



UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN
EN CIENCIAS SOCIOSANITARIAS**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT EN MATRONAS,
COMPARATIVA TRAS LA PANDEMIA COVID-19.**

AUTORA: ANDREA HERRERO REYES.
DIRECTORA: CRISTINA FRANCISCO DEL REY.
SEPTIEMBRE 2021.

UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN INVESTIGACIÓN
EN CIENCIAS SOCIOSANITARIAS**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT EN MATRONAS,
COMPARATIVA TRAS LA PANDEMIA COVID-19.**

AUTORA: ANDREA HERRERO REYES.
DIRECTORA: CRISTINA FRANCISCO DEL REY.
SEPTIEMBRE 2021.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	4
2.OBJETIVOS.....	6
3.MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
4.RESULTADOS.....	8
5.CONCLUSIONES	24
6.DISCUSIÓN.....	26
6.BIBLIOGRAFÍA	28
7.ANEXOS.....	30

SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT EN MATRONAS, COMPARATIVA TRÁS LA PANDEMIA COVID-19.

Andrea Herrero Reyes.

Enfermera-Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona)

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Quemado o Burnout, se describió por primera vez en Estados Unidos en los años 70, desde entonces ha sido un campo ampliamente estudiado en múltiples ámbitos profesionales.

Maslach, Schaufeli y Leiter en el 2001; definen el Burnout como "una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional" (1).

En el año 2007 Quinceno y Vinaacia nos dan una definición más actualizada: "Cuándo los niveles de estrés son tan altos que hacen que fallen los mecanismos de enfrentamiento de una persona o hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico." (2)

Según la bibliografía consultada, este Síndrome se divide en distintas etapas.

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) proponen 4 fases:

- Etapa de idealismo y entusiasmo. El trabajador al iniciar su vida laboral tiene un alto nivel de energía y sus expectativas son poco realistas, involucrándose en exceso de forma voluntaria. Al no cumplirse dichas expectativas, la persona tiene un sentimiento de desilusión y pasa a la siguiente fase.
- Etapa de estancamiento. El incumplimiento de sus expectativas, provoca una disminución de la actividad laboral y una restructuración de su vida laboral y personal.
- Etapa de apatía. Es la fase central del Síndrome, en la cual se produce una paralización de la actividad laboral, unida a la falta de interés y apatía. Todo esto se suele acompañar por problemas emocionales, conductuales y físicos.
- Etapa de distanciamiento. El profesional padece una frustración crónica, que exterioriza con comportamientos caracterizados por despersonalización, desvalorización profesional, ira y miedo.

Para determinar la presencia de este Síndrome, se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es *Inventario para Burnout de Maslach*, reconocida por sus siglas "IBM" o "MBI" en inglés (3).

La versión original de Maslach y Jackson de 1981, constaba de dos formas para valorar los ítems: una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste.

En la última edición del Manual (Maslach et al. 1996) se presentan tres versiones del MBI. Destacamos el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), dirigido a los profesionales de la salud. Este cuestionario está constituido por 34 ítems que se distribuyen en 12 escalas.

Los aspectos ambientales, psicológicos y sociales del trabajo de las matronas hacen que sea un colectivo muy vulnerable (5), y por ello necesario su investigación. El trabajo de las matronas es muy complejo. Establecen una relación muy cercana con las mujeres que atienden, la relación es muy breve pero muy intensa. Atienden a mujeres muy variadas y en situaciones diversas.

En cuanto a la incidencia del Síndrome de Burnout, es mayor en profesionales que prestan una función asistencial o social. Ha tomado tanta importancia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha catalogado como un Riesgo Laboral (6).

Este Síndrome ha sido ampliamente estudiado en distintos profesionales del ámbito de la salud; pero la investigación en matronas, es escasa en todo el mundo e insignificante en España. Resaltamos el Informe Lucina 2004, sobre la Salud de las Matronas, realizado por la Asociación Española de Matronas (7).

Las matronas Suecas, se preguntaron, porque en muchos países este colectivo tiende a dejar su profesión. Tras evaluar el Burnout en 475 matronas de la Asociación Sueca de Matronas, obtuvieron 184 resultados altos en agotamiento personal (39.5%) y un 15% en agotamiento laboral. Una de cada tres matronas había considerado dejar la profesión. Y un tercio de las matronas incluidas en esta encuesta, presento algún grado de agotamiento laboral. La falta de personal y de recursos, sumado a un ambiente estresante y al conflicto con los compañeros, fueron las causas principales de estos resultados (8).

Un estudio de 2011, obtuvo unas interesantes conclusiones; los principales estresores de las matronas eran: la sensación de falta de control, producido por elevadas cargas de trabajo y planes de tratamiento confusos (protocolos escasos y con poca evidencia científica) (9).

Una tesis Doctoral hecha sobre el tema en Dinamarca, desvela otra causa de Burnout en matronas reveladora. Las altas puntuaciones en la escala de Burnout, se debe en gran medida, a una fuerte motivación inicial, que se cree necesaria para desarrollar Burnout (10).

Pueden establecerse dos tipos de repercusiones del Síndrome de Burnout, para el individuo (salud, relaciones interpersonales, desvalorización...) y para la institución. La insatisfacción laboral, la propensión al abandono, el absentismo, la falta de trabajo en equipo, la mala comunicación entre profesionales o con las gestantes, se traduce en el deterioro del funcionamiento del servicio y la calidad asistencial.

Por tanto, el deterioro de la calidad de la vida laboral tiene repercusiones e impacto negativo sobre la salud de la sociedad en general (2).

Otro estudio concluye al explorar las experiencias de las matronas, que cuanto más implicación existe, cuando algo va mal, las consecuencias son devastadoras (11).

Los estadounidenses ponen de manifiesto que las relaciones inadecuadas del equipo, no sólo se traducen en mayor estrés para las matronas; sino también en peores resultados asistenciales. La falta de comunicación entre diferentes profesionales puede producir pésimos resultados.

En EEUU se calcula que el 72 % de las muertes perinatales o lesiones neurológicas severas en recién nacidos, tienen su origen en la mala comunicación entre profesionales sanitarios (12).

Por el contrario, se vio que las buenas relaciones con el equipo de trabajo se traducen en altas tasas de realización personal (4).

En Victoria, Australia, van un paso más y realizan un estudio con una muestra de 22 matronas en Caseload Models Care (programas en los que la asistencia se personaliza y un grupo de dos o tres matronas, atiende a la gestante, desde el embarazo hasta las 4-6 semanas postparto) y 133 matronas de paritorios estándar, para comparar el Burnout y la satisfacción profesional, en ambos grupos. Se observó, como las matronas pertenecientes al primer grupo, obtiene niveles de satisfacción profesional más altos y el nivel de Burnout es menor (13).

Cuando los supervisores de servicio, se involucran en la rutina diaria, aumenta la satisfacción personal en su equipo y la mitigación de estrés en las matronas (8). Prestar atención a este colectivo, es importante para mantener un Servicio de Obstetricia que preste una asistencia saludable a las mujeres y a sus familias (6).

Por ello, creemos que es de vital importancia conocer el porcentaje de profesionales afectadas y las características que lo provocan o lo favorecen.

¿CONSTITUYE EL BURNOUT UNA PATOLOGÍA PROFESIONAL PREVALENTE EN LAS MATRONAS ESPAÑOLAS Y CUÁLES SON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y LABORALES ASOCIADOS?

¿TRAS EL INICIO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA HA AUMENTADO EL SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT EN LAS MATRONAS?

OBJETIVO GENERAL

Describir la realidad del Sd. Del Quemado o Burnout, en las matronas Españolas y comparativa tras la aparición de la pandemia COVID-19. Proponer cambios efectivos para disminuirlo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Medir estadísticamente el porcentaje de matronas que padecen el Sd. Del Quemado o Burnout.
- Relacionar las características personales y laborales que incrementan o disminuyen este síndrome.
- Sacar conclusiones que nos permitan obtener herramientas para combatirlo.
- Comparar la percepción del Riesgo de Burnout con la puntuación real del cuestionario MBI

MATERIAL Y MÉTODO

Para alcanzar los distintos objetivos propuestos. Se realizará un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal.

La población de dicho estudio serán las matronas Españolas que desarrollan su actividad profesional en España, tanto en el Sistema Nacional de Salud, como en el ámbito privado (por cuenta ajena o propia).

Se envió el cuestionario a la Asociación Española de Matronas, a las distintas Asociaciones de Matronas de cada CCAA y a grupos de Wassap de Matronas.

La muestra está compuesta por 58 matronas que recibiendo el cuestionario, han querido colaborar. Tras 14 meses de la aparición de la pandemia, se vuelve a pasar el cuestionario a los mismos participantes del estudio.

El tipo de muestreo fue no probabilístico, intencional o de conveniencia.

Tratándose de un estudio piloto, sería de interesante proseguir con la investigación y realizar un muestreo más representativo.

El consentimiento está incluido en el formulario de la encuesta.

Variables independientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Número de hijos.
4. Sistema de formación.
5. Tiempo de experiencia.
6. Distancia del domicilio al trabajo.
7. Supervisora de la unidad.
8. Tipo de contrato.
9. Salario adecuado.
10. Lugar de trabajo.
11. Hospital con formación de residentes.
12. Consideración tecnológica.
13. Tipo de jornada.
14. Tipo de turnos.
15. Rotación por distintos servicios.
16. Relación con el resto del equipo.
17. Competencias claras.
18. Relación con las mujeres que atiende.
19. Enfermedad relacionada con su puesto.

Variable dependiente: Sd. de Burnout medido a través, del cuestionario Maslach Burnout Inventory de 1996. Escala con alta consistencia interna y fiabilidad cercana al 90%. Está constituido por 22 ítems que se distribuyen en 3 escalas para evaluar la frecuencia con que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems); agotamiento emocional (9 ítems); y, despersonalización (5 ítems). (Se incluye en ANEXOS).

Los resultados estarán agrupados en cuatro grupos:

Puntuación:

- Menos de 48 puntos: no riesgo de Burnout
- De 48 a 168: riesgo bajo (tome decisiones).
- Entre 169 a 312: riesgo moderado (desarrolle un plan para corregir las áreas del problema).
- Más de 313 (máx. 432): riesgo alto (necesidad urgente de acciones correctivas).

Relacionaremos los resultados del mismo, con una serie de preguntas abiertas y cerradas, sobre las características personales y profesionales de cada participante obtenidas a través de la encuesta.

Para el análisis estadístico utilizaremos el paquete SPSS versión 17.0

RESULTADOS:

Tras recopilar 58 encuestas, los datos obtenidos previos a la aparición de la pandemia son: Un 6.9% de las matronas no presentaban ningún grado de Burnout, Un 79.3% presento un nivel bajo y un 13.8% un nivel moderado.

Estadísticos

Burnout por 4 categorías:

N	Válidos	58
	Perdidos	0
Media		2,07
Mediana		2,00
Moda		2
Desv. típ.		,454
Varianza		,206
Asimetría		,303
Error típ. de asimetría		,314
Rango		2
	Mínimo	1
	Máximo	3

Burnout por 4 categorías:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0-47	4	6,9	6,9	6,9
48-168	46	79,3	79,3	86,2
169-312	8	13,8	13,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Pese a que ninguna matrona presento un nivel ALTO de riesgo, creemos que es reflejo, de la salud física y emocional de las matronas encuestadas, que el 93.1% padezca algún grado de Burnout.

Si valoramos la edad de las encuestadas en relación con el Sd. De Burnout, debemos destacar que al realizar un muestreo no aleatorio por conveniencia, la muestra no es representativa. Estando compuesta por: Un 48.3% matronas de 20-35 años de edad, un 32.8% de entre 36-51 años y un 19.0% de matronas mayores de 52 años. Pero si podemos afirmar que entre las encuestadas, a menor edad mayor Sd. De Burnout.

Edad por 3 categorías:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 20-35	28	48,3	48,3	48,3
36-51	19	32,8	32,8	81,0
52 en adelante	11	19,0	19,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Estadísticos

		Burnout por 4 categorías	Edad por 3 categorías
N	Válidos	58	58
	Perdidos	0	0
	Media	2,07	1,71
	Mediana	2,00	2,00
	Moda	2	1
	Desv. típ.	,454	,773
	Varianza	,206	,597
	Asimetría	,303	,566
	Error típ. de asimetría	,314	,314
	Rango	2	2
	Mínimo	1	1
	Máximo	3	3

De las distintas variables independientes, que hemos valorado, pasamos a exponer los datos de los resultados estadísticamente representativos.

La variable, "*Tipo de formación recibida por la Matrona*", vemos una clara relación entre Burnout y matronas formadas por el sistema EIR.

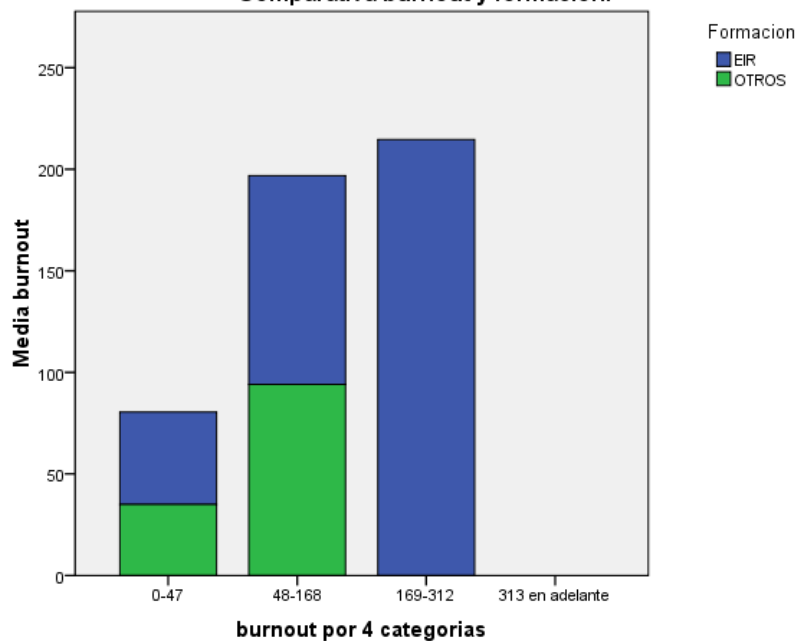
Estadísticos

		burnout por 4 categorías	Formacion
N	Válidos	58	57
	Perdidos	0	1
	Media	2,07	,21
	Mediana	2,00	,00
	Moda	2	0
	Desv. típ.	,454	,411
	Varianza	,206	,169
	Asimetría	,303	1,459
	Error típ. de asimetría	,314	,316
	Rango	2	1
	Mínimo	1	0
	Máximo	3	1

Formacion

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	EIR	45	77,6	78,9	78,9
	OTROS	12	20,7	21,1	100,0
	Total	57	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		58	100,0		

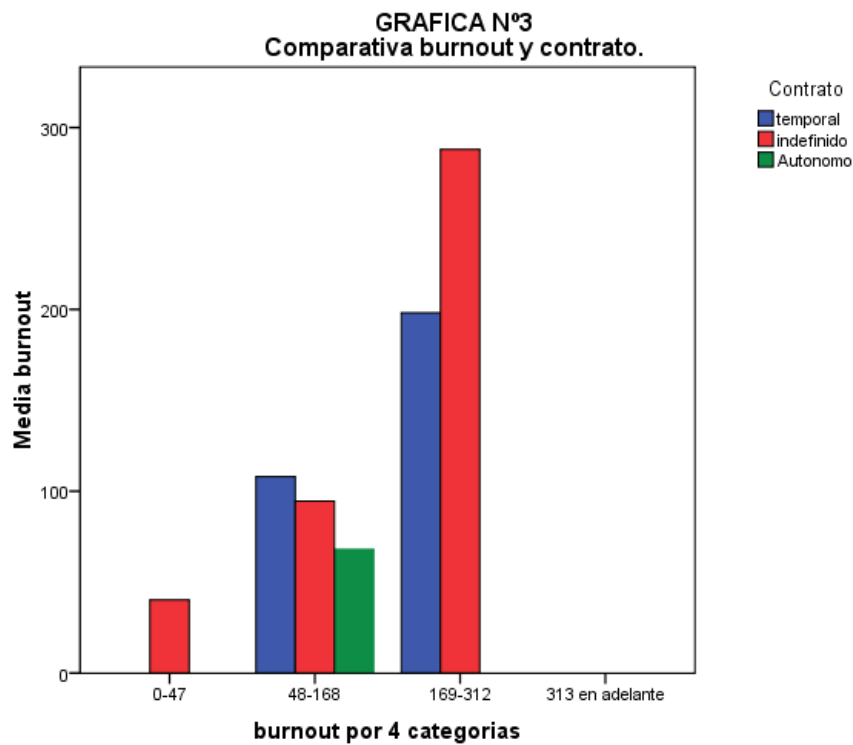
GRAFICA N°2
Comparativa burnout y formación.



Para la variable del “*Tipo de Contrato*”, obtenemos por un lado que sólo el 34.5% de las matronas, tienen un contrato indefinido. Si relacionamos el “*Tipo de Contrato*” con el nivel de Burnout, vemos para un nivel *moderado* más matronas indefinidas. Pero en un nivel de Burnout *bajo*, la temporalidad del contrato si está más representada.

Estadísticos

		burnout por 4 categorias	Contrato
N	Válidos	58	55
	Perdidos	0	3
Media		2,07	,47
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,604
Varianza		,206	,365
Asimetría		,303	,892
Error típ. de asimetría		,314	,322
Rango		2	2
Mínimo		1	0
Máximo		3	2

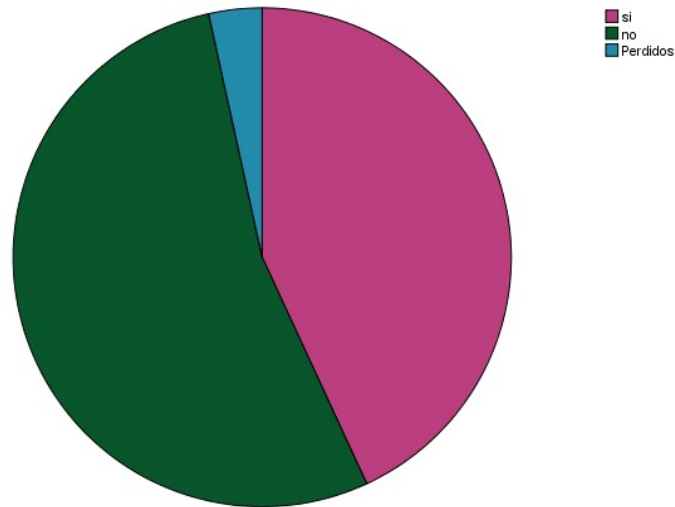


En cuanto a si el tipo de contrato afecta en la realización del trabajo diario: un 44.6% si les afecta y un 55.4% no.

Estadísticos

Afectcontrato		
N	Válidos	56
	Perdidos	2
Media		,55
Mediana		1,00
Moda		1
Desv. típ.		,502
Varianza		,252
Asimetría		-,222
Error típ. de asimetría		,319
Rango		1
Mínimo		0
Máximo		1

Afectcontrato



Afectcontrato

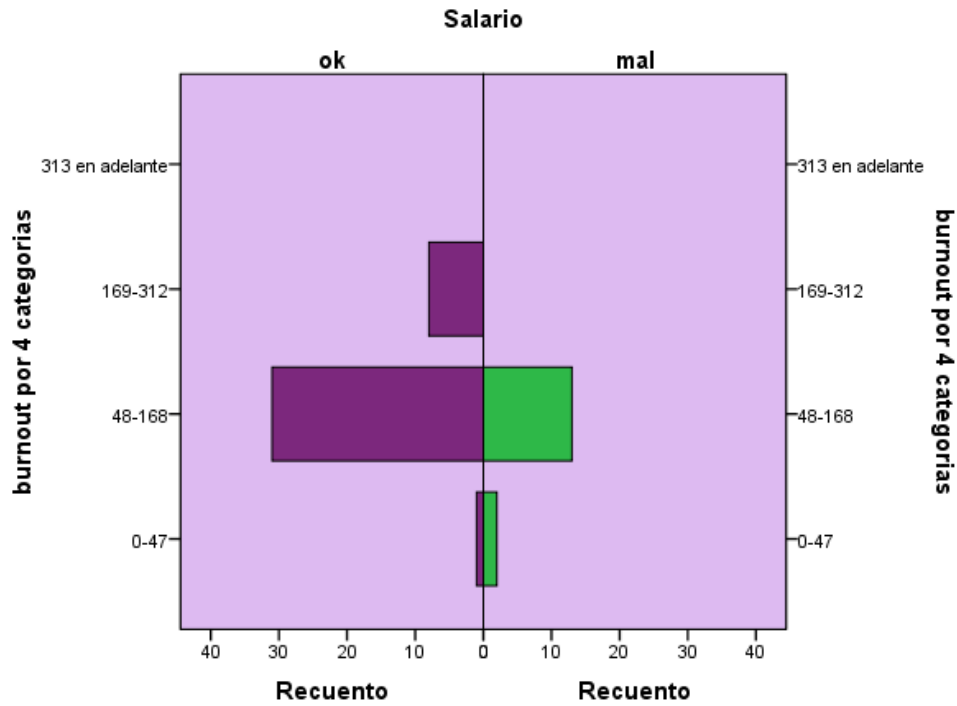
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	25	43,1	44,6	44,6
	no	31	53,4	55,4	100,0
	Total	56	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,4		
Total		58	100,0		

Al valorar el “*salario percibido*”, a mayor nivel de Burnout, mayor porcentaje de matronas en desacuerdo con el salario que reciben. Solo 27.3% de matronas está en desacuerdo con su salario.

Salario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ok	40	69,0	72,7	72,7
	mal	15	25,9	27,3	100,0
	Total	55	94,8	100,0	
Perdidos	Sistema	3	5,2		
Total		58	100,0		

**GRAFICA N°4
Comparativa Burnout y salario.**

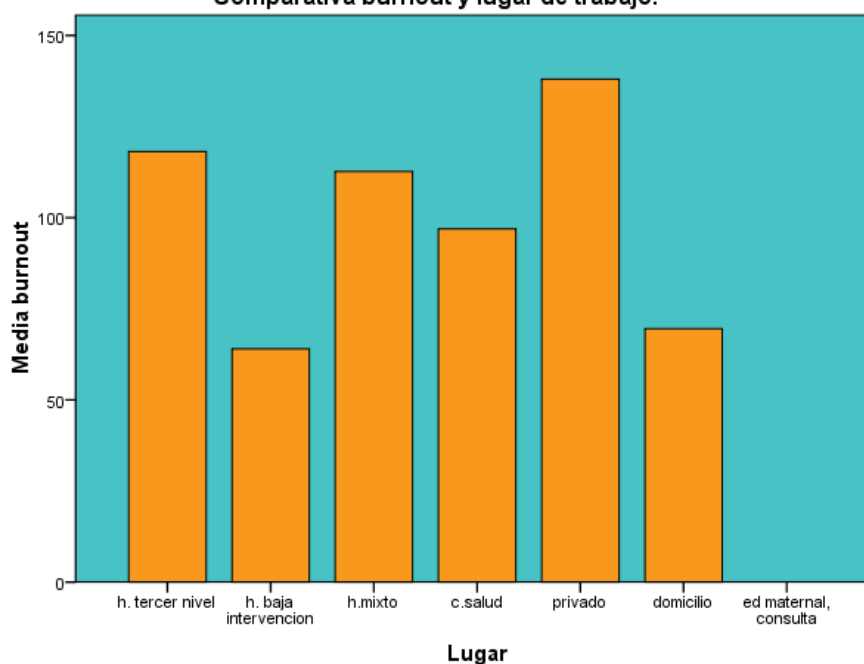


Al relacionar el “lugar de trabajo”, con la medida de Burnout, sacamos en claro que: donde más estresantes laborales tienen las matronas, es por orden descendente: H. Privado, H. de Tercer Nivel, Hospital mixto, Centro de Salud, Parto Domiciliario y por último, las matronas que más realización profesional poseen son las que desempeñan su trabajo en Hospitales de Baja Intervención.

Estadísticos

		burnout por 4 categorías	Lugar
N	Válidos	58	57
	Perdidos	0	1
Media		2,07	1,70
Mediana		2,00	2,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	1,647
Varianza		,206	2,713
Rango		2	5
Mínimo		1	0
Máximo		3	5

GRAFICA N°5
Comparativa burnout y lugar de trabajo.



Lugar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	h. tercer nivel	23	39,7	40,4	40,4
	h. baja intervencion	3	5,2	5,3	45,6
	h.mixto	12	20,7	21,1	66,7
	c.salud	8	13,8	14,0	80,7
	privado	9	15,5	15,8	96,5
	domicilio	2	3,4	3,5	100,0
	Total	57	98,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,7		
Total		58	100,0		

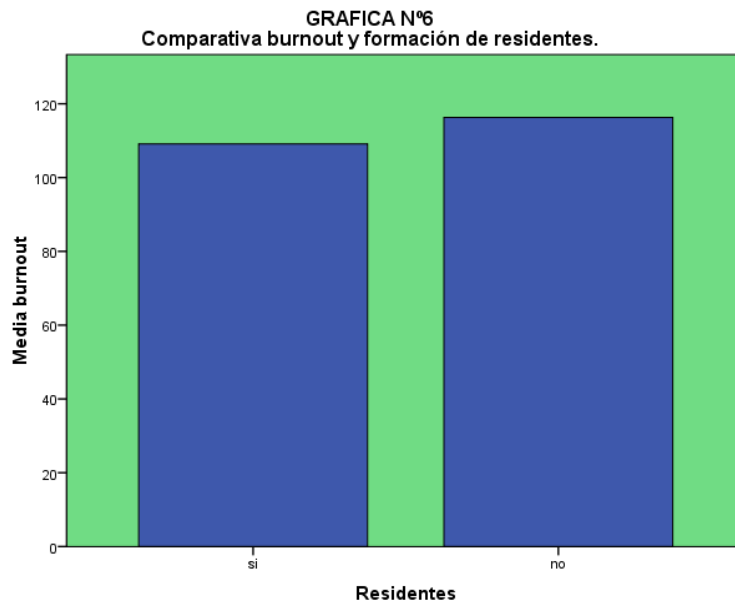
Otra característica del centro de trabajo que valoramos relevante, es que las matronas que tienen residentes en formación a su cargo, poseen menos niveles de Burnout.

Estadísticos

		burnout por 4 categorías	Residentes
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	,45
Mediana		2,00	,00
Moda		2	0
Desv. típ.		,454	,502
Varianza		,206	,252
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Residentes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	31	53,4	55,4	55,4
	no	25	43,1	44,6	100,0
	Total	56	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,4		
Total		58	100,0		

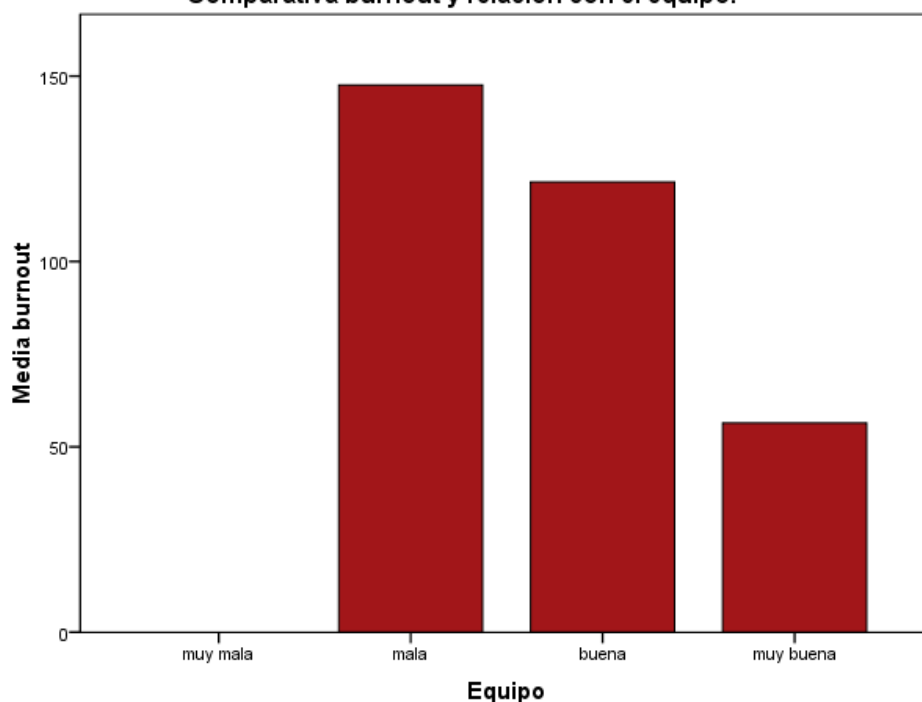


La relación del equipo multidisciplinar si tiene una relación significativa con el Sd. De Burnout. A mejor relación de equipo, menos presencia de Síndrome de Burnout.

Estadísticos

		burnout por 4 categorías	Equipo
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	2,05
Mediana		2,00	2,00
Moda		2	2
Desv. típ.		,454	,553
Varianza		,206	,306
Rango		2	2
Mínimo		1	1
Máximo		3	3

GRAFICA N°7
Comparativa burnout y relacion con el equipo.



Equipo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mala	7	12,1	12,5	12,5
	buena	39	67,2	69,6	82,1
	muy buena	10	17,2	17,9	100,0
	Total	56	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,4		
Total		58	100,0		

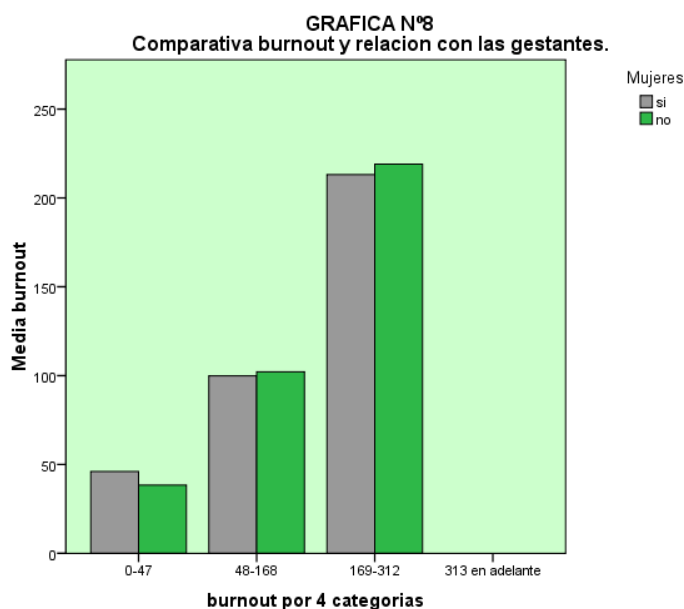
A continuación, vemos la relación de Burnout y la variable “Cambio de Relación con la gestante que atiende y su familia”, para niveles de Burnout bajos o ausentes, la respuesta es afirmativa. Por el contrario las matronas que tienen niveles moderados de Burnout, su respuesta es negativa; es decir a lo largo de su carrera profesional no ha cambiado su relación con las gestantes.

Estadísticos

		burnout por 4 categorías	Mujeres
N	Válidos	58	56
	Perdidos	0	2
Media		2,07	,57
Mediana		2,00	1,00
Moda		2	1
Desv. típ.		,454	,499
Varianza		,206	,249
Rango		2	1
Mínimo		1	0
Máximo		3	1

Mujeres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	24	41,4	42,9	42,9
	no	32	55,2	57,1	100,0
	Total	56	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	2	3,4		
Total		58	100,0		



RESULTADOS DESPUÉS DE 14 MESES DE LA APARICIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19:

Tras recopilar las 58 encuestas contestadas por los mismos participantes tras 14 meses de la aparición de la pandemia COVID-19, los datos obtenidos son:

Un 3,4 % de las matronas no presenta ningún grado de burnout, un 39,63% presenta un nivel bajo, un 44,8 % un nivel moderado, y un 12% de las encuestadas un nivel alto.

Burnout por 4 categorías:

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 0-47	2	3,44	3,44	3,44
48-168	23	39,65	39,65	43,09
169-312	26	44,8	44,8	87,89
>313	7	12	12	100
TOTAL	58	100	100	

COMPARATIVA ANTES Y 14 MESES DESPUÉS DE LA APARICIÓN DE LA PANDEMIA:

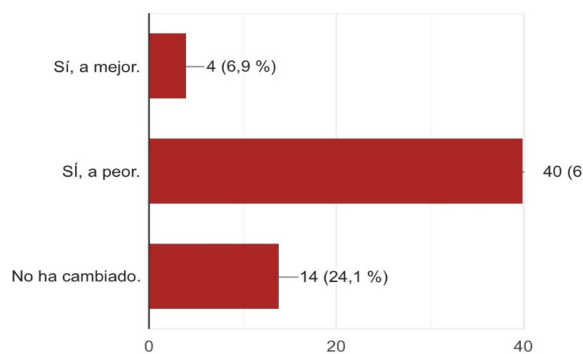
NIVEL DE RIESGO	% BURNOUT PRE-PANDEMIA	% BURNOUT POST-PANDEMIA
SIN RIESGO	6,9%	3,4 %
BAJO	79,3%	39,6%
MODERADO	13,8%	44,8%
ALTO	0%	12%

Los resultados a las preguntas de la encuesta tras la pandemia son las siguientes:

1.La relación con las mujeres/familias que atiende, ¿ha cambiado tras el inicio de la pandemia?

La relación con las mujeres/familias que atiende ha cambiado tras el inicio de la pandemia?

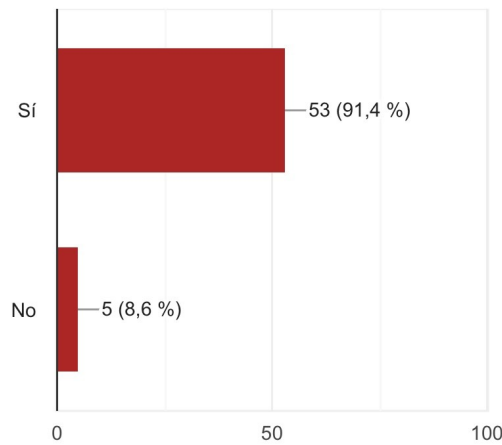
58 respuestas



2.¿Considera que los factores estresantes podrían eliminarse o reducirse?

¿Considera que los factores estresantes podrían eliminarse o reducirse?

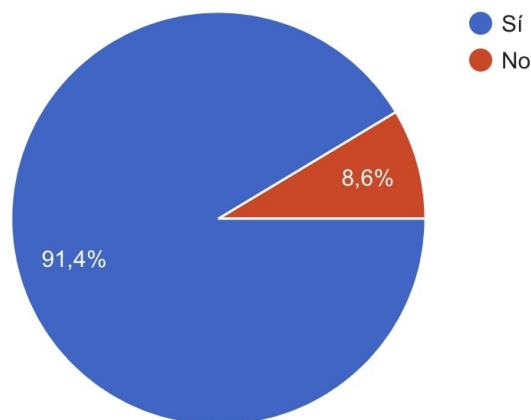
58 respuestas



3.¿Cree que una menor satisfacción laboral deriva en un peor desempeño profesional?

¿Cree que una menor satisfacción laboral deriva en un peor desempeño profesional?

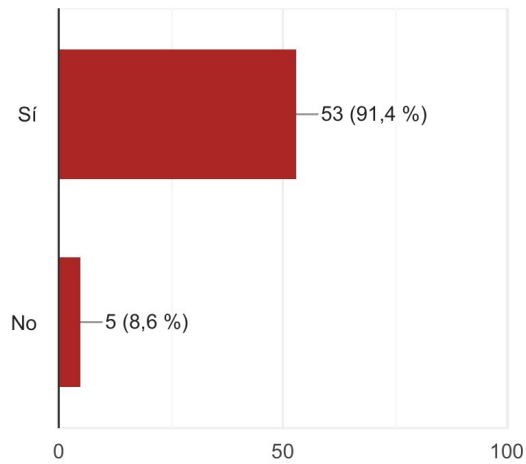
58 respuestas



4.¿Considera que la Pandemia Covid-19 ha supuesto un antes y un después en su manera de trabajar y en su estado físico/emocional?

¿Considera que los factores estresantes podrían eliminarse o reducirse?

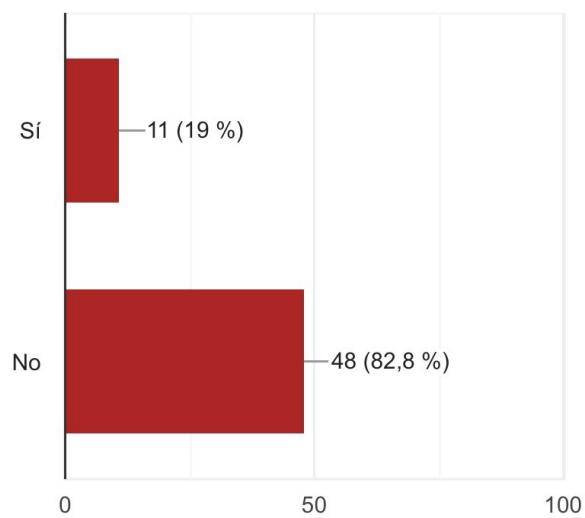
58 respuestas



4.¿Actualmente cambiaría de profesión?

¿Actualmente cambiaría de profesión?

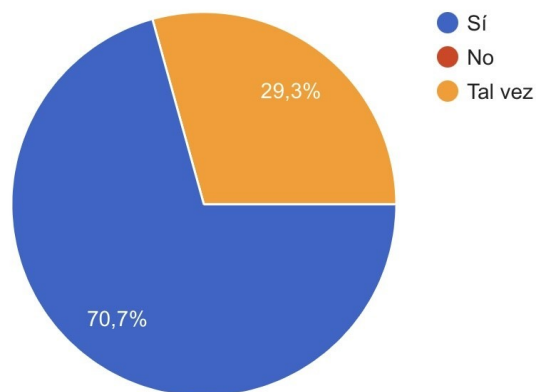
58 respuestas



5.¿Cree que la situación actual ha influido en sus resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory y por lo tanto en la medición del Sd. de Burnout?

¿Cree que la situación actual ha influido en sus resultados del cuestionario Maslach Burnout Inventory y por lo tanto en la medición del Sd. de Burnout?

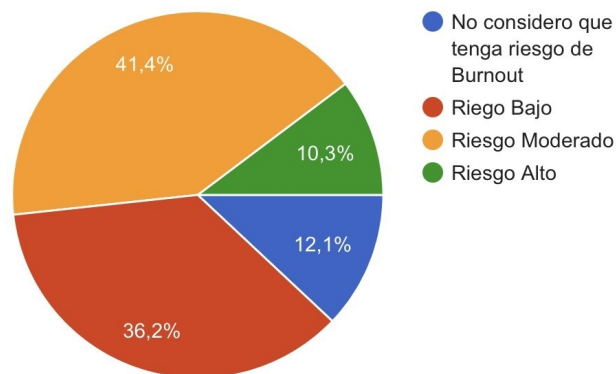
58 respuestas



6. Sin conocer los resultados de su cuestionario Maslach Burnout Inventory, ¿que nivel de riesgo de Burnout considera que tiene?

Sin conocer los resultados de su cuestionario Maslach Burnout Inventory, que nivel de riesgo de Burnout considera que tiene?

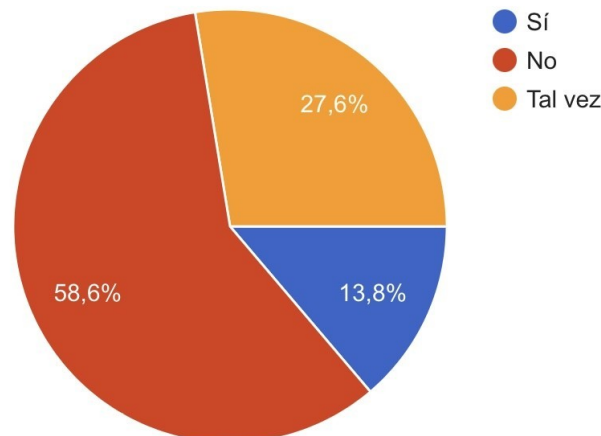
58 respuestas



7.¿Cree que sufre fatiga por compasión, independientemente de la aparición del COVID-19?

¿Cree que sufre fatiga por compasión,
independientemente de la aparición
del COVID-19?

58 respuestas



El 58,6% de las encuestadas considera que no sufre este tipo de fatiga.

¿Y que es la “Fatiga por Compasión”?

La “*Fatiga por Compasión*” o “*desgaste por empatía*” es un concepto reciente que fue introducido en el año 1995 en el área de la salud por Charles Figley, director del Traumatology Institute at Tulane University (New Orleans). Éste observó que los profesionales de la salud (enfermeras, terapeutas, trabajadores sociales, etc.), que trabajaban con personas traumatizadas en el área de la salud mental, con el paso del tiempo llegaban a experimentar de forma indirecta los efectos del trauma que padecían las personas a las que asistían o cuidaban; por este motivo dicho concepto se ha venido incluyendo y desarrollando en diversos estudios sobre el trauma.

La fatiga por compasión es considerada un tipo de estrés resultante de la relación de ayuda terapéutica, de la empatía y del compromiso emocional. Este término visibiliza una realidad que afecta específicamente a profesionales que trabajan con el objetivo de aliviar el sufrimiento en la vida de las personas que atienden, aparte de ser vulnerables a otro tipo de estrés o al desgaste por el trabajo.

Es el estrés generado al estar en contacto con pacientes que se hallan en estado de profundo dolor: entendiendo este como sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual y que precisan de un profundo cuidado.

La fatiga por compasión es el resultado final de un proceso progresivo y acumulativo que es causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, el uso de uno mismo, y la exposición al estrés.

Se desarrolla a partir de un estado de malestar, que si no desaparece a través de un descanso adecuado, conduce al estrés que excede los niveles de resistencia, y en última instancia se convierte en la fatiga por compasión.

La fatiga por compasión es un estado, donde la energía compasiva que se gasta supera sus procesos restaurativos y se pierde el poder de recuperación. Todos estos estados se manifiestan con marcados cambios físicos, sociales, emocionales, espirituales e intelectuales que aumentan en intensidad progresivamente.

Figley indicó que la fatiga por compasión es un fenómeno que se produce debido al pobre autocuidado, a un trauma del pasado no resuelto, a la incapacidad o la negativa para controlar los factores del estrés y a la falta de satisfacción en el trabajo.

CONCLUSIONES:

La muestra obtenida no es homogénea. Por ello y por la escasez de los cuestionarios contestados, esta muestra no es representativa. Pese a ello nos atrevemos a sacar conclusiones, para futuras investigaciones de mayor envergadura.

1. El S. de Burnout es sufrido por un altísimo porcentaje de matronas, en mayor o menor medida.

La mayor parte de las matronas sufren un nivel bajo antes de la pandemia, pero nos parece muy preocupante que el grueso de estas, sea matronas jóvenes con poca experiencia y formadas con el modelo EIR (enfermera interna residente), lanzamos varias hipótesis sobre esto:

- La situación laboral: precaria, temporal e inestable. Reflejo de la actualidad social que vive España. Esta situación se ve reflejada en el trabajo diario de estas profesionales.
- La formación tipo EIR, a la cual se accede tras un proceso selectivo, largo (media de acceso entre 2-6 años) y muy competitivo (media de 300 plazas para 14.000 solicitudes de media).
- La alta cualificación tras el periodo formativo, que hace que las metas profesionales que se imponen sean muy ambiciosas y en la mayoría de las ocasiones no estén acordes con la realidad laboral.

Por otro lado también observamos como las matronas con más experiencia, se distribuyen en rangos muy dispares de Burnout. Un porcentaje pequeño, con ausencia de Burnout y el doble, con Burnout moderado.

- El lugar de trabajo, las cargas asistenciales y las herramientas personales para afrontar el estrés parecen ser las causantes de esta distribución.

2. Otro aspecto a tener en cuenta es, el salario percibido. Con el cual un gran porcentaje no está de acuerdo. Creemos que esto se debe a que tras la adquisición del título de Enfermera Especialista, las matronas no ven incrementado su salario. Esto también es causa de frustración, debido a que tras un acceso de alta competencia, la posterior formación de dos años, y la adquisición de mayor responsabilidad laboral, el reflejo salarial es nulo.

Creemos que el SNS debería plantearse estos hechos.

3. En cuanto al ámbito de trabajo. Claramente los hospitales con un modelo de paritorios de baja intervención, donde la matrona es responsable de las gestaciones y partos fisiológicos; estas pueden desarrollarse en mayor medida, lo que provoca una mayor realización profesional y disminuye el Burnout.

También en relación con el ámbito laboral, vemos como las buenas relaciones del equipo multidisciplinar favorecen una mejor percepción de la calidad asistencial y reduce los estresores que provoca un servicio en el que el trabajo en equipo se ve mermado.

4. La relación que las matronas establecen con las gestantes a las que atienden, cambia a lo largo de sus carreras profesionales y vemos clara relación con los niveles de Burnout.

- Las matronas que refieren no haber cambiado su relación, presentan mayor Burnout y pensamos que esto puede deberse al tipo de modelo asistencial que las mujeres reciben en nuestro SNS. Que en muchas ocasiones impide a las matronas, relacionarse con las gestantes de la manera que tanto la evidencia como las guías de actuación de las diversas comunidades científicas, sugieren. Creando frustración y descontento en las matronas, por no realizar su trabajo. Sugerimos que esto se debe a la gran carga asistencial, que imposibilita un trato individualizado (One to One).
- Por otro lado observamos que las matronas que no presentan niveles de burnout, si refieren un cambio a lo largo de su carrera en el trato a las gestante. Pensamos que podría deberse a la adquisición de herramientas y adaptación al medio hospitalario del SNS.

Respecto a los resultados obtenidos tras la aparición de la pandemia, debemos destacar que sólo un 3,4% no presenta ningún riesgo de Burnout, y que a diferencia de antes de la pandemia que no había ninguna matrona con riesgo alto, ahora hay un 12%. Dato alarmante si lo extrapolamos.

En cuanto a las preguntas de la encuesta, los datos hablan por si sólo, aún teniendo en cuenta la escasez de la muestra, es muy llamativo que:

- El 60% de las encuestadas ha cambiado a peor su relación con las mujeres/familias.
- El 91,4% opina que los factores estresantes podrían eliminarse o reducirse, el mismo porcentaje de encuestadas cree que a menor satisfacción laboral, peor desempeño laboral y que la pandemia ha supuesto un antes y un después en su manera de trabajar y en su estado físico/emocional.
- El 19% cambiaría actualmente de profesión, es un dato llamativo, dada la situación actual de estrés que sufre la sociedad en general tras la pandemia. Podríamos relacionar este dato con la vocación de esta profesión.

Si comparamos la percepción que tienen de tener riesgo de Sd. De Burnout y los resultados del cuestionario MBI, sólo encontramos diferencia en que el 12% de los encuestados considera que no tiene riesgo de sufrir Burnout y realmente, es un 3,4 % el que no presenta riesgo. El resto de los porcentajes en ambos grupos en los diferentes niveles de riesgo es muy semejante.

No podemos olvidarnos de hablar de la fátiga por compasión, ya que el grupo de los que creen que “Tal vez” o “Sí “ sufren fatiga por compasión independientemente de la pandemia COVID, suman un 41,4%.

Debemos investigar más sobre este fenómeno, aumentar y fomentar el autocuidado, intentar resolver traumas del pasado no resuelto, obtener herramientas para controlar los factores del estrés y trabajar para aumentar la satisfacción en el trabajo.

Ponemos de manifiesto la necesidad de profundizar más en este tema tanto del Síndrome del Quemado como de la Fatiga por compasión con estudios futuros, con los que poder localizar las razones de su aparición en las matronas Españolas y así poder tomar medidas, tanto formativas como asistenciales, que mitiguen este síndrome, y se traduzcan en una mejora asistencial a las mujeres y sus familias.

DISCUSIÓN

- El agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, causado por la alta implicación con personas en situaciones de alta demanda social pueden ser evitados.
- No se debe olvidar que el deterioro de la calidad de vida laboral, y más en esta profesión, tiene importantes repercusiones e impacto negativo sobre la sociedad en general.
- Es evidente que la mejora del trabajo en equipo con unas mejores herramientas de comunicación previenen el Burnout y mejora la salud de madres y bebés, por eso se debe trabajar en ello.
- El impacto de la Pandemia COVID-19 sobre el Burnout en las matronas debería estudiarse en profundidad, ya que creemos que todavía no han salido a la luz las consecuencias entre este colectivo y en los profesionales sanitarios en general.
- Creemos que es de vital importancia establecer cuanto antes protocolos de diagnóstico y tratamiento de este Síndrome infravalorado.
- Y sí hablamos del coste emocional de los cuidados, las relaciones con las gestantes y sus familias son clave para la satisfacción laboral de las matronas. Las matronas cuidamos, y si nos referimos a cuidar como el proceso de prevenir, tratar y manejar situaciones y enfermedades, y conservar el bienestar físico y mental; debemos incluir también las necesidades emocionales de la mujer y la familia; y para atender las necesidades emocionales de otra persona, se requiere trabajar desde las propias emociones.
- Sabemos que el estrés de las matronas aumenta considerablemente con cualquier cambio en su sentimiento de control, falta de supervisión, sobrecarga de trabajo, el acompañamiento al duelo,.. La disparidad entre lo que hay y como deberían ser las cosas, la falta de formación continuada, de reconocimiento... Y cuando una matrona está estresada, es una matrona agotada, frustrada, con miedo, sin ganas de asumir riesgos, con relaciones personales muy afectadas y erosionadas, que reducen su jornada, reducen sus expectativas. No hay continuidad en los cuidados, cambian de servicio, utilizan estrategias de afrontamiento que las distancian de las mujeres, se disocian,... partos sin asistencia de calidad, no comunican, evitan, se dan de baja, se encuentran indefensas,... Cuestionamiento personal constante y con un importante efecto en su vida privada... ¿NOS PARECE POCO?

Al determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con factores sociodemográficos y laborales, se podrían justificar a futuro acciones institucionales, administrativas o de investigación que permitan la prevención y el tratamiento del mismo, generando un impacto positivo no solo a nivel del trabajador sino sobre la salud de la población. Por tanto, resulta primordial la realización de más estudios que generen datos epidemiológicos propios.

Nuestro objetivo futuro desarrollar herramientas para el autocuidado, la prevención y el empoderamiento profesional de las matronas. Atender partos de forma saludable, tener más en cuenta los aspectos emocionales, prestar más atención al estrés laboral, incrementar conciencia sobre la dimensión psicológica del trabajo de las matronas para ayudar a proteger y cuidar su salud mental. Cuidarse para cuidar, combatir el Burnout.

¿Cómo lo podemos hacer?

A nivel individual: educación en profesionales sanitarios, marcarse expectativas realistas, entrenamiento en solución de problemas, en asertividad, conocimiento del Síndrome, atención de los supervisores en los puestos de mayor riesgo, gestión de emociones,...

A nivel grupal: grupos de apoyo, expresar y compartir ideas de incompetencia, de fracaso, relativizar y aclarar. Crear grupos informales, favorecer el ambiente, no entrar en temas personales, estimular la retroalimentación positiva. Evaluación y retroinformación, fomentar la carrera profesional,...comunicar.

ESTAMOS A TIEMPO ¿QUÉ NOS DETIENE?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Olivares Faúndez VE, Gil Monte P. Analysis of the main strengths and weakness of the "Maslach Burnout Inventory" (MBI). UNIPSCO. 2001.
- 2.Quiceno J, Vinaccia S. Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo. Acta Colombiana de Psicología. 2007; 117-125.
- 3.Maslach C, Jackson S, Leiter M. MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. California: Consulting Psychologists Press; 1996.
4. Gil P, Peiró J. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología. 1999; 261-8.
- 5.Lubica B, Martina B. International Conference on Intercultural Education "Education and Health: From atranscultural perspective" Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery a Comenius University, Jessenius Faculty of Medicine, Department of Midwifery, Martin, Slovakia. 2014.
- 6.Gutiérrez G, Celis M, Moreno F, Farias F, Suárez J. Síndrome de Burnout. Arch Neurocienc 2006; 305-9.
- 7.Asociacion Española de Matronas. Informe Lucina La Salud de las Matronas. 2004.
- 8.Ingegerd H, Kajsa W, Ingela W. Burnout in Swedish Midwives. Sex Reprod Healthc 2013; 4(3):87-91.
- 9.Understanding Stress and Burnout in Birth Suite Midwives Lynette Mary Walpole BA (Hons) School of Social Sciences and Psychology. Faculty of Arts, Education and Human Development Victoria University. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. April 2011.
- 10.Sunniva E, Peter O, Birgit A. National Institute of Occupational Health, Muriel E. Thesis Motivation and Burnout in Human Service Work The Case of Midwifery in Denmark Copenhagen, April 2006.
- 11.Studio Hunter 2006.
- 12.The Joint Commission. Behaviors that undermine a culture of safety. Sentinel Event Alert 2008. p.40.
- 13.Newton MS, McLachlan HL, Willis KF, Forster DA. Comparing satisfaction and burnout between caseload and standard care midwives: Findings from two cross-sectional surveys conducted in Victoria, Australia. BMC Pregnancy Childbirth 2014 24;14:426.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- 1.De Gracia Gómez G. Evaluación de la satisfacción laboral de las matronas en atención especializada. [Trabajo fin de Máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2018.
2. 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.
3. Gómez Nadal E. Turnicidad y accidentabilidad como factores predictores de Burnout. [Trabajo fin de máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2017.
4. 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.

5. 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.
6. 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.
7. Sánchez Martínez MC. Evaluación de la satisfacción laboral de las matronas y enfermeras. [Trabajo fin de máster]. Universidad Miguel Hernández. Elche; 2016.
8. 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.
9. <https://www.psicoadictiva.com/blog/la-fatiga-compasion/>

ANEXOS

1. CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY

CUESTIONARIO BURNOUT

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Tengo facilidad para comprender como se sienten mis alumnos/as.	
5	Creo que estoy tratando a algunos alumnos/as como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con alumnos/as supone un gran esfuerzo y me cansa.	
7	Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis alumnos/as.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis alumnos/as.	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión docente.	
11	Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Creo que trabajo demasiado.	
15	No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis alumnos/as.	
16	Trabajar directamente con alumnos/as me produce estrés.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis alumnos/as.	
18	Me siento motivado después de trabajar en contacto con alumnos/as.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.	
22	Creo que los alumnos/as me culpan de algunos de sus problemas.	

Puntuación:

- Puntuación inferior a 48: No existencia de riesgo.
- De 48 a 168: riesgo bajo (tome decisiones).
- Entre 169 a 312: riesgo moderado (desarrolle un plan para corregir las áreas del problema).
- Más de 313 (máx. 432): riesgo alto (necesidad urgente de acciones correctivas).