



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO:
SINDROME DE BURNOUT Y DEPRESIÓN EN POLICIAS DE
UNA BASE ANTIDROGAS, 2017

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL
DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA

AUTORA:
AQUINO MOYA, ELIZABETH ROCIO

LIMA – PERÚ
2017

Dedicatoria

A mi esposo Pedro Borja por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para nuestro futuro por su invaluable e incansable apoyo

A mi hijo Leonardo que siendo tan pequeño se convirtió en fuente de energía e inspiración para realizar esta investigación.

A mi Madre por haberme dado la vida y a la vez enseñarme a vivirla.

Agradecimientos:

Mi agradecimiento a la Policía Nacional del Perú por haber hecho posible la realización de esta investigación y de modo especial.

A aquellos policías que han colaborado en el estudio permitiéndome compartir su experiencia profesional.

A mi asesor personal de la tesis Dr. Edmundo Orellana Guzmán.

A mis profesores de la Universidad Alas Peruanas por sus enseñanzas.

Resumen

La investigación desarrollada trata sobre el síndrome de Burnout y la depresión que afecta a policías que laboran en una Base Antidrogas en el interior del País. El objetivo fue determinar la relación que existe entre el síndrome de Burnout y la depresión, es decir determinar el nivel y tipo de asociación entre ambas variables. El síndrome de Burnout es un tipo elevado de estrés que afecta el rendimiento laboral y la depresión es un deterioro del estado anímico que afecta la salud mental del que la padece.

La investigación corresponde al método cuantitativo y es de nivel correlacional, se hizo en el lugar de operaciones que es la base antidrogas y se entrevistó a una muestra representativa de 75 sujetos, de una población de 560 efectivos policiales, el tamaño de la muestra fue calculada mediante la fórmula para poblaciones finitas, los instrumentos utilizados fueron; para medir el síndrome de Burnout fue el Maslach Burnout Inventory y para medir el nivel de depresión se utilizó la escala de Hamilton Depression Rating Scale.

Los resultados hallados indican que un alto porcentaje de la población 70.671% padece altos niveles de síndrome de Burnout, 22.67% tiene niveles moderados y 6.67% no tiene estrés. Respecto a la depresión; 18.67% no tiene ningún grado de depresión, 38.67% tiene en un nivel menor, 20% tiene en nivel moderado, 4% padece depresión severa y 18% padece depresión muy severa, a estos dos últimos grupos esta situación les afecta en su salud mental y en el desempeño de sus actividades laborales, mermando la operatividad del servicio policial de la Base, ya que el personal policial afectado, tiene que ser evacuado a centros de atención médica de la policía en donde reciben tratamiento especializado para recuperar su salud mental y su estado operativo.

Finalmente se comprobó que existe una relación baja, directa y estadísticamente significativa (0.15) entre la variable Síndrome de Burnout y Depresión, lo que señala un bajo grado de asociación entre ambas variables, con lo que se confirmó la hipótesis.

Términos clave; Síndrome de Burnout, depresión, agotamiento emocional, despersonalización, autorrealización.

Abstract

The developed investigation is about the Burnout syndrome and depression, which affect policemen who work in an anti-drug base within the country. The goal was to determine the relationship that exists between the Burnout syndrome and depression, in other words, the level and type of association among both variables. The Burnout syndrome is a high kind of stress that affects labor performance. The depression is a deterioration of the mood that affects the sufferer's mental health.

The investigation corresponds to the quantitative method whose level is correlational. It was done in the place of operations, which is the anti-drug base. A representative sample of 75 subjects was interviewed, out of a population of 560 police officers. The size of the sample was calculated using the formula for finite populations. The used tools to measure were the Maslach Burnout Inventory for the Burnout syndrome and the Hamilton Depression Rating Scale for depression.

The found results indicate that a high percentage of the population (70.671 %) suffers high levels of this particular syndrome, 22.67% have moderate levels and 6.67% does not have stress. With regard to depression, 18.67% does not own any degree of depression. 38.67% owns it in a lower level. 20% of the population owns it in a moderate level. 4% has a severe depression and 18% have a very severe depression. To these two last groups, this situation affects them in their mental health and job performance, reducing the police service's operability of the base since the police personal affected has to be evacuated to health care centers of the police where they receive specialized treatment to recover their mental health and their operational status.

Finally, it was verified that there is a direct, low and statistically significant relationship (0.15%) between the Burnout syndrome and depression, which shows a low degree of association among both variables. Thus, the hypothesis was confirmed.

Key words: Burnout syndrome, depression, emotional exhaustion, depersonalisation, self-fulfillment.

Introducción

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés que se caracteriza por su alta intensidad, lo cual afecta el estado fisiológico, el estado anímico y el desempeño laboral de una persona, la depresión es el decaimiento del estado anímico con pérdida de energía, que causa cambios en el apetito y el sueño, genera altos niveles de ansiedad, gran indecisión y desesperanza, incluso causa pensamientos de automutilación o suicidio. Ambas dolencias psicológicas puede dañar las relaciones interpersonales, reducir la autoestima e interferir con la capacidad de las personas para trabajar y sustentar su vida, incluso puede llevarlas al suicidio.

La investigación realizada es sobre el síndrome de Burnout y la depresión que aquejan a los policías que laboran en una base antidrogas al interior del país, el objetivo de la investigación fue determinar la intensidad con que se presentan dichos fenómenos y determinar el nivel de relación o asociación entre ambas variables y sus efectos en la salud y las labores que realizan.

La investigación tiene las siguientes partes.

El capítulo I, trata sobre la descripción de la realidad problemática, la formulación del problema principal y de los problemas secundarios, la definición de los objetivos de la investigación, la justificación, la viabilidad y las limitaciones de la investigación.

El capítulo II, contiene los antecedentes de la investigación internacionales y nacionales, que son similares en cuanto a metodología, variables de estudio y objetivos. También considera el marco teórico donde se consignan conceptos y definiciones de diversos autores de las variables síndrome de Burnout y de la depresión, sus causas, sus consecuencias y su prevención y finalmente se definen los términos básicos.

El capítulo III, contiene la formulación de la hipótesis principal y de las hipótesis específicas, en ella se explica la definición operacional de las variables síndrome de Burnout y depresión, también se realiza la operacionalización de las variables y de sus respectivas dimensiones e indicadores.

El Capítulo IV, contiene la definición del método, el diseño, el nivel y el tipo de investigación que se emplea, asimismo describe la población y la muestra seleccionada, la técnica de muestreo utilizada, así como el cálculo del tamaño de la muestra, el procedimiento de recopilación y el procesamiento de los datos, el tratamiento estadístico de la información y la elaboración del informe.

El Capítulo V, presenta los resultados hallados, en él se hace la interpretación y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de la información, la comprobación de las hipótesis, la discusión de los resultados, se formulan las conclusiones y las recomendaciones de la investigación.

Finalmente se consignan las referencias consultadas y citadas, se especifica el índice de tablas y se adicionan los anexos de la investigación, como son la matriz de consistencia y los instrumentos utilizados para la recopilación de los datos.

INDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1. Descripción de la realidad problemática	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.4. Justificación de la investigación	5
1.5. Limitaciones del estudio	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases teóricas	16
2.3. Definición de términos básicos	32
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	34
3.1. Formulación de hipótesis principal e hipótesis específicas	34
3.2. Definición conceptual y operacional de las variables	34
3.3. Operacionalización de la variables, dimensiones e indicadores	36
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	38
4.1. Diseño metodológico	38
4.2. Diseño muestral, población y muestra	40
4.3. Recolección de datos técnicas e instrumentos	41
4.4. Técnicas de procesamiento y análisis estadístico de la información	42
4.5. Aspectos éticos	43
CAPÍTULO V: ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	44
5.1. Análisis descriptivo de las variables	44
5.2. Análisis descriptivo de las dimensiones del síndrome de Burnout	46
5.3. Análisis estadístico inferencial	48
5.4. Comprobación de hipótesis	50
5.5. Análisis y discusión	56
5.6. Conclusiones	59
5.7. Recomendaciones	60
REFERENCIAS	62
ÍNDICE DE TABLAS	66
ANEXOS	67

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

De conformidad con la Organización Mundial de la Salud (2001), la salud “Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta noción ha ganado vigencia en la medida en que se ha hecho cada vez más evidente el importante rol que desempeña la salud mental en el bienestar de la población y del individuo. La salud mental tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas ya que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional. Además, es un factor que contribuye a la prosperidad de la sociedad.

Una buena salud permite a la personas desarrollar sus actividades personales y laborales con normalidad y productividad. Sin embargo no todos los trabajos son iguales. En la sociedad competitiva actual existen muchos empleos, donde se labora hasta altas horas de la noche, se recibe gran presión laboral, se trabaja por resultados y muchas veces en condiciones físicas inadecuadas y mal clima organizacional.

En nuestro país un trabajo que tiene estas características es la labor que ejerce el personal policial que pertenece a la Policía Nacional del Perú, ya que por la naturaleza de su trabajo, se trabaja bajo presión, con altos niveles de riesgo, condiciones inadecuadas y con bajas remuneraciones. Dentro de la

misma institución existen especialidades y unidades donde la función policial se hace en extremo peligrosas, arriesgadas, en condiciones adversas, sin reconocimiento, olvidados e ignorados, como son las tareas de los que laboran en las zonas de emergencia y combatiendo el narcotráfico y el terrorismo.

Asimismo el personal policial que labora en las unidades de operaciones narco-terrorismo son destacados por necesidad del servicio, sin ser consultados para ir a laborar a dicha zona, ninguno es de la zona donde van a laborar, proceden de otros lugares geográficos más alejados.

Antes de ir a las bases antidrogas, reciben una preparación física y psicológica por tres meses para enfrentar todo tipo de riesgos y adversidades de su función, sin embargo ello no es suficiente, porque las exigencias del puesto y del trabajo son muy severas y adversas.

En la zona de trabajo o base antidrogas su régimen de trabajo les obliga a laborar 7 días en zonas agrestes de la selva y 7 días en el pueblo, la zona de operaciones donde ejecutan sus labores es en selva virgen, en dichos lugares hacen operativos para la erradicación de las plantaciones de la hoja de coca, destrucción de pozas de maceración, captura de productores de drogas, interdicción e intervención; todas ellas son de alto riesgo, porque enfrentan a delincuentes que se dedican al narcoterrorismo, quienes están dispuestos a emboscarlos y matarlos sin ningún miramiento. En la zona permanecen destacados por largos periodos de tiempo y alejados del seno familiar, no tienen descanso porque los días que no están de operaciones están en la base o el poblado sin tener programas de diversión o esparcimiento. Tampoco salen de descanso con destino a sus hogares que están en otras ciudades. Son evacuados

solo en casos de enfermedades tropicales y/o lesiones a los hospitales policiales o derivados a otras sub unidades policiales donde realizan labores distintas.

Los servicios que ofrece el Estado a través del Ministerio del Interior y la institución policial son limitados, ya que no cuentan con consejeros psicológicos en la base donde laboran que le puedan apoyar a superar sus temores o recomendar actividades que palien o minimicen los efectos del estrés y la depresión, poniendo en riesgo su salud psicológica.

Por tal motivo, muchos efectivos policiales debido a la presión continua de su labor, a las condiciones climatológicas y geográficas en los que laboran, a los grandes riesgos a los que están expuestos, el largo tiempo de internado, a los operativos de intervención y enfrentamiento a delincuentes terroristas en la selva, el estar incomunicados con sus familiares y no tener programas de esparcimiento y distracción en los días de descanso, les genera un alto nivel de estrés y estos al no ser atendidos médica y psicológicamente podrían adquirir el síndrome de Burnout y que al no ser atendidos oportunamente algunos pasan a estados depresivos severos.

Teniendo en cuenta la realidad problemática expuesta y ante la necesidad de realizar propuestas de promoción y prevención e intervención psicológica surge el interés de realizar la investigación para conocer si existe relación entre el síndrome de Burnout y depresión en los policías que laboran en una base antidrogas del Perú.

1.2 Formulación del problema

1.2.1. Problema general

De acuerdo a la realidad problemática expuesta el problema principal, quedó planteado en los siguientes términos:

¿Cuál es la relación entre el síndrome de Burnout y la depresión en los policías de una base antidrogas, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

Los problemas secundarios que se derivaron del problema principal fueron los siguientes:

- a. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en los policías de una base antidrogas?
- b. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión despersonalización y la depresión en los policías de una base antidrogas?
- c. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión realización personal en el trabajo y la depresión en los policías de una base antidrogas?

1.3 Objetivos de la investigación

Los objetivos que se plantearon para la presente investigación son los siguientes:

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre el síndrome de Burnout y la depresión en los policías de una base antidrogas.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Establecer la relación que existe entre la dimensión agotamiento emocional de la variable síndrome de Burnout y la variable depresión en los policías de una base antidrogas.

- b. Comprobar la relación que existe entre la dimensión despersonalización de la variable síndrome de Burnout y la variable depresión en los policías de una base antidrogas.
- c. Verificar la relación que existe entre la dimensión realización personal en el trabajo de la variable síndrome de Burnout y la variable depresión en los policías de una base antidrogas.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

El trabajo de investigación es importante por las siguientes consideraciones.

Desde el punto de vista teórico reviste importancia debido a que se determinó qué grado o nivel de relación existe entre el Síndrome de Burnout y la depresión desde el punto de vista científico se pudo determinar el grado de asociación entre ambas variables.

Desde la perspectiva metodológica, se estudió dichos fenómenos en una población poco explorada, debido a que las personas que laboran en una base antidrogas enfrentan altos niveles de estrés, por los riesgos al que están expuestos en sus labores, asimismo se emplearon pruebas estadísticas de correlación para ver el nivel de asociación o causalidad que hay entre las variables de estudio.

Desde el punto de vista práctico y aplicativo los estudios permitieron señalar aspectos que debían tenerse en cuenta para minimizar o evitar que los policías sufran del síndrome de Burnout y asimismo permitió recomendar mejoras en los programas de salud mental para los efectivos policiales que

laboran en dicha dependencia y otras que tengan similares características. Asimismo sirvió para que la Policía Nacional del Perú conozca los resultados y adopten políticas y planes de acción favorables para la comunidad policial, especialmente en la atención primaria de la salud mental, plasmando mecanismos preventivos para estos trastornos. Finalmente, la relevancia social radica en que los resultados de la investigación sirvieron para que los jefes y los policías tomen conciencia de los factores predisponentes que condicionan el estado mental de los efectivos, poder controlarlos y fomentar estilos de vida saludables individual y familia.

1.4.2 Viabilidad de la investigación

La realización de la presente investigación fue viable, porque se poseían los recursos económicos, físicos y humanos necesarios para ejecutarlo, se contó con la asesoría metodológica y estadística y la valiosa colaboración de las autoridades policiales que brindaron las facilidades para la investigación y la participación de los efectivos de la base antidrogas.

Asimismo se contó con los recursos económicos y materiales, para la recopilación, procesamiento y tratamiento de los datos y la redacción del informe final.

1.5 Limitaciones del estudio

Las limitaciones de la investigación son las siguientes:

Desde el punto de vista geográfico, solo se investigó en una base antidrogas de la Policía Nacional, no abarcó a todas las bases que operan a nivel nacional, por razones económicas y por las dificultades de acceso y de autorizaciones.

Otra limitación que hubo fue el poco tiempo que se disponía para la recopilación de la información, ya que en el corto periodo brindado se aplicaron los instrumentos de medición para recoger los datos. No se pudo complementar con la observación y/o entrevista.

Otra limitación fue la información que estaban dispuestos a brindar los efectivos policiales que estaban de descanso y con la disposición a colaborar con la aplicación de la escala y el inventario; no se pudo aplicar a toda la población de la base, sino a aquellos que voluntariamente colaboraron.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes Internacionales

De Francisco, Arce, Vílchez y Vales (2016), efectuaron una investigación en España sobre “Antecedentes y consecuencias del Burnout en deportistas: estrés percibido y depresión,” El objetivo fue investigar la relación entre estrés percibido, Burnout y depresión en deportistas. Se consideró el estrés como antecedente del burnout y la depresión como consecuencia de ambos. El método usado fue cuantitativo, participaron en el estudio 453 deportistas. El estrés y la depresión fueron medidos con la Escala Depression Anxiety Stress Scales (DASS) y el síndrome de Burnout en deportistas se midió con el cuestionario Athlete Burnout Questionnaire (ABQ). Los datos fueron analizados desde la perspectiva de modelos de ecuaciones estructurales (SEM). Los resultados hallados fueron, que hay un efecto directo del estrés sobre el Burnout y la depresión fue de 0,66 y 0,24, respectivamente y el del Burnout sobre la depresión de 0,53; todos ellos significativos ($p < 0,001$). El estrés explica el 43% de la varianza del Burnout y el estrés conjuntamente con el Burnout, el 50% de la varianza de la depresión. Los índices de ajuste del modelo fueron: $\chi^2(224) = 520,881$ ($p < 0,001$), $2/df = 2,32$, el índice de bondad de ajuste (GFI) = 0,91, el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) = 0,89, la raíz del residuo

cuadrático promedio de aproximación (RMSEA) = 0,054 (90% intervalo de confianza, 0,048-0,060) y raíz cuadrada de la media cuadrática del residual estandarizado (SRMR) = 0,063. En las conclusiones se determinó que existe relación directa y significativa entre estrés, Burnout y depresión considerado en un único modelo.

López (2014) realizó una investigación denominada Síndrome de Burnout estudiantil y género, el objetivo fue establecer el Síndrome de Burnout entre estudiantes femenino en México. La metodología empleada fue de tipo cuantitativo, la población estuvo compuesta por 87 mujeres estudiantes de primer semestre de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma de Tlaxcala, en el ciclo escolar (2012) Otoño. Las edades de la muestra oscilaban entre 17 y 38 años ($x = 19.15$, $s = 2.734$). El estado civil de las participantes se dividió de la siguiente forma: 89.7% (78) solteras, 2.3% (2) casadas, 6.9% (6) en unión libre y 1.1% (1) divorciada. Los instrumentos usados para recopilar información fueron el Inventario de Derogatis SCL90-R, (Casullo, 2008), que evalúa patrones de síntomas percibidos por los individuos durante la semana anterior a su administración. Además es un instrumento de tamizaje que sirvió para detectar las características que requieren de ayuda profesional. Los datos obtenidos, fueron procesados por el programa SPSS versión 17.0. Los resultados dieron pautas para descubrir algunos síntomas relacionados con el síndrome de Burnout académico, que experimentan las jóvenes universitarias durante sus estudios y sirvió para hacer consejería y orientación a las alumnas.

Cáceres (2006) hizo su trabajo de grado, “Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar”; un estudio de tipo descriptivo explicativo realizado a 150 personas del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital

“Gómez Ulla” de Madrid, la muestra 593 fue entre médicos y enfermeros que laboraban en Unidades, Centros y Organismos (UCO,s) de la Comunidad Autónoma de Madrid, se tuvo en cuenta algunas características sociodemográficas y laborales tales como; el sexo, la profesión, el centro de trabajo (UCO,s del Ejército de Tierra, Aire, Armada y Organismos Centrales de la Defensa) y el tipo de trabajo, intra o extra hospitalario. En cuanto a la distribución por sexo, el 83,64% de la población de referencia son hombres, y sólo el 16,35% son mujeres. La gran mayoría de estos médicos y enfermeros, el 66,61%, están destinados en Organismos Centrales de la Defensa (Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, Escuela Militar de Sanidad, Instituto de Medicina Preventiva “Ramón y Cajal”, Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial...). En UCO,s del Ejército de Tierra se encuentran destinados el 22,09%, y por último, un menor porcentaje de médicos y enfermeros están prestando sus servicios en UCO,s del Aire, el 6,07%, y de la Armada, el 5,22%. Los resultados arrojaron que prevalece significativamente el síndrome de Burnout .

Fernández, Fernández y Acevedo (2005) efectuaron un estudio en Venezuela sobre “Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros”, es un estudio cuantitativo y transversal que tuvo el objetivo de estudiar la relación entre estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros. Se realizó un estudio transversal en 150 trabajadores, con edad media de $38,11 \pm 7,97$ años y antigüedad laboral de $11,10 \pm 6,55$ años, a los cuales se les administró el cuestionario de estrés organizacional de la OIT/OMS, las escalas de depresión de Hamilton y Beck y la escala de evaluación de técnicas de afrontamiento de Carver y colaboradores. La

frecuencia total de estrés según la escala fue de 32 (21 %): 24 (16%) en el nivel intermedio, 7 (4%) ubicado en el nivel estrés y 1 (1 %) en el nivel alto. 58 trabajadores (39%) presentaron depresión somática, la depresión cognitiva estuvo presente en 15 trabajadores (10%), con síntomas leves 12 (8%) y síntomas moderados 3 (2%). Las formas de afrontamiento más frecuentemente utilizadas fueron, la planificación 72 personas (30%), reinterpretación positiva y crecimiento 46 (20%), activo 30 (13%) y religioso 28 personas (12%). Se encontró correlación positiva 0,219 $p < 0,01$ entre estrés organizacional y depresión cognitiva y una correlación estadística negativa -0,193 $p < 0,05$ entre niveles de estrés y antigüedad laboral. Se concluyó que la mayor parte de los trabajadores de la empresa poseen un nivel de estrés bajo, adecuado manejo de los recursos de afrontamiento y representativos niveles de depresión.

Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Restrepo y Salazar (2010) realizaron una investigación en Colombia, sobre “Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico”, fue un estudio cuantitativo descriptivo, que tuvo el objetivo de conocer la prevalencia de la depresión y la posible relación que pueda tener con los estresores académicos en los estudiantes. La población de estudio fueron todos los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de la Universidad CES de Medellín, los programas académicos incluidos fueron Medicina, Odontología, Veterinaria y Zootecnia, Psicología, Derecho, Fisioterapia, Biología, Ingeniería Biomédica y Atención Prehospitalaria. La población estudiada estuvo conformada por 1,344 estudiantes entre los 16 y los 37 años, con una edad promedio y desviación estándar de 20,4 $\pm 2,6$ años. El 68,7 % de la población es de género femenino y 31.2 la masculina”. Las variables estudiadas fueron: el género, la edad, el programa

académico, el nivel de formación, los problemas académicos, medidos a través de la escala Dusi- y la escala de Zung para depresión. Para la medición de las situaciones generadoras de estrés académico, los autores realizaron 10 preguntas, cada una con un valor entre uno y diez puntos. Posteriormente, el grupo de investigadores clasificó el resultado de cada una de estas preguntas como normal, estrés moderado o severo. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Los resultados establecieron que la prevalencia para depresión encontrada fue del 47,2 % y la relación de ésta con la severidad del estrés generado por los estresores académicos fue estadísticamente significativa. Según la escala de depresión de Zung, la población estudiada presentó los siguientes niveles de depresión: estudiantes sin depresión 52,8 %, con depresión leve 29,9 %, moderada 14,2 % Nivel de depresión % Mujeres (n=860) % Hombres (n=386) Valor p Sin depresión 48,8 65,3 0,000* Leve 31,7 23,1 0,001* Moderada 15,7 9,6 0,003* Severa 3,7 2,1 0,126 *Diferencia de proporciones estadísticamente significativa (valor $p < 0,05$). La investigación sirvió además orientar programas de intervención dirigidos a disminuir los niveles de estrés y por ende la frecuencia de depresión, generados por las diferentes situaciones de la vida universitaria.

2.1.2. Antecedentes Nacionales.

Perales, Chue, Padilla y Barahona (2011) desarrollaron una investigación denominada “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima Perú”. Los objetivos fueron determinar los niveles de estrés general y laboral, depresión y ansiedad en magistrados (jueces y fiscales) del Distrito Judicial de Lima, El método fue un cuantitativo, transversal y descriptivo, la población lo conformaron de 1,137 magistrados del Poder Judicial y del Ministerio Público

del Distrito Jurisdiccional de Lima, se tomó una muestra aleatoria estratificada donde cada institución constituyó un estrato. La muestra estuvo conformada por 287 magistrados: 138 fiscales y 149 jueces. Se aplicó un cuestionario compuesto por cuatro instrumentos para determinar los niveles de estrés general y laboral, ansiedad y depresión, previo consentimiento informado. Resultados. Los resultados hallados fueron, el estrés general estuvo presente en el 18,5 % de los magistrados, el estrés laboral en 33,7 %, ansiedad en 12,5 % y depresión en 15,0 %. Estas tres condiciones estuvieron presentes en el 6,6 % de los magistrados, y al menos una estuvo presente en el 25,9 %. El estrés general estaba asociado con la depresión (OR: 4,9; IC95 % 1,6-15,1) y ansiedad (OR: 8,5; IC95 % 2,5-28,6) en el modelo de regresión logística. Las conclusiones son que un porcentaje significativo de magistrados del Distrito Judicial de Lima, presentan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión; un cuarto de los encuestados presentan, al menos, una de estas condiciones. Se recomendó que los programas de intervención y prevención se dirijan al manejo del estrés, ansiedad y depresión en conjunto, dada su alta asociación.

Villavicencio (2016), desarrollo su tesis titulada: “Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015”, fue un estudio observacional, descriptivo y analítico transversal, la muestra estuvo conformada por 39 médicos residentes y 81 internos de medicina que cumplieron la muestra de inclusión y exclusión. La información se manejó y almacenó en una base de datos creada en el paquete de hoja de cálculo de Microsoft Excel 2010 y el análisis estadístico se realizó y evaluó con el paquete estadístico Stata 14. En los resultados se encontró asociación entre la presencia

de Síndrome de Burnout y depresión con un OR: 83.06, IC 95%:24.81 – 278.04 y $p < 0.001$, medida por regresión logística.

Romero (2015), desarrolló su tesis titulada: “Burnout y cólera en policías de una unidad de emergencia de Lima”, fue una investigación cuantitativa y descriptiva, la muestra estuvo conformado por 59 suboficiales de la Policía Nacional del Perú pertenecientes a una de las unidades del Escuadrón de Emergencia de Lima. Todos los efectivos policiales fueron de sexo masculino, con edades entre los 20 y 50 años de edad ($= 37.42$, $DE = 7.37$), la mayoría eran casados (64.4%), y más del 30% de los participantes tenía en promedio dos hijos ($= 2.14$, $DE = 1.62$). En cuanto al grado de instrucción, la mayoría contaba con instrucción superior técnica (55.9%). Se encontró que existe relación entre experimentar cólera (cólera estado y cólera rasgo) y niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización; así como la expresión de cólera y baja realización personal. Respecto a la incidencia de las dimensiones de Burnout, hubo una mayor preponderancia de despersonalización en el grupo evaluado, presentándose principalmente entre quienes no tenían pareja. Niveles bajos de realización personal se encontraron entre quienes tenían más hijos y más tiempo de servicio en la PNP. Asimismo, variables laborales como el trabajar en sus días libres o el percibirse que no estaban debidamente recompensados se relacionaron con cólera rasgo y cólera contenida, respectivamente, además de asociarse a niveles altos de agotamiento emocional.

Valenzuela (2010) efectuó su tesis denominada: “Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco”; la investigación se realizó en la Red de Salud de Barranco –

Chorrillos – Surco que involucró a 25 establecimientos de salud, durante los meses de enero a junio del 2009 y participó todo el personal asistencial de la red, tomándose como parámetro de medición los niveles altos, medios y bajos según la escala del Maslach Burnout Inventory (MBI). La metodología utilizada fue la de un estudio epidemiológico de tipo descriptivo-transversal, con la aplicación de un diseño de investigación de campo donde la población estuvo conformada por ochocientos veintiséis (826) trabajadores, de los cuales se tomó una muestra del 25% (180). El procesamiento de datos permitió determinar que la Prevalencia en el periodo estudiado fue del 12% y que los factores de riesgo asociados fueron la edad de 41-50 años, el estado civil sin pareja, de 0 a 2 hijos, ser técnico y/o auxiliar, tener un trabajo asistencial, la condición laboral de contratado, con un tiempo de servicio de 6 a 15 años, y con un tiempo en el trabajo actual de 6 a 10 años, tener un solo trabajo.

Doroteo y Louise (2015), ejecutaron una investigación sobre “Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015” el objetivo fue determinar el nivel de estrés, ansiedad y depresión que presentan los profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud. La metodología fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La población muestral estuvo conformada por 36 profesionales de enfermería de los centros y puestos de salud que pertenecen a la Micro Red Amarilis durante el periodo 2015. En la recolección de datos se empleó un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrés de Karasek. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado apoyado en el SPSS V15. Los

resultados obtenidos fueron que el 83,3% (30 enfermeros) ($X^2=16,0$; $P\leq 0,00$) presentaron estrés moderado, el 66% (24 enfermeros) ($X^2=19,5$; $P\leq 0,00$) manifestaron ansiedad mínima y 33,3% (12 enfermeros) ($X^2=20,2$; $P\leq 0,00$) revelaron depresión leve. Los resultados son significativos estadísticamente. Se concluyó que el nivel de estrés que predomina en los profesionales de enfermería es el estrés moderado, el nivel de ansiedad que predomina es la ansiedad mínima, nivel de depresión que predomina es la no depresión, los niveles de estrés, ansiedad y depresión valorados en el estudio varían en la población.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Síndrome de Burnout

1) Antecedentes históricos

El síndrome de Burnout, contracción de Burned out, tiene otras denominaciones, tales como; “síndrome del hombre quemado” síndrome de sobrecarga laboral, de desgaste profesional o de fatiga en el trabajo. Fidalgo (2007) cita que es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”. Según este autor, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (comunidades terapéuticas, voluntariado, etc.), de tal forma que estas personas “sentirían una presión desde dentro para trabajar y

ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”.

Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. Según el mismo autor, el síndrome de Burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria. En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos.

La persona con Burnout se vuelve “rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento, le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares. Freudenberger propone una serie de medidas para prevenirlo: realización de programas de adiestramiento o entrenamiento a los trabajadores, rotación en las actividades laborales, limitación del tiempo de trabajo, importancia del trabajo en grupo y apoyo al trabajador “quemado”. Fidalgo (ibid) luego dice que más tarde, en 1976, Maslach y colaboradores realizaron un trabajo sobre el Burnout en 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras,

enfermeras, etc. Para Maslach, estos trabajadores se enfrentaban al estrés propio de su trabajo mediante un distanciamiento con las personas a las que prestaban sus servicios, lo cual tenía efectos perjudiciales tanto para el propio trabajador como para sus clientes (decía un trabajador social...” comencé a despreciar a cada uno y no podía ocultar mi desprecio” ...). Para esta autora, el Burnout ocasionaba baja moral en el trabajador, aumentando el absentismo laboral. Pero también encontraba correlación con el alcoholismo, las enfermedades mentales, los conflictos familiares y el suicidio. Además, Maslach afirmó que el Burnout aparecía más frecuentemente en personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes o clientes, siendo menos frecuente este síndrome en personal administrativo.

Más tarde el síndrome de Burnout adquirió verdadera importancia con los estudios de Maslach y Jackson (1981) que lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Por tanto, estas autoras describieron las tres dimensiones del Burnout: cansancio emocional, en el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y por último, falta de realización personal, es decir, actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, con baja moral, baja productividad laboral, poca autoestima e incapacidad para soportar el estrés. Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen en diferentes tipos de trabajos, sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público. Además, estas autoras elaboraron un instrumento de

medida, el Maslach Burnout Inventory (MBI), para evaluar el Burnout experimentado por una amplia gama de trabajadores de servicios humanos. Así, su inclusión en futuros estudios de investigación permitirá alcanzar un mejor conocimiento de distintas variables sociales e institucionales que permitirán reducir la presencia de Burnout...” Se trata de un cuestionario auto administrado constituido por 22 ítems referentes a sentimientos personales y actitudes del profesional hacia las personas a las que ofrece su servicio y hacia su trabajo.

2) Conceptos y definiciones del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson (1981), definieron el Burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estresores laborales crónicos. Afirman que las tres dimensiones de esta respuesta son el agotamiento emocional, que representa la dimensión básica del Burnout, y se refiere al agotamiento de los recursos físicos y emocionales de la persona que padece el síndrome; la despersonalización o sentimientos de cinismo, que representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome, y la baja realización personal o sentimiento de ineficacia; que representa la dimensión de autoevaluación del Burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo.

Rubio (2003) cita los conceptos de Edelwich y Brodsky (1980) quienes definen el Burnout como “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales”, y describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; una segunda fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo, no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y

clientes, en la cual es fácil contagiarse por el pesimismo de sus compañeros ya afectados; sigue una tercera fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo (escasa remuneración, sobrecarga laboral o excesiva tarea administrativa) que se inician en etapas anteriores, afloran plenamente; y por último, se llega a una cuarta etapa de apatía o indiferencia hacia el trabajo. Posteriormente Pines, Aronson y Kafry (1978) definen el Burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal, causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. Para estos autores, el Burnout sería el resultado de la repetición de la presión emocional. Finalmente Gutiérrez, Celis, Jiménez, Farías y Suárez (2006) definen el síndrome de Burnout de la siguiente manera: “es un trastorno adaptativo, crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.”

3) Causas del Síndrome de Burnout

Las causas que producen síndrome de Burnout se pueden clasificar en dos grandes grupos: factores laborales y características propias de la personalidad del individuo.

Se efectuaron investigaciones para determinar la posible influencia genética en la etiología de este síndrome, realizándose estudios de asociaciones de casos de Burnout en familias de gemelos, mono y dicigóticos, pero no se encontraron asociaciones significativas entre factores genéticos y Burnout, ya

que las asociaciones de casos encontrados en las familias se explican principalmente por factores exógenos comunes, es decir, por características ambientales compartidas entre los miembros de la familia.

También se analizó a algunos de estos factores, como el nivel cultural de los padres o la educación religiosa recibida, no encontrándose asociaciones significativas en cuanto a la educación religiosa, pero sí en la educación de los padres, de forma que cuanto mayor es el nivel educacional - cultural de éstos, mayores son los niveles de Burnout.

Maslach y Jackson (1981) analizaron los factores laborales que producen Burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo. Como ya se mencionó, el síndrome de Burnout es más frecuente en aquellas profesiones de ayuda a otras personas y las que tienen un contacto mantenido con la gente (sanitarios, educadores, policías, atención al cliente, vendedores, etc.). Sostienen que algunas características del trabajo desempeñan un papel importante para el desarrollo del Burnout. Uno de estos factores es la sobrecarga de trabajo, es decir, el hecho de disponer de poco tiempo para la cantidad de trabajo realizada, supone un factor de riesgo, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional. Igualmente, el conflicto y la ambigüedad de rol también se correlacionan positivamente con el Burnout. Si bien cierta ambigüedad de rol es beneficiosa porque flexibiliza el puesto de trabajo y facilita la resolución de problemas, la incertidumbre acerca del papel que debemos desempeñar en el trabajo puede tener efectos perjudiciales. Sin embargo, el conflicto de rol, es decir, las demandas que se le hacen al trabajador desde distintas fuentes y que son incompatibles entre sí, tienen siempre efectos negativos. Destaca también como un factor laboral implicado en la génesis del

Burnout la ausencia de recursos en el trabajo. Entre estos recursos ha sido ampliamente analizado el apoyo social, tanto de jefes como de compañeros de trabajo, y cuya carencia se relaciona con la aparición del síndrome.

En este sentido, hay una hipótesis que presenta el apoyo social como factor moderador entre los estresores laborales y el Burnout, de forma que existirá una importante relación entre ambos cuando el apoyo social sea bajo y viceversa. También la ausencia de información y de control se relaciona con la aparición de las tres dimensiones de Burnout, de forma que la gente que tiene poca autonomía en su puesto laboral y que participa poco en la toma de decisiones en su trabajo experimenta valores más altos de desgaste profesional. Estas características laborales como productoras de Burnout se pusieron de manifiesto en varios estudios realizado con trabajadores de distintos sectores de servicios humanos, que exploraba las asociaciones entre las características psicosociales del trabajo y el Burnout.

En cuanto a los factores organizativos del trabajo que pueden influir en el Burnout, se incluyen la existencia de jerarquías o el manejo de reglas y recursos sin los criterios básicos de imparcialidad y equidad. Y en general, todo el ambiente de organización y de dirección en el que se desarrolla el trabajo, que en muchas ocasiones coartan al trabajador en cuanto a sus oportunidades de promoción profesional o en cuanto a su seguridad en el puesto de trabajo, a la vez que se le exige más esfuerzo y más tiempo dedicado a su puesto laboral.

4) Aparición y evolución del Síndrome de Burnout

Según Gutiérrez y colaboradores (2006) (Ibid), el cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

- Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.
- Etapa 2. El individuo realiza un sobre-esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).
- Etapa 3. Aparece el síndrome de Burnout con los componentes descritos.
- Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios. En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de Burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento)

Por su parte Maslach (ibid) considera que la primera dimensión en aparecer, desde el punto de vista temporal, es el agotamiento emocional, posteriormente, y de un modo secuencial, aparecería la despersonalización y por último se desarrollaría la tercera dimensión, o falta de realización personal, pero en este caso el desarrollo sería simultánea en vez de secuencial.

5) El Síndrome de Burnout en policías.

Como se muestra en los antecedentes de la investigación, tanto en nuestro medio como a nivel mundial, se han investigado las causas del Burnout en muchas profesiones, tales como: educadores, trabajadores sociales, militares y por supuesto personal sanitario: dentistas, médicos y enfermeros de atención

primaria, de servicios de emergencias pre hospitalarios y de atención especializada.

En las investigaciones sobre el síndrome de Burnout y la depresión en policías, se han identificado una serie de factores asociados a este tipo de estrés, así como al distrés (estrés negativo) asociado, en términos de síntomas de somatización, hostilidad, agresividad y depresión. Se ha encontrado que existe una relación directa positiva entre el estrés percibido y el distrés psicológico. Además, en cuanto a las fuentes de estrés, se ha visto como las prácticas de gestión de personal (adecuación al puesto, promoción, salario, formación...) predicen de forma importante el grado de somatización en los policías, y los otros dos síntomas de distrés, la hostilidad y la depresión, son explicados fundamentalmente por la sobrecarga de trabajo y por la imagen y credibilidad de la institución. Sin embargo, otras fuentes de estrés como el desempeño de rol (ambigüedad y conflicto de rol) y el estilo de dirección (influencia del liderazgo y la forma de aplicarlo), no tienen incidencia en el distrés de los sujetos que pertenecen a este cuerpo laboral.

Es interés de la presente investigación, conocer cómo se manifiesta el síndrome de Burnout en los policías que laboran en una base antidrogas y verificar si tiene relación con la depresión en el que algunos policías caen, lo cual da lugar a la necesidad de ser evacuados para lograr su atención y recuperación.

De acuerdo a lo observado preliminarmente se vienen dando las siguientes manifestaciones que de acuerdo a Gutiérrez y cols. (2006) (Ibid) se pueden considerar como signos de alarma, estas manifestaciones observadas son: *Negación*: los policías no quieren creer que tienen algún problema asociado al

estrés. *Aislamiento*: viven alejados y luego se olvidan de su familia, sus colegas y amigos. *Ansiedad*: viven en constante ansiedad, debido que no saben lo que le espera en los operativos de patrullaje, para interdicción e intervención. *Miedo o temor*: sienten miedo a que van a ser atacados o asesinados en cualquier momento y no saben que le ocurrirá a su familia. *Depresión*: este es uno de los problemas cada vez más recurrentes, los policías al no tener salidas, caen en estados depresivos y tienen que ser evacuados; esto se da con frecuencia lo cual los lleva a auto lastimarse para ser evacuados incluso de suicidarse que es un riesgo mayor. *Ira*: continuamente pierden la calma y el control, produciéndose fricciones entre compañeros, agresividad manifiesta y frustración. *Fuga o anulación*: hay policías que quieren auto herirse y otros que desean suicidarse. *Cambios de personalidad*: pierden confianza en sí mismos, en sus compañeros y en sus jefes. *Culpabilidad*: sienten que su trabajo es un castigo o bien tienen un sentimiento de impotencia frente a los hechos. *Cargas excesivas de trabajo*: el estar constantemente en operativos y en la base sin recreación, esparcimiento o diversión les hace frustrados y tienen la sensación de sacrificio inútil como una manifestación de auto negación. *Comportamiento riesgoso*: se ven conductas inapropiadas e impulsivas; hasta peligrosos en los operativos como que quieren que todo se acabe de una vez. *Fatiga*: Se percibe el cansancio por la merma en el ritmo de trabajo y la falta de entusiasmo, *Abandono de sí mismo*; hay sensación de estar desbordado y con desilusión. *Descuido personal*; se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal, porque en la selva y en el terreno donde hay operativos todo es inhóspito y riesgoso. *Cambios alimenticios*; hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida de peso exagerada, por las comidas que abastece el helicóptero son preparadas y envasadas. *Pérdida de la memoria*

y *desorganización*; tienen dificultad para concentrarse y aprender incluso tienen dificultades para evocar eventos importantes familiares y laborales. *Trastornos del sueño*, muchos policías debido a la tensión de sufrir ataques tienen trastorno o alteraciones del sueño.

6) La prevención del síndrome de Burnout

López (2014) considera que deben tenerse en cuenta las siguientes medidas preventivas para evitar que el personal de la organización, adquiera el síndrome de Burnout, el cual se tendrá en cuenta en la investigación cuando se tengan los resultados.

- Es necesario un proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana del ámbito laboral.
- Formación, se requiere preparar adecuadamente al personal para manejar las tensiones y problemas derivados del trabajo.
- Se debe aconsejar manejar un equilibrio en las áreas vitales, como la familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomentar de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar la agenda laboral, disminuir los operativos con incremento de personal, para que la rotación del servicio sea más espaciado
- Recibir apoyo y refuerzos durante los operativos
- Fomentar la camaradería y el trabajo en equipos, logro de objetivos compartidos.
- Diálogo efectivo entre compañeros de trabajo y con las autoridades.

2.2.2. La Depresión

1) Conceptos:

La depresión es un estado anímico que se caracteriza porque prevalece un sentimiento de tristeza, melancolía, pesimismo, infelicidad, abatimiento y decaimiento del tono afectivo, estos estados son generalmente transitorios y de una corta duración. Se convierte en enfermedad o trastorno mental cuando se manifiesta con una profunda tristeza, decaimiento anímico total, pérdida de la autoestima, se generaliza la pérdida de interés por las actividades cotidianas y por los objetivos vitales, adicionalmente afecta a los procesos cognitivos y afectivos de la persona. La persona con depresión se siente triste, pierde el interés o placer en las actividades que realiza, tiene sentimientos de culpa o desesperanza, sensación de cansancio, falta de concentración, trastornos del sueño, falta de apetito entre otros malestares.

2) Síntomas de la depresión

Los síntomas pueden incluir:

- Sentirse triste o "vacío", prevalece un estado de ánimo de tristeza la mayor parte del día, sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pérdida de interés en sus actividades preferidas o en todas las actividades.
- Aumento o pérdida del apetito, aumento de peso o adelgazamiento excesivo.
- No poder dormir o dormir demasiado; insomnio o hipersomnia.
- Sentirse muy cansado, fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- Sentirse sin esperanzas, irritable, ansioso, sentimiento de inutilidad, de odio a sí mismo y culpabilidad.

- Dolores de cabeza, calambres o problemas digestivos.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

3) Diagnóstico de la depresión:

Las principales clasificaciones de diagnóstico psiquiátrico, el DSM-IV-TR (APA, 2012) y el CIE-10 (OMS, 2012), consideran a los trastornos depresivos como trastornos del estado de ánimo o trastornos afectivos, diferenciándolos del otro subgrupo de alteraciones afectivas, el de los trastornos bipolares, en base a la ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos, distinción apoyada por la investigación en torno a aspectos genéticos y biológicos, así como de respuesta farmacológica y terapéutica que definen a los desórdenes depresivos como entidades clínicas distintas. Desde ambas clasificaciones, los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo implican la presencia de ánimo depresivo y/o anhedonia por un periodo mínimo de dos semanas, acompañada de alteraciones a nivel del sueño, el apetito, peso, nivel de actividad motora y energía, así como aspectos cognitivos.

Según Rehm, Gordon-Leventon e Ivens (1987), de acuerdo a los estudios realizados para caracterizar la depresión han identificado síntomas tales como baja autoestima, cambios en el patrón de sueño, pérdida o aumento de apetito y peso, aislamiento social, hiperactividad, disforia e ideación suicida y consideran que los trastornos depresivos, se pueden clasificar psiquiátricamente considerando las alteraciones a nivel cognitivo y las capacidades básicas y

superiores, como en cuanto al estilo cognitivo. El estilo cognitivo depresivo estaría dado por ciertos aspectos específicos de forma (rumiación) y contenido (sentimientos de inferioridad, inutilidad, culpa excesiva). Así mismo, estas alteraciones deben implicar un nivel de malestar clínicamente significativo o perturbaciones en ámbitos significativos de funcionamiento de la persona.

Para un adecuado diagnóstico los especialistas recomiendan efectuar:

- Indagación en la historia clínica para verificar cuándo empezaron los síntomas, su duración y preguntar al el paciente o sus familiares sobre el uso de drogas, alcohol, eventos dolorosos o traumáticos.
- Efectuar un examen del estado mental para determinar si los patrones de habla, pensamiento o memoria se ven afectados.
- Observar durante dos semanas si se presentan la mayoría de los síntomas antes tratados.
- Si se presentan un alto índice de los síntomas es necesario el tratamiento del afectado.

4) Tratamiento:

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia. Según el caso puede efectuarse mediante la combinación de los dos. Algunos médicos recomiendan que cuando los casos son graves se puede aplicar terapia electro-convulsiva o electroshock.

Según Cuidate Plus (2015) El tratamiento farmacológico se aplica en una primera fase, se medica de forma intensa al enfermo con antidepresivos para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo. En una segunda fase se suministran fármacos en otras dosis para impedir la manifestación de la enfermedad. Los antidepresivos se utilizan para

corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de serotonina en las células del cerebro. Cada clase de antidepresivos lo hace de una forma distinta. No suelen provocar dependencia. Normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento. Si no hay resultados favorables, el médico puede optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. Entre sus efectos secundarios más comunes se encuentran el insomnio, nerviosismo, disfunción sexual, náuseas, mareos o aumento de peso.

La psicoterapia, su fin es ayudar al paciente a conocerse mejor y cambiar sus malas formas de pensar, sentir y actuar en ello interviene el psicólogo quién mediante técnicas cognitivas conductuales o psicoterapéuticas, consejerías y dinámicas familiares ayuda al paciente a orientar mejor sus pensamientos, controlar sus emociones y modificar sus conductas.

5) Prevención

Aparte del tratamiento farmacológico o psicoterapéutico es importante, una vez que haya hecho efecto y que el paciente sienta que ha mejorado su condición, que se sigan ciertos consejos o modos de vida, para evitar su recurrencia o recaída, estos son:

- Tener pensamientos positivos y actitud optimista hacia la vida, el trabajo, el amor y la familia.
- Evitar alcohol, drogas o fármacos con efectos psicofísicos.
- Mantener un calendario de actividades laborales adecuado.

- Reanudar las responsabilidades laborales, familiares y sociales de forma lenta y gradual.
- Reforzar la autoestima, no compararse con otras personas, no envidiar a los afortunados, aprender a sobreponerse a la adversidad.
- Expresar las emociones, no reprimirlas y practicar la inteligencia emocional, que consiste en conocer, comprender, controlar y conducir las emociones.
- Seguir en todo momento y hasta el final el tratamiento impuesto, reunirse periódicamente con el terapeuta.
- Comer una dieta equilibrada, evitar los desórdenes alimenticios.
- Cuidar la salud física, hacer ejercicios regularmente al aire libre, salir de paseos al campo, etc.
- Evitar amanecidas y cuidar el sueño.

2.2.3. Relación entre el Síndrome de Burnout y la depresión

Se ha descrito que en ocasiones la depresión puede ser confundida con el Síndrome de Burnout; no obstante, la depresión constituye una serie de síntomas que se caracterizan por un bajo estado de ánimo generalizado, a diferencia del Burnout que es temporal y específico en el ámbito laboral. Ambos se pueden solapar y entorpecer aún más la salud mental y la labor del médico.

Villavicencio (2016) cita las investigaciones de Ahola, Honkonen, Isometsä, Kalimo y otros; acerca de la relación entre el síndrome de Burnout y la depresión en población que labora en general, concluyendo que el síndrome moderado tenía 3,3 veces más riesgo de tener depresión mayor y que los que tenían el síndrome severo tenían 15 veces más probabilidades de desarrollar el episodio

depresivo. Por otra parte en otras investigaciones que evaluaron la depresión como un factor de riesgo para el síndrome de Burnout en médicos residentes clínicos y quirúrgicos, se encontró que en todos los médicos que tuvieron depresión cumplían criterios para algún componente del Síndrome de Burnout y de todos los médicos con síndrome de Burnout un 46% también sufría depresión.

2.2.4 Definición de términos básicos

- a) **Agotamiento emocional.** - disminución y pérdida de recursos emocionales, la persona se vuelve menos sensible con las demás personas y muy duro consigo mismo.
- b) **Depresión.** - trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, con un tono emocional bajo, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno.
- c) **Despersonalización o deshumanización.** - consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad, irritación y de cinismo hacia las personas.
- d) **Falta de realización personal.** - con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, siente insuficiencia profesional y baja autoestima personal, incapaz o pesimista frente al logro de sus objetivos personales.
- e) **Motivación.** - A juzgar por el sentido que se le atribuye al concepto desde el campo de la psicología y de la filosofía, una motivación se basa en aquellas cosas que impulsan a un individuo a llevar a cabo ciertas acciones y a mantener firme su conducta hasta lograr cumplir todos los objetivos planteados. La noción, además, está asociada a la voluntad y al interés. En

otras palabras, puede definirse a la motivación como la voluntad que estimula a hacer un esfuerzo con el propósito de alcanzar ciertas metas.

- f) **Policía.** - Del latín *politia* (que procede un vocablo griego), la policía es una fuerza estatal que se encarga de mantener el orden público y garantizar la seguridad de los ciudadanos de acuerdo a las órdenes de las autoridades políticas. Con mayúscula inicial (Policía), el término se refiere a un determinado cuerpo policial mientras que, cuando comienza con minúscula (policía), hace referencia a un miembro de dicho cuerpo o a la fuerza en general.
- g) **Síndrome.** - Un síndrome se caracteriza por agrupar diversos síntomas que caracterizan a una determinada enfermedad o bien describe al grupo de fenómenos propios de una situación específica.
- h) **Síndrome de Burnout.** - El síndrome de Burnout o síndrome del hombre quemado, es un malestar que se expresa en la falta de energía física y psíquica, carencia de motivación, elevado grado de apatía, dolores de cabeza, trastornos del sueño, alternaciones gastrointestinales, que le afecta negativamente y limitan su desempeño laboral.

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis

3.1.1. Hipótesis principal

Existe una relación directa y significativa entre el síndrome de Burnout y la depresión en los policías de una base antidrogas.

3.2.2. Hipótesis específicas

- a. Existe una relación directa y significativa entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en los policías de una base antidrogas.
- b. Existe una relación directa y significativa entre la dimensión despersonalización y la depresión en los policías de una base antidrogas.
- c. Existe una relación directa y significativa entre la dimensión realización personal en el trabajo y la depresión en los policías de una base antidrogas.

3.2 Definición conceptual y operacional de las variables

3.2.1 Variable correlacional (X): Síndrome de Burnout

a) Definición conceptual

Según Maslach (1996), es la manifestación comportamental de la depresión, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización

(DP) en el trato con las personas, clientes o usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). En altos niveles, afecta el desempeño normal del individuo en el trabajo y lo imposibilita para el mismo, lo cual es nocivo para el afectado y para la organización donde labora.

b) Definición operacional

Es lo que mide el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, su escala de medición es ordinal.

3.2.2 Variable correlacional (Y): Depresión

a) Definición conceptual

En la investigación se considera a la depresión como un estado anímico que se caracteriza por tener un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, pueden verse afectadas perjudicando la calidad de vida de los que la padecen, existen varios niveles de depresión desde leves hasta graves, las más severas se considera un trastorno o enfermedad, porque incapacitan a las personas a desenvolverse normalmente en sus actividades cotidianas.

b) Definición operacional

Es lo que mide la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) es una

escala diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La escala de medición es ordinal.

3.3. Operacionalización de variables, dimensiones e indicadores.

3.3.1. Variables X: Síndrome de Burnout: Dimensiones e indicadores

La variable Síndrome Burnout, que ya se definió conceptualmente y operacionalmente, se puede medir con el Maslach Burnout Inventory el cual considera 3 dimensiones y que son medidas por sus respectivos ítems de acuerdo a lo siguiente:

Agotamiento. – Es el grado de cansancio emocional o fatiga anímica, la persona se siente al límite, sin ganas de trabajar ni hacer bien las tareas, sus energías están agotadas, producto del constante estrés. Esta dimensión se mide con los siguientes 9 ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización. – Al tener dificultades para relacionarse las personas genera mecanismos de defensa emocional inconsciente que lo muestra con frialdad en el trato, distante en sus afectos, se vincula superficialmente con las personas, mostrándose menos agradable, malhumorado, apático o hasta cínico. Esta dimensión se mide con 5 ítems que son: 5, 10, 11, 15 y 23.

Realización personal. - Con el paso del tiempo y los efectos del agotamiento anímico, la persona comienza a cuestionar en términos personales a su persona y a su vocación, su quehacer, el propósito de su trabajo y como este le genera sentimientos de “no lograr nada”, de estar estancado, se frustra, poniendo en duda su realización personal. Esta dimensión se mide con 8 ítems que son los siguientes: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 22.

3.3.2. Variable Y: Depresión: Dimensiones e indicadores

La variable depresión de acuerdo a su definición conceptual y operacional es un bajo nivel del ánimo y se mide con la escala Hamilton Depression Rating Scale, la cual establece niveles. En la escala cada ítem tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. La Guía de Práctica Clínica recomienda emplear cuatro niveles de clasificación de la depresión según el puntaje obtenido:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

4.1.1. Método, nivel y tipo de investigación

Conforme a la revisión bibliográfica efectuada; según Hernández, Fernández y Baptista (2006) Sánchez y Reyes (2015) y Alarcón (2013), la investigación corresponde al método cuantitativo, porque dado que se trabajó gran cantidad de datos e información, el manejo y el tratamiento de los datos se hará con técnicas matemáticas y estadísticas, por lo que se considera método cuantitativo.

El tipo de investigación fue descriptivo correlacional, es descriptivo porque inicialmente se describen las características de las variables estudiadas y es correlacional porque estableció el grado de asociación entre las variables mediante las pruebas estadísticas de correlación.

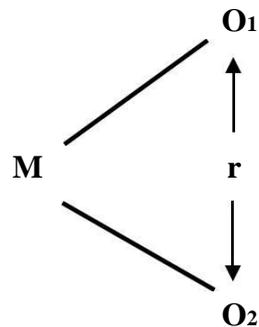
En cuanto al diseño de investigación según Ñaupas y otros (2013) es de tipo no experimental, *ex post facto* y de campo, por las siguientes consideraciones; es no experimental porque no se manipularon ni se controlaron las variables en un ambiente controlado, al contrario se tomaron los datos en el campo y directamente de los protagonistas de la muestra, por ello se considera una investigación de campo, asimismo es *ex post facto* porque los datos se toman y luego se analizan cuando los hechos han ocurrido.

Adicionalmente se puede decir que fue una investigación bibliográfica – documental puesto que se recopilaron y sistematizaron fuentes secundarias de libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones digitales, etc. (Tafur 1995).

4.1.2. Diseño de investigación

La investigación corresponde el diseño descriptivo correlacional porque se buscó establecer la relación que existe entre las variables Síndrome de Burnout y Depresión. En este caso “**r**” expresa la relación probable entre variables y se puede calcular, entre otros, a través del coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Su esquema es el siguiente:



Donde:

M: Es la muestra a utilizar

r: Es la correlación entre las variables.

4.2 Diseño muestral; población y muestra

4.2.1. Población

La población fue, todos los policías que laboran en una base antinarcoáticos de la policía nacional ubicada en un lugar de la selva del Perú y estará conformada por 560 policías.

4.2.2. Muestra y técnica de muestreo

La muestra estuvo compuesta por policías que laboran en la base antidrogas. Para garantizar la representatividad de la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico e intencional, es no probabilístico que es opuesto a aleatorio, porque se consideró para la encuesta a aquellos policías que no están en operaciones y estaban dispuestos a colaborar con la investigación y es intencional porque para garantizar la representatividad de la muestra, el investigador seleccionó a los integrantes, para que exista la probabilidad que todos hayan tenido la probabilidad de ser incluidos.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se empleó la fórmula para poblaciones finitas, que el que se aplica cuando se conoce el número total de dicha población, ésta fórmula se expresa de la siguiente manera:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2} * p * q}{e^2 * (N-1) + Z_{\alpha/2} * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población (560 policías de la base antidrogas)

Z_{α/2} = Margen de confiabilidad (95%; desviación estándar =1.96)

p = Proporción esperada (próxima al 05% = 0.05)

q = Proporción no esperada (1 – p = 1- 0.05 = 0.95)

e = Error de estimación (precisión deseada en 2% = 0.02)

.n = Población estimada.

Aplicando la fórmula obtenemos el siguiente resultado:

$$.n = \frac{560 * 1.962 * 0.05 * 0.95}{0.022 * (3000-1) + 1.962 * 0.05 * 0.95} = 74$$

La muestra mínima es 74, no obstante se aplicará a un mayor número de policías.

4.3 Recolección de datos; técnicas e instrumentos

4.3.1. Técnicas

Para recolectar la información sobre Síndrome de Burnout y Depresión se utilizó la técnica de la encuesta. Según Sánchez (2010), la encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Se aplicaron los instrumentos que fueron el Burnout Inventory de Maslach (MBI) y la Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HRSD), a la muestra escogida de los policías que laboran en la Base antidrogas.

4.3.2. Instrumentos

Según Abanto (2015), los instrumentos son los medios auxiliares para recoger y registrar los datos, en la investigación los instrumentos que se emplearon fueron; para medir el síndrome de Burnout, el inventario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se caracteriza por plantear al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo. Para evaluar la depresión se utilizó la Escala de Evaluación para

la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión.

4.4 Técnicas de procesamiento y análisis estadístico de la información

Según Kerlinger (1999) el procesamiento de datos implica, “analizar, establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos” En esta etapa del proceso de investigación se procedió a de acuerdo a los siguientes procedimientos genéricos:

- Verificación de la corrección de que las respuestas esté respondidas correctamente tanto en el inventario de síndrome de Burnout y la escala de medición de la depresión.
- Se elaboró de la matriz de datos, para agrupar los datos hallados, luego se hizo el cargado de los datos en la matriz de datos.
- Se efectuaron las sumas de los datos y se elaboraron de las tablas de distribución de frecuencias.
- Se efectuó el análisis de los resultados en cada uno de los ítems, los indicadores y las dimensiones del síndrome de Burnout; así como los niveles de depresión.
- Se ejecutaron las pruebas de correlación entre las variables síndrome de Burnout y depresión, y luego se efectuó la correlación entre las dimensiones del síndrome de Burnout; agotamiento emocional, despersonalización y autorrealización con la variable depresión, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22.
- Se efectuó la interpretación y la discusión de los resultados, las conclusiones y los resultados

4.5 Aspectos éticos

El plan de investigación se presentó a la Jefatura de la base objeto de la investigación, y se contó con la autorización y se le brindó la información sobre el desarrollo y los resultados del trabajo de la investigación.

El investigador se comprometió a mantener la confidencialidad de la información y resultados obtenidos en la presente investigación así como los datos de las personas que participan en la muestra de la investigación.

La aplicación de los instrumentos fue anónima, no se consignó el nombre del participante.

Se hizo de conocimiento de participantes de la encuesta del motivo de la investigación y se aceptó la decisión de colaborar o no para responder a las preguntas de los instrumentos de medición.

No se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables para la recopilación de los instrumentos.

Se dio a conocer los motivos y los resultados de la investigación a las personas encuestadas, así como a las respectivas autoridades de la sede policial.

Se respetó y se respetará la privacidad de las opiniones y el anonimato de los encuestados que tienen altos niveles de síndrome de Burnout, y de aquellos que padece de depresión severa y que reciben tratamiento especializado.

CAPITULO V: ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

5.1. Análisis descriptivo de las variables

5.1.1. Variable síndrome de Burnout

Tabla 1 Resultados totales de Síndrome de Burnout

Categoría	Escala	Cantidad	%
Bajo	Menor de 34	5	6,67
Medio	34 - 66	17	22,67
Alto	67 - 99	53	70,67
Total		75	100,00

Interpretación:

En la Tabla 1, se puede observar que después de haber aplicado el Inventario de Maslach para medir el síndrome de Burnout a una muestra de 75 personas, se encontró que 5 personas (6,67%) se encuentran en el nivel bajo, 17 personas (22,67%) están ubicadas en el nivel medio y 53 personas (70,67%) se sitúan en el nivel alto, lo que revela que la mayor parte de la muestra encuestada presenta un alto nivel del Síndrome de Burnout. Aquellos que presentan bajos niveles son los efectivos que permanecen más tiempo en las bases y no salen a patrullar, y los que presentan niveles intermedios son aquellos que desarrollan actividades de apoyo y esporádicamente realizan patrullajes y operativos policiales en la zonas de operación, control e interceptación de actividades de narcotráfico, mientras que la mayoría de efectivos que realizan constantemente

actividades de control e interceptación de actividades de
narcotráfico; así como

erradicación de la hoja de coca y de insumos presentan altos niveles del síndrome de
Burnout.

5.1.2. Variable depresión

Tabla 2 Resultados totales de niveles de depresión

Categoría	Escala	Cantidad	%
No deprimido	0 - 07	14	18,67
Depresión menor	8 - 13	29	38,67
Depresión moderada	14 - 18	15	20,00
Depresión severa	19 - 22	3	4,00
Depresión muy severa	23 - 52	14	18,67
Total		75	100,00

Interpretación

En la Tabla 2, se puede verificar que después de haber aplicado la escala de Hamilton para medir la depresión a una muestra de 75 individuos, se encontró que 14 sujetos (18,67%) no están deprimidos, 29 sujetos (38,67%) presentan una depresión menor, 15 sujetos (20%) evidencian una depresión moderada, 3 sujetos (4%) muestran una depresión severa y 14 sujetos (18,67%) mostraron tener una depresión muy severa. Según estos datos la tendencia es que la mayor cantidad de encuestados tiende a algún nivel de depresión que va desde el nivel menor hasta muy severa. Los resultados muestran además que existe un número significativo de personas de la muestra que presentan depresión menor lo cual es aceptable por la carga de trabajo, luego otro grupo tiene una depresión moderada que es preocupante, asimismo otro grupo importante presenta una depresión severa y muy severa, lo cual no es bueno para las personas que laboran en una base policial, que lucha contra el narcotráfico, ya que manejan armas y pueden usarlo atentando contra sí mismo, contra los compañeros de trabajo o contra los familiares. Esto es debido a las dificultades que enfrentan en su trabajo, a la presión que sufren durante los operativos y al nivel de estrés que padecen por la naturaleza de su trabajo.

5.2. Análisis descriptivo de las dimensiones del síndrome de Burnout

5.2.1. Dimensión Agotamiento Emocional del Síndrome de Burnout

Tabla 3: Niveles de agotamiento emocional del Síndrome de Burnout

Categoría	Escala	Cantidad	%
Bajo	Menor de 19	6	8,00
Medio	De 19 a 26	11	14,67
Alto	Mayor de 27	58	77,33
Total		75	100,00

Interpretación:

En la Tabla 3, se observa que después de haber aplicado el Inventario de Maslach y evaluado la dimensión agotamiento emocional del síndrome de Burnout, en una muestra de 75 personas, se encontró que 6 personas (8%) se encuentran en el nivel bajo, 11 personas (14,67%) están ubicadas en el nivel medio y 58 personas (77,33%) se sitúan en el nivel alto, lo que pone de manifiesto que la mayor parte de la muestra encuestada presenta un alto indicador de agotamiento personal, que se expresa en desgaste físico y agotamiento emocional, sin ganas de trabajar, desmoralizado y esto debido a lo exigente de sus labores ya que en los operativos que realizan agotan sus energías, durante largas horas de patrullaje en zonas agrestes, con altos niveles de riesgo de ser emboscados y asesinados, situación que se traduce en un alto sentimiento de estar agotado, consumido vale decir quemado.

5.2.2. Dimensión Despersonalización del Síndrome de Burnout

Tabla 4: Niveles de despersonalización del Síndrome de Burnout

Categoría	Escala	Cantidad	%
Bajo	Menor de 06	1	1,33
Medio	de 06 a 10	14	18,67
Alto	Mayor de 10	60	80,00
Total		75	100,00

Interpretación:

En la Tabla 4, se puede apreciar que después de haber aplicado el Inventario de Maslach para medir el nivel de despersonalización del síndrome de Burnout a una muestra de 75 personas, se encontró que 1 persona (1,33%) se encuentra en el nivel bajo, 14 personas (18,67%) están ubicadas en el nivel medio y 60 personas (80%) se sitúan en el nivel alto, lo que pone de manifiesto que la mayor parte de la muestra encuestada presenta un alto indicador de despersonalización; vale decir que no se sienten a gusto consigo mismo, con las personas que lo rodean, con el sistema de trabajo, etc. Por tanto paran de mal humor, se sienten preocupados, no están optimistas frente al futuro y tienen sentimientos de desamparo y abandono.

5.2.3. Dimensión Realización Personal del Síndrome de Burnout

Tabla 5: Niveles de Realización Personal del Síndrome de Burnout

Categoría	Escala	Cantidad	%
Bajo	Menor de 34	74	98,67
Medio	De 34 a 39	0	0,00
Alto	Mayor de 40	1	1,33
Total		75	100,00

Interpretación:

En la Tabla 5, se puede apreciar que después de haber aplicado el Inventario de Maslach para medir el nivel de realización personal del síndrome de Burnout a una muestra de 75 personas, se encontró que 74 personas (98,67%) se encuentra en el nivel bajo, ninguna persona (0%) está ubicada en el nivel medio y solo una persona (1,33%) se sitúa en el nivel alto, lo que pone de manifiesto que la menor parte de la muestra encuestada presenta un bajo indicador de realización personal; significa que casi la totalidad de efectivos policiales consideran que el tipo de trabajo no le representa ningún tipo de satisfacción, por tanto de realización personal, viven en una rutina de trabajo, no hallan oportunidades de progreso personal ni profesional, no pueden realizar otros estudios, ni buscar otras opciones laborales, tienen un alto sentimiento de impotencia y de frustración.

5.3. Análisis estadístico inferencial

5.3.1. Correlación entre las variables Síndrome de Burnout y Depresión

Tabla 6: Intercorrelaciones entre las variables Síndrome de Burnout y Depresión

<i>Variables</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
1. Síndrome de Burnout	1	0.15
2. Depresión	-	1

Sig. (bilateral) .067

Interpretación:

Como se aprecia en la tabla 6, el coeficiente de correlación entre el Síndrome de Burnout y la Depresión de los efectivos policiales de una base antidrogas, es directa y muy baja ($r_t = 0,150$), lo que indica que hay una baja asociación entre ambas variables.

5.3.2. Correlaciones de las dimensiones de la variable síndrome de Burnout y la variable depresión

A. Dimensión Agotamiento emocional con depresión

Tabla 7: Intercorrelaciones entre la dimensión agotamiento emocional y la variable depresión

<i>Dimensión/Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
3. Agotamiento emocional	1	0.076
4. Depresión	-	1

Interpretación:

Como se aprecia en la Tabla 7, el coeficiente de correlación entre la dimensión agotamiento emocional del Síndrome de Burnout y la Depresión de los efectivos policiales de una base antidrogas, es directa y muy baja ($r_t = 0,076$). Lo que permitiría afirmar que existe una baja asociación entre la dimensión agotamiento emocional y la variable depresión.

B. Dimensión Despersonalización con depresión

Tabla 8: Intercorrelaciones entre la dimensión despersonalización y la variable depresión

<i>Dimensión/Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
5. despersonalización	1	0.049
6. Depresión	-	1

Interpretación:

Como se observa en la Tabla 8, el coeficiente de correlación entre la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout y la Depresión de los efectivos policiales de una base antidrogas, es directa y muy baja ($r=0,049$). Lo que evidencia es que una baja asociación entre ambas.

C. Realización personal con depresión

Tabla 9: Intercorrelaciones entre la dimensión realización personal y la variable depresión

<i>Dimensión/Variable</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
7. Realización personal	1	0.175
8. Depresión	-	1

Interpretación:

Como se aprecia en la Tabla 9, el coeficiente de correlación entre la dimensión realización personal del Síndrome de Burnout y la Depresión de los efectivos policiales de una base antidrogas, es directa y muy baja ($r=0,175$). Lo que demuestra que existe una baja asociación entre ambas.

5.4. Comprobación de hipótesis

5.4.1. Hipótesis principal

Hipótesis principal

Ha: Existe relación directa y estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en los policías de una base antidrogas.

Ha: $r_t \neq 0$

Ho: No existe relación directa y estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

Ho: $r_t = 0$

Criterios Estadísticos

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir el 5% de error y 95% de probabilidad de éxito.

Calculo de la “z”

$\alpha = 0,05$

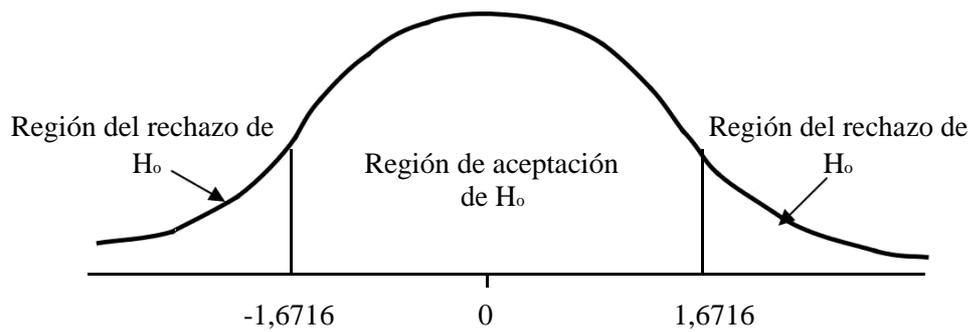
gl = $(n - 2) = (75 - 2) = 73$

Valor crítico = 1,6716

$r_t = 0,150$

Fórmula de la “z”:

$$\begin{aligned} &= \frac{0,150}{\sqrt{\frac{1 - 0,150^2}{73}}} \\ &= \frac{0,150}{\sqrt{\frac{1 - 0,0225}{73}}} \\ &= \frac{0,150}{\sqrt{\frac{0,9775}{73}}} \\ &= \frac{0,150}{\sqrt{0,013389}} \\ &= \frac{0,150}{0,11571} \\ &= 1,2955 \end{aligned}$$



Aceptar H_0 si $z_c < 1,6716$ o $z_c > -1,6716$
 Rechazar H_0 si $z_c \geq 1,6716$ o $z_c \leq -1,6716$

Decisión estadística

Puesto que z_c calculada es mayor que z teórica ($24,1935 > 1,6716$), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a).

Conclusión estadística.

Se concluye que: existe correlación positiva, baja y estadísticamente significativa entre el Síndrome de Burnout y la Depresión, en los efectivos policiales de una base antidrogas, por lo que se puede afirmar que hay un grado bajo de asociación entre ambas variables.

5.4.2. Hipótesis secundarias

Hipótesis Secundaria 1

H_a : Existe relación directa y estadísticamente significativa entre la dimensión agotamiento emocional del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

$H_a: r_t \neq 0$

H_0 : No existe relación directa y estadísticamente significativa entre la dimensión agotamiento emocional del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

$H_0: r_t = 0$

Criterios Estadísticos

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir el 5% de error y 95% de probabilidad de éxito.

Calculo de la "z"

$$\alpha = 0,05$$

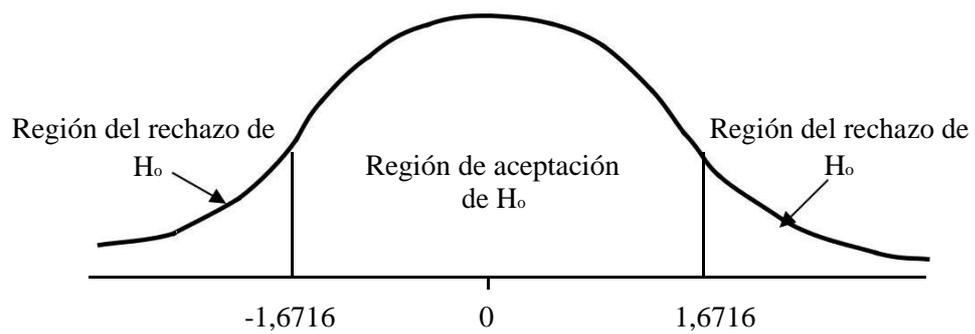
$$gl = (n - 2) = (75 - 2) = 73$$

$$\text{Valor crítico} = 1,6716$$

$$r_t = 0,076$$

Fórmula de la "z":

$$\begin{aligned} &= \frac{\dots}{\dots} \\ &= \frac{\sqrt{(-0,076)^2 + 5}}{\dots} \\ &= \frac{0,076}{\dots} \\ &= 12,2580 \end{aligned}$$



Aceptar H_0 si $z_c < 1,6716$ o $z_c > -1,6716$

Rechazar H_0 si $z_c \geq 1,6716$ o $z_c \leq -1,6716$

Decisión estadística

Puesto que z_c calculada es mayor que z teórica ($12,2580 > 1,6716$), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a).

Conclusión estadística.

Se concluye que: existe correlación positiva, muy baja y estadísticamente significativa entre la dimensión agotamiento emocional del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas. Por tanto se comprueba la hipótesis.

Hipótesis secundaria 2

H_a : Existe relación positiva y estadísticamente significativa entre la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

$H_a: r_t \neq 0$

H_0 : No existe correlación estadísticamente significativa entre la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

$H_0: r_t = 0$

Criterios estadísticos

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir el 5% de error y 95% de probabilidad de éxito.

Calculo de la “z”

$\alpha = 0,05$

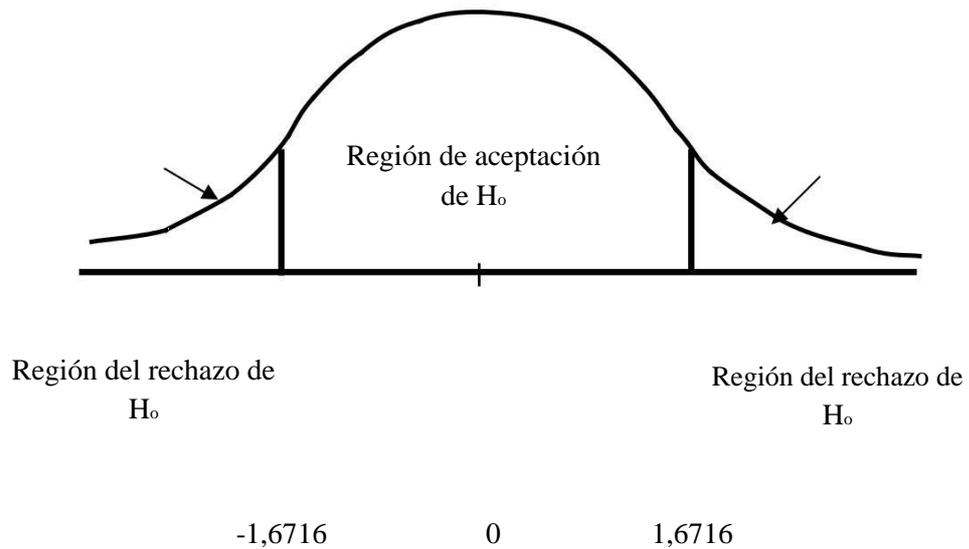
$gl = (n - 2) = (75 - 2) = 73$

Valor crítico = 1,6716

$r_t = 0,049$

Fórmula de la “z”:

$$= \frac{\sqrt{9(-1,2)^2 + 5}}{\sqrt{6,73(21,345)}} = \frac{0,049}{0,049} = 7,9032$$



Aceptar H_0 si $z_c < 1,6716$ o $z_c > -1,6716$

Rechazar H_0 si $z_c \geq 1,6716$ o $z_c \leq -1,6716$

Decisión estadística

Puesto que z_c calculada es mayor que z teórica ($7,9032 > 1,6716$), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a).

Conclusión estadística.

Se concluye que: existe correlación positiva, muy baja y estadísticamente significativa en la muestra entre la dimensión despersonalización del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas. Por tanto se comprueba la hipótesis.

Hipótesis secundaria 3

Ha: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión realización personal del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

Ha: $r_t \neq 0$

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión realización personal del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas.

Ho: $r_t = 0$

Criterios estadísticos

Nivel de significancia.

$\alpha = 0,05$ es decir el 5% de error y 95% de probabilidad de éxito.

Calculo de la "z"

$\alpha = 0,05$

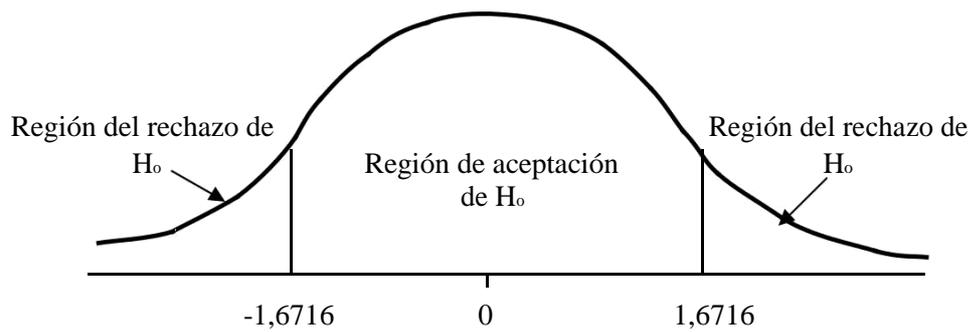
$gl = (n - 2) = (75 - 2) = 73$

Valor crítico = 1,6716

$r_t = 0,175$

Fórmula de la "z":

$$\begin{aligned} &= \frac{0,175}{\frac{0,175}{\sqrt{0,5(1-0,175)}}} \\ &= \frac{0,175}{\frac{0,175}{\sqrt{0,5(1-0,175)}}} \\ &= 28,2258 \end{aligned}$$



Aceptar H_0 si $z_c < 1,6716$ o $z_c > -1,6716$

Rechazar H_0 si $z_c \geq 1,6716$ o $z_c \leq -1,6716$

Decisión estadística

Puesto que z_c calculada es mayor que z teórica ($28,2258 > 1,6716$), en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a).

Conclusión estadística.

Se concluye que: existe correlación positiva, baja y estadísticamente significativa entre la dimensión realización personal del Síndrome de Burnout y la Depresión en los efectivos policiales de una base antidrogas. Por tanto se comprueba la hipótesis.

5.5. Análisis y discusión

Los resultados hallados en la investigación permiten analizar y discutir los siguientes aspectos.

Se observa que una gran parte de la población encuestada, tiene altos niveles del síndrome de Burnout, lo cual se justifica porque, la naturaleza de su trabajo y las actividades que realizan es agotadora, extenuante y llena tensión y de riesgos, como se explica en el marco teórico, Maslach y Jackson (1981) analizaron los factores laborales que producen Burnout, y los clasificaron por el tipo de trabajo y por las características del mismo. En este caso las jornadas de trabajo exigentes, inseguras, con alta presión, y llenos de incertidumbre conducen a las personas a sufrir altos niveles de estrés crónico y luego sentir la sensación de estar agotado, consumido o quemado. Los efectos no son

los mismos ya que algunas personas dadas las características de su personalidad son más propensas a sufrir depresión, respecto a otras que tienen mejores estrategias de afrontamiento.

En cuanto a las dimensiones del síndrome de Burnout hallados se ha verificado que los niveles de agotamiento emocional son elevados, lo cual se confirma al ver las características de los patrullajes, intervenciones, capturas e interceptaciones que realizan, los cuales se ejecutan de día y de noche, en zona de selva, con terreno accidentado, rodeado de peligros naturales tales como animales, insectos, serpientes, lluvias, pantanos, ríos, plantas venenosas, aparte del riesgo de ser emboscados por los narcoterroristas, todo esto, les demanda pérdida de energía, de agotamiento físico y psíquico con gran carga emocional, por lo que al término de sus patrullajes o intervenciones terminan totalmente extenuados siendo que ya no pueden dar más de sí mismos y a ello se agrega la imposibilidad retornar a sus lugares de origen y/o residencia y ver a sus familiares en sus días de descanso, ya que permanecen en la base donde laboran.

Respecto a la despersonalización se aprecia que tienen una relación interpersonal desprovisto de calor humano actitudes negativas, cínicas y postura deshumanizada frente a las necesidades de las personas, no se sienten felices consigo mismo, al contrario se sienten abandonados, solos y olvidados por parte de las autoridades la sociedad y su familia, sus acciones no son reconocidas y al contrario son objeto de acusaciones, calumnias y difamación por parte de la prensa y los medios de comunicación. Por estas razones se sienten poco satisfechos tanto por la forma de trabajo, como por las remuneraciones que perciben, porque consideran que no compensa sus esfuerzos y sacrificios, incluso el riesgo de perder sus vidas.

Respecto a la realización personal, se observa que los efectivos se evalúan negativamente y esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo, implica sentimientos de incapacidad, baja autoestima e ideas de fracaso. se observa altos niveles de frustración en cuanto a su realización personal, porque cuando ingresaron al servicio policial, partieron de la idea de que iban a realizar sus labores en buenas condiciones económicas, físicas y geográficas; sin embargo este tipo de trabajo, con niveles remunerativos medios, con ambientes de residencia rústicos y precarios, lejos de la familia y de sus lugares de residencia habituales o de origen, les genera poca o nula realización personal, al contrario les genera frustración.

Respecto a la variable depresión, se detectó que el 77.34% de la muestra tiene algún grado de depresión que va desde aquellos que no padecen hasta el nivel moderado; por otra parte un 22.64% de la población de la muestra encuestada tiene un nivel de depresión entre grave y severamente grave lo cual es preocupante, ya que según Rehm, Gordon-Leventon e Ivens (1987), el estrés hace que la persona afectada se sienta triste o "vacío", prevalece , sentimientos de desesperanza y abandono, tiene pérdida de interés en sus actividades preferidas o en todas las actividades que desarrolla, tiene baja autoestima, cambios en el patrón de sueño, pérdida o aumento de apetito y peso, aislamiento social, hiperactividad, disforia e ideación suicida. En el caso de los policías es riesgoso que en ese estado anímico desarrollen las actividades de trabajo con las características expuestas.

En cuanto a la relación entre las variables se verificó que existe una correlación directa, baja pero significativa entre los niveles de síndrome de burnout y depresión lo que evidencia que el síndrome de Burnout es un tipo de estrés elevado que afecta los estados emocionales y anímicos de las personas en este caso de los policías, lo cual es coincidente con los resultados hallados en las investigaciones realizadas por Fernández,

Fernández y Acevedo (2005) en Venezuela sobre “Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros”, la investigación de Francisco, Arce, Vílchez y Vales (2016), en España sobre “Antecedentes y consecuencias del Burnout en deportistas: estrés percibido y depresión” y la investigación efectuada por Perales, Chue, Padilla y Barahona (2011) en Lima sobre “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima Perú”.

En la correlación entre las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y autorrealización de la variable síndrome de Burnout con la variable depresión se puede apreciar que todas las dimensiones muestran correlaciones positivas y bajas con la depresión, pero son significativas, lo que evidencia que hay una asociación de la variable síndrome de Burnout con la variable depresión y de todas las dimensiones del síndrome de burnout con la variable depresión, lo cual es congruente con las investigaciones y resultados hallados por Romero (2015), en la investigación denominada “Burnout y cólera en policías de una unidad de emergencia de Lima”, quienes tienen ciertas características comunes en cuanto al sistema de trabajo.

5.6. Conclusiones

Existe altos niveles de síndrome de Burnout en un gran porcentaje de la muestra; respecto a la depresión el mayor porcentaje de la muestra presenta bajos niveles de depresión, pero un grupo menor si tiene niveles severos de depresión lo que los inhabilita para continuar laborando en la base y le resta operatividad ya que deben ser evacuados fuera de la base para ser atendidos en un centro médico especializado, en este caso en el Hospital de Policía.

Se ha podido comprobar que existe una correlación positiva y baja, pero estadísticamente significativa entre las variables síndrome de Burnout y depresión, así

como entre las dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y autorrealización de la variable síndrome de Burnout con la variable depresión. Lo que evidencia que existe un bajo grado de asociación entre las variables así como entre las dimensiones de la variable síndrome de Burnout con la variable depresión. Lo cual es concordante con anteriores investigaciones que se mencionan en los antecedentes de la investigación.

En cuanto a las personas que no presentan elevados niveles del síndrome de Burnout y ningún nivel de depresión, conforme al análisis más detallado efectuado, se ha podido determinar que son aquellas personas que desempeñan labores administrativas dentro la base y no realizan operativos en la lucha contra el narcoterrorismo. Sin embargo aquellos que desarrollan actividades operativas vale decir de patrullaje, intervención, interceptación y destrucción, presentan altos niveles de estrés y casos de depresión elevados o severos.

La investigación es interesante porque en base a los resultados hallados se recomendará a las autoridades de la base que implanten políticas de personal y de bienestar para atenuar los niveles de síndrome de Burnout y minimizar los casos de depresión que vienen afectando a los policías que sirven en dicha Base.

5.7. Recomendaciones

Se recomienda efectuar investigaciones similares a la presente investigación, en otras bases policiales dedicadas a combatir el crimen organizado (narcoterrorismo), ubicadas en distintas zonas geográficas del Perú, ampliando la población y la muestra para corroborar los resultados hallados y en base a ello efectuar recomendaciones a los Jefes de las sub unidades policiales quien a su vez informaran al Ministerio del Interior.

Se recomienda al Director General de la PNP que modifiquen las políticas de bienestar en el personal policial que sirven en la base estudiada, por ejemplo que implementen el servicio de atención psicológica, que se mejoren las condiciones de la infraestructura donde se encuentran acuartelados, tales como dormitorios, servicios higiénicos, casinos, gimnasios, cines, entre otros programas de recreación y esparcimiento.

Se recomienda fomentar de manera continua reuniones de camaradería, presentaciones artísticas u otras que sean pertinentes para el incentivo y desarrollo personal, de la misma manera crear villas familiares para policías y apoyar el traslado de sus familiares de su ciudad de origen hacia el lugar donde se encuentra acantonada la base policial.

Se recomienda que el personal que labora en las actividades policiales dedicados a combatir el narcoterrorismo se roten de sus unidades periódicamente, con la finalidad de cambiar de ambiente laboral y de esta manera se evitaría reducir el síndrome de Burnout y en consecuencia la depresión.

Para todos los efectivos que tienen bajos niveles de síndrome de Burnout y de depresión es recomendable que reciban atención psicológica preventiva y se ejecuten trabajos de psico-profilaxis para prevenir complicaciones. Asimismo para los que padecen del síndrome de Burnout en niveles elevados o de depresión severa y muy severa, se deben efectuar intervenciones y atención especializada en los centros de salud de la Policía.

REFERENCIAS

Abanto, W. (2015). *Guía de diseño y desarrollo de tesis*. Folleto, Trujillo.

Alarcón Reynaldo (2013) *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*, Editorial Universitaria, Universidad Ricardo Palma, Lima Perú.

Cáceres, G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal militar sanitario*. Tesis para obtener el grado de doctor, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Cuidate Plus (2015) La depresión; rescatado de:
<http://www.cuidateplus.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>

De Francisco Cristina, Arce Constantino, Vílchez María del Pilar y Vales Ángel (2016); Antecedentes y consecuencias del Burnout en deportistas: estrés percibido y depresión, rescatado de:
http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33747008003_2

Doroteo Clemente, Louise Shayra (2015) “Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015” rescatado de:
http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UDHR_8e3d704d8db8dcb46eb32f9117e214cb

Fernández D'Pool Janice, Fernández Patricia y Acevedo José “Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros” Rescatado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839269002>.

Fidalgo Manuel (2007) NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación rescatado de:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Gutiérrez Guillermo, Celis Miguel, Moreno Sergio, Farias Felipe y Suárez José (2006)

Síndrome de Burnout, rescatado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>

Gutiérrez Javier, Montoya Liliana, Toro Beatriz, Briñón María, Rosas Esmeralda,

Salazar Luz (2010) Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con

el estrés académico”, rescatado de:

<http://www.redalyc.org/pdf/2611/261119491001.pdf>

Guía de bolsillo de la clasificación del CIE 10, Clasificación de los trastornos mentales

y del comportamiento. Rescatado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

Hernández, R., Baptista, P. y Fernández, L. (2014). *Metodología de la investigación* (5

ed.). D.F., México: McGraw Hill.

Kerlinger, F. N. (1999). *Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología*,

Editorial, Mc Graw Hill, México.

López Pozos Cecilia (2014) Síndrome de Burnout estudiantil y género – Revista Ra

Ximhai, Julio - Diciembre, 2014/Vol. 10, Número 7 Edición Especial

Universidad Autónoma Indígena de México Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. pp.

185 – 202, rescatado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46132451013>

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (1995),

rescatado de: [https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-](https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf)

[diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf](https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf)

Maslach, C. & Jackson, S. (1981). *The measurement of experienced Burnout. J*

Occupational Behavior; 2: 99-113.

Ñaupar, Mejía, Novoa y Villagómez (2013) *Metodología de la investigación*, Ediciones

de la U 4ta , Bogotá Colombia.

- OMS. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra.
- Perales Alberto, Chue Héctor, Padilla Alberto y Barahona Lorenzo (2011) “Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima” rescatado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36322411002>
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job Stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Rehm, L. P., Gordon-Leventon, B. G. e Ivens, C. (1987). *Depression*. En C. L. Frame y J. L. Matson (Eds.), *Handbook of assessment in childhood psychopathology* New York, NY: Plenum Publishing Corp. Rescatado de:
- Romero, A. (2015). *Burnout y cólera en policías de una unidad de emergencia de lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica , Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rubio Jesús (2003) *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de instituto de enseñanza secundaria*. Rescatado de:
<http://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2010). *Metodología y diseño de la investigación*. Lima, Perú: Mantaro.
- Tafur pórtela Raúl (1995) *la tesis universitaria*, Lima, Perú: Mantaro
- Valenzuela, A. (2010). *Síndrome de Burnout de identificación de los Factores de riesgo asociados en los trabajadores asistenciales de los establecimientos de salud de la Red de Salud Barranco Chorrillos Surco*. Tesis para optar el título profesional de medico cirujano, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

Villavicencio, Jerson. (2016). *Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

INDICE DE TABLAS

Tablas	Pág.
Tabla 1 Resultados totales de Síndrome de Burnout.....	44
Tabla 2 Resultados totales de niveles de depresión.....	45
Tabla 3: Niveles de agotamiento emocional del Síndrome de Burnout.....	46
Tabla 4: Niveles de despersonalización del Síndrome de Burnout.....	47
Tabla 5: Niveles de Realización Personal del Síndrome de Burnout.....	47
Tabla 6: Intercorrelaciones entre las variables Síndrome de Burnout y Depresión...	48
Tabla 7: Intercorrelaciones entre la dimensión agotamiento emocional y la variable depresión.....	49
Tabla 8: Intercorrelaciones entre la dimensión despersonalización y la variable depresión.....	49
Tabla 9: Intercorrelaciones entre la dimensión realización personal y la variable Depresión.....	50

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Anexo 2: Maslach Burnout Inventory

Anexo 3: Hamilton Depression Rating Scale

Anexo 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE, DIMENSIONES E INSTRUMENTO	POBLACION Y MUESTRA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS PRINCIPAL	X = SINDROME DE BURNOUT	Población La población estará constituida por los 560 policías que laboran en una base antidrogas. Muestra La muestra será de 74 según la fórmula para poblaciones finitas, no obstante ésta cifra puede ser mayor.
¿Cuál es la relación entre el síndrome de Burnout y la depresión en policías de una base antidrogas?	Determinar la relación entre el síndrome de Burnout y la depresión en policías de una base antidrogas.	Existe una relación directa, positiva y significativa entre el síndrome de Burnout y la depresión en policías de una base antidrogas	Definición: es la manifestación comportamental de la depresión, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional, despersonalización en el trato con personas clientes o usuarios y la dificultad para el logro/realización personal. Dimensiones: Agotamiento, despersonalización y realización personal. Instrumento: el "Maslach Burnout Inventory" (MBI),	
PROBLEMA SECUNDARIOS	OBJETIVO SECUNDARIOS	HIPOTESIS SECUNDARIAS	Y= DEPRESION	PRUEBA ESTADISTICA
a. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Agotamiento Emocional y la depresión en los policías de una base antidrogas? b. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Despersonalización y la depresión en los policías de una base antidrogas? c. ¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Realización Personal en el trabajo y la depresión en los policías de una base antidrogas?	a. Establecer el tipo de relación que existe entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en los policías de una base antidrogas. b. Establecer el tipo de relación que existe entre la dimensión despersonalización y la depresión en los policías de una base antidrogas. c. Verificar el tipo de relación que existe entre la dimensión realización personal en el trabajo y la depresión en los policías de una base antidrogas.	a. Existe una relación directa, positiva y significativa entre la dimensión agotamiento emocional y la depresión en los policías de una base antidrogas b. Existe una relación directa, positiva y significativa entre la dimensión despersonalización y la depresión en los policías de una base antidrogas. c. Existe una relación directa, positiva y significativa entre la dimensión realización personal en el trabajo y la depresión en los policías de una base antidrogas.	Definición: es un estado anímico que se caracteriza por tener un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales, pueden verse afectadas perjudicando la calidad de vida de los que la padecen, a este nivel es un trastorno o enfermedad. Niveles: presenta 4 niveles que indican la gravedad. Instrumento: Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton	Para establecer el nivel y tipo de correlación entre las variables se utilizará la prueba de correlación de Pearson o Spearman, según las características y la distribución de los datos.

Anexo 2: MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)
(MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH))

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (0) Nunca
- (1) pocas veces al año o menos
- (2) una vez al mes o menos
- (3) unas pocas veces al mes
- (4) una vez a la semana
- (5) pocas veces a la semana
- (6) todos los días

	ITEMS	0	1	2	3	4	5	6
A. E.	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
A. E.	2. Me siento cansado al final de la jornada del trabajo							
A. E.	3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo							
R. P.	4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas							
D.	5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos personales							
A. E.	6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo							
R. P.	7. Trato muy eficazmente los problemas de los demás							
A. E.	8. Me siento agotado por mi trabajo							
R. P.	9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás							
D.	10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
D.	11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							
R. P.	12. Me siento muy activo							
A. E.	13. Me siento frustrado en mi trabajo							
A. E.	14. Creo que estoy trabajando demasiado							
D.	15. No me preocupa realmente lo que le ocurra a algunas personas a las que doy servicio							
A. E.	16. Trabajar directamente con personas me produce estrés							
R. P.	17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio							
R. P.	18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas							
R. P.	19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
A. E.	20. Me siento acabado							
R. P.	21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
D.	22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas							

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

Anexo 3: HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

Encierre en un círculo la puntuación que corresponda a su respuesta. De acuerdo a su apreciación, ¿Ha sentido alguno de estos síntomas, en las últimas dos semanas?

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad	0 = Ausente 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
2. Sentimiento de culpa:	0 = Ausente 1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio:	0 = Ausente 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3 = Ideas de suicidio o amenazas 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz:	0 = No tiene dificultad 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño 2 = Dificultad para dormir cada noche.
5. Insomnio intermedio:	0 = No hay dificultad 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir</p> <p>2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama</p>
7. Trabajo y actividades:	<p>0 = No hay dificultad</p> <p>1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)</p> <p>2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)</p> <p>3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad</p> <p>4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.</p>
8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):	<p>0 = Palabra y pensamiento normales</p> <p>1 = Ligeramente retrasado en el habla</p> <p>2 = Evidente retraso en el habla</p> <p>3 = Dificultad para expresarse</p> <p>4 = Incapacidad para expresarse</p>
9. Agitación psicomotora:	<p>0 = Ninguna</p> <p>1 = Juega con sus dedos</p> <p>2 = Juega con sus manos, cabello, etc.</p> <p>3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado</p> <p>4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios</p>

10. Ansiedad psíquica:	0 = No hay dificultad 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad 2 = Preocupación por pequeñas cosas 3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 4 = Expresa sus temores sin que le pregunten
11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):	0 = Ausente 1 = Ligera 2 = Moderada 3 = Severa 4 = Incapacitante
12. Síntomas somáticos gastrointestinales:	0 = Ninguno 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales:	0 = Ninguno 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica con 2 puntos.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):	0 = Ausente 1 = Débil 2 = Grave
15. Hipocondría:	0 = Ausente 1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2 = Preocupado por su salud 3 = Se lamenta constantemente, solicita
16. Pérdida de peso:	A. Según manifestaciones del paciente: 0 = No hay pérdida de peso 1 = Probable pérdida de peso asociada con enfermedad actual 2 = Pérdida de peso definida.
17. Conciencia de enfermedad:	0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 3 = No se da cuenta que está enfermo