



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
2011 - 2013**

**Tesis para optar al Título de Maestra en Salud Pública**

**SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE  
LABORA EN EL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO SANTA  
ROSITA, TÁMARA - FRANCISCO MORAZÁN HONDURAS  
PRIMER SEMESTRE 2012.**

Autora: Alba Aracely Santos A.

Tutor: MSC.Pablo Cuadra

Managua, Nicaragua, Diciembre, 2012

## INDICE

	Página
Agradecimientos	
Dedicatória	
Resumem	
I. INTRODUCCIÓN	3
II. ANTECEDENTES	5
III. JUSTIFICACIÓN	7
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
V. OBJETIVOS	9
VI. MARCO DE REFERENCIA	10
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	19
VIII. RESULTADOS	21
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	23
X. CONCLUSIONES	25
XI. RECOMENDACIONES	26
XII. BIBLIOGRAFIA	27
ANEXOS	29

## I. INTRODUCCION.

El concepto de Síndrome de Burnout o Síndrome de "estar quemado", recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas. (1) Este síndrome se da más en profesionales de la enseñanza, en profesionales de la salud; por ejemplo psiquiatras y psicólogo. Es un síndrome a través del cual el trabajador pierde el sentido de su relación con el trabajo, de modo que las cosas ya no le importan más y cualquier esfuerzo le parece inútil.(3) Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome.

Este síndrome se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas o en las profesiones de servicio pero no se limita a ellas.

Según el Consejo Internacional de Enfermeras, La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos discapacitados y personas moribundas.

En informe de la OMS de evaluación de la calidad de los sistemas de salud y Procedimientos de mejoras (2000), describe a los recursos humanos como pieza clave del Funcionamiento del sistema y de la calidad de la asistencia. Uno de los mayores retos que tiene planteado este nuevo milenio, al menos en las sociedades avanzadas, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida de los contextos socio laboral. Por este planteamiento se deriva la importancia que se ha dado en las últimas décadas al síndrome de Burnout (SBO)(11).

Siendo el personal de enfermería uno de los recursos humanos en riesgo frente a este síndrome; este motivo se convierte en una de las razones que nos motiva a indagar sobre el síndrome de burnout en el personal de la enfermería que labora en el hospital psiquiátrico Santa Rosita, entre los objetivos del estudio se planteó: la caracterización del grupo en estudio, elemento del trabajo que contribuyen al desarrollo del síndrome, manifestaciones y porcentaje de afectación.

Según la metodología utilizada el tipo de estudio es relacional, factores de riesgo. La población de estudio fue de 109 enfermeras /os empleados del hospital que incluía los niveles profesional y auxiliar.

El tamaño de la muestra seleccionada fue de 48 enfermeras /os, que se había conformado inicialmente con la totalidad de 24 enfermeras/os profesionales y de los 82 enfermeras/os auxiliares se tomó también a 24, seleccionando 4 enfermeras/os auxiliares por cada unidad o sala. Como no fue posible encuestar a todas /os por razones de permiso en el extranjero y algunos que sirvieron para validar los instrumentos solo se encuestaron 20 de nivel profesional e igual número de nivel auxiliar (20).el método de muestreo utilizado fue aleatorio al igual

que las unidades de análisis. Se excluyeron algunas personas que no desearon participar.

El método de trabajo que se siguió para la recolección de datos fue a través de dos instrumentos, un cuestionario general que recogía datos socio demográficos laborales que se consideran como factores de riesgo; el otro instrumento utilizado fue el Maslach Inventory –health services survey (MBJ-HSS) para medir el grado de burnout y sus categorías: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

el cuestionario auto administrado consta de 22 ítems con 7 opciones de respuesta y ha demostrado tener buena validez de construcción, la suma de las puntuaciones determina las tres escalas de burnout planteadas. los investigadores se capacitaron para el levantamiento de datos y aclarar dudas a los profesionales y auxiliares que decidieron llenar los instrumentos. El Procesamiento de Datos se realizó mediante Epi Info.

Este es un estudio sin fines de lucro que contribuirá en la detección del síndrome de burnout en estos grupos en estudio , mismo que tiene repercusiones directas en la salud de los trabajadores así como en el proceso de atención a los usuarios.

## II. ANTECEDENTES

El Burnout en las Enfermeras se ha descrito en numerosos estudios alrededor del mundo. En nuestro continente americano hay reportes que provienen de diferentes países. Por ejemplo, Parada et al (2005) encuentran un 6.73% del personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, de Mérida, Venezuela, con Burnout. Quiroz y Saco (1999) desde el Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, en Perú, reportan una prevalencia del síndrome de Burnout en enfermeras, de 89% en grado bajo y de 1.4% en grado medio, sin encontrar ninguna en grado alto.

También en Perú, Arce, Masgo y Vásquez (2006) constatan una incidencia nula de Burnout alto, pero concuerdan en que el 91% de la población de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, en Lima, tiene tendencia a desarrollar el síndrome. Desde Argentina, Reyes, et al (2007) contempla un 63.6% de Burnout en enfermeros (varones). Por su parte, Ordenes (2004) consigna que en una muestra de 250 profesionales del Hospital Roberto del Rio, en Chile, donde el 80% era del sexo femenino, encontró que el 69% tenían o estaban en riesgo de desarrollar el síndrome de Burnout.

También en Chile, Sandoval, González, Sanhueza, Borjas y Odgers, durante el XII Congreso Nacional y VII Congreso Científico Gremial de la agrupación de Médicos en etapa de destinación y formación del Colegio Médico, reportaron la prevalencia del síndrome de Burnout en el Hospital de Yumbel, 77% del personal sin Burnout, 23% con tendencia a padecerlo y 0% detectado.

Otro estudio más, realizado en Chile es el de Quintanilla (2004) quien evaluó a enfermeras laborando en Unidades de Pacientes Críticos y encontrando en ellas un promedio de 57.7 puntos del cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory), indicativos de un Burnout medianobajo. Aquí en México, Hernández, Juárez, Hernández y Ramírez (2005) evaluaron el nivel de Burnout en 109 enfermeras del IMSS en la Ciudad Capital, obteniendo que el 67% de ellas portaban Burnout en nivel medio; los niveles bajo y alto se presentaron en 19% y 14% respectivamente.

Por su parte, Martínez y López (2005) estudiaron una muestra de 551 enfermeras y 71 enfermeros de la ciudad de México que asistieron a eventos científicos. Los varones mostraron mayor propensión a presentar manifestaciones de Burnout que las enfermeras.

Otro estudio con enfermeras mexicanas fue llevado a cabo por Gutiérrez y Martínez (2006), en este caso con enfermeras oncológicas. Utilizaron el MBI, obteniendo que el 60% presentara sintomatología moderada y alta. El síndrome se verificó en el 8%. Como un ejemplo más de la investigación del Burnout en población de enfermeras mexicanas, citamos el reporte de Cabrera, López, Salinas, Ochoa, Marín y Haro (2005) que investigaron el fenómeno en un Hospital de Especialidades de Guanajuato, México, seleccionando para ello a 236 enfermeras y observando que el 39% mostraban datos compatibles con el síndrome del Burnout, aunque no utilizaron el MBI, sino un cuestionario de 35 reactivos propuesto por Cyberia Shink.

El perfil hace del personal de enfermería una población de riesgo que hay que estudiar. Se pueden citar como causas de Burnout en las enfermeras: las

sobrecargas de trabajo, el continuo trato con personas deprimidas, la impotencia ante la enfermedad, los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico, los trabajos nocturnos, el alto índice de contratación temporal, las cargas de trabajo familiares y la alta responsabilidad de las tareas que realizan.

A esta situación habría que agregar el conjunto de otras variables organizacionales como: la sobrecarga asistencial, la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración, la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo, la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales, el liderazgo y la supervisión inadecuados, la ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea, los escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo, así como la sobrecarga de trabajo administrativo.

En México, una investigación que tenía como objetivo establecer un perfil aproximado de riesgo de Burnout en el personal sanitario, llegó a la conclusión de que el perfil epidemiológico de riesgo es: una mujer de más de 44 años, sin pareja estable, con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo lugar de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70 por ciento de la jornada laboral, y a ésta, entre 36 y 40 horas semanales (Atance,1997).

“En el caso de Honduras algunos estudios afirman que las mujeres son las más vulnerables por el hecho que tienen un doble rol en la tarea profesional y la familia. El estado civil está asociado al síndrome, porque las personas sin pareja estable y sin hijos no han desarrollado destrezas de afrontamiento y solución de conflictos adecuados, a diferencia de las estables, a parte que estas últimas gozan del apoyo familiar, pero igual con ayuda profesional pueden superar este síndrome.

La OIT como Institución Mundial responsable de la elaboración y supervisión de las Normas Internacionales del Trabajo, al momento de elaborar sus políticas y programas deviene en la obligación de promocionar el trabajo decente para todos e incorporar estos padecimientos relacionados con alteraciones patológicas del individuo, la familia y la comunidad influenciadas por las actuales determinantes sociales. El Código de Trabajo de Honduras contempla en sus 3 capítulos relacionados con la salud ocupacional: La Higiene y seguridad en el trabajo, los riesgos profesionales e indemnizaciones. En relación a Riesgos Profesionales los accidentes de trabajo y la enfermedad profesional concebida esta última como el estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos o biológicos. También reviste importancia tomar en cuenta las obligaciones de los patronos, como ser el aseguramiento del trabajador, avisar de accidentes y dar parte en caso de accidentes.

### III. JUSTIFICACIÓN

El personal de enfermería es un grupo profesional de alto riesgo para desarrollar este síndrome porque están en contacto directo con los pacientes, el sufrimiento, el dolor y la muerte; soportan duras condiciones de organización del trabajo: turnos horarios o nocturnos; falta de autonomía; escasa remuneración económica; desempeñan roles conflictivos o ambiguos; tienen que tratar con familiares que se niegan a aceptar la enfermedad del paciente o establecer lazos afectivos-emocionales con los pacientes (19). Varios trabajos estudian la relación del Síndrome de Burnout y de la insatisfacción laboral con el personal médico (12, 20-24), en auxiliares de enfermería (22, 25, 26) y en celadores (22, 27).

Se pueden citar como causas de Burnout en las enfermeras: las sobrecargas de trabajo, el continuo trato con personas deprimidas, la impotencia ante la enfermedad, los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico, los trabajos nocturnos, el alto índice de contratación temporal, las cargas de trabajo familiares y la alta responsabilidad de las tareas que realizan.

A esta situación habría que agregar el conjunto de otras variables organizacionales como: la sobrecarga asistencial, la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración, la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo, la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales, el liderazgo y la supervisión inadecuados, la ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea, los escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo, así como la sobrecarga de trabajo administrativo.

Podemos Considerar que nuestro hospital es especialmente generador de Burnout e insatisfacción laboral entre sus profesionales, debido a que se atienden pacientes Psiquiátricos (en dos unidades de pacientes crónicos) y 2 unidades de cuidados intermedios, una unidad de alcoholismo , una unidad de infanto juveniles); el hospital consta además de una unidad de consulta externa y un área de filtro. .

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la situación del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, ubicado, en Támara, Francisco Morazán, Honduras, durante el Primer semestre 2012?

Otras Preguntas del estudio

¿Cuáles son las características socios demográficas del grupo en estudio?

¿Cuales son algunos de los elementos del trabajo que contribuyen a la presencia del Síndrome de Burnout del grupo en estudio?

¿Cuáles son las manifestaciones del Síndrome de Burnout que presenta el personal de enfermería del Hospital Santa Rosita?

¿Cual es el porcentaje de afectados/as por el síndrome?



## **V. OBJETIVOS**

### 5.1. Objetivo general:

Analizar la situación del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería que labora en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita Támara, Francisco Morazán, Honduras primer semestre 2012.

### 5.2. Objetivos específicos:

1. Describir las características socios demográficas del grupo de estudio.
2. Describir los elementos del trabajo que contribuyen a la presencia del Síndrome de Burnout en la población en estudio.
3. Identificar las manifestaciones del Síndrome de Burnout que presenta el personal de enfermería del Hospital Santa Rosita.
4. Identificar el porcentaje de afectadas/os por el síndrome.

## VI. MARCO REFERENCIAL

El Síndrome de agotamiento profesional, considerado según la OMS, como riesgo laboral, causa detrimento en la salud mental del trabajador de la salud que lo presenta, así como síntomas físicos.\* Y Aunque no existe una concepción unánimemente aceptada sobre la explicación del Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. (4).

Burnout. Es un síndrome clínico que aparece descrito en psiquiatría en 1974. Consiste en una sobrecarga psicológica, que incluye agotamiento emocional, actitudes negativas, falta de realización personal, baja autoestima, cansancio, estrés, comportamientos paranoides y agresivos, cefaleas, malestar general, etc. Este síndrome lo sufren más las mujeres, debido a que en la mayoría de los casos son ellas las que también cargan con las obligaciones domésticas y familiares

Los estudios de Maslach y Jackson defienden que Burn Out es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características (Agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/ o personal). Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que el Síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

Desde la perspectiva clínica, Feudenberger (1974) empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por el personal sanitario como resultados de sus condiciones de trabajo. Según este autor es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar.

Este enfoque defiende que el Burnout aparece más frecuente en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Desde la perspectiva psicosocial los adeptos afirman que el Síndrome de Burnout hay que entenderlo como un proceso que se desarrolla secuencialmente a la aparición de sus rasgos y de sus síntomas globales.

Si bien la mayoría de los investigadores actuales aceptan la perspectiva psicosocial algunos autores discrepan de los supuestos pensamientos de Maslach y Jackson (1981) entre los que se encuentran Price y Murphy (1984), Ferber (1985y 1991), Golembiewski y col (1991). Este último en (1983-1986) asegura que el Burnout afecta a todo tipo de profesiones y no solo a las organizaciones de ayuda, y de hecho gran parte de sus investigaciones, emplean como muestra a directivos vendedores, y otros. Gil-Montey Peiró (1997) ha constatado que el Síndrome de quemarse en el trabajo queda establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia la persona con la que se trabaja y el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Para establecer esta diferenciación argumentamos que: se puede estar estresada/o y seguir funcionando, aun cuando sea difícil. En cambio, cuando el Síndrome de Burnout aparece es necesario hacer cambios radicales en nuestra manera de enfrentar las tensiones. así como el estrés es asociado a numerosas razones o causas, muchas de las cuales pueden pertenecer al ámbito de la vida cotidiana, las definiciones de Burnout están más vinculadas al mundo laboral –aun cuando actualmente se aplica también, por ejemplo, a la esfera deportiva.

- Otra de las grandes diferencias del estrés con el Burnout es que mientras el primero puede ser experimentado positiva o negativamente por la persona, el segundo es un fenómeno exclusivamente negativo.

El BurnOut es una patología severa, relativamente reciente, que está relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida que se lleva. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo y conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. La ansiedad o la depresión y dan origen a numerosas bajas laborales.

A veces se puede experimentar astenia y agitación al mismo tiempo (tics nerviosos, temblor de manos); palpitaciones; taquicardia y pinchazos en el pecho; aumento de la tensión arterial; dolores musculares, sobre todo en la zona lumbar; cefaleas; problemas digestivos; trastornos del sueño e inapetencia sexual. Estos síntomas terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado, que opta por aislarse y quedarse solo.

Una de las principales características del síndrome es que se produce en profesiones que uno ha elegido libremente, es decir, son más vocacionales que obligatorias.

El problema surge cuando los horarios no les permiten solucionar todo lo que quieren o que habían idealizado la profesión y la realidad no se parece en nada a lo que había imaginado que era.

Los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales o la pérdida de prestigio social son también factores que propician la aparición del Burn Out.

Las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, de la educación o la administración pública suelen ser las que más incidencia reflejen en las estadísticas porque están en contacto con personas con problemas y suelen ser ellos los que deben solucionar esos problemas. La frustración se produce cuando ven que su trabajo no es productivo y sienten que su trabajo es baldío. Según datos recientes entre el 20% y el 30% de los médicos, profesores y policías locales padecen sus síntomas.

"...A pesar de que es un concepto nuevo (década del 70), en cierto sentido el Estudio del Burn Out tiene la edad de la Psicología. El problema sigue quitando el sueño a psicólogos y afines, siempre insoluto y siempre trayendo contribuciones que van poco a poco ayudando a montar un cuadro explicativo. Los estudios sobre "mecanismos de control interno y externo", llevados a cabo por Rotter en 1961 y muchos otros, nos enseñan que podemos desarrollar una actitud frente a la vida, acreditando la posibilidad del control sobre el medio (mecanismos de control interno) o acreditando en el control por la suerte, destino u otros poderes externos (mecanismos de control externos).

La teoría del Burn Out tampoco surge por casualidad, teoría que se dispone a comprender las contradicciones en el área de prestación de servicios, exactamente cuando la producción del sector primario desciende y el sector terciario viene a ocupar su lugar. La teoría del ser humano solitario, en la época en que parece desvanecerse la solidaridad, el énfasis en la despersonalización cuando la ruptura de los contratos sociales parecen haber eliminado a la persona." Sin ilusiones, es preciso reconocer que Burn Out es otra moda, otra promesa a intentar comprender nuestro ancestral sentimiento de vacío.

Otra vez ligada a su tiempo: Burn Out es un síndrome de fin de siglo, y, otra vez trajo y traerá contribuciones importantes. El síndrome de final de siglo atacando a los trabajadores de final de siglo.

En los primeros años de la década del 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados, pero en forma aislada (Freudenberger, 1974).

Se podía observar el sufrimiento. Algunos decían que ya no veían a sus "pacientes" como personas que necesitasen de cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo.

Otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se sentían incapaces de modificar el status quo; se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora buscados y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de Burn Out.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burn Out elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes.

De ahí que hayan surgido varios modelos procesales que traten de explicar el desarrollo de este proceso. Los modelos etiológicos explicativos del síndrome, siguiendo la revisión de Gil-Monte y Peiró, han quedado estructurado en tres grandes teorías: Socio cognitivo, teoría del intercambio social y la teoría organizacional que a su vez engloban los modelos de Spaniol y Caputo, Harrison, Cherniss (1980); Edelwich y Brodsky.

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales. El cuestionario más usado es la escala de Maslach de 1986.

Para el Dr. Capilla Pueyo, médico especialista en medicina familiar y comunitaria en Madrid, no hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar este síndrome. Se utilizan modelos complementarios que tratan al individuo, al grupo social y a la administración. En el ámbito personal, se han utilizado técnicas de afrontamiento de stress y ensayo conductual.

Pueden utilizarse técnicas de entrenamiento en relación y autocontrol. Es fundamental la orientación a los nuevos profesionales, estableciendo cursos de formación continua, mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social entre compañeros y superiores. Para afrontar el Burn Out, es imprescindible fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores.

Por último, sugiere que a escala institucional debería fomentarse el soporte real al profesional afectado, constituyendo grupos de expertos afectados capaces de ofrecer la ayuda necesaria.

Al igual que el Dr. Pueyo, autores como Enric Renau, Editor de la página Educaweb.com, Isabel Arimany, D. Suaya, y otros, coinciden en la formulación de propuestas que puedan ayudar a evitar o prevenir el Síndrome de Burn Out como: evitar sobrecargarse de tareas y menos si no forman parte de las tareas habituales, utilizar los canales de comunicación, averiguar si otras personas han pasado por lo mismo y preguntarles cómo lo solucionaron, delimitar las funciones, aprender a controlar las emociones, etc.

¿Cuál es la diferencia entre estrés laboral y Síndrome de Quemarse por el Trabajo?

El estrés laboral tiene aspectos positivos y negativos; en ocasiones la gente tiene que estar estresada en su trabajo para poder funcionar. Y eso es bueno en cuanto la persona pueda controlar el nivel, frecuencia y duración del estrés.

El Síndrome de estar Quemado por el Trabajo es sólo una de las maneras que tiene de progresar el estrés laboral. Es muy frecuente en profesionales de servicios por las condiciones de trabajo que tienen. -Muchas de las acciones de las empresas -programas de balance vida-trabajo, planes de motivación, capacitación e incorporación de nuevas Tecnologías- buscan beneficiar a los trabajadores. Sin embargo, se dice que el Síndrome de estar Quemado por el Trabajo se está expandiendo. ¿No es contradictorio?

La aparición del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo, entendido como una respuesta al estrés laboral crónico, se debe a cambios socio demográfico, organizacional e interpersonal. En el nivel social hay nuevos fenómenos que afectan el mundo laboral.

El más llamativo es la sociedad de la queja, por la que los ciudadanos, dentro de la cultura de acceso a los servicios, exigen, a veces, cosas imposibles. Los trabajadores se ven incapaces de poder atender esas demandas, entre otras cosas porque en ocasiones no tienen los recursos para dar respuesta. El ciudadano hace responsable a la persona que tiene enfrente porque entiende que es la institución.

Por otro lado, el crecimiento de la población desbordó la posibilidad de dar servicio. Hospitales, colegios, prisiones, policías y trabajadores sociales ven cómo se deteriora la relación con los clientes. Además, se produjo una pérdida de prestigio de algunas profesiones.

El BurnOut es una patología severa que suele derivarse de stress laboral. Es un cuadro crónico en el que se experimenta agotamiento emocional, falta de realización y una despersonalización.

Agotamiento emocional: cuando aparece una disminución y/ o pérdida de los recursos emocionales.

Despersonalización O Deshumanización: cuando aparecen actitudes negativas, de insensibilidad.

falta De Realización Personal: suele evaluarse al trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

#### Características Generales

Aparece De Forma Brusca: aparece de un día para otro, lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.

Negación: se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.

Fase Irreversible: entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible. Por lo tanto, es importante la prevención ya que, normalmente, el diagnóstico precoz es complicado y la línea que separa el desgaste del Burn Out es muy delgada.

Los Efectos Del BurnOut afecta negativamente la resistencia del trabajador, Haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía. Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición los agobia y a menudo los agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de la tareas que se realizan. .

El concepto más importante es que el BurnOut es un proceso (más que un estado) y es progresivo. El proceso incluye:

Exposición gradual al desgaste laboral

Desgaste del idealismo

Falta de logros

Los síntomas observados pueden evidenciarse como:

Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, impotencia, gastrointestinales, etc.

Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc.

Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc.

Relacionados con el trabajo: absentismo, falta de rendimiento, robos, etc.

Interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada.

La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales son el resultado de sus condiciones de trabajo.

El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico,

en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas.

Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro de crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en algunos casos psicosis con angustia y/ o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio.

Evolución natural de La enfermedad

Podemos establecer 4 estadios de evolución de la enfermedad aunque estos no siempre están bien definidos:

- ✓ Forma leve: los afectados presentan síntomas físicos, vagos e inespecíficos (cefaleas, dolores de espaldas, lumbalgias), el afectado se vuelve poco operativo.
- ✓ Forma moderada: aparece insomnio, déficit atencional y en la concentración, tendencia a la auto-medicación.
- ✓ Forma grave: mayor en absentismo, aversión por la tarea, cinismo. Abuso de alcohol y psicofármacos.
- ✓ Forma extrema: aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio.

El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, elementos que pueden ser puestos en evidencia por diferentes test, el paradigma de los cuales es el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory).



El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

Dicha escala (1986) es el método de medición más utilizado. Mide los tres aspectos del Burn Out: cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

#### Prevención

Según Maslach, las estrategias anteriormente citadas para el manejo de este síndrome pueden y deben ser utilizadas para su prevención.

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el BurnOut y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

Como método preventivo, existen diferentes técnicas:

Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.

Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.

Hacer una pausa, ya que es la oportunidad de darse un respiro o de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una pregunta impertinente.

Tomar las cosas con más distancia, ya que el agotamiento emocional aumenta cuando se implica demasiado con la gente, tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

#### Gestión Social:

En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta.

#### Gestión Institucional:

Esto ya depende de las instituciones, más que del propio personal. A veces es muy difícil, ya que las instituciones pueden ser muy conservadoras, además de ser los responsables directos de estos cambios. Sin embargo, se consiguen cosas, por lo que hay que poner el esfuerzo en ello. Con más medios, con más recursos humanos, se reduciría el riesgo de llegar a una situación de BurnOut, pero como esto no es fácil de conseguir habrá que utilizar y analizar la manera de mejorar los recursos disponibles:

División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en el mismo sector. Esto cambia el hábito y rompe la rutina.

Limitar la contaminación del tiempo libre.

Tomarse periodos de descanso.

Tipo de relación del personal con sus superiores.

La incidencia del BurnOut es menor en los trabajadores que tienen buenas relaciones laborales con los superiores y que obtienen de ellos apoyo y reconocimiento.

Análisis de casos puntuales. Aunque se dan consejos generales, en ocasiones es bueno analizar en cada situación individual los factores que en un momento dado pueden provocar un exceso de estrés.

Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada.

Finalmente esta patología debe darse a conocer para que no se extienda como una epidemia por todos los centros de trabajo. El desconocimiento y su negación fomentan que se padezca y, por ello, es fundamental dar a conocer medidas preventivas, sus tipos, fases y los recursos legales de los que disponemos para hacerle frente.

## VII. DISEÑO METODOLOGICO

Área de Estudio: Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.

Tipo de Estudio: Relacional. Factores de riesgo

Universo: Lo constituyen 109 Enfermeras /os de niveles profesional y auxiliar del departamento de enfermería.

Muestra: se conformó con la totalidad de 24 enfermeras/os profesionales y de los 82 enfermeras/os auxiliares se tomó también a 24, seleccionando 4 enfermeras/os auxiliares por cada unidad o sala.

Para un total de 48 enfermeras /os Seleccionados por un método aleatorio sistemático.

Unidad de Análisis: Enfermeras /os Profesionales y auxiliares

Unidad de observación: Departamento de Enfermería

Variables

*Para el primer objetivo*

Características socio demográficas: Sexo, Edad, Estado civil, religión, N° de dependientes, Residencia, Grado académico, Salario.

Para el segundo objetivo:

Elementos del trabajo relacionados con el Síndrome de Burnout: Jornada de trabajo, Antigüedad en el cargo, relaciones humanas, cultura organizacional, trabajo en equipo.

Para el tercer objetivo:

Manifestaciones del Síndrome de Burnout: Desgaste físico, emocional, sentirse Agobiado(a), sentimientos de frustración, conciencia de fracaso. , agotamiento emocional, falta de realización y despersonalización o deshumanización.

## Criterios de Selección:

### Inclusión

#### Participación voluntaria

Poseer más de 3 años de Antigüedad en el cargo

Personal de enfermería Con más de 1 empleo fuera de Sta. Rosita

Personal de enfermería que cubre turnos adicionales en Sta. Rosita

Enfermeras/os auxiliares de cada unidad de atención

Enfermeras /os profesionales jefes de sala, supervisores, y/o con cargos en directivos.

### Exclusión

Las/os que no deseen participar

#### Fuentes y obtención de Datos:

- .Roles de turno
- Auxiliares de enfermería
- Jefas/es de sala, supervisores de enfermería, Autoridades del departamento de enfermería.

#### Técnicas e instrumentos:

Entrevistas directas

Cuestionario para conocer aspectos socio demográfico.

Cuestionario estructurado de Maslach.

Procesamiento de Datos: Epi Info

## VIII. RESULTADOS

1. De la población estudiada el sexo que más predomina es el femenino, el resto son masculinos.
2. En relación al estado civil en general el 42.50 % son solteros, el 37.5% son casados, el 17.5 % están en unión libre y solo un menor porcentaje están divorciados.
3. Los grupos de edad el mayor porcentaje lo ocupa el rango de 30-40 años, seguido de 27.5% que están entre 40-50 años, hubo un pequeño porcentaje que no consignó la edad.
4. La religión predominante es la evangélica con 52.5%, seguida de la religión católica con 40%.
5. La mayoría proceden de Comayagüela el resto son de Tegucigalpa.
6. El salario mensual que perciben oscila en 15,000 a 20,000 en un 32.5% seguido de 20% que gana de 20,000 a 25,000 lps y solo 20% gana entre lps 10,000 a 15,000 lps.
7. Grado académico, el 45% tienen grado de licenciatura, seguido de un 30% que poseen nivel medio y un 20% tiene nivel técnico.
8. El 65% responde que no trabaja en otra institución: pero hay un 35% que si.
9. Años de laborar en otra institución 20% tiene 9 años.40% tienen de 1, 2,y 3 años.
10. Años de laborar en el Santa Rosita ,27.5% tienen de 11-16 años, 22.5% tienen de 1-6 años, y el 17.5 tiene de 6- 11 años.
11. La jornada de trabajo que más prevalece es la mixta o rotatoria con un 62.5%, seguida de la matutina con un 30 % .
12. Numero de dependientes según estado civil; solteros /as tienen 1, 2,3 dependientes en su orden (29%,23%,23% ). Casados /as el 33.33 tienen 4 dependientes, los que están en unión libre el 28 % tienen 3 dependientes e igual porcentaje tienen 5y solo un 14% tienen 6.
13. Las relaciones interpersonales el 62.50califica como excelentes, el 35%regular y el resto que son malas.
14. Trabajan en equipo el 97.50 dice que si, el 2.50 refiere que no.

15. La frecuencia con que realizan en equipo el trabajo un 46% opina que siempre, un 46.15% algunas veces y un 20.51 dice casi siempre.
16. Condiciones necesarias para el trabajo el 90% dice que no hay condiciones, el resto dice que sí
17. Reconocimiento por parte de la institución el 97.50 % dice que no, el resto dice que sí.
18. En relación a las manifestaciones del síndrome de Burnot en los aspectos de:
  - Realización personal resultó nivel bajo 77.50%, nivel medio 17.50% y nivel alto 5.00%.
  - Despersonalización o deshumanización: nivel bajo 52.50%, 30% nivel medio y nivel alto 17.50.
  - Agotamiento: nivel bajo 75%, nivel medio 20% y nivel alto 5.00%.

## IX. ANALISIS DE RESULTADOS

El sexo que más predomina es el femenino con un 85%, lo que nos confirma que enfermería sigue manteniéndose como una profesión eminentemente femenina, que si bien han incursionado los varones aun es pequeño el porcentaje. El estado civil en general del grupo son los solteros seguido de los casados, y un porcentaje no menos importante son los que están en unión libre. El estado civil reviste importancia por considerarse un apoyo la unión familiar y o convivencia, No así en los solteros que tendrán falta de afrontamiento.

Las mujeres en comparación con los varones, predominan las solteras y las casadas, en cambio en los varones no se reportan la categoría de solteros, solo casados y en unión libre. Las edades identificadas con mayor porcentaje fueron de 30 a 40 años de edad, seguido del rango de 40-50 años, lo que indica que esta población es bastante joven y aun se ubica en la población económicamente activa (P.E.A )

La religión que más predominó es la evangélica seguida de la católica, y un menor porcentaje profesa ser testigo de Jehová de igual manera un porcentaje no significativo reporta ninguna religión, esto nos indica que la mayoría tienen un soporte religioso que en este caso resulta ser un buen soporte para no padecer el síndrome de burnout. Lugar de residencia, la mayoría proceden de Comayagüela, seguidos de los de Tegucigalpa y un pequeño porcentaje procede de Choluteca, aquí se consignan barrios colonias, residenciales y aldeas que cuentan todos con servicios básicos, el salario que perciben la mayoría esta con un ingreso entre los lps 15,000 a 20,000 y 20,000 a 25,000 y solo un pequeño porcentaje recibe entre 5,000 a 15,000 lps lo que indica que en alguna medida pueden satisfacer las necesidades básicas de manera prioritaria. El grado académico alcanzado la mayoría tienen grado de licenciatura y nivel técnico, y solo un menor porcentaje tienen grado medio y post grado lo que hace evidente la necesidad de aumentar los niveles académicos para mejorar la calidad en la atención así como el ingreso familiar. el número de dependientes la mayoría (27.5%) tienen 3 dependientes , seguido de un 22% con uno. La jornada de trabajo que más se da es la rotatoria seguida de la matutina el resto cubre fines de semana, lo que significa que cubren turnos a, b, y c o sea matutina vespertina y nocturna es importante considerar los horarios nocturnos ya que alteran el ritmo biológico individual. El 65% reporta que no trabaja en otra institución, solo el 35% si lo hace, esto probablemente se deba a la necesidad de un ingreso adicional producido por el alto costo de vida. Trabaja en otra institución o no, es significativo que un 62.5% si lo hace y el resto no, esto probablemente se deba a la necesidad de un ingreso adicional, producido por el alto costo de vida.

En relación a la antigüedad en la institución o años de laborar en el Santa Rosita los resultados indican que hay una antigüedad en la institución de nueve años mayoritariamente pero también hay un porcentaje menor que esta con 20 y 24 años y debe considerarse esta área con atención por ser un centro especializado en psiquiatría que resulta ser un generador de stress por el tipo de pacientes que se atienden.

Las relaciones interpersonales en el trabajo, el 62.5 % reporta que son excelentes el resto reportan que son regulares y malas en último lugar, lo que indica que se debe mejorar las relaciones en el ambiente de trabajo. un 97.5 % refiere que se trabaja en equipo , el resto dice que no, lo que indica que es importante mantener esa práctica en el departamento de enfermería que brinda soporte al desempeño laboral de los empleados, en cuanto a la frecuencia con que lo hacen es siempre. El 90% expresa que cuenta con las condiciones adecuadas en el trabajo, el resto dice que no, lo que indica que hay ciertas carencias para lograr un buen desempeño laboral.en relación a si hay o no reconocimiento por parte de la institución al ser un buen empleado el 97.5 % expresa que no hay ningún reconocimiento hacia el personal que labora en el Santa Rosita, el resto dice que sí, esto es indicativo que es apremiante se dé reconocimiento al personal por su buen desempeño.

Entre las manifestaciones que se dan por la presencia del SDBO están presentes en nivel medio y alto la deshumanización o insensibilidad, agotamiento y baja realización personal. El porcentaje de afectados (as) es un 67.50% resultado de la suma de nivel medio y alto.



## X. CONCLUSIONES

1. En este estudio el sexo que predomina es el femenino, con un estado civil en general , solteros seguido de casados y en unión libre , con edades entre 30 y 40 años que devengan un salario mensual que oscila de 15,000 a 20,000 lps ,el grado académico que posee esta población es licenciatura seguido de nivel medio y técnico, además trabajan en otra institución un porcentaje considerable lo que indica que a pesar de tener un salario acorde al nivel académico es determinante el encarecimiento de la vida.
2. Se identifican como algunos de los elementos del trabajo que contribuyen a la presencia de burnout no contar con las condiciones necesarias para realizar el mismo; así como la falta de reconocimiento (falta de incentivos) por parte de la institución al tener un alto grado de responsabilidad los empleados.
3. Entre las manifestaciones del síndrome de burnout se identifica que una cuarta parte de esta población está en un nivel alto; por lo que se concluye que si tienen este padecimiento.
4. Un alto porcentaje se encuentra con manifestaciones en nivel bajo y nivel medio, lo que indica que de un momento a otro pudieran progresar a un nivel alto si no se toman las precauciones tanto a nivel personal como organizacional.
5. Como resultado al sumar los porcentajes de nivel alto y medio se obtiene un 67.50% cuyas manifestaciones son deshumanización, agotamiento y bajo nivel de realización, lo que indica una afectación significativa por el síndrome de burnout en los enfermeros /as profesionales y auxiliares que laboran en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.

## **XI. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al SR Director de la institución DR MARVIN MACEDO; que tome en cuenta este estudio como un insumo para mejora la gerencia.
2. A la Directora del departamento de enfermería Licda. Elizabeth Alvarado que le de la importancia a este estudio, tomando en cuenta los resultados para una mejora en la conducción de la gerencia reconociendo que no se cuenta con estudios actualizados en enfermería de este tema.
3. A las y los profesionales, auxiliares y técnicos que participaron en este estudio que conozcan de los resultados para que demandar de la institución las medidas que debe llevar a cabo la institución para mejorar el clima laboral así como lo que compete a nivel personal.
4. Puede considerarse realizar un estudio similar en el gremio médicos especialistas en psiquiatría.

## XII. BIBLIOGRAFIA

1. JustAnswer.es/Salud-Mental.
2. Secretariadesaludhn.wordpress.com/programas-de-la-secretaria-de-salud  
16 Nov 2010 – Secretaria de Salud, Honduras.
3. Bujalance Hoyos, J.; Villanueva Pardo, F.; Guerrero Manzano, S.; Conejo García, J.; González Valentín A.; Sepúlveda Jurado A.; Viñas Vera, C.; Castro Camacho, S. y Martín Taboada, F.  
Unidad de Geriátria. Hospital Ciudad Jardín de Málaga. Málaga.  
Rev.espec.gerontol 2001; 36 (1):32-40
4. Psicopsi.com/Antecedentes-del-estudio-del-Síndrome-de-Burnout.  
psicopsi.com/Antecedentes-del-estudio-del-Síndrome-de-Burnout.asp *En caché* - [Similares](#)
5. Wanderley Codo conjuntamente con Iône Vásquez-Menezes, en el Capítulo 13: "¿Qué es Burn-Out?" Del libro "Educa cao: carinho e trabalho, Burn Out, A Síndrome Da Desistencia Do Educador"
6. Contenidos.universia.es/specials/burn-out/in.
7. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas, Volumen 6, año 6,N °1.  
Infecciones Intrahospitalarias .Enero a Junio 2009.Tegucigalpa, Honduras.
8. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, facultad de ciencias medicas  
Departamento de Psiquiatría Síndrome de Burnout, año 2011.- higiene mental VIII pasantía. Dra. Zeni Duarte.9.-Metologia de la investigación ,3ra edición. Elia B.Pineda,Eva luz de Alvarado. Organización Panamericana de la salud.2008
9. www.ugt.es/mobbing/mobbing.html.-10 de febrero de 2006.
10. Contenidos.universia.es/specials/burn-out/in.
11. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas, Volumen 6, año 6, N °1.  
Infecciones Intrahospitalarias .Enero a Junio 2009.Tegucigalpa, Honduras.

12. Ourcilleon A. Astrid, Abarca Quiñoz C, VistoriaFuentes M, Rodríguez P, Burnout en profesionales de enfermería de cuidados intensivos, Rev. Chil. de Med. Inten. 2007; 22(2):83-92.
13. Atance I. aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal hospitalario, rev. Esp. Salud publica 1997; 71(3):293-303.
14. Thomas Vanessa N.M, Ayala A.E, Sphan Soledad M, Storhi A.M. Etiología y prevención del síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Revista de postgrado de la vía cátedra de medicina, Enero 2006, No 153.
15. *Peralta-Reyes, E. B. y Vargas-Mendoza, J.E. Agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital de la Niñez Oaxaqueña: la prevención del Burnout. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1, 2009 Pág. 5-10*
16. [http://www.conductitlan.net/42\\_agotamiento\\_emocional\\_burnout.pdf](http://www.conductitlan.net/42_agotamiento_emocional_burnout.pdf)
17. *Universidad Nacional Autónoma de Honduras, facultad de ciencias medicas Departamento de Psiquiatría Síndrome de Burnout, año 2011.- higiene mental VIII pasantía. Dra. Zeni Duarte.*
18. *Metodología de la investigación ,3ra edición. Elia B.Pineda, Eva luz de Alvarado. Organización Panamericana de la salud.2008.*
19. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos/pdf/ijcp-100.pdf>
20. <http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb/acta/pdfs/v10n2/art-11>
21. [es.wikipedia.org/wiki/Enfermería](http://es.wikipedia.org/wiki/Enfermería).
22. Modulo de Salud Ocupacional, UNAH/FCM. Salud Publica 3.- II rotación 2,010 Asuntos legislativos de la salud ocupacional. Doctora Francia Ponce.

# **ANEXOS**

Operacionalización de las variables:

<b>VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>VALORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
1. Características socio demográficas y laborales.	Sexo	El sexo está determinado por las características genéticas, hormonales, fisiológicas y funcionales que a los seres humanos nos diferencian biológicamente	Femenino masculino	Nominal
	Edad	Años cumplidos	Años	Continua
	Residencia	Lugar donde Vive una persona	Urbana Rural	Nominal
	Escolaridad	Ultimo Grado Aprobado	iletrado Primaria Secundaria Media Universitaria	Ordinal
	Religión	Credo religioso	Católica Evangélica Otra	Nominal
	Estado Civil	Al que obedece Unión de dos personas	Casado Soltero Acompañado Viudo	Nominal
	N° de Dependientes	Número de personas que vive de la protección de otro o que está	Número de hijos	Continua

		necesitada de una especial protección.		
	Nivel académico	Fases secuenciales del sistema de educación superior que agrupa a los diferentes niveles de formación.	Pre grado Post grado	Continua
	Salario	Precio pagado por el trabajo.	Semanal Mensual anual	Continua

VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
2.-Factores relacionados con la presencia del Síndrome de Burnout:	Antigüedad en el cargo	Justificación ante una diferencia salarial entre trabajadores que desempeñan una misma actividad.	Número de años	Continua
	Jornada de Trabajo	Es el tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo por el cual ha sido contratado.	Numero de horas	Continua
3.-Efectos que ocasiona el Síndrome de Burnout:	Agotamiento emocional,	Cansancio y fatiga que puede manifestarse física y /o psíquicamente.	Bajo Medio alto	Continua
	Falta de realización	Se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales.	bajo medio alto	Continua
	Despersonalización o deshumanización.	Desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas.	bajo medio alto	Continua



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2011-2013**

**CUESTIONARIO #1**

**INVESTIGACIÓN:** Síndrome de Burnout (Desgaste Laboral) en el Personal de Enfermería que labora en el Hospital Nacional Psiquiátrico Santa Rosita, Támara Francisco Morazán, Honduras, Primer Semestre del 2012.

**CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS.**

1. Sexo: F\_\_ M\_\_
2. Edad \_\_\_\_\_
3. Estado civil \_\_\_\_\_
4. Religión\_\_\_\_\_
5. N° de dependientes \_\_\_\_\_
6. Residencia \_\_\_\_\_
7. Grado académico:  
Técnico \_\_\_\_\_  
Medio \_\_\_\_\_  
Licenciatura \_\_\_\_\_  
Post grado \_\_\_\_\_
8. Salario \_\_\_\_\_
9. Trabaja en otra institución: Si \_\_\_\_ No\_\_\_\_, Si es **SI** responda las siguientes 4 preguntas:
10. Que tipo de actividad realiza\_\_\_\_\_
11. Que jornada tiene asignada \_\_\_\_\_

12. Número de horas que trabaja \_\_\_\_\_

13. En otros trabajos y en otras áreas que haya trabajado; o que trabaje presenta las mismas características o son diferentes. **Conteste solo si trabaja en otra institución.**  
\_\_\_\_\_.

14. Cubre turnos adicionales en el Hospital Sta. Rosita: Si \_\_\_ No\_\_\_

### **ELEMENTOS DEL TRABAJO RELACIONADOS CON EL SINDROME DE BURNOUT.**

15. Jornada de trabajo:

Matutina \_\_\_ Vespertina \_\_\_

Nocturna \_\_\_ Fines de semana\_\_\_ Mixta o rotatoria\_\_\_

16. Años de laborar en el Santa Rosita\_\_\_\_\_

Años de laborar en otra institución\_\_\_\_\_

### **CULTURA ORGANIZACIONAL**

17. Como son las relaciones interpersonales en su trabajo:  
Excelente\_\_\_\_\_ regulares\_\_\_\_\_ malas\_\_\_\_\_

18. Considera que el trabajo lo realizan en equipo:

Si \_\_\_ Siempre\_\_\_\_\_ Algunas veces\_\_\_\_\_ Casi siempre\_\_\_\_\_ No\_\_\_

19. Cuenta con las condiciones necesarias para realizar bien su trabajo.

Si\_\_\_ No\_\_\_

20. Acostumbra la institución; brindar algún reconocimiento por ser responsable en el trabajo.

Si\_\_\_ no \_\_\_

## CUESTIONARIO N°2

### ESCALA DE MASLACH

Responda cada pregunta, usando un número de la siguiente escala.

*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*

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

8. Me siento "quemado" por mi trabajo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

12. Me siento muy activo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

13. Me siento frustrado en mi trabajo.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

14. Creo que estoy trabajando demasiado.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

20. Me siento acabado.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

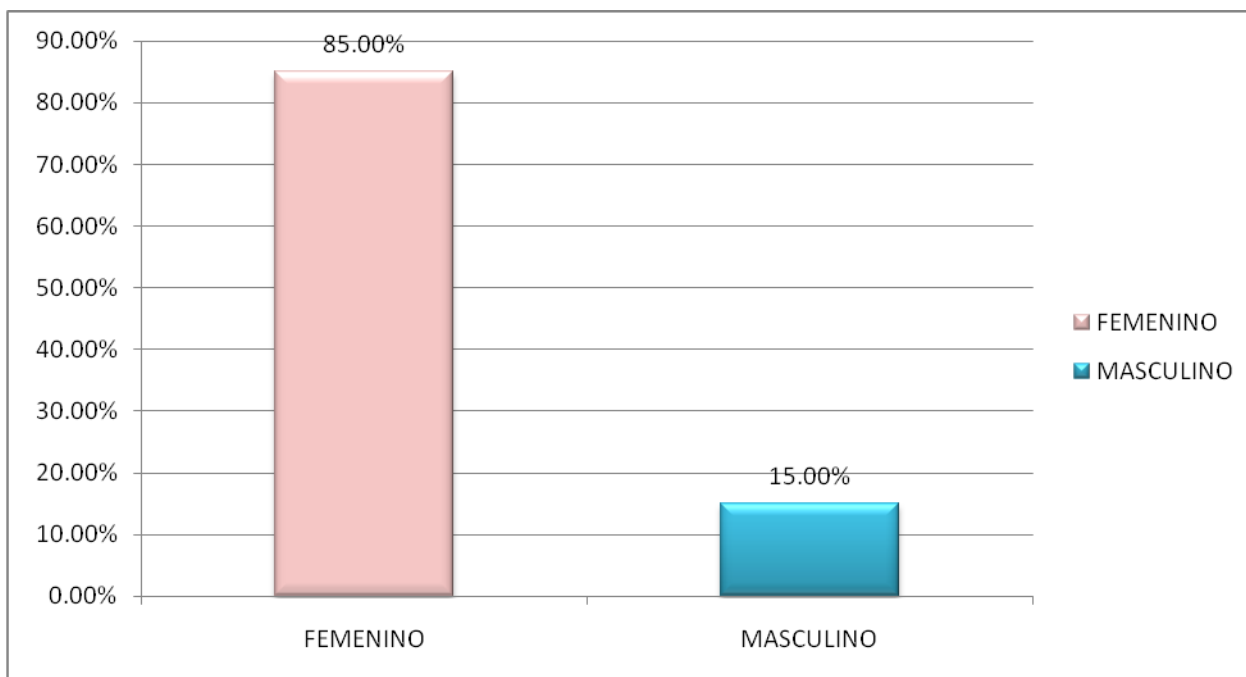
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas.

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_

**TABLA N° 1**

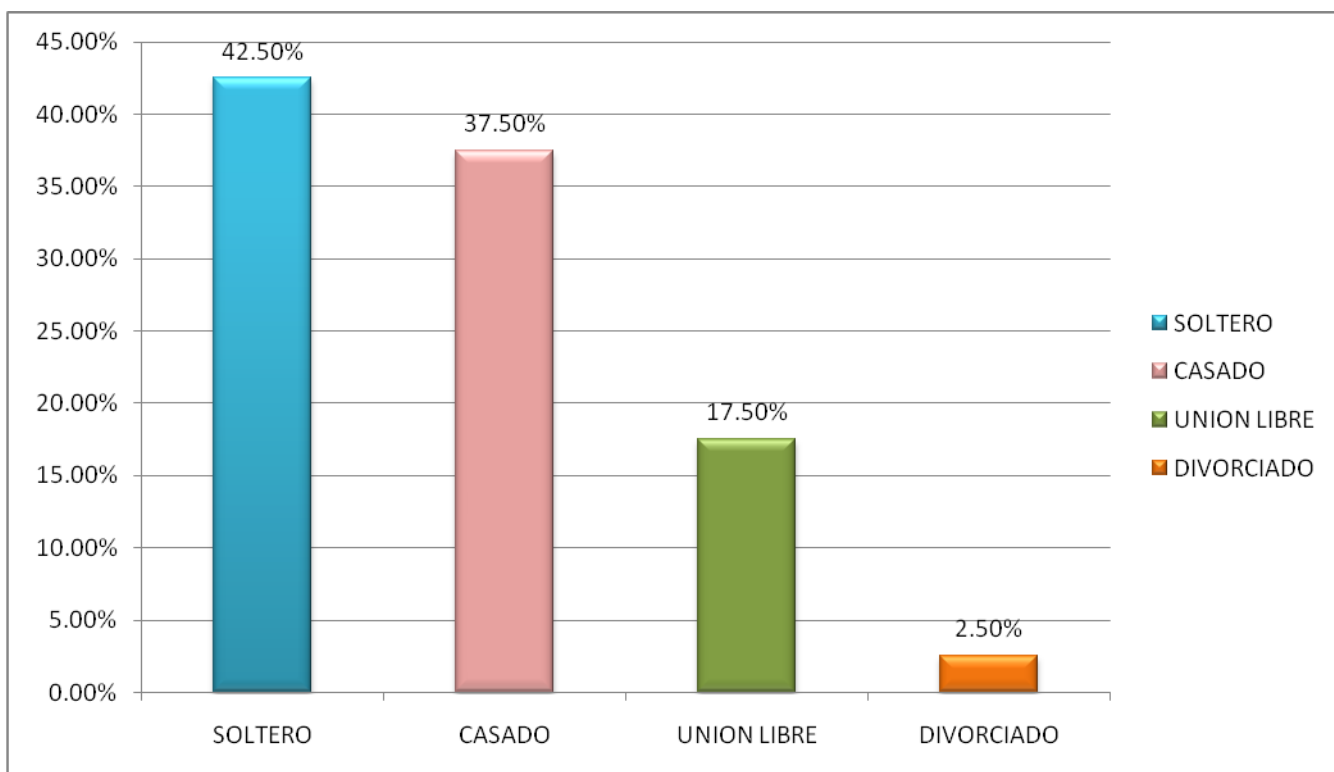
**SEXO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE  
LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO  
MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
FEMENINO	34	85.00%	85.00%
MASCULINO	6	15.00%	100.00%
Total	40	100.00%	100.00%



**TABLA N° 2**  
**ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES**  
**QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA,**  
**FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

ESTADO CIVIL (GENERAL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
<b>SOLTERO</b>	17	42.50%	42.50%
<b>CASADO</b>	15	37.50%	80.00%
<b>UNION LIBRE</b>	7	17.50%	97.50%
<b>DIVORCIADO</b>	1	2.50%	100.00%
<b>Total</b>	40	100.00%	100.00%



**TABLA N° 3**  
**ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

ESTADO CIVIL (MUJERES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SOLTERO	17	50.00%	50.00%
CASADO	11	32.35%	82.35%
UNION LIBRE	5	14.71%	97.06%
DIVORCIADO	1	2.94%	100.00%
Total	34	100.00%	100.00%

**TABLA N° 4**  
**ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS /OS PROFESIONALES Y AUXILIARES**  
**QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA,**  
**FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

ESTADO CIVIL (HOMBRES)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CASADO	4	66.67%	66.67%
UNION LIBRE	2	33.33%	100.00%
Total	6	100.00%	100.00%

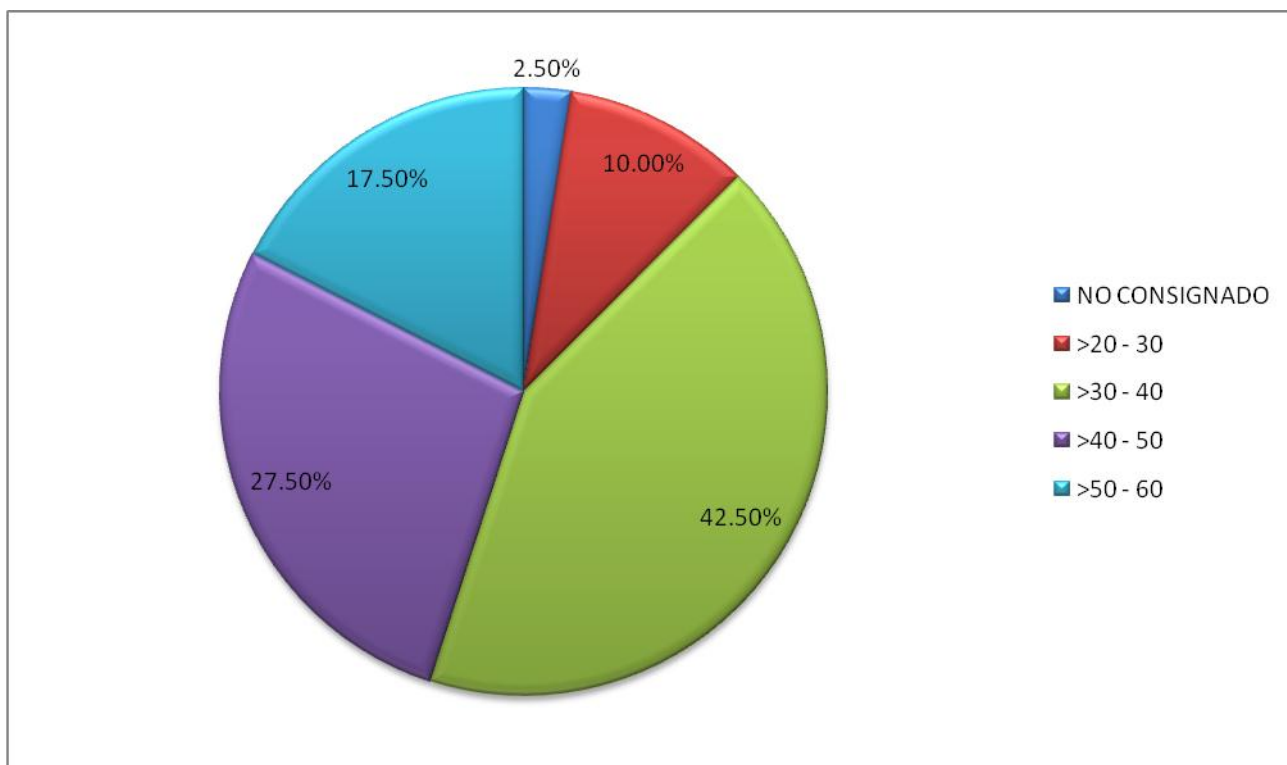
**TABLA No.5**  
**EDAD DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO CONSIGNADO	1	2.50%	2.50%
27	2	5.00%	7.50%
30	2	5.00%	12.50%
31	1	2.50%	15.00%
32	2	5.00%	20.00%
33	2	5.00%	25.00%
34	1	2.50%	27.50%
36	2	5.00%	32.50%
38	5	12.50%	45.00%
39	3	7.50%	52.50%
40	1	2.50%	55.00%
41	1	2.50%	57.50%
45	2	5.00%	62.50%
46	1	2.50%	65.00%
47	3	7.50%	72.50%
48	3	7.50%	80.00%
50	1	2.50%	82.50%
51	2	5.00%	87.50%
52	2	5.00%	92.50%
56	1	2.50%	95.00%
57	2	5.00%	100.00%
<b>TOTAL</b>	40	100.00%	100.00%
MODA=38 MEDIA=39			



**TABLA N° 5.1**

(EDAD) RANGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO CONSIGNADO	1	2.50%	2.50%
>20 – 30	4	10.00%	12.50%
>30 – 40	17	42.50%	55.00%
>40 – 50	11	27.50%	82.50%
>50 – 60	7	17.50%	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>



**TABLA N° 5.2**

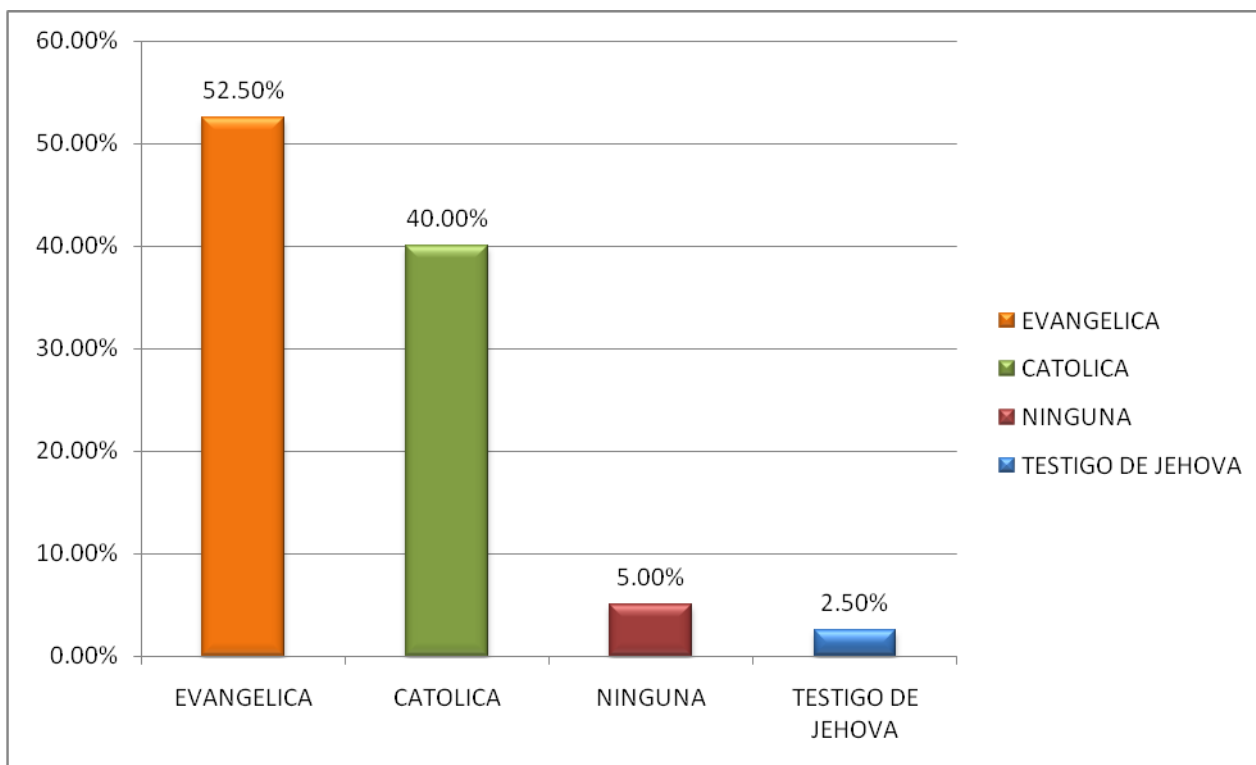
<b>EDAD POR RANGO (MUJERES)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<=1	1	2.94%
>21 – 31	5	14.71%
>31 – 41	14	41.18%
>41 – 51	9	26.47%
>51 – 60	5	14.71%
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 5.3**

<b>EDAD POR RANGO (HOMBRES)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
36	1	16.67%
38	1	16.67%
39	1	16.67%
47	1	16.67%
48	1	16.67%
50	1	16.67%
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 6**  
**RELIGION DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

RELIGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EVANGELICA	21	52.50%	52.50%
CATOLICA	16	40.00%	92.50%
NINGUNA	2	5.00%	97.50%
TESTIGO DE JEHOVA	1	2.50%	100.00%
<b>Total</b>	40	100.00%	100.00%



**TABLA N° 7**  
**RESIDENCIA DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

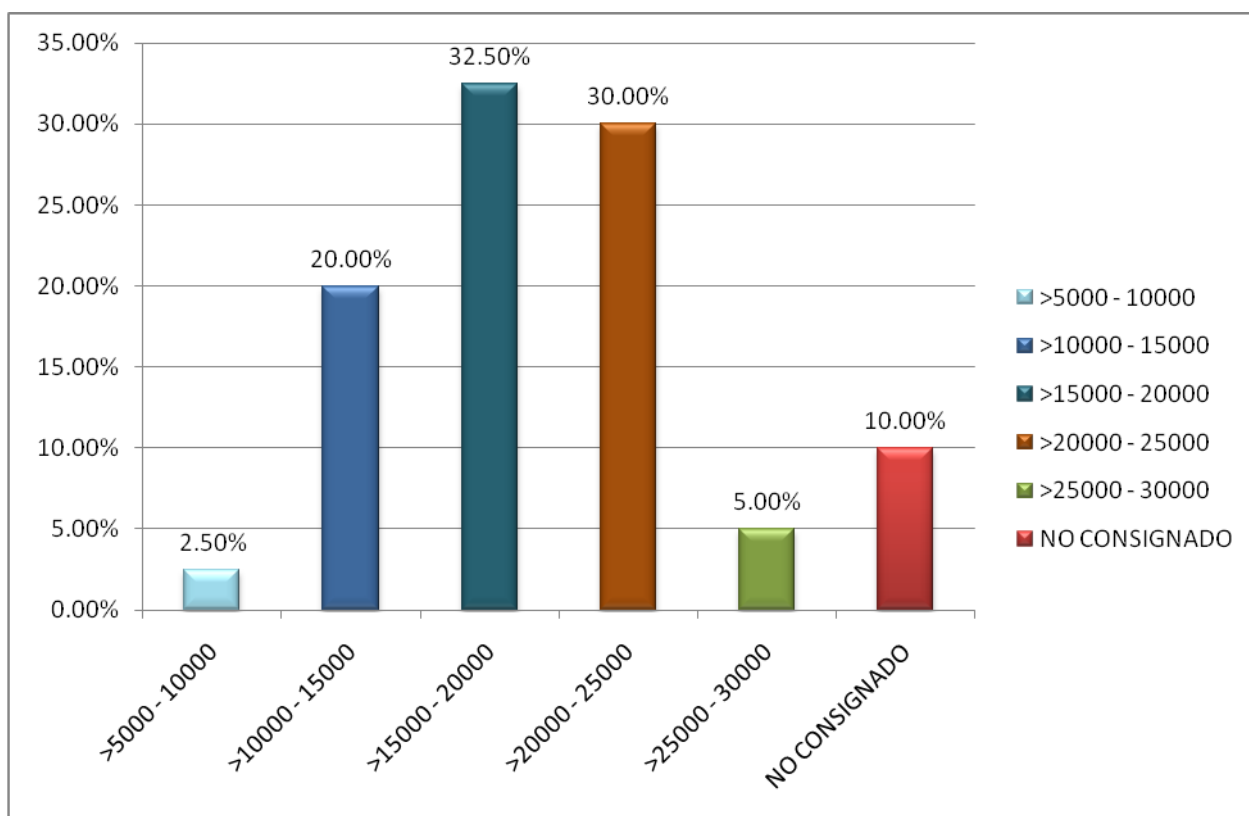
RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO CONSIGNADO	1	2.50%	2.50%
ALDEA SUYAPA	1	2.50%	5.00%
BARRIO CASAMATA	1	2.50%	7.50%
BARRIO CONCEPCION, COMAYAGUELA	1	2.50%	10.00%
CENTRO A. OESTE	1	2.50%	12.50%
CHOLUTECA	1	2.50%	15.00%
COLONIA 3 DE MAYO	1	2.50%	17.50%
COLONIA 30 DE NOVIEMBRE	1	2.50%	20.00%
COLONIA ALEMANIA	1	2.50%	22.50%
COLONIA ALTOS DE SAN FRANCISCO	1	2.50%	25.00%
COLONIA C.A.O.	1	2.50%	27.50%
COLONIA CAMPO CIELO	1	2.50%	30.00%
COLONIA CENTRO AMERICA	1	2.50%	32.50%
COLONIA CERRO GRANDE	1	2.50%	35.00%
COLONIA ISRAEL SUR, COMAYAGUELA	1	2.50%	37.50%
COLONIA KENNEDY	1	2.50%	40.00%
COLONIA LA ESPERANZA	2	5.00%	45.00%
COLONIA LA FRATERNIDAD	1	2.50%	47.50%
COLONIA MONTERREY	1	2.50%	50.00%
COLONIA POLICARPO PAZ GARCIA	1	2.50%	52.50%
COLONIA SAN FRANCISCO	1	2.50%	55.00%
COLONIA VILLA OLIMPICA	1	2.50%	57.50%
COMAYAGUELA	3	7.50%	65.00%
LOMAS DE PRADO NORTE	1	2.50%	67.50%
PLAZA	1	2.50%	70.00%
RESIDENCIA LOS MOLINOS	1	2.50%	72.50%
RESIDENCIA SAN JOSE	1	2.50%	75.00%
RESIDENCIAL FRANCISCO MURILLO SOTO	1	2.50%	77.50%
RESIDENCIAS HONDURAS M.D.C.	1	2.50%	80.00%
TEGUCIGALPA	6	15.00%	95.00%
TEGUCIGALPA, COL. ALEMAN	1	2.50%	97.50%
VILLAS DE TILOARQUE	1	2.50%	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 8**  
**SALARIO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

SALARIO (GENERAL)	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO CONSIGNADO	4	10.00%	10.00%
9200	1	2.50%	12.50%
10635	1	2.50%	15.00%
11300	1	2.50%	17.50%
11800	1	2.50%	20.00%
13860	1	2.50%	22.50%
14500	1	2.50%	25.00%
15000	3	7.50%	32.50%
15498	1	2.50%	35.00%
15845	1	2.50%	37.50%
16000	1	2.50%	40.00%
17000	1	2.50%	42.50%
17005	1	2.50%	45.00%
17500	1	2.50%	47.50%
18000	1	2.50%	50.00%
18500	1	2.50%	52.50%
20000	5	12.50%	65.00%
20449	1	2.50%	67.50%
20800	1	2.50%	70.00%
22000	4	10.00%	80.00%
22500	1	2.50%	82.50%
22600	2	5.00%	87.50%
23000	2	5.00%	92.50%
24215	1	2.50%	95.00%
25100	1	2.50%	97.50%
26000	1	2.50%	100.00%
<b>TOTAL</b>	40	100.00%	100.00%
MODA=20000 MEDIA=18250 MINIMO=9200 MAXIMO=26000			

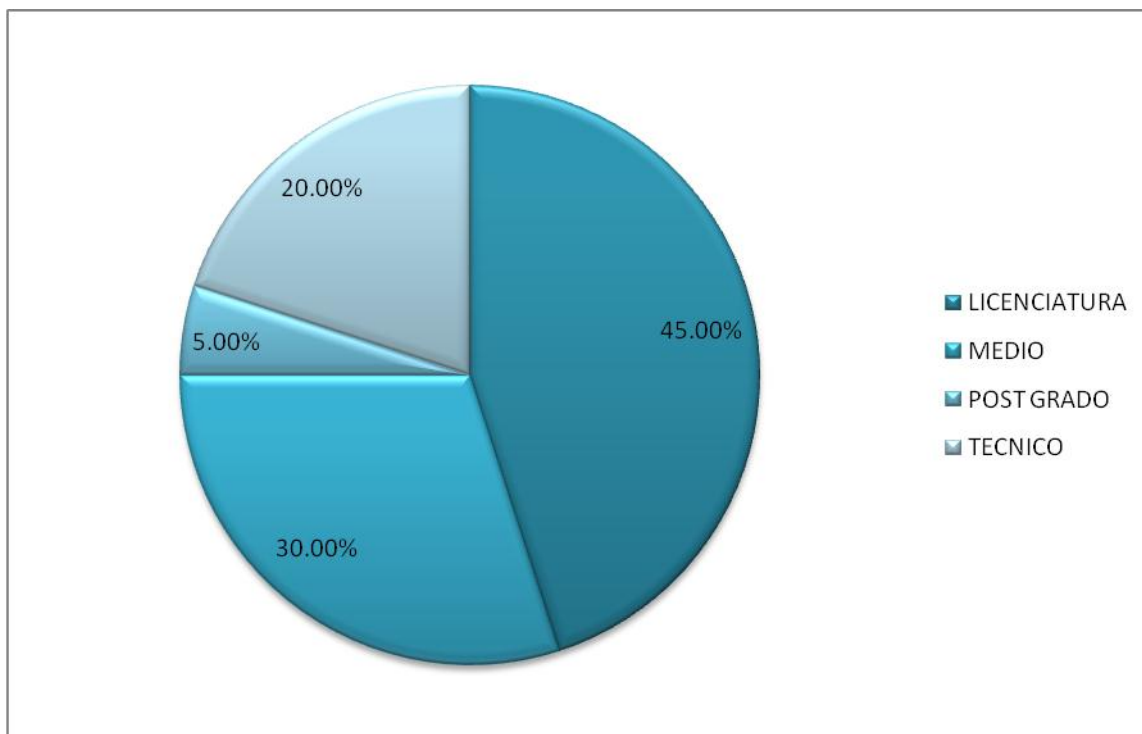
**TABLA N° 9**

SALARIO (RANGO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
>5000 – 10000	1	2.50%
>10000 - 15000	8	20.00%
>15000 - 20000	13	32.50%
>20000 - 25000	12	30.00%
>25000 - 30000	2	5.00%
NO CONSIGNADO	4	10.00%
<b>TOTAL</b>	40	100.00%



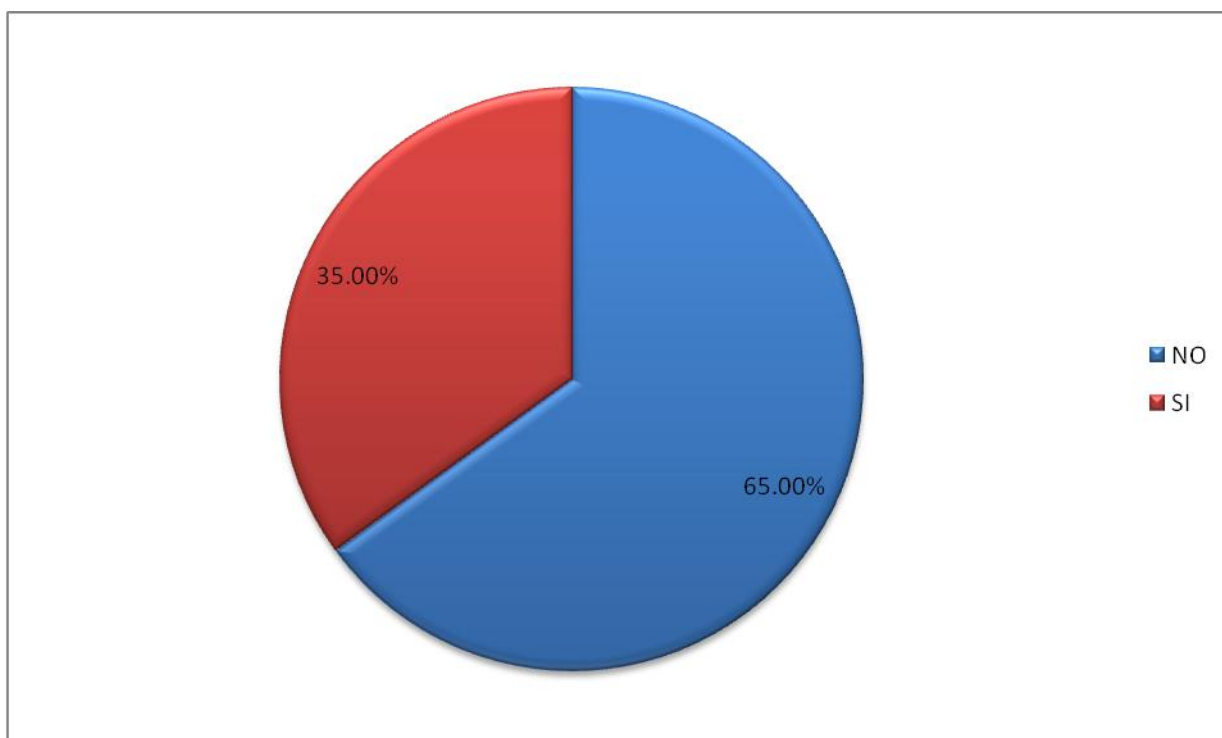
**TABLA N° 10**  
**GRADO ACADEMICO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES**  
**QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

GRADO ACADEMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LICENCIATURA	18	45.00%
MEDIO	12	30.00%
POST GRADO	2	5.00%
TECNICO	8	20.00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>



**TABLA N° 11**  
**TRABAJAN EN OTRA INSTITUCION LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y**  
**AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA,**  
**FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

TRABAJA EN OTRA INSTITUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>NO</b>	26	65.00%
<b>SI</b>	14	35.00%
<b>Total</b>	40	100.00%





**TABLA No. 12**

<b>TRABAJA EN OTRA INSTITUCION / SALARIO (RANGOS)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<=10000	1	7.14%
>10000 – 15000	1	7.14%
>15000 – 20000	2	14.29%
>20000 – 25000	9	64.29%
>25000 – 30000	1	7.14%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 13**  
**DEPENDIENTES DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE**  
**LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

NUMERO DE DEPENDIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	2	5.00%
1	9	22.50%
2	4	10.00%
3	11	27.50%
4	7	17.50%
5	5	12.50%
6	2	5.00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 13.1**

NUMERO DE DEPENDIENTES (SOLTERO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	2	11.76%
1	5	29.41%
2	4	23.53%
3	4	23.53%
4	1	5.88%
5	1	5.88%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 13.2**

NUMERO DE DEPENDIENTES (CASADO)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	3	20.00%
3	4	26.67%
4	5	33.33%
5	2	13.33%
6	1	6.67%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 13.3**

<b>NUMERO DE DEPENDIENTES ( UNION LIBRE )</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	1	14.29%
3	2	28.57%
4	1	14.29%
5	2	28.57%
6	1	14.29%
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>100.00%</b>

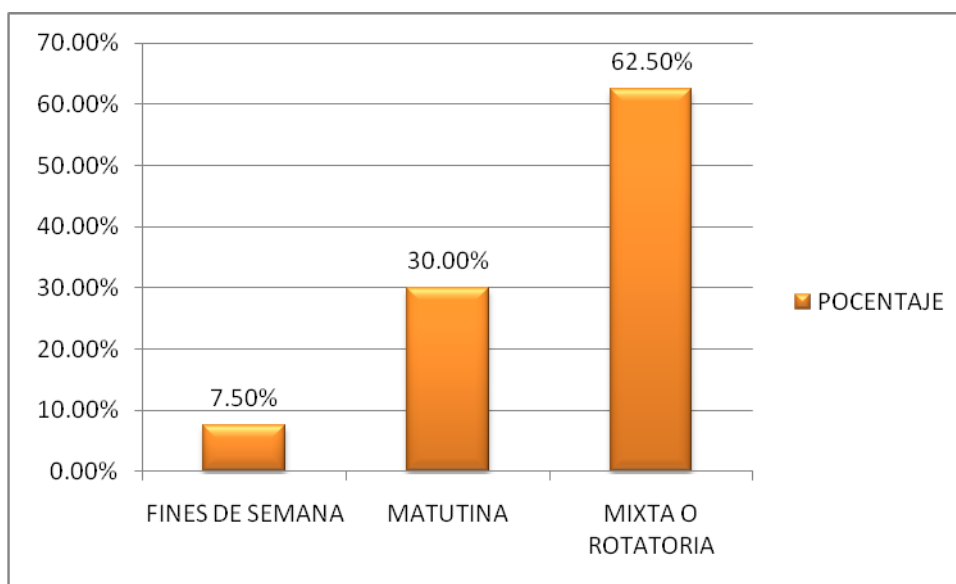
**TABLA N° 13.4**

<b>NUMERO DE DEPENDIENTES ( DIVORCIADO )</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
3	1	100.00%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 14**

**JORNADA DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

JORNADA DE TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FINES DE SEMANA	3	7.50%
MATUTINA	12	30.00%
MIXTA O ROTATORIA	25	62.50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>

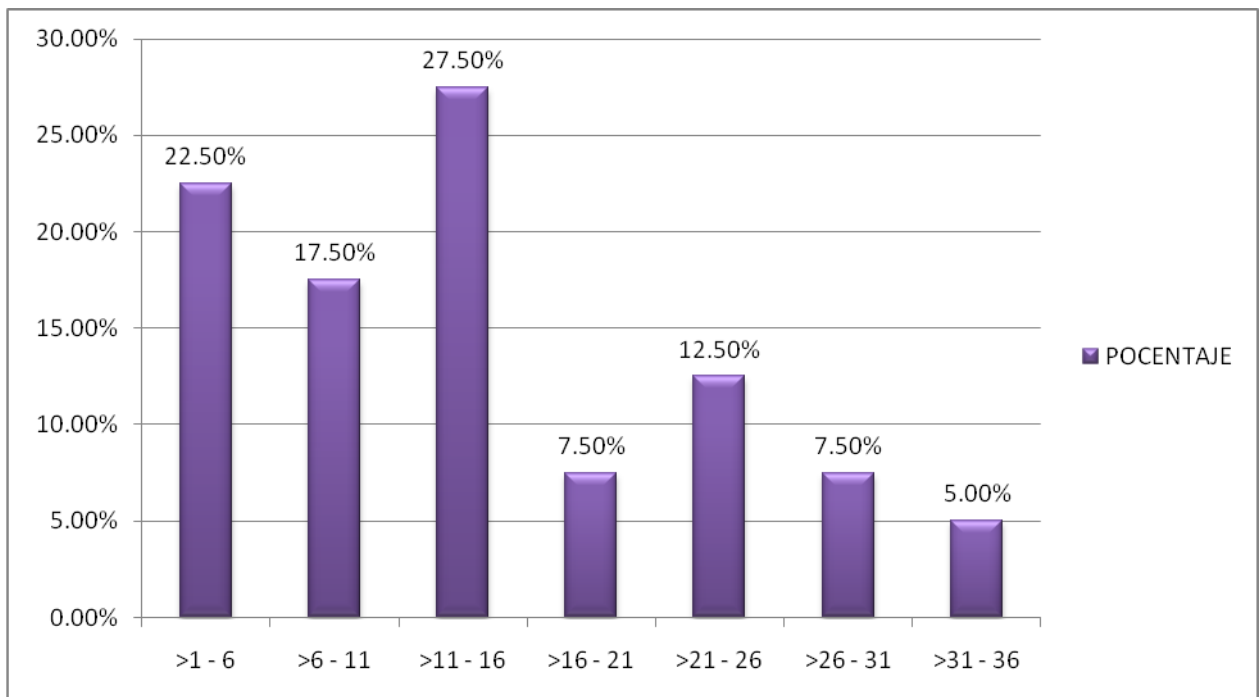


**TABLA N° 15**  
**AÑOS DE LABORAR DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES**  
**QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

<b>AÑOS DE LABORAR EN SANTA ROSITA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
2	3	7.50%
3	3	7.50%
5	3	7.50%
7	1	2.50%
8	4	10.00%
9	1	2.50%
10	1	2.50%
12	1	2.50%
13	3	7.50%
14	2	5.00%
15	2	5.00%
16	3	7.50%
17	1	2.50%
18	1	2.50%
20	1	2.50%
24	4	10.00%
25	1	2.50%
28	2	5.00%
29	1	2.50%
32	1	2.50%
36	1	2.50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>

**TABLA N° 15.1**

<b>AÑOS DE LABORAR EN SANTA ROSITA (RANGOS)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
>1 – 6	9	22.50%
>6 – 11	7	17.50%
>11 – 16	11	27.50%
>16 – 21	3	7.50%
>21 – 26	5	12.50%
>26 – 31	3	7.50%
>31 – 36	2	5.00%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>



**TABLA N° 15.2**

<b>AÑOS EN LABORAR EN OTRA INSTITUCION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	2	13.33%
2	2	13.33%
3	2	13.33%
4	1	6.67%
7	1	6.67%
8	1	6.67%
9	3	20.00%
10	1	6.67%
20	1	6.67%
24	1	6.67%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100.00%</b>

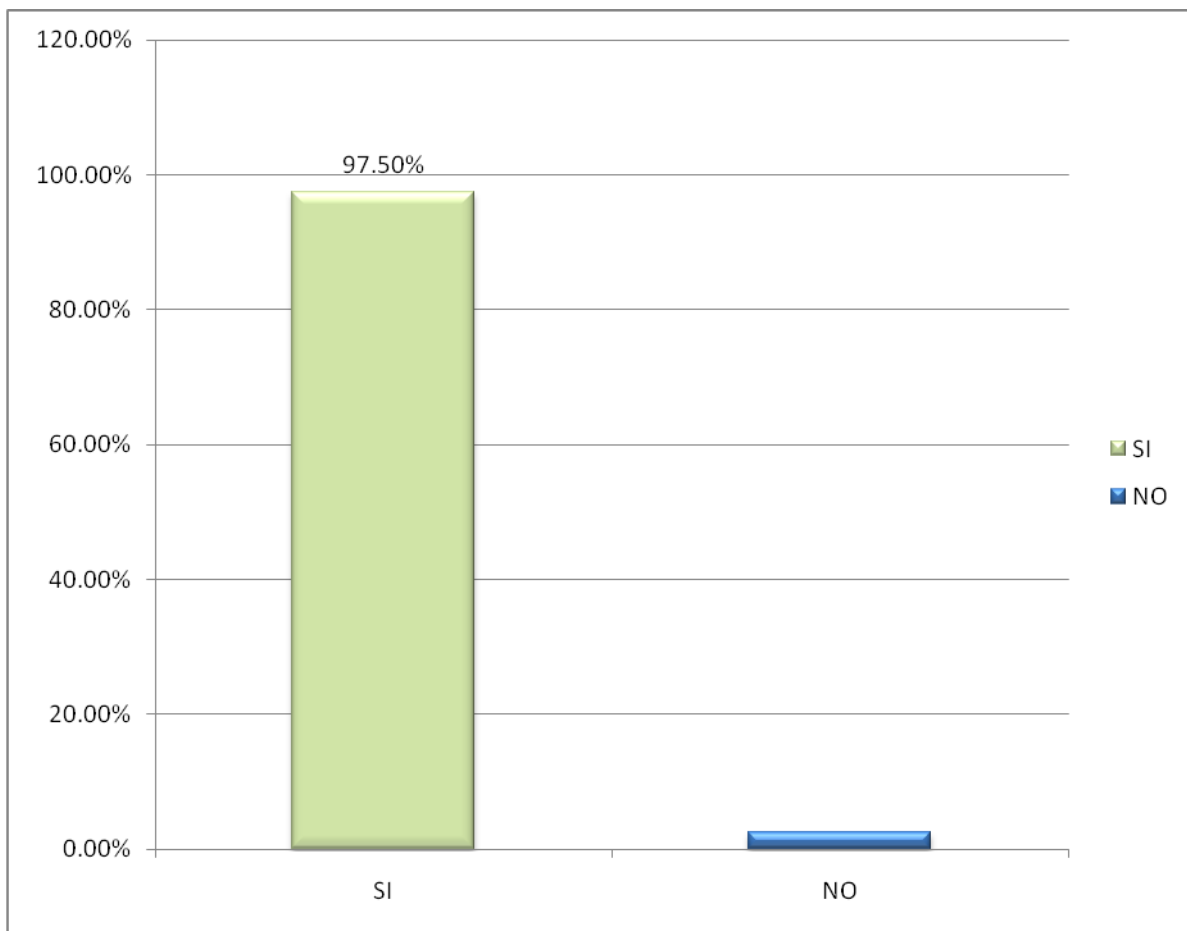
**TABLA N° 16**  
**RELACIONES INTERPERSONALES DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y**  
**AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA,**  
**FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

RELACIONES INTERPERSONALES EN TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	25	62.50%
REGULARES	14	35.00%
MALAS	1	2.50%
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00%</b>



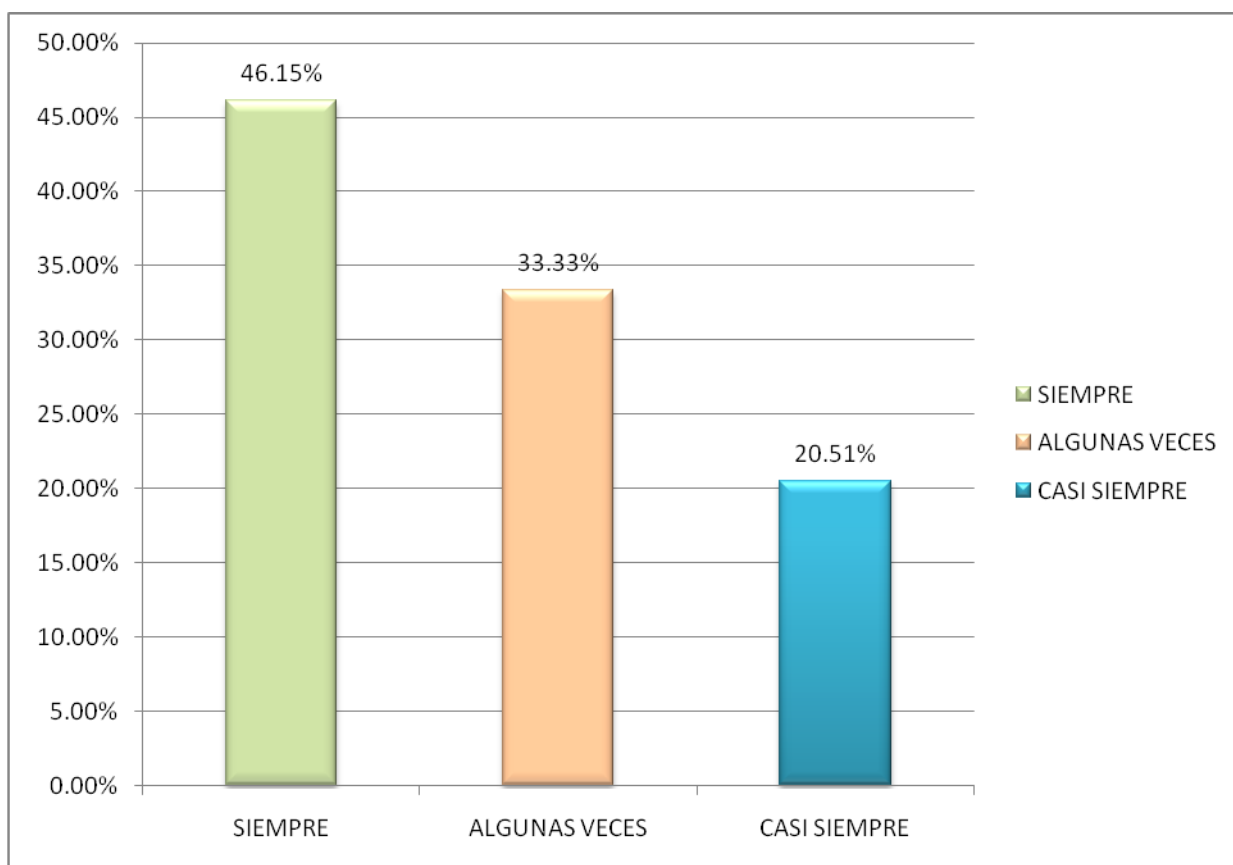
**TABLA N° 17**  
**TRABAJO EN EQUIPO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES**  
**QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO**  
**MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

COSIDERA QUE TRABAJA EN EQUIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI</b>	39	97.50%
<b>NO</b>	1	2.50%
<b>Total</b>	40	100.00%



**TABLA N° 17.1**

TRABAJO EN EQUIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SIEMPRE</b>	18	46.15%
<b>ALGUNAS VECES</b>	13	33.33%
<b>CASI SIEMPRE</b>	8	20.51%
<b>Total</b>	39	100.00%



**TABLA N° 18**  
**CONDICIONES DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y**  
**AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA,**  
**FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

<b>CUENTA CON LAS CONDICIONES NECESARIAS PARA REALIZAR BIEN SU TRABAJO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NO</b>	36	90.00%
<b>SI</b>	4	10.00%
<b>Total</b>	40	100.00%

**TABLA N° 19**

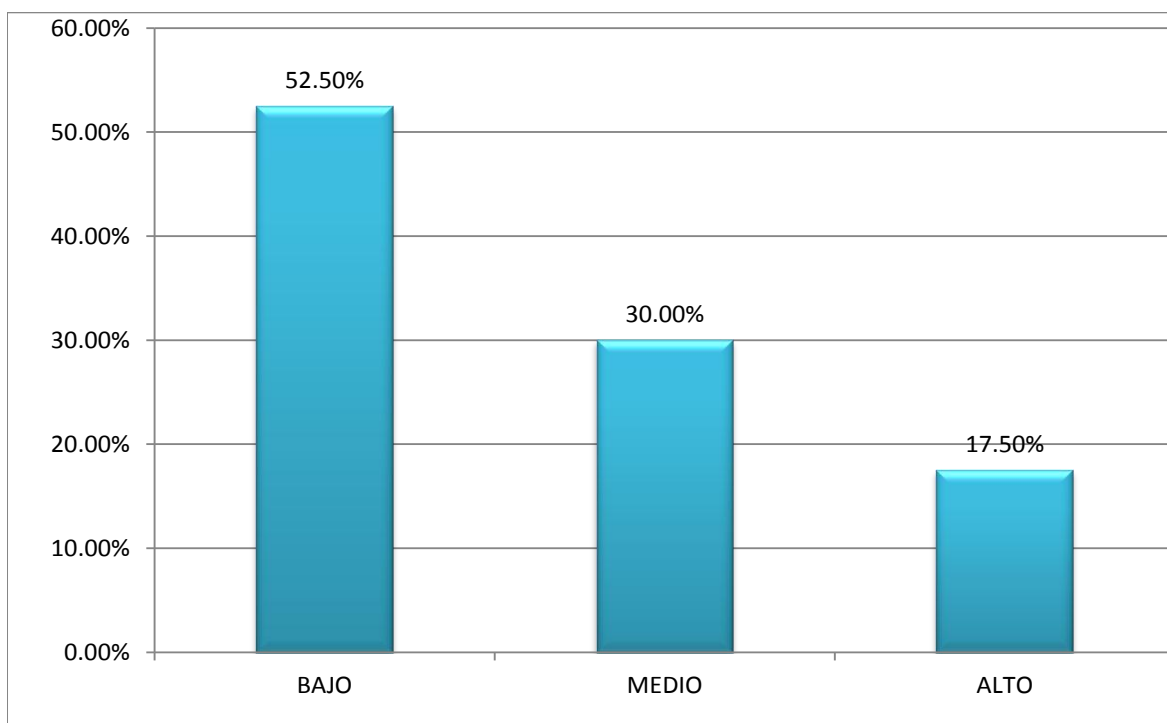
**INCENTIVO POR PARTE DE LA INSTITUCION A LAS(OS) ENFERMERAS(OS)**  
**PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO**  
**SANTA ROSITA, FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL**  
**2012**

<b>RECONOCIMIENTO POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>NO</b>	39	97.50%
<b>SI</b>	1	2.50%
<b>Total</b>	40	100.00%

**MANIFESTACIONES DEL SINDROME DE BURNOUT (DESPERSONALIZACIÓN) DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

Grafico N° 13

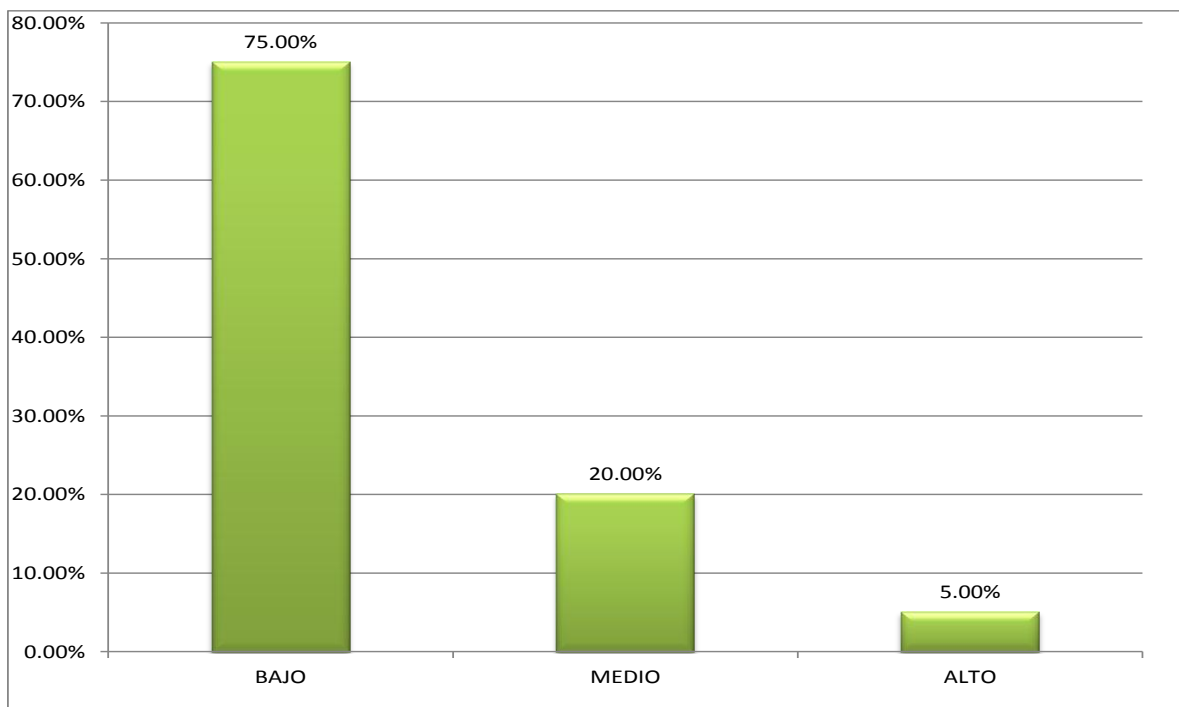
Manifestaciones del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, profesional y auxiliar que labora en el Hospital Santa Rosita.Fco. Morazán, Honduras 2012.



**NIVEL DE AGOTAMIENTO DE LAS(OS) ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE LABORAN EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

GRAFICO N° 14

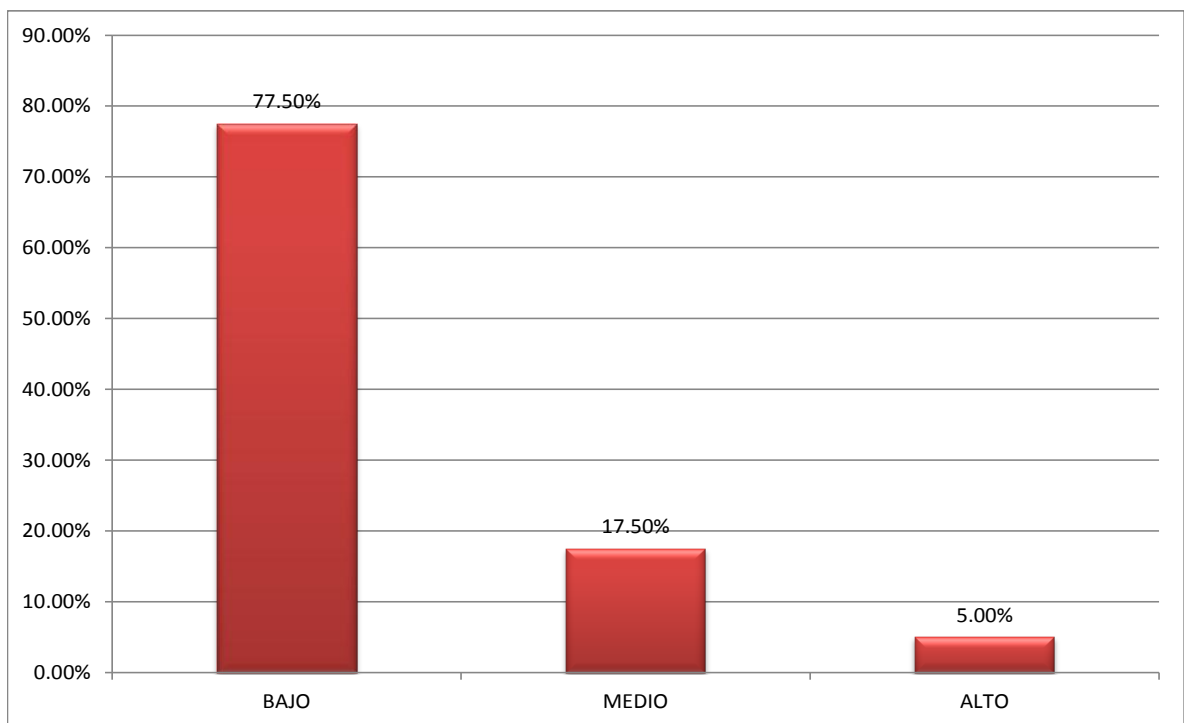
Nivel de agotamiento que presentan las enfermeras /os profesionales y auxiliares que laboran en el Hospital Santa Rosita, Támara Francisco Morazán. Honduras 2012.



**NIVEL DE REALIZACION PERSONAL QUE PRESENTAN LAS(OS)  
ENFERMERAS(OS) PROFESIONALES Y AUXILIARES QUE LABORAN EN EL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO SANTA ROSITA, FRANCISCO MORAZAN – HONDURAS  
PRIMER SEMESTRE DEL 2012**

Grafico N° 16

Nivel de realización personal que presenta el personal profesional y auxiliar que labora en el Hospital Santa Rosita, Támara Francisco Morazán, Honduras. 2102



# MODELO EXPLICATIVO

