

Curso online

# Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio



**Dirigido por  
Ibone Olza**

inscripciones abiertas  
**saludmentalperinatal.es**



Instituto Europeo de  
**Salud Mental Perinatal**



# La salud mental de los profesionales de la perinatalidad

IBONE OLZA



Estudio de la Satisfacción Laboral y el Síndrome de Burnout en los Profesionales Sanitarios de un Hospital General  
I. Olza Fernández 1999



IN MEMORIAM....

Satisfacción laboral y salud  
psíquica en el mundo sanitario.

¿Un lujo?

Gloria Fernández Canti

Todo hospital, ISSN 0212-1972, Nº 118, 1995, págs. 29-36



# PROFESIONALES DE LA PERINATALIDAD

- Primera línea: obstetras, matronas, pediatras, enfermería (también el resto)



- Profesionales de la salud mental perinatal
- Peculiaridades del contexto perinatal:
  - La paciente son dos...y además no es paciente
  - Embarazo: complejidad tratamientos y decisiones
  - Parto: estado alterado de conciencia
  - Vida /muerte
  - Nace un bebé, nace una familia
  - Aspectos éticos
- Riesgo, dificultades, contextos:
  - institución
- EQUIPO (o ausencia de)
- Propuestas



# Staff burn-out Freudenberg, 1974

- “Siente que no puede controlar sus emociones: llora con facilidad, grita, piensa que los demás sólo quieren fastidiarle, incluidos sus propios compañeros...Puede tener sentimientos de omnipotencia: piensa que el ya ha pasado por todo y que lo sabe todo, se vuelve cínico, no escucha, comienza a presentar conductas de riesgo...”
- “Los más entregados y comprometidos”



# Síndr. de Burnout. Maslach, 1982

- “Pérdida de interés por la gente con la que se trabaja... se caracteriza por un agotamiento emocional en el que el profesional ya no tiene ningún sentimiento positivo, simpatía o respeto hacia los pacientes o clientes”.
- Agotamiento emocional
- Despersonalización
- Baja autoestima profesional





# Alarma burnout obstetras (AJOG 2017)

Call to Action

ajog.org

## Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout



Fouad Atallah, MD; Sandra McCalla, MD; Scarlett Karakash, MD; Howard Minkoff, MD

“No man is an island, Entire of itself. Each is a piece of the continent, a part of the main. [...] Each man’s death diminishes me, for I am involved in mankind. Therefore, send not to know for whom the bell tolls, It tolls for thee.”

John Donne

*Devotions upon Emergent Occasions*

**B**urnout is a silent killer. While the metaphor of the silent killer is often used in conjunction with diseases such as hypertension or ovarian cancer, in organizational psychology it is aptly applied to burnout. Burnout afflicts the workplace, and hospitals, clinics, and doctors’ offices are not exempt. In fact,

**THE PROBLEM:** Burnout among healthcare workers has reached epidemic proportions. Obstetrician/Gynecologists are not exceptions. Burnout is a phenomenon that can be difficult to distinguish from other entities, but one that has far-reaching consequences that can be deleterious both to physicians and to their patients. Most worrisome are its insidious nature, its contagiousness, and its relationship to depression. To date there has been a paucity of solutions proven to effectively fight burnout, and the implementation of those that may be helpful has been fragmented.

**A SOLUTION:** An aggressive and multi-pronged approach is warranted that focus at the individual, departmental, institutional and national levels. Potential solutions should take into account external and internal factors, as well as issues of feasibility, impact and cost. Interventions that may play a role include cognitive-behavioral therapy, enhanced communication, physician well-being programs, improving work conditions, and advocacy efforts.





# ALARMA BURNOUT MATRONAS (2015)

G Model  
WOMBI-480; No. of Pages 8

ARTICLE IN PRESS

Women and Birth xxx (2015) xxx-xxx



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Women and Birth

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/wombi](http://www.elsevier.com/locate/wombi)



## DISCUSSION

‘Midwives Overboard!’ Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on

Sally Pezaro <sup>a,\*</sup>, Wendy Clyne <sup>b</sup>, Andrew Turner <sup>c</sup>, Emily A. Fulton <sup>d</sup>, Clare Gerada <sup>e</sup>

<sup>a</sup> Faculty of Health & Life Sciences, Coventry University, United Kingdom

<sup>b</sup> Research Development Lead in Health, Faculty of Health & Life Sciences, Coventry University, United Kingdom

<sup>c</sup> Centre for Technology Enabled Health Research, Children and Families Research, Faculty of Health & Life Sciences, Coventry University, United Kingdom

<sup>d</sup> Centre for Technology Enabled Health Research, Faculty of Health & Life Sciences, Coventry University, United Kingdom

<sup>e</sup> The Hurley Group, London, United Kingdom



# Carta de despedida de una matrona

*No puedo trabajar de manera individualizada con la mujer cuando estoy atendiendo a tantas mujeres a la vez. Me resulta casi imposible ofrecer cuidados de calidad a las mujeres y sus bebés cuando tengo que atender a tantas. No siempre puedo ser empática y amable cuando tengo hambre y estoy agotada porque no hay nadie que me releve. Personalmente me resulta devastador, ya que fue precisamente el cuidar a las mujeres, el darles unos cuidados de alta calidad y seguros y con compasión lo que primero me motivo a ser matrona*

*La realidad es que a menudo mi trabajo me deja agotada, frustrada e insatisfecha, y así no puedo hacer el buen trabajo que se que soy capaz de hacer.*

*<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/a-call-from-the-midwife-why-i-am-resigning-after-10-years-in-the-nhs-9035417.html>*



# Burnout en matronas, Mollart 2013.

Women and Birth (2013) 26, 26–32



available at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



journal homepage: [www.elsevier.com/locate/wombi](http://www.elsevier.com/locate/wombi)



## Factors that may influence midwives work-related stress and burnout

Lyndall Mollart <sup>a,\*</sup>, Virginia M. Skinner <sup>b</sup>, Carol Newing <sup>a</sup>, Maralyn Foureur <sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Maternity Services, Central Coast Local Health District, PO Box 360, Gosford, New South Wales, Australia*

<sup>b</sup> *School of Nursing and Midwifery, Newcastle University, University Drive, Callaghan, New South Wales 2308, Australia*

<sup>c</sup> *Centre for Midwifery, Child and Family Health, University of Technology Sydney, PO Box 123, Broadway, New South Wales 2007 Australia*

Received 14 June 2011; received in revised form 3 August 2011; accepted 4 August 2011



ORIGINAL

Texto completo

### Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco)

Mónica *Blas Robledo*

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Basurto, Osakidetza -SVS-, Bilbao, España

Manuscrito recibido el 3.9.2012

Manuscrito aceptado el 27.4.2012

Evidentia 2013 jul-sep; 10(43)

#### Cómo citar este documento

Blas Robledo, Mónica. Síndrome de Burnout y Calidad de Vida Profesional Percibida en matronas de Vizcaya (País Vasco). Evidentia. 2013 jul-sep; 10(43). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev8065.php>> Consultado el 14 de Abril de 2015

- Objetivo principal: Conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y el nivel de Calidad de Vida Profesional Percibido por las matronas de Vizcaya que trabajan en Osakidetza.
- Metodología: Estudio transversal descriptivo, entre las matronas asistenciales de Comarca Bilbao y el Hospital Universitario Basurto (Bilbao), utilizando el Cuestionario M.B.I. (Inventario Burnout de Maslach), el Cuestionario de Calidad de Vida Profesional global percibida (CVP-35), y un cuestionario que recoge los datos socio-demográficos y laborales.
- Resultados principales: El 28, 57% de las matronas de A.P. estudiadas tienen niveles elevados de Síndrome de Burnout.
- Conclusión principal: Las matronas hospitalarias perciben un nivel de Calidad de Vida Profesional menor que las matronas de Atención Primaria debido principalmente a la mayor carga de trabajo percibida. La situación laboral inestable influye también en la Calidad de Vida Profesional Percibida.



[https://www.eldiario.es/canariasahora/tribunales/jueza-incapacidad-trabajadora-sindrome-trabajador\\_quemado-estres\\_laboral-sentencia-Seguridad Social 0 812269112.html](https://www.eldiario.es/canariasahora/tribunales/jueza-incapacidad-trabajadora-sindrome-trabajador_quemado-estres_laboral-sentencia-Seguridad Social 0 812269112.html)

eldiario.es

canariasahora EL PRIMER PERIÓDICO DIGITAL DE CANARIAS

Secciones ▾ Top Secret El Diario Agrícola Deportes Canales ▾ Opinión ▾ Viajar Aca

TRIBUNALES

### Una jueza concede por segunda vez la incapacidad a una matrona afectada por el síndrome del trabajador quemado

Una matrona del Materno Infantil de Gran Canaria recupera la pensión al concederle de nuevo la justicia la incapacidad por estrés laboral que le denegó la Seguridad Social

La sentencia acredita que los síntomas que padece la empleada pública (cuadros de ansiedad) afloran cuando está en contacto con su puesto de trabajo

Iván Suárez [Seguir a @ivansuarez...](#) Las Palmas de Gran Canaria

09/09/2018 - 21:24h





[https://www.eldiario.es/canariasahora/tribunales/jueza-incapacidad-trabajadora-sindrome-trabajador\\_quemado-estres\\_laboral-sentencia-Seguridad\\_Social\\_0\\_812269112.html](https://www.eldiario.es/canariasahora/tribunales/jueza-incapacidad-trabajadora-sindrome-trabajador_quemado-estres_laboral-sentencia-Seguridad_Social_0_812269112.html)

- “No está en condiciones de realizar con profesionalidad y eficacia las funciones fundamentales de su profesión habitual de matrona”, recoge la resolución judicial, que sitúa el origen de su trastorno de adaptación con alteración ansioso-depresiva en el síndrome del trabajador quemado, que le genera “ansiedad, irritabilidad, desespero, inquietud, presencia de insomnio y sentimiento de incapacidad hacia su valía profesional”, lo que, a su vez, se traduce en “agotamiento progresivo, trastornos de sueño y situaciones de estrés en su puesto de trabajo”.
- La sentencia de 2015 vinculaba la aparición de este síndrome a una serie de circunstancias que la matrona padeció en su puesto desde 2003, entre los que citaba los conflictos laborales por la falta de personal o la sobrecarga de trabajo, además de los encontronazos con sus compañeros y superiores por discrepancias respecto a los protocolos de partos en el Materno Infantil.



# Equipo multidisciplinar

- Las herramientas de comunicación son un aspecto clave para el resultado, que además son percibidas por la usuaria y su familia.
- Educación y conocimiento interprofesional
- Pero hay muchas barreras para la comunicación
  - Estructurales
  - Lenguaje
  - A quien se rinden cuentas
- ¿De quien son “las pacientes”?

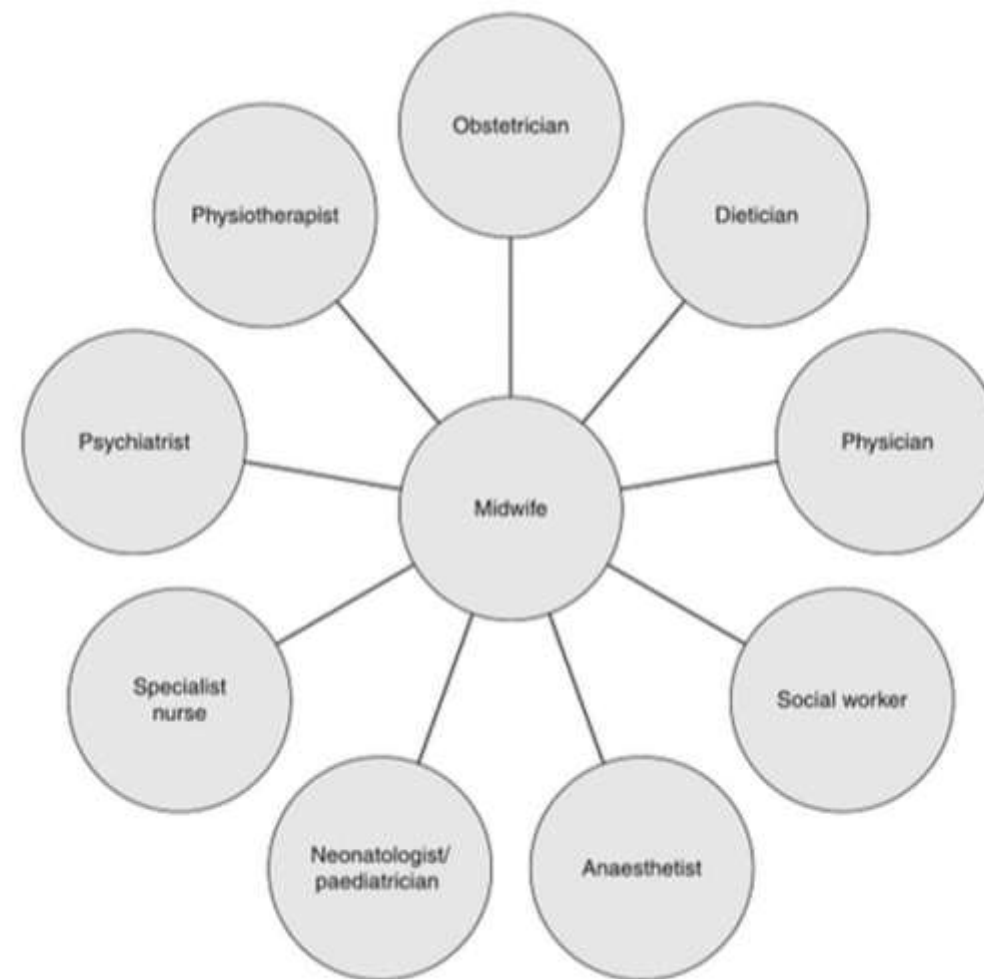


Figure 2.1 Possible members of the multi-professional team.



# Modelo médico versus modelo matronería COEXISTENCIA

- CENTRADO EN DETECCIÓN PATOLOGÍA
- PARTO = RIESGO
- CENTRADO EN PREVENCIÓN
- PARTO = SALUD, SEXUALIDAD







# PARTO NORMAL VERSUS PARTO DE ALTO RIESGO

- Límites no están claros
- Incluso cuando un parto pasa a ser de riesgo o medicalizado la presencia de la matrona es necesaria
- ¿Quién atiende y desde que lugar el parto intervenido?



# Los conflictos entre los profesionales del parto



# Relación de los profesionales con la parturienta

- Necesidades de acompañamiento en el parto
- Apoyo y soporte físico
- Confianza, respeto, honestidad
- Equipo unido
- Tolerar estado de la mujer, exposición sexual
- Contención y supervisión



# Condiciones o requisitos para la atención al parto

- Tradicionalmente se reconocía que las matronas tenían un vínculo ancestral con la vida y con la muerte.
- Antiguamente, dos condiciones de las parteras en Inglaterra
  - **ser fuerte físicamente**, para resistir, sostener físicamente a la parturienta, no no dormir, etc.,.
  - **Ser valientes**





# El coste emocional de los cuidados

- Para atender las necesidades emocionales de otra persona se requiere **trabajar desde las propias emociones**, lo que puede ser fuente de estrés en los sanitarios.
- **Empatía**. Capacidad de experimentar lo que sienten otros y de participar en su experiencia
- RELACION MATRONA MUJER : Alto grado de mutualidad y reciprocidad, puede ir más allá de la empatía.
- **Alta identificación**.
- Estudio Hunter 2006 explora la experiencia de las matronas: “cuanto más se implican, si algo va mal es devastador”.





- Pembroke: espiritualidad en matronería, reciprocidad en la relación. **La matrona tiene que estar abierta, estar preparada para que la experiencia de la mujer afecte a nivel personal.**
- Lundgren, 2002, entrevistas en Suecia a matronas. Necesidad de identificarse con la mujer, y con su experiencia del dolor.
- Lundrgren 2007 . ¿Riesgo del exceso empatía?
- Relación íntima.

*“Es la disponibilidad emocional de la matrona lo que favorece que la mujer se deje llevar, se entregue”*





# Relación profesional con la parturienta. Mavis Kirkham





# Matronas agotadas, frustradas, con miedo (M. Kirkham)

- Priorizan el afrontamiento
- Sufren bullying
- Se cubren las espaldas
- Minimizan las posibilidades de tener problemas
- No asumen riesgos
- Sus relaciones de ven muy afectadas y erosionadas
- Se van, lo dejan. Algunas se convierten en doulas, interesante
- Disminuyen horas de trabajo. Reducción jornada mayoría de matronas en reino unido trabajan a media jornada, no para cuidar niños ni ancianos sino para afrontar...para dar mejores cuidados...ganan menos para cuidarse...¿esta bien o es explotación?
- Reducen sus expectativas, no hay continuidad de los cuidados..
- Disociación, estrategias afrontamiento a corto plazo que les distancian de las mujeres...







# Seres humanos con emociones contradictorias. R. Schallman



- Personalmente siento mucho la carencia de un espacio de reflexión compartida sobre lo que me pasa en el ejercicio de mi oficio, y paso buena parte del tiempo pensando como subsanarla.
- ¿Qué nos pasa cuando estamos al lado de alguien que siente dolor? ¿cómo vivimos nuestro propio dolor como para poder entender lo que le ocurre al otro?



¿Como nos sentimos cuando la pareja es separada en la puerta de la sala de partos? O al revés, ¿cuando en la sala de partos se besan eróticamente y se dicen palabras sensuales? Si podemos registrar los sentimientos que nos generan estas situaciones saldremos de un parto diciendo “ a mi me pasó tal cosa” “ hoy me sentí pésima”, podremos dejar esas sensaciones ahí, no las llevaremos incorporadas en el inconsciente sin saber cuando ni como reaparecerán.

R. Schallman



# Los deseos...R. Schallman

- ..por ejemplo la “mamá quiere una cesárea y la partera quiere que tenga un parto vaginal” ...
- *Debo respetar su necesidad y acompañarla en ello. La frustración debe de ser mía, no de ella. Aceptarlo y ponerlo en practica me llevo años y fue un trabajo duro. ..*
- *Las parteras tenemos que aprender a manejar nuestra frustración*



# El poder...R. Schallman

- “Hice el parto...”
- La sumisión al poder masculino/obstétrico
- ¿Qué significa para las parteras que al final del parto venga el médico o médica a recoger al bebé?
- Los vínculos: Dificultades en la relación con algunas mujeres, expresarlas
- Poner límites



# Entrevista con Mary Jackson

- Si, como comadrona, entro en un nacimiento y no he integrado lo que ocurrió en el último nacimiento, y ha ocurrido algo impactante, y **llevo todo eso al siguiente nacimiento**, entonces la preocupación, la carga, el temor y la constricción van a estar presentes en mi cuerpo. Voy a tener la preocupación de que podría ocurrir lo mismo en el nacimiento actual, en lugar de verlo como una experiencia nueva e individual, y diferenciar realmente entre lo que ocurrió en el último nacimiento y lo que está ocurriendo ahora mismo.





## Entrevista con Mary Jackson

- Siempre había sentido curiosidad por saber por qué cada comadrona que conocía tenía alguna dificultad en torno al nacimiento en distintas áreas. Una comadrona podía tener dificultades con las hemorragias, o con ayudar al bebé a respirar, o se molestaba mucho cuando se separaba al bebé de la madre, o con la distocia del hombro. Yo podía estar con alguien que estuviera sangrando, y podía ayudar a un bebé a respirar, pero mi problema era la distocia del hombro.



# Entrevista con Mary Jackson

- Pude mirar lo que había en mi propio nacimiento, el cordón me había apretado el cuello, y tenía mucho miedo cuando saqué la cabeza y todavía tenía el cuerpo dentro; el oxígeno se estaba reduciendo y se cortó. Sentí que podía morir allí mismo. Y no morí, sabes, tiré adelante, nací y mi mamá me dio a luz; lo hicimos juntas. Estando con familias en esta misma situación, cuando la cabeza del bebé está fuera, pero los hombros se quedan atascados, me ponía muy ansiosa internamente, y se producía una aceleración en mí, y se activaba el mecanismo de lucha o huida y quería escapar, pero me quedaba y daba apoyo a la madre para que alumbrara al bebé, y para que este naciera. Tuve que hacer trabajo dentro de mí. Al integrar esta pieza de lo que me había ocurrido en el momento del nacimiento, entendí que en realidad este era el recuerdo que se activaba cada vez que veía a una familia pasar por esta experiencia. De modo que, por supuesto, después de integrar esta parte de mi historia, el siguiente nacimiento al que asistí fue un caso de distocia en el hombro.*



# El coste emocional de los cuidados

- En la matroneria no se tienen en cuenta aspectos emocionales
- Necesidad real de apoyo emocional, que no se contempla en el currículum
- Escasa atención al estrés traumático en matronas.
- Incrementar consciencia sobre la dimensión psicológica del trabajo de las matronas puede ayudar a proteger y cuidar su salud mental
- El trauma secundario en matronas tiene alto coste económico, abandono.
- El trabajo independiente, ¿aumenta el riesgo de trauma secundario por la relación íntima y mutua con la mujer, o le protege?





www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22788967

NCBI Resources How To

PubMed.gov  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

## ESTRES POSTTRAUMÁTICO SECUNDARIO EN ENFERMERAS DE PARITORIO

Display Settings: Ab

*J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012 Nov-Dec;41(6):747-60. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x. Epub 2012 Jul 12.

### A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses.

Beck CT, Gable RK.

University of Connecticut, School of Nursing, Storrs, CT 06269-2026, USA. cheryl.beck@uconn.edu

#### Abstract

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence and severity of secondary traumatic stress in labor and delivery (L&D) nurses and to explore nurses' descriptions of their experiences attending traumatic births.

**DESIGN:** A mixed methods convergent parallel design was used.

**SETTING/PARTICIPANTS:** A random sample of 464 L&D nurses obtained from the membership list of the Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) participated in this mail survey.

**METHODS:** In the quantitative approach of this mixed methods study, participants completed the Secondary Traumatic Stress Scale. For the qualitative approach, the nurses were asked to describe their experiences being present at a traumatic childbirth.

**RESULTS:** In this sample, 35% of the L&D nurses reported moderate to severe levels of secondary traumatic stress. Content analysis of the participants' descriptions of being present at traumatic births revealed six themes: (a) magnifying the exposure to traumatic births, (b) struggling to maintain a professional role while with traumatized patients, (c) agonizing over what should have been, (d) mitigating the aftermath of exposure to traumatic births, (e) haunted by secondary traumatic stress symptoms, and (f) considering foregoing careers in L&D to survive.

**CONCLUSION:** With 35% of this sample of L&D nurses reporting at least moderate secondary traumatic stress, nurses need to consider the possible impact their work may be having on them and take preventative measures to address their current symptoms.

© 2012 AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

PMD: 22788967 [PubMed - in process]

+ Publication Types

+ LinkOut - more resources

© Ibone Olza



# I. Indefensión

- Sentir que no puedes ayudar
- Sentirse enfadada e impotente
- Sentir impotencia porque la persona con más autoridad está causando un trauma innecesario
- Sentirse enfadada con el médico por no escuchar
- *¿Por qué no el médico no me hizo caso?*



- Frases de uso frecuente "El médico la violó", "un parto perfecto se tornó violento "," violencia innecesaria con su periné ","me sentí cómplice de un delito ".
- *"El médico la trató como un pedazo de carne. Después del nacimiento del bebé, procedió a poner su mano en el interior prácticamente la mitad de su brazo para empezar a tirar de la placenta. Ella gritó "algo no está bien. Nunca me lastimaron tanto antes."*
- "Me sentí como si estuviera viendo una violación ".



## II. Cuestionamiento personal/darle vueltas a como pudo haber sido

- *¿Hice algo mal?*
- *¿Me perdí algo?*
- *¿Hice todo lo que tenía que hacer?*
- *¿Pude evitar esto?*
- *¿se podía haber hecho algo diferente?*



### III. Fracaso en proteger a las pacientes

- *Siento que le fallé a mi paciente*
- *Abandoné a mi paciente a su suerte*
- *Debería haber parado al médico*
- *La mujer contaba conmigo para que la defendiera*



Esta enfermera admitió que uno de sus nacimientos más traumáticos implicó a una madre de 15 años que quería un parto libre de drogas y epidural.

*Estaba petrificada del todo, lloraba con facilidad, y pasó la mayor parte del tiempo gritando. Durante el expulsivo el médico fue muy duro con el periné y le dijo que no estaba presionando eficazmente. Después de dos pujos el médico le hizo una episiotomía enorme y la mujer sintió todo. Ella gritó de tal manera que siempre me dan escalofríos al recordarlo. El médico dijo: "Esto es lo que sucede cuando usted no pide una anestesia epidural ". La joven madre se puso a llorar. Era terrible. Él le traumatizó y le atacó. Ese grito y el comentario del médico siempre me persiguen.*



La paciente era maravillosa, inteligente y cooperativa. Era fácil de tratar. Después varias horas en trabajo de parto con progreso normal, el médico la examinó. Me sorprendió cuando dijo que estaba lista para ir a la sala de partos. Una vez allí el parto se detuvo de nuevo, y le dijo que empezara a empujar.

Fue incapaz de empujar porque él empezó a gritarla. Me di cuenta de que estaba solo de 6 cm dilatada y que él estaba tratando de forma manual de que ella dilatara con cada contracción. Sólo recuerdo claramente que esta hermosa, inteligente y cooperativa mujer se convirtió en un animal gritando sin sentido bajo su tortura.

Nunca me he sentido tan impotente, indefensa, o inútil en mi vida. Realmente siento que le fallé a ella. Ella contaba con que yo la ayudara y yo dejé que el hombre la torturara. Me duele tanto el estómago de pensar en ello hoy en día como hace 40 años cuando sucedió.



# PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

- Muestra: profesionales atención al parto
- Estudio piloto: cuestionario online, autoadministrable, 11 items, anónimo. “Encuesta sobre violencia obstétrica para profesionales”.
- Posteriormente se realizará encuesta cuanti y cualitativa en profesionales de Comunidad de Madrid.
- 74 encuestas respondidas. 69 Mujeres, 5 hombres
- Edad (promedia) 37,7 años (23 a 67)
- Años de experiencia (promedia) 11,4
- DATOS PRELIMINARES





# RESULTADOS

- ¿Has sido testigo de V.O. en tu formación? **94% SI**
- Durante tu formación, ¿sientes que te enseñaron a ejercer o ser cómplice de la violencia obstétrica? **80% si**
- En tu trabajo en paritorio, ¿te has sentido obligado o presionado a/para ejercer prácticas que te parecían violentas? **78% si**



# ALGUNOS EJEMPLOS QUE DAN LOS PROFESIONALES de V.O.

- *Mujeres a las que se seda para que estén tranquilas y no molesten, partos que se instrumentan para que el residente practique, mujeres a las que se les chilla que están haciendo mal, que van a matar a sus hijos...*
- *Hacer tactos cuando no correspondía hacerlos. Hacer pH porque necesitaban estadísticas. Ser testigo de fórceps innecesarios porque se tenía que ir a cenar*
- *Incluso vi a una matrona pegar a una mujer porque no colaboraba*



- *Nos enseñan a que nos tenemos que proteger entre nosotros y por lo tanto si vemos algún caso de violencia siempre nos excusamos diciendo que lo sucedido es lo correcto y nunca le decimos la verdad a la mujer o apoyamos a la mujer.*



# Impacto personal: huida

- Me hizo buscar otras maneras de asistir y alternativas fuera de los hospitales.  
Asisto en casa
- Estoy cansado de luchar. Me ha costado ser oveja negra; he sufrido *mobbing*.
- Desmotivación, sentimiento de culpa
- Impotencia, profunda tristeza
- Agresividad
- Dejé de trabajar en un hospital. No quería ser cómplice
- Me ha marcado la vida. He tenido que dejar de trabajar en el sistema público y ejercer de forma privada, además de necesitar terapia por muchas situaciones traumáticas vividas
- decidir emigrar antes de trabajar en este país
- Desempleo



- Me he ido muchas veces llorando a casa y soñando con partos pasados. Y sobre todo he sentido profunda culpabilidad por haber sido en mayor o menor medida cómplice indirecto de semejante violencia.
- Llegar a pensar que muchas de las complicaciones que surgen son por nuestra culpa. Y sé que tengo razón porque la gran mayoría de partos se complican por el trabajo innecesario que realizamos
- la residencia de matrona fue la época de mi vida en la que más he llorado, en demasiadas ocasiones por sentirme cómplice de violencia.



# Coste personal

- Me volví irritable, estresada, agresiva, reactiva (en negativo) en exceso a cualquier demanda. Me afectó familiarmente, haciendo mi pareja inestable; mis hijas me tenían miedo al verme tan enfadada con el mundo.
- Tengo miedo al parto, por eso no he sido madre aún.



# Impacto personal

- Creo que ha sido un camino muy doloroso, pero hoy puedo reconocer que los conflictos vividos guiados por no sé bien qué parte mía, han sido muy reveladores del dolor disfrazado de falso poder que escondía mi profesión de comadrona. He podido descubrir el engaño que vivía con mi profesión creyéndome salvadora de no sé qué... la prepotencia ante la vida y la muerte... Reconocer el engaño que encubría mi título, me ha hecho más humilde y confiada en la vida, sin negar la muerte...






[< Previous Article](#)

**February 2017** Volume 45, Pages 1–6

[Next Article >](#)

To read this article in full, please review your options for gaining access at the bottom of the page.

# “Am I too emotional for this job?” An exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward

[Liz Coldridge](#), BA (Hons), PhD, Dip Coun, Dip Psychotherapy, PGCE, PG Cert Psychodynamic Practice (UKCP Psychotherapist, Senior Lecturer) , [Sarah Davies](#), BA (Hons), RM, PGCE, MPhil, Cert Coun., Cert. CBT (Senior Lecturer)  

School of Nursing, Midwifery Social Work and Social Sciences, University of Salford, Frederick Road Campus, Salford M6 6PU, UK



DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.11.008> |  CrossMark



 [Article Info](#)





## Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth.

Schröder K<sup>1</sup>, Larsen PV<sup>2</sup>, Jørgensen JS<sup>3</sup>, Hjelmberg JV<sup>4</sup>, Lamont RF<sup>5</sup>, Hvidt NC<sup>6</sup>.

### + Author information

#### Abstract

**OBJECTIVE:** this study investigates the self-reported psychosocial health and well-being of obstetricians and midwives in Denmark during the most recent four weeks as well as their recall of their health and well-being immediately following their exposure to a traumatic childbirth.

**MATERIAL AND METHODS:** a 2012 national survey of all Danish obstetricians and midwives (n=2098). The response rate was 59% of which 85% (n=1027) stated that they had been involved in a traumatic childbirth. The psychosocial health and well-being of the participants was investigated using six scales from the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQII). Responses were assessed on six scales: burnout, sleep disorders, general stress, depressive symptoms, somatic stress and cognitive stress. Associations between COPSOQII scales and participant characteristics were analysed using linear regression.

**RESULTS:** midwives reported significantly higher scores than obstetricians, to a minor extent during the most recent four weeks and to a greater extent immediately following a traumatic childbirth scale, indicating higher levels of self-reported psychosocial health problems. Sub-group analyses showed that this difference might be gender related. Respondents who had left the labour ward partly or primarily because they felt that the responsibility was too great a burden to carry reported significantly higher scores on all scales in the aftermath of the traumatic birth than did the group who still worked on the labour ward. None of the scales were associated with age or seniority in the time after the traumatic birth indicating that both junior and senior staff may experience similar levels of psychosocial health and well-being in the aftermath. **KEY CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS:** this study shows an association between profession (midwife or obstetrician) and self-reported psychosocial health and well-being both within the most recent four weeks and immediately following a traumatic childbirth. The association may partly be explained by gender. This knowledge may lead to better awareness of the possibility of differences related to profession and gender when conducting debriefings and offering support to HCPs in the aftermath of traumatic childbirth. As many as 85% of the respondents in this national study stated that they had been involved in at least one traumatic childbirth, suggesting that the handling of the aftermath of these events is important when caring for the psychosocial health and well-being of obstetric and midwifery staff.



Acta Obstet Gynecol Scand. 2016 Jul;95(7):735-45. doi: 10.1111/aogs.12897. Epub 2016 Apr 13.

## Blame and guilt - a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth.

Schrøder K<sup>1,2</sup>, Jørgensen JS<sup>2</sup>, Lamont RF<sup>2,3</sup>, Hvidt NC<sup>1</sup>.

### + Author information

#### Abstract

**INTRODUCTION:** When complications arise in the delivery room, midwives and obstetricians operate at the interface of life and death, and in rare cases the infant or the mother suffers severe and possibly fatal injuries related to the birth. This descriptive study investigated the numbers and proportions of obstetricians and midwives involved in such traumatic childbirth and explored their experiences with guilt, blame, shame and existential concerns.

**MATERIAL AND METHODS:** A mixed methods study comprising a national survey of Danish obstetricians and midwives and a qualitative interview study with selected survey participants.

**RESULTS:** The response rate was 59% (1237/2098), of which 85% stated that they had been involved in a traumatic childbirth. We formed five categories during the comparative mixed methods analysis: the patient, clinical peers, official complaints, guilt, and existential considerations. Although blame from patients, peers or official authorities was feared (and sometimes experienced), the inner struggles with guilt and existential considerations were dominant. Feelings of guilt were reported by 36-49%, and 50% agreed that the traumatic childbirth had made them think more about the meaning of life. Sixty-five percent felt that they had become a better midwife or doctor due to the traumatic incident.

**CONCLUSIONS:** The results of this large, exploratory study suggest that obstetricians and midwives struggle with issues of blame, guilt and existential concerns in the aftermath of a traumatic childbirth.

© 2016 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology.



*Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2019; 59: 331–334

ANZJOG

DOI: 10.1111/ajog.12987

INVITED EDITORIAL

## **Burnout, mental health and ‘wellness’ in obstetricians and gynaecologists: Why these issues should matter to our patients – and our profession**

*Healthy doctors understand us better, make good decisions, and offer us the best chance of good health.<sup>1</sup>*

emotional sense.<sup>10</sup> A study of gynaecological oncologists reported that one-third had high scores for emotional exhaustion, and the same proportion screened positive for depression with an incred-



[http://anmf.org.au/documents/policies/P\\_Workplace\\_stress\\_prevention.pdf](http://anmf.org.au/documents/policies/P_Workplace_stress_prevention.pdf)



Australian  
Nursing &  
Midwifery  
Federation

ANMF Policy

### Workplace stress prevention

The Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF) recognises that many nurses, midwives and assistants in nursing\* in health and aged care are exposed to work-related stress which may affect their psychological and physical well-being.

The ANMF objective is the prevention of work-related stress amongst nurses, midwives and assistants in nursing.

Journal of Perinatology

TABLE OF CONTENTS

Volume 35, Issue S1 (December 2015)

**Interdisciplinary Recommendations for the Psychosocial Support of NICU Parents**

**Guest Editors:** Sue L. Hall, MD, MPH, FAAP and Michael T. Hynan, PhD

A workgroup of multidisciplinary professional organizations and neonatal intensive care unit (NICU) parents was convened by the National Perinatal Association. Six committees (family-centered developmental care, peer-to-peer support, mental health professionals in the NICU, palliative care and bereavement, follow-up support and staff education and support) worked to produce the recommendations found in this supplemental issue. NICU parents contributed to the work of each committee. The workgroup consisted of over 30 members representing 22 academic institutions, 29 organizations including 19 professional groups and 10 parent groups. Many participants met at a summit held on Oct. 16, 2014 in St. Louis, MO. The recommendations were subsequently reviewed by multiple organizations. The introduction lists the organizations supporting the recommendations.

**Abstracts**

**Assistant, Assistant Professor, Lead**  
University of Louisville

**Guest Editor, M.D., M.P.H., FAAP, FAHA**  
The Collaborative for Perinatal Care

OPEN

Journal of Perinatology (2015) 35, S1–S4  
© 2015 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins  
www.lww.com/jp

**INTRODUCTION**

**Psychosocial program standards for NICU parents**

MT Hynan<sup>1</sup> and SL Hall<sup>2</sup>

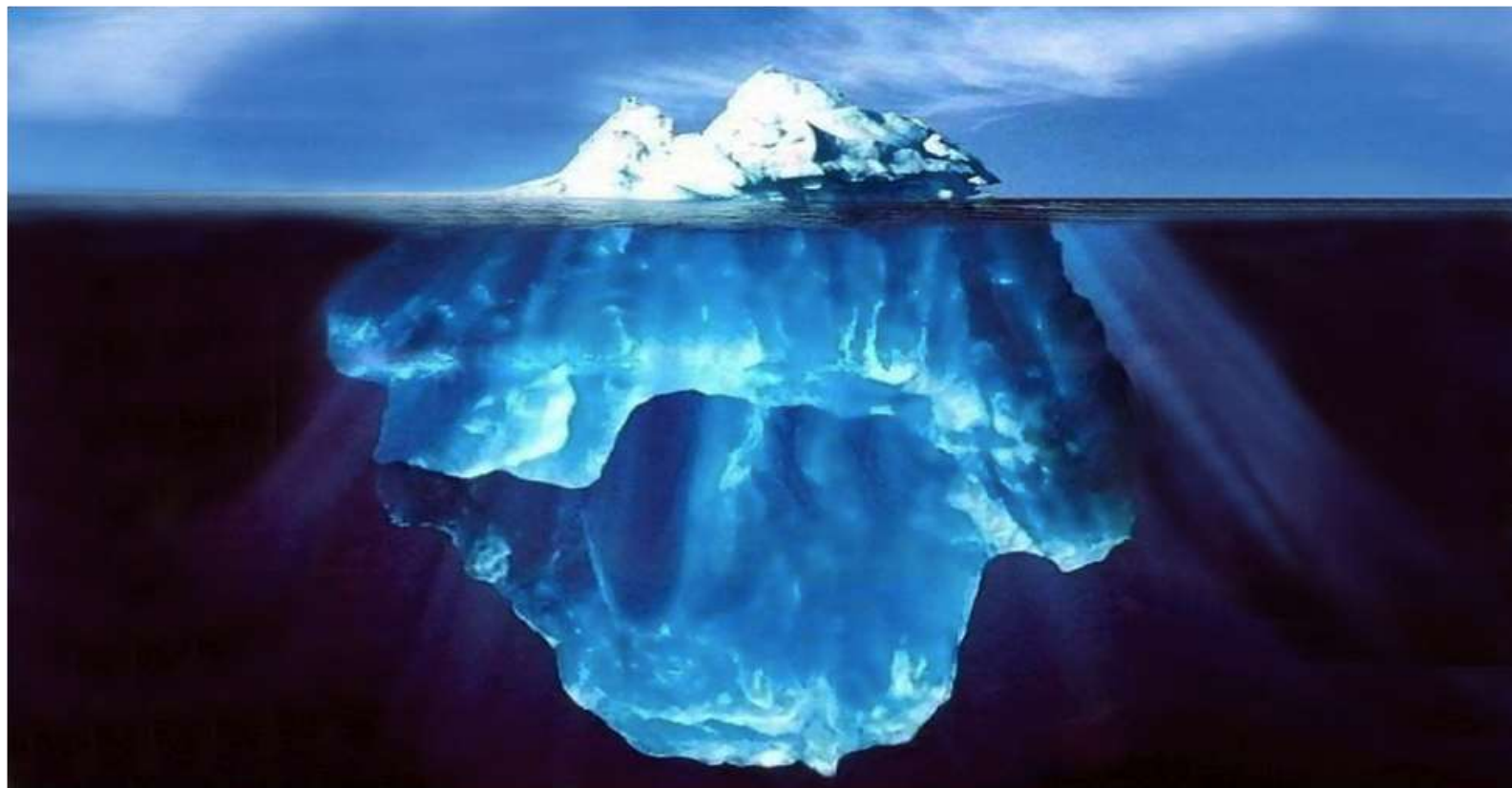
This article provides a rationale for and brief description of the process of developing recommendations for program standards for psychosocial support of parents with babies in the neonatal intensive care unit (NICU). A multidisciplinary workgroup of professional organizations and NICU parents was convened by the National Perinatal Association. Six interdisciplinary committees (family-centered developmental care, peer-to-peer support, mental health professionals in the NICU, palliative and bereavement care, follow-up support and staff education and support) worked to produce the recommendations found in this supplemental issue. NICU parents contributed to the work of each committee.

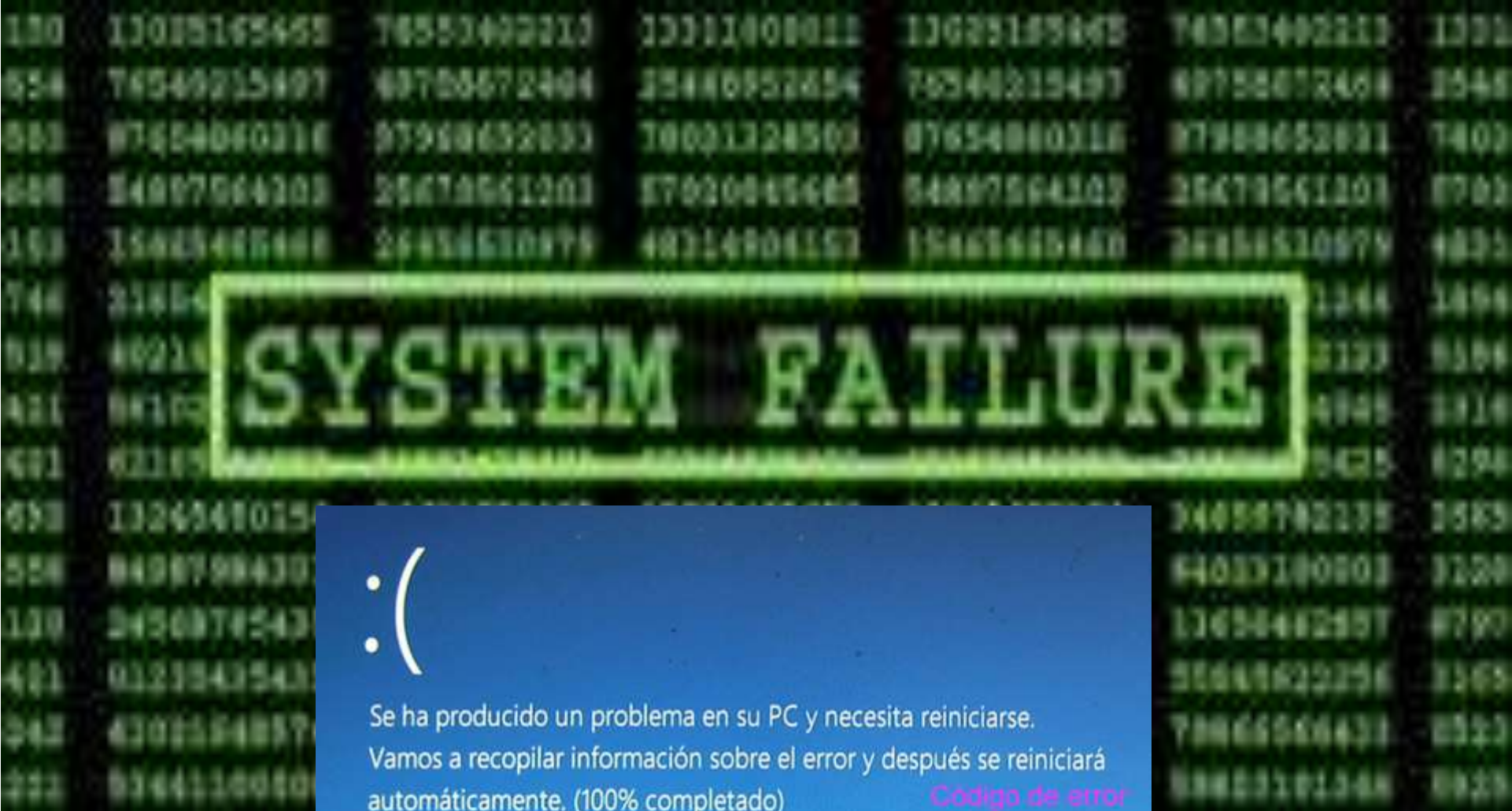
Journal of Perinatology (2015) 35, S1–S4. doi:10.1097/JP.0000000000000140

Hynan MT & Hall SL. "Introduction: Psychosocial Program Standards for NICU Parents." J Perinatol Supplement Dec. 2015.

En la UCI ideal, el apoyo psicosocial a padres y staff serán objetivos igual de importantes que la salud y el desarrollo de los bebés







:(

Se ha producido un problema en su PC y necesita reiniciarse.  
Vamos a recopilar información sobre el error y después se reiniciará automáticamente. (100% completado)

Código de error

Si desea obtener más información, puede buscar más adelante este error: `KERNEL_MODE_EXCEPTION_NOT_HANDLED (wn32k.sys)`





Pensamiento  
ecosistémico

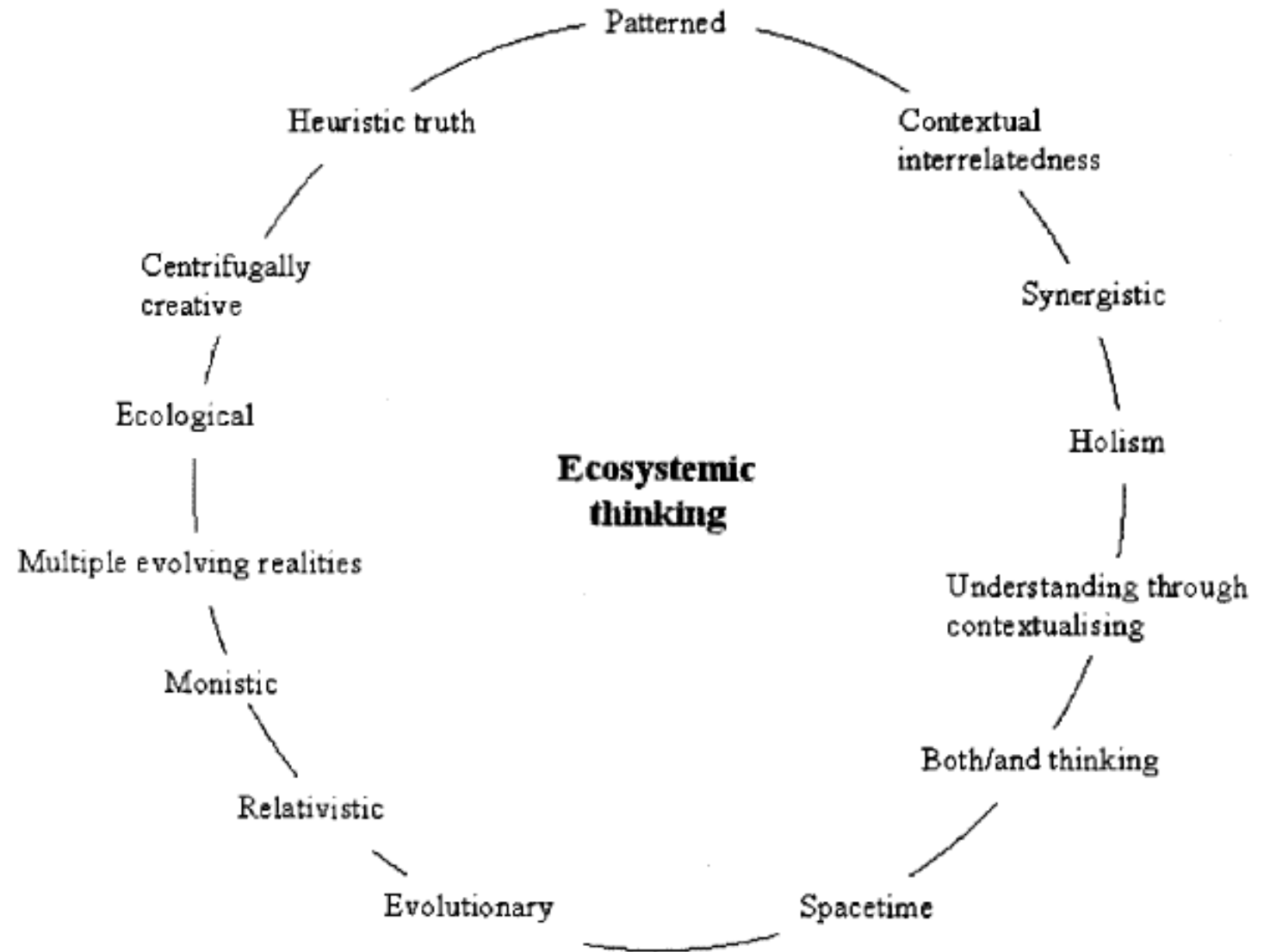


Figure 3.1. Characteristics of ecosystemic thought



- La Declaración de Ginebra es una actualización del juramento hipocrático propuesto por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial del año 1948 realizada en Ginebra. El texto original ha sido enmendado en 1968, 1983 y 1994, revisado en 2005 y 2006 y vuelto a enmendar en 2017. **En la 68ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en 2017 se aprobó una nueva versión, que por primera vez incluye el tema relativo al cuidado de la salud del propio profesional:**
- *“CUIDAR mi propia salud, bienestar y capacidades para prestar atención médica del más alto nivel”*

## DECLARACIÓN DE GINEBRA

*Adoptada por la 2ª Asamblea General de la AMM Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, Septiembre 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2005 y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 y enmendada por la 68ª Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, Octubre 2017*

### Promesa del médico

COMO MIEMBRO DE LA PROFESIÓN MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE dedicar mi vida al servicio de la humanidad;

VELAR ante todo por la salud y el bienestar de mis pacientes;



# PROPUESTAS PARA CUIDAR CUIDANDONOS

## Cuidarme para cuidar

- ¿Cómo me cuido?
- ¿cómo me cuidaré?
- ¿Cómo nos cuidaremos?
- ¿Por qué trabajo en perinatalidad?
- Formación
- Supervisión





# PRINCIPIOS DE COMUNICACIÓN NO VIOLENTA. M.Rosenberg

Cuatro componentes

## 1. Observación

2. Revisar nuestros propios **sentimientos**

3. Revisar cuales son las **necesidades** reales

4. **Petición** Qué esperamos que haga la(s) otra(s) persona(s).

- EXPRESION HONESTA (EMISOR)
- RECEPCION EMPATICA (RECEPTOR)

- Libro: [http://nuevahumanidad.org/descargar/PDF/Comunicacion\\_no\\_Violenta.pdf](http://nuevahumanidad.org/descargar/PDF/Comunicacion_no_Violenta.pdf)



# ¿Qué sentido tiene la revolución si no podemos bailar?

Libro de Jane BARRY y Jelena DJORDJEVIC,  
Titulo inspirado por frase de Emma Goldman





# Medicine Wheel, Hopi. Spiritual, Mental, Emotional and Physical







## Psychologists in the NICU

Psychologists in the NICU is focused on providing information relevant to the growing role of psychologists working in NICUs. Information that can be accessed includes:

- Discussions of activities of NICU Psychologists
- Tools & Assessments used by NICU Psychologists
- Articles written by NICU Psychologists







# PROPUESTA DESDE LA ECOSISTEMICA

- PREVENCIÓN
- INCLUSION
- REVISION
- SUPERVISION Y O PSICOTERAPIA
- CUIDADOS
- FORMACIÓN CONTINUADA



VI Edición: Formación anual en  
**Salud Mental Perinatal**  
Dirigida por Ibone Olza

*encial y online*

información:  
**saludmentalperinatal.es**



Instituto Europeo de  
**Salud Mental Perinatal**

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL



FORMACIÓN ONLINE EN

# Lactancia

· y Salud Mental ·

Dirigida por Ibone Olza  
de Octubre 2019 a Junio 2020  
Inscripciones abiertas  
[saludmentalperinatal.es](http://saludmentalperinatal.es)



Instituto Europeo de  
Salud Mental Perinatal



# PRINCIPALES REFERENCIAS

- Atallah, F., McCalla, S., Karakash, S., & Minkoff, H. (2016). Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(6), 731.e1-731.e6. doi:10.1016/j.ajog.2016.08.029
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*
- Cerelli, K. (2013). Interview: Mary Jackson, certified professional midwife. Bridging midwifery practice and pre- and perinatal psychology insights. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 28(1), 72.
- Coldridge, L., & Davies, S. (2017). "Am I too emotional for this job?" an exploration of student midwives' experiences of coping with traumatic events in the labour ward. *Midwifery*, 45, 1-6.
- Fernández Canti, G. (1995). Satisfacción laboral y salud psíquica en el mundo sanitario. ¿Todo un lujo? *Todo Hospital*, (118), 29-36.
- Ghetti, C., Chang, J., & Gosman, G. (2009). Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 231-235.
- Hynan, M. T., & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *Journal of Perinatology : Official Journal of the California Perinatal Association*, 35 Suppl 1, 1.
- Leinweber, J., & Rowe, H. J. (2010). The costs of 'being with the woman': Secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87.



# PRINCIPALES REFERENCIAS

- Lundgren, I., & Dahlberg, K. (2002). Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth. *Midwifery*, 18(2), 155-164.
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife–woman relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 220-228.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 26-32.]
- Olza Fernandez, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Cuadernos De Medicina Psicosomática Y Psiquiatría De Enlace*, 11, 79-83.
- Pezaro, S., Clyne, W., Turner, A., Fulton, E. A., & Gerada, C. (2016). 'Midwives overboard!' inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 59.
- Pezaro, S., Clyne, W., & Fulton, E. A. (2017). *A systematic mixed-methods review of interventions, outcomes and experiences for midwives and student midwives in work-related psychological distress*



# PRINCIPALES REFERENCIAS

- Pintado-Cucarella, S., Penagos-Corzo, J. C., & Casas-Arellano, M. A. (2015). Burnout syndrome in medical and obstetric perception of violence. [Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica] *Ginecología Y Obstetricia De Mexico*, 83(3), 173-178.
- Schroder, K., Larsen, P. V., Jorgensen, J. S., Hjelmberg, J. V., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 45-53.
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Begley, C., Gross, M. M., . . . Devane, D. (2017). Protocol for the development of a salutogenic intrapartum core outcome set (SIPCOS). *BMC Medical Research Methodology*, 17(1), 61.
- Winkel, A. F., Hermann, N., Graham, M. J., & Ratan, R. B. (2010). No time to think: Making room for reflection in obstetrics and gynecology residency. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(4), 610-615.



# DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni mucho menos subidas a la red.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (iboneolza@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo