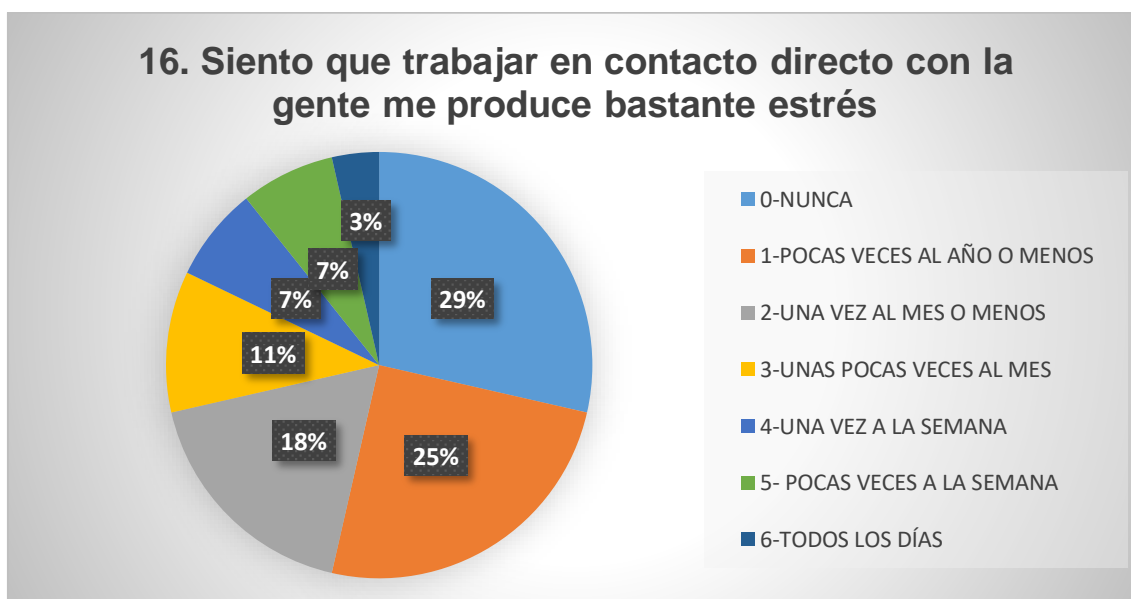


Figura 18: Estrés relacionado con el trabajo en contacto con la gente. Elaboración propia

➤ **Ítem 17: Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes**

Teniendo en cuenta los valores obtenidos en este ítem, el 39% sienten que han podido crear con facilidad un clima agradable con sus pacientes unas pocas veces a la semana, seguido del 29% una vez a la semana y del 25% todos los días.

Por tanto, la totalidad de la puntuación obtenida en este ítem es de 135, con una media de 4,82.

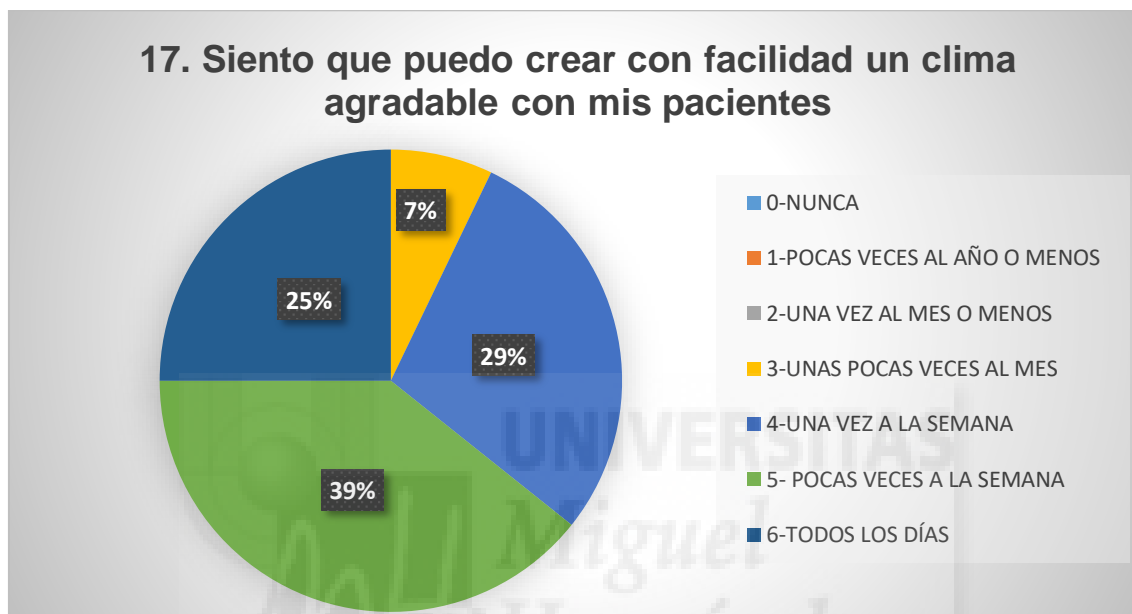


Figura 19: Clima agradable con los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 18: Me siento estimada después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes**

En este ítem, tal y como se puede observar en el gráfico 20, el 39% de la muestra se siente estimada después de haber trabajado íntimamente con sus pacientes unas pocas veces a la semana, seguido del 29% todos los días y del 21% una vez a la semana.

En cuanto a la totalidad de puntuación, se obtienen 136 puntos con una media de la puntuación de 4,86.

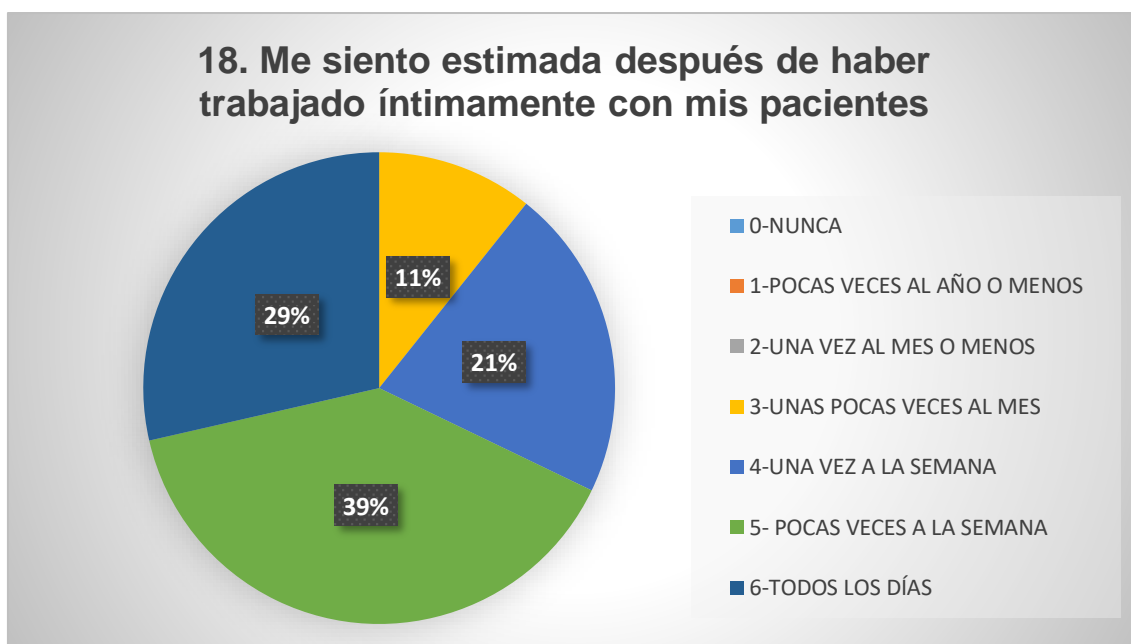


Figura 20: Estimación en el trabajo con los pacientes. Elaboración propia

➤ **Ítem 19: He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo**

Respecto a este ítem, el 57% de las participantes coinciden en que han realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo todos los días, seguido del 29% unas pocas veces a la semana.

De esta manera, la puntuación total obtenida en este ítem ha sido de 151 puntos con una media de 5,39.



Figura 21: Realización personal en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 20: Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades**

El 28% de las participantes se sienten como si estuvieran al límite de sus posibilidades pocas veces al año o menos, seguido de un 25% nunca y de un 14% una vez al mes o menos.

Así pues, al tener en cuenta la puntuación total obtenida en este ítem, 52 puntos, la media de la puntuación elegida es de 1,86.

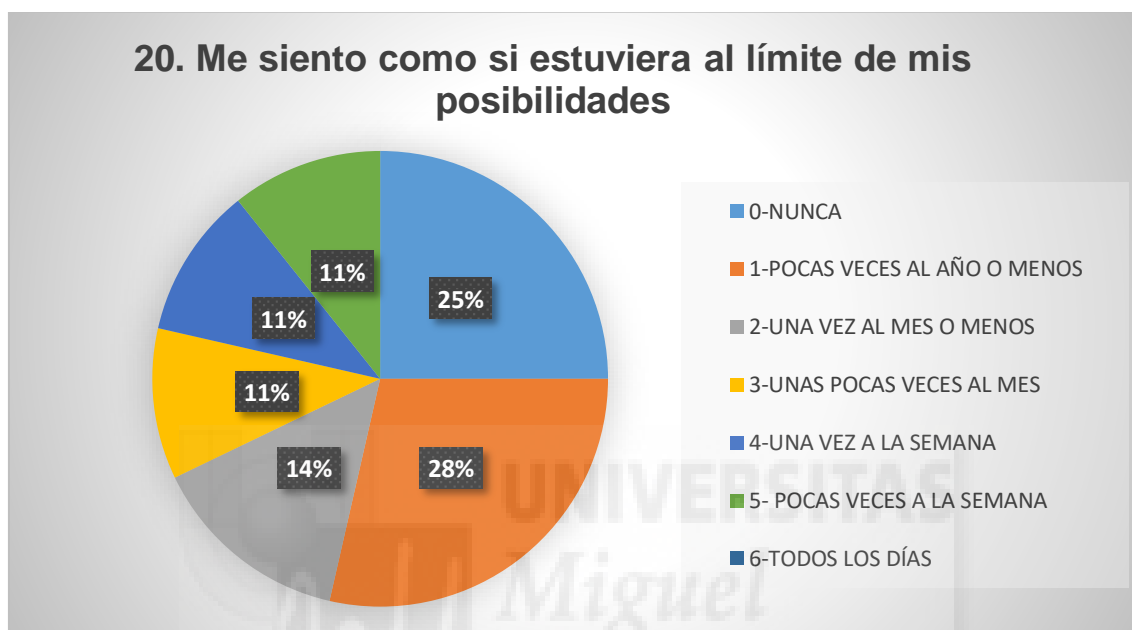


Figura 22: Al límite de las posibilidades en el trabajo. Elaboración propia

➤ **Ítem 21: Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo**

En referencia a este ítem, el 29% de las participantes sienten que saben tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo una vez a la semana, seguido de un 28% unas pocas veces al mes y de un 18% unas pocas veces a la semana.

Por otro lado, en este ítem se obtiene un total de 101 puntos, al sumar las respuestas de todos los participantes, con una media de puntuación de 3,61.

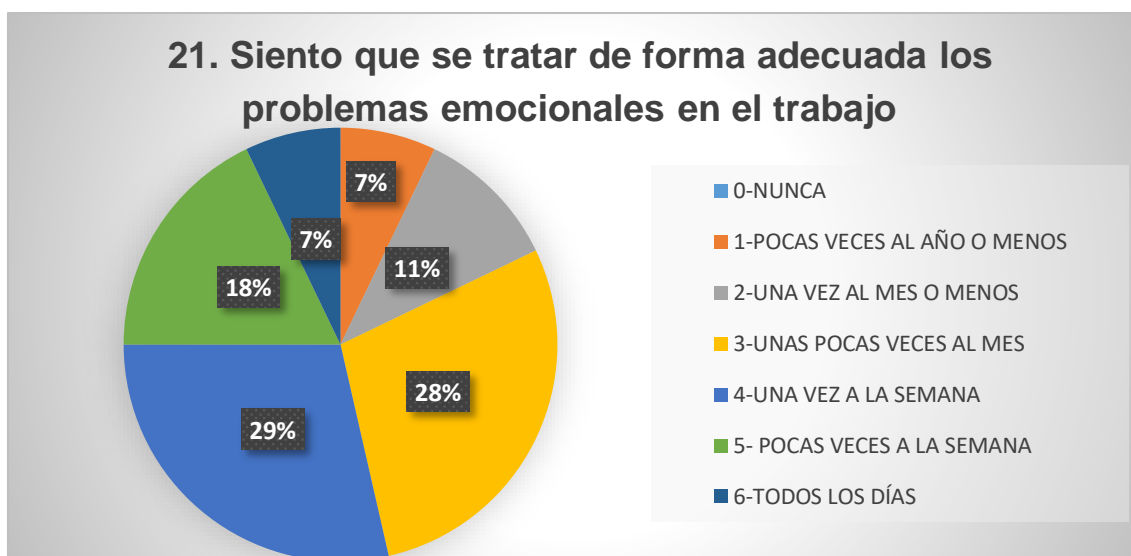


Figura 23: Resolución adecuada de los problemas emocionales en el trabajo.
Elaboración propia

➤ **Ítem 22: Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas**

Atendiendo a este ítem, el 29% de las participantes sienten que los pacientes les culpan de alguno de sus problemas pocas veces al año o menos, seguido de un 25% nunca y de un 18% una vez a la semana.

Además, en este ítem se obtiene un total de 50 puntos, al sumar las respuestas de todos los participantes, con una media de la puntuación de 1,79.

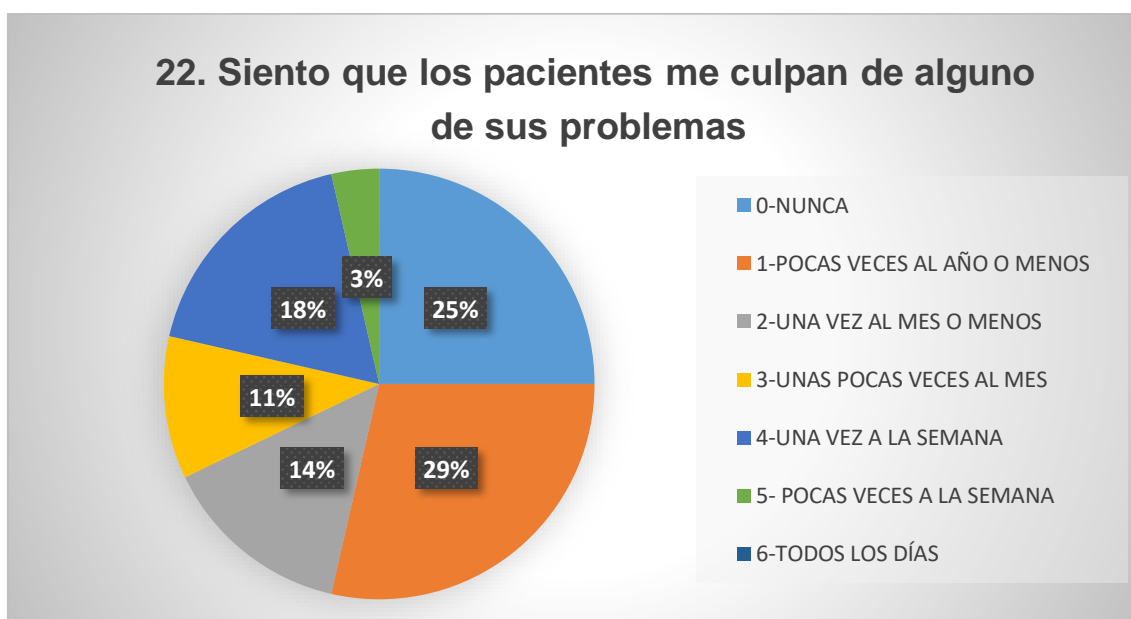


Figura 24: Culpabilidad de los profesionales por los problemas de los pacientes.
Elaboración propia

Finalmente, resulta relevante señalar que, a nivel global, el 46,69% de las participantes presenta agotamiento emocional, con una puntuación media de 25,21, el 20,1% despersonalización con una puntuación media de 6,03 y el 73,5% se considera realizado a nivel personal con una puntuación media de 35,28. Las puntuaciones obtenidas (25,21, 6,03 y 35,28) se catalogan en un nivel medio para las tres subescalas según los puntos de corte descritos con anterioridad.

Del mismo modo, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en las tres subescalas podría decirse que se obtiene un nivel de burnout medio entre las participantes. Los datos descritos quedan resumidos en la siguiente tabla:

	Puntuación media obtenida	Porcentaje de participantes	Nivel
Agotamiento emocional	25,21	46,69%	Medio
Despersonalización	6,03	20,1%	Medio
Realización personal	35,28	73,5%	Medio

Tabla 5: Puntuaciones obtenidas en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Elaboración propia

7. PLANIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD PREVENTIVA. PROGRAMA DE ACCIÓN

Con el fin de combatir, prevenir o minimizar los principales riesgos detectados en la evaluación realizada con el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1), se propone la siguiente planificación de la actividad preventiva (tabla 6, elaboración propia) a la Dirección de la Unidad Docente de la especialidad enfermería obstétrico-ginecológica (matrona) de la Región de Murcia.

Riesgo detectado	Agotamiento a causa del trabajo	Frustración en el trabajo	Exceso de tiempo en el trabajo
Medida preventiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un horario de trabajo que no supere las 36 horas semanales (Tres turnos de 12 horas). 2. Asignar a cada residente un máximo de dos mujeres. 3. Reparto equitativo de las tareas sin realizar trabajo extra del resto de paritorios de los cuales no sean responsables. 4. Reunión bimensual para verificar que se cumplan tales medidas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer la iniciativa y creatividad de las residentes proporcionándoles libertad de decisión. 2. Detectar las áreas de necesidad de formación o de curiosidad por parte de las residentes e impartir sesiones teóricas. 3. A partir del segundo año de residencia, fomentar su independencia en el trabajo. 4. Remunerar las noches y los días festivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un horario de trabajo que no supere las 36 horas semanales. 2. Establecer como mínimo un período de 24 horas entre turnos. 3. Proporcionar dos fines de semana libres al mes, obligatoriamente, a todas las residentes. 4. Respetar de forma rigurosa los horarios de trabajo descritos sin posibilidad de hacer más horas y, si se realizaran, se deberán pagar como horas extra.
Prioridad	1	1	1
Fecha de inicio	Desde el 27 de mayo de 2019	Desde el 27 de mayo de 2019	Desde el 27 de mayo de 2019
Fecha de finalización	Hasta el 27 de mayo de 2021	Hasta el 27 de mayo de 2021	Hasta el 27 de mayo de 2021
Responsable de implantación	Jefa de estudios de la unidad docente y matronas de paritorio	Jefa de estudios de la unidad docente y matronas de paritorio	Jefa de estudios de la unidad docente y tutora de la residente
Responsable de seguimiento	Tutora de la residente	Jefa de estudios de la unidad docente y una matrona por turno	Tutora de la residente

8. DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos al pasar el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1), se ha visto que el 46,69%, el 20,1% y el 73,5% de las participantes presenta un nivel medio de agotamiento emocional, de despersonalización y de realización personal.

Así pues, si comparamos los resultados de este estudio con otros estudios realizados en residentes de enfermería observamos lo siguiente; en un estudio realizado en Río de Janeiro en residentes de enfermería (incluidas residentes de matrona) dónde predominaban las mujeres (91,66%), con una edad media de 26 años y que se habían graduado de 1 a 2 años antes, lo que la convierte en una muestra muy parecida a la nuestra, se obtuvieron estos resultados, el 20,83% de los residentes presentó síndrome de burnout y, además, el 43,75% y el 37,50% de los participantes obtuvo un valor medio en las subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización, presentando el 66.6% valores bajos de realización personal. Dicho esto, el valor que más se asemeja a nuestro estudio es el de la subescala de agotamiento emocional ⁽¹⁾.

Además, en otro estudio realizado por Azevedo Guido et al ⁽⁴⁾ en residentes de enfermería, se verificó que el 37.84% presentó agotamiento emocional alto, el 43,24% despersonalización alta y el 48,65% una realización profesional baja, el cual no se asemeja tanto a nuestros resultados.

De esta manera, como se ha podido observar, en la mayoría de los estudios realizados en residentes sobre el burnout, la subescala de agotamiento emocional está especialmente afectada. Esto es debido a la sobrecarga horaria tal y como dice un estudio de Díaz L.A et al ⁽⁶⁶⁾, en que se evalúa la carga laboral en residentes chilenos. Esta sobrecarga es considerada un problema importante puesto que puede llevar a fatiga, burnout, menor destreza, menor realización personal y menor cantidad de horas de sueño. Con respecto a las horas de trabajo, se vio que la media de los residentes estudiados reportó una carga horaria diaria de 53 ± 10 horas semanales más un promedio de $22 \pm 12,5$ horas de turnos presenciales semanales.

Por tanto, resulta interesante tener en cuenta esta sobrecarga ya que, en nuestro estudio, el 29% de las participantes sienten que están demasiado tiempo en su trabajo una vez a la semana, seguido de un 25% unas pocas veces por semana y de un 14% todos los días, cuyos valores son preocupantes y no deben pasar desapercibidos.

Del mismo modo, en relación directa con el tiempo que pasan las residentes en el trabajo se encuentra el agotamiento que sufren al final de la jornada laboral cuyos

valores también resulta relevante comentar. En consiguiente, el 53% de las residentes de matrona se encuentran agotadas al finalizar su jornada laboral unas pocas veces a la semana, seguido de un 21% que afirma sentirse agotada todos los días.

Por otro lado, un estudio realizado por Muñiz Martínez⁽⁵¹⁾ en el que se evalúan los factores que influyen en el bienestar de las matronas y, entre esos factores se valora el burnout, se obtuvieron los siguientes resultados: el 25%, 15% y 10% de las matronas estudiadas obtuvo un valor medio en la subescala de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal respectivamente. Además, el 88,30% presentó un nivel alto de realización laboral. Luego, estos datos tan dispares comparados con nuestro estudio dejan claro las mejores condiciones laborales en las que se encuentran las matronas tituladas estando expuestas a muchos menos factores de riesgo psicosociales que las residentes de matrona, tal y como se puede ver en los diferentes estudios.

Finalmente, es conveniente señalar que los ítems más alterados del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1) en nuestro estudio han sido:

- Ítem 1: Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo
- Ítem 2: Al final de la jornada me siento agotada
- Ítem 3: Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotada
- Ítem 13: Me siento frustrada en mi trabajo
- Ítem 14: Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

9. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos con esta investigación se pueden establecer las siguientes conclusiones:

1. Las residentes de matrona de la Región de Murcia presentan síndrome de burnout en nivel medio, teniendo en cuenta las puntuaciones resultantes en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (Anexo 1).
2. El 46,69% de las participantes muestran agotamiento emocional en nivel medio con una puntuación media en esta subescala de 25,21 puntos.
3. El 20,1% de la muestra presenta despersonalización en el trabajo en nivel medio con una media de puntuación en esta subescala de 6,03 puntos.
4. El 73,5% de las residentes se encuentran realizadas personalmente en su trabajo en nivel medio con una puntuación media en esta subescala de 35,28 puntos.
5. Teniendo en cuenta los ítems medidos, los más alterados de forma significativa han sido: me siento emocionalmente agotada por mi trabajo, al final de la jornada me siento agotada, cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotada, me siento frustrada en mi trabajo y siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
6. Las residentes de matrona se encuentran expuestas a múltiples riesgos psicosociales como profesionales sanitarios entre los que destacan estrés laboral, trabajo a turnos y nocturno, carga mental, moobing y acoso sexual.
7. Resulta relevante prevenir el síndrome de burnout en las residentes de matrona con el fin de evitar las repercusiones negativas en su salud y en la calidad de los cuidados que proporcionen a los pacientes, tal y como han indicado diversos estudios.

Además, entre las diferentes limitaciones encontradas en la realización de esta investigación destaca como principal limitación el número de participantes ya que, a pesar, de haber conseguido la colaboración de la totalidad de las residentes de matrona de la Región de Murcia, es decir, el 100% de la muestra, son un número relativamente pequeño que corresponde a 28 participantes. Con una muestra superior, la información obtenida sería más significativa y sería más fácil extrapolar los resultados.

También, al tratarse de una encuesta anónima que garantiza la confidencialidad de las participantes cuyos resultados son acumulativos, no se puede obtener el resultado de cada cuestionario individual y, por tanto, no se puede calcular la

prevalencia particular de cada una, sino simplemente la media de los datos obtenidos en cada una de las subescalas.

Por otro lado, otra de las grandes limitaciones encontradas ha sido la escasez de estudios realizados sobre el síndrome de burnout en residentes de matrona, de hecho, no hemos encontrado ninguno. Así pues, solo hemos encontrado estudios de este síndrome en residentes de enfermería donde incluían también a las residentes de matrona, en residentes de medicina, en matronas y en el resto de profesional sanitario.

Asimismo, al tratarse de un estudio descriptivo y observacional en el que solo se describen características de ciertos individuos, situaciones o grupos, pero no analítico, no se puede establecer una relación causa-efecto entre los factores estudiados. Tampoco se realiza ningún tipo de seguimiento de las participantes, sino que es un estudio transversal en el que se recogen los datos en un momento puntual mediante cuestionario. Por ello, con los estudios experimentales se obtiene más información y una mayor calidad de evidencia científica.

En cuanto a recomendaciones, se deben realizar más estudios de investigación acerca del síndrome de burnout en las residentes de matrona con el objetivo de conseguir más información sobre los factores de riesgo que llevan a padecer dicho síndrome en este colectivo y así poder establecer estrategias de prevención en riesgos laborales.

Además, como bien se ha expuesto con anterioridad, la escasez de estudios sobre este síndrome en residentes de enfermería y más, concretamente, en las residentes de matrona ha complicado la obtención de información previa a la realización de esta investigación. Esta escasez de estudios resulta sorprendente, ya que dentro de las profesiones sanitarias los residentes en formación son uno de los colectivos más vulnerables.

Así pues, también resulta curioso que la mayoría de los estudios de investigación realizados en residentes, son en residentes de medicina. Esto indica, una vez más, la priorización y valoración de los profesionales de medicina frente la infravaloración de la labor de los profesionales de enfermería. Esta infravaloración ha sido relacionada con la figura mayoritaria de la mujer en la profesión desde sus inicios.

El trabajo de la enfermería se relacionaba con cuidados no formales realizados por madres, hijas, hermanas, tías y el origen de sus conocimientos estaba ligado al saber popular. A pesar de la evolución de la enfermería y su incorporación en la universidad, sigue existiendo un gran desconocimiento de sus funciones por la sociedad y una desvalorización de su labor y categoría profesional.

Por otro lado, sería interesante que, en líneas futuras de investigación, se obtuvieran muestras con un número mayor de participantes y que se hicieran en otras comunidades autónomas y, así, poder comparar las diferencias y semejanzas en los resultados de este síndrome.

Del mismo modo, resultaría relevante, realizar un tipo de encuesta anónima que garantizase la confidencialidad de la muestra pero que al mismo tiempo permitiera calcular la prevalencia individual de cada participante, con el fin de obtener una mayor cantidad y calidad de información y así poder establecer conclusiones más fidedignas.

También, aportaría información de alta calidad, tener en cuenta, especialmente en estudios con participantes muy diferentes, variables sociodemográficas, sexo, edad, situación familiar... Estas variables podrían influir de una forma muy importante en los niveles de síndrome de burnout de la muestra seleccionada.

Finalmente, puesto que se ha demostrado que las residentes de matrona se encuentran expuestas a numerosos riesgos psicosociales, resulta de gran relevancia que se adopten medidas por parte de las unidades docentes de las diferentes comunidades autónomas tanto para prevenir estos riesgos como para combatir los ya existentes. Para ello, sería interesante implantar, en el programa de formación especializada, un sistema de planificación de la actividad preventiva y otro de evaluación de tal sistema con el fin de valorar si está cumpliendo la implantación del mismo.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tavares KF, Souza NV, Silva LD, Kestenberg CC. Prevalence of burnout síndrome among resident nurses. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(3): 260-5.
2. Franca FM, Ferrari R, Ferrari DC, Alves ED. Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. *Rev Latinoam Enferm.* 2012; 20(5): 961-70.
3. Coria Muñoz H, García Martínez FP, Gómez Alonso C, Chacón Valladares P. Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Archivos en medicina familiar.* 2018; 20(3): 103-10.
4. Azevedo Guido L, Marques da Silva R, Tonini Goulart C, Oliveira-Bolzan ME, Dias Lopes LF. Burnout Syndrome in multiprofessional residents of a public university. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(6):1477-82.
5. Franco GP, Barros AL, Norgueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout in nursing residents. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):12-8.
6. Agún González JJ, Alfonso Mellado CL, Barba Morán MC, Estardid Colom F, Fabregat Monfort G, García González G et al. Prevención de riesgos laborales. Instrumentos de aplicación. Vol 1. 3ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2012.
7. Carolusson S. Burnout syndrome and analytical hypnosis. *Arch. Psychiatry Psychother.* 2014; 2 :71-84
8. Sáenz de la Torre LC. Factores de riesgo psicosocial, satisfacción laboral y salud: estudio en una muestra de trabajadores del sector de la construcción [tesis doctoral]. Huelva: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Universidad de Huelva; 2016.
9. Cabello Alcalá P, Ruiz Porras D, Mena García M, López García D, López Morales MA. Prevalencia del síndrome de desgaste profesional entre las matronas de paritorio. *Nure Inv.* 2017; 14(91): 1-0.
10. Gómez Nadal E. Turnicidad y accidentabilidad como factores predictores de Burnout. [Trabajo fin de máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2017.
11. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria.* 2017; 49(2): 77-85.
12. Historia de la profesión: Enfermera Obstetra Certificada. Historia de la profesión. Medline [Internet] Bethesda, MD: Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU e Instituto Nacional de Salud; (acceso 1 de marzo de 2018). Temas de salud. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002000.htm>

13. Asociación Española de Matronas. Estado actual de las matronas en España. Competencias de las matronas reguladas en el ordenamiento español y europeo. Madrid; 2017.
14. Dirección Internacional de Matrona de la Confederación Internacional de matrona. Definición de matrona. 2011.
15. Cuenca Calabuig C, Santamaría Castañer JI, Doménech Brotons M. La matrona ante el cribado y la atención de la urgencia obstétrica. *Matronas Prof.* 2011; 12(1): 18-23.
16. Orden por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 129, (28 de mayo de 2009).
17. Ley de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (22 de noviembre de 2003).
18. Real decreto sobre especialidades de enfermería. RD 450/2005, de 22 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, nº 108, (6 de mayo de 2005).
19. Real Decreto por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. RD 1837/2008, de 8 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 280, (20 de noviembre de 2008).
20. Real Decreto por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. RD 1146/2006, de 6 de octubre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 240, (8 de octubre de 2006).
21. Moreno Jimenez B, Baez León C. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. 1ª Edición. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, 2010.
22. Uribe Prado JF. Clima y ambiente organizacional: Trabajo, salud y factores psicosociales [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México; Lic. Santiago Viveros Fuentes; 2015. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Herman_Littlewood/publication/309718447_Justicia_interpersonal_y_personalidad_Su_relacion_con_calidad_de_vida_en_el_trabajo/links/581e5a6e08aeccc08af06dbc/Justicia-interpersonal-y-personalidad-Su-relacion-con-calidad-de-vida-en-el-trabajo.pdf
23. Ley de Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 269, (10 de noviembre de 1995).

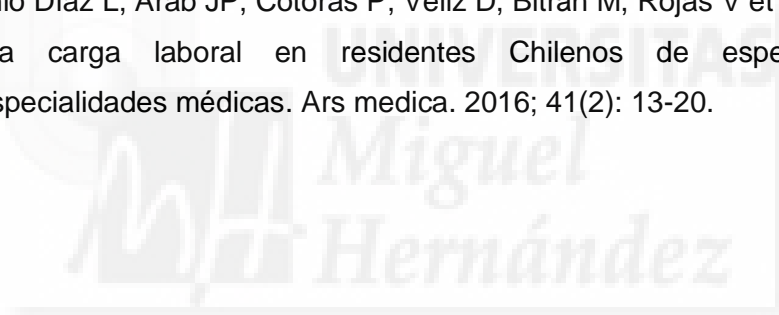
24. Gil-Monte PR. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2012; 29(2):237-41.
25. Aldrete Rodríguez MG, Navarro Meza C, González Baltazar R, Contreras Estrada MI, Pérez Aldrete J. Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería de una Unidad de Tercer Nivel de Atención a la Salud. Cienc Trab. 2015; 17(52): 32-36.
26. Llanes Saura, A. Prevención de Riesgos Laborales en la Matrona de atención especializada. [Trabajo Fin de Máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2017.
27. Carrillo-García C, Ríos-Rísquez MI, Escudero-Fernández L, Martínez-Roche ME. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. Enferm Global. 2018; 50: 304-14.
28. Aguado Martín JI, Bátiz Cano A, Quintana Pérez S. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. Med Segur Trab (Internet). 2013; 59(231): 259-75. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v59n231/revision1.pdf>
29. García M, Ríos MI. The relationship between psychosocial stress and burnout in emergency departments: an exploratory study. Nurs Outlook. 2012; 60(5): 322-9
30. Jiménez Sánchez A, Marín Torrecillas MS. Manual de Prevención de Riesgos Laborales en Centros Sanitarios [Internet]. Murcia: Secretaría de Salud Laboral, Medio Ambiente y Cambio Climático de UGT de la Región de Murcia; 2010. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_manualprlcentros_sanitarios/2010%20manual%20prl%20centros%20sanitarios.pdf
31. Nogareda Cuixart C, Nogareda Cuixart S. NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1999.
32. Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M et al. Validación de la Escala Subjetiva de Carga mental de trabajo (ESCAM) en profesionales de la salud de Chile. Univ Psychol. 2016; 15(1): 261-70.
33. Marrero González E. Carga mental y hábitos de vida saludables [Trabajo fin de Grado]. Universidad de la Laguna. Tenerife; 2016.
34. Nogareda Cuixart C. NTP 179: La carga mental del trabajo: definición y evaluación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1998.
35. Berenguer Subils MJ. NTP 289: Síndrome del edificio enfermo: factores de riesgo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

36. Arenas Selva D. Acoso psicológico en el trabajo - Mobbing: una revisión sistemática. [Trabajo fin de Grado]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2017.
37. Fidalgo Vega M, Gallego Fernández Y, Ferrer Puig R, Nogareda Cuixart C, Pérez Zambrana G, García Maciá R. Acoso psicológico en el trabajo: definición. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2009.
38. Morales Franceschi J. Acoso Psicológico Laboral (Mobbing) y su Impacto en el Desempeño Laboral. Aplicación a los Maestros de los Municipios de Juana Díaz y Ponce, Puerto Rico. [Tesis Doctoral]. Universidad de León. León; 2015.
39. Molero M, Pérez M, Gázquez J. Acoso laboral entre personal de enfermería. *Enferm Univ.* 2016; 13(2): 114-23. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000257>
40. Ladero A. Violencia laboral en enfermeras del hospital del seguro social de Chimbote. [Trabajo fin de Especialidad]. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2015.
41. Martínez Falla RM. Edad menor a 30 años y sexo femenino como factores de riesgo de acoso laboral en personal de salud. [Trabajo fin de Especialidad]. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo; 2018.
42. Pérez Bilbao J, Sancho Figueroa T. NTP 507: Acoso sexual en el trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
43. Cuenca Piqueras C. Factores precipitantes del acoso sexual laboral en España. *Revista Mexicana de Sociología.* 2015; 77(4): 525-54.
44. Pérez Guardo R, Rodríguez Sumaza C. Una propuesta de intervención corresponsable sobre el acoso sexual laboral. *Cuad. relac. labor.* 2016; 34(1): 107-27.
45. Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016; 33(2): 241-7.
46. Hederich-Martínez C, Caballero-Domínguez CC. Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *Revista CES Psicología.* 2016; 9(1): 1-15.
47. De Gracia Gómez G. Evaluación de la satisfacción laboral de las matronas en atención especializada. [Trabajo fin de Máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2018.
48. Rendon-Sanchez JL, Ramírez-Leyva DH, Bermudez-Villalpando VI, Camacho-Romo JJ, Grajeda-Gonzalez LB, Ramírez-Leyva PH. Depression, anxiety and

- burnout syndrome in Medical Residents of Family Medicine in Tijuana, Mexico. *J Fam Med*. 2017; 4(6): 1-6.
49. Stanetic K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and burnout síndrome. *Med. Pregl*. 2013; 66 (3-4):153-62.
50. Terrones-Rodríguez JF, Cisneros-Perez V, Arreola-Rocha JJ. Síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, Mexico. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc*. 2016; 54(2): 242-8.
51. Muñiz Martínez AB. Factores que influyen en el bienestar laboral de las matronas de Asturias. [Trabajo fin de Máster]. Universidad de León. León; 2016.
52. Banovcinova L, Baskova M. Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2014; 132: 248-54.
53. Rouleau D, Fournier P, Philibert A, Mbengue B, Dumont A. The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: A longitudinal study in Senegal. *Hum Resour Health*. 2012; 10(1): 9.
54. Hildingsson I, Westlund K, Wiklund I. Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2013; 4(3): 87-91.
55. Blas-Robledo M. Síndrome de burnout y calidad de vida profesional percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). *Evidentia*. 2013; 10(43): 4.
56. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015; 32(1): 1-6.
57. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
58. Miralles J. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Gabinete Psicológico, Zaragoza [Internet]. Disponible en: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>
59. Esquivel Morocho A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario del Hospital U. y P. "La Fe". [Trabajo fin de máster]. Universidad Cardenal Herrera. Valencia; 2013.
60. Rodriguez SF. Cuestionario-Burnout. Ecestaticos [Internet]. 2017. Disponible en: [/www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf](http://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf)
61. WMA [Sede Web]*. Francia: Asociación Médica Mundial; 2013 [26 de octubre de 2013] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las

investigaciones médicas en seres Humanos. Disponible en:
<http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>

62. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Sede Web]*. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; enero 1997 [Julio 2002] Las normas de Buena práctica clínica. [57 páginas]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/industria/inspeccionBPC/docs/guia-BPC_octubre-2008.pdf
63. Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Ley 3/2018, de 5 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 294, (6 de diciembre de 2018).
64. Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).
65. De Investigación Biomédica. Ley 14/2007, de 3 de Julio. Boletín Oficial del Estado, nº 159, (4 de julio de 2007).
66. Antonio Díaz L, Arab JP, Cotoras P, Veliz D, Bitrán M, Rojas V et al. Evaluación de la carga laboral en residentes Chilenos de especialidades y subespecialidades médicas. *Ars medica*. 2016; 41(2): 13-20.



11. BIBLIOGRAFÍA

1. Korhan EA, Guler EK, Khorshid L et al. Mobbing experienced by nurses working in hospitals: an example of turkey. *Inter J Caring Sci.* 2014; 7(2): 642-51.
2. Esfahani AN, Shahbazi G. Workplace bullying in nursing: The case of Azerbaijan province, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014; 19(4): 409-15.
3. Ferreira RE, Souza NV, Gonçalves FG, Santos DM, Pôças CR. Nursing work with customers HIV/AIDS: psychic potential for suffering. *Rev Enferm UERJ.* 2013; 21(4): 477-82.
4. Guido LA, Silva LM, Kleinübing RE, Umann J. Stress and coping among surgical unit nurses of a teaching hospital. *Rev RENE.* 2012; 13(2): 428-36.
5. Fontán Azpeitia M, Herrero Reyes A. Síndrome del quemado o burnout en matronas españolas. *Matronas hoy.* 2016; 4(2): 19 – 25.
6. Sánchez Martínez MC. Evaluación de la satisfacción laboral de las matronas y enfermeras. [Trabajo fin de máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2016.
7. Passalacqua SA, Segrin C. The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun.* 2012; 27: 449-56.

12. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.
 3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.
 6= TODOS LOS DÍAS.

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

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO-CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PARTICIPANTE

Yo (Nombre y Apellidos):

- He recibido suficiente información sobre el estudio: “Síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia. Evaluación de riesgos psicosociales mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory”.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio: “Síndrome de burnout en las residentes de matrona de la Región de Murcia. Evaluación de riesgos psicosociales mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory”
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - ❖ Cuando quiera
 - ❖ Sin tener que dar explicaciones
 - ❖ Sin que esto tenga ningún tipo de repercusión

Firma del participante:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Firma del profesional (o representante legal en su caso) sanitario informador.