

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
Del 3 de abril de 1981



**“PREVALENCIA DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS EN
PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ATIENDEN PERSONAS
QUE VIVEN CON SOBREPESO Y OBESIDAD”**

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN NUTRIOLOGÍA APLICADA

Presenta

MARIEL CORDERO FELIZ

Director: Dr. Edgar Antonio Tena Suck

Co-directora: MC. Miriam Teresa López Teros

Lector: Dra. María Esther Castillo Barnetche

Esta tesis corresponde a los estudios realizados con una beca de excelencia otorgada por el Gobierno de México, a través de la Agencia de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AMEXID)

CDMX,2020

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO	6
1.1 OBESIDAD	6
1.1.1 DEFINICIÓN	6
1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA	7
1.1.3 SALUD MENTAL Y ESTIGMATIZACIÓN EN LA OBESIDAD	10
1.1.4 PERFIL DE LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD	12
1.1.5 TRATAMIENTO	17
1.1.5.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	17
1.1.5.2 INTERVENCIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN EL ADULTO	18
1.1.5.3 OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS	18
1.1.5.4 INTERVENCIÓN DIETÉTICA	19
1.1.5.5 INTERVENCIÓN EN ACTIVIDAD FÍSICA	19
1.1.5.6 INTERVENCIÓN EN EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO	19
1.1.5.7 INTERVENCIÓN INTEGRAL DE ESTILO DE VIDA	21
1.1.5.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO	21
1.2 SÍNDROME DE BURNOUT (SBO)	22
1.2.1 GENERALIDADES	22
1.2.2 DEFINICIÓN	23
1.2.3 DIMENSIONES O SUBESCALAS DEL SBO	27
1.2.4 EPIDEMIOLOGÍA	28
1.2.5 FACTORES ASOCIADOS AL SBO	30
1.2.6 ESTUDIOS SOBRE EL SBO	35
CAPÍTULO 2. EL PROBLEMA	40
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40

2.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	41
2.3 JUSTIFICACIÓN	41
2.4 HIPÓTESIS	42
2.5 OBJETIVOS	42
2.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	42
2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	43
3.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO.....	43
3.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	43
3.3 MUESTRA	43
3.4 CRITERIOS	44
3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	44
3.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	44
3.4.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.5 VARIABLES	47
3.5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
3.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	53
3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	53
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	55
4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTICIPANTES	56
4.2 NIVELES DE BURNOUT	59
4.3 VARIABLES ASOCIADAS CON EL BURNOUT.....	60
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	80
ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	80
ANEXO 2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	87

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla No.1 Estudios sobre Burnout en profesionales de la salud	36
Tabla No.2 Subescalas y puntos de corte del Burnout	46
Tabla No.3 Operacionalización de las variables.....	49
Tabla No.4 Características generales de los participantes	56
Tabla No.5 Prevalencia global del síndrome de burnout por criterio del MBI-HSS	58
Tabla No.6 Hallazgos descriptivos para las dimensiones del Burnout.....	59
Tabla No.7 Comparación de las variables entre los niveles del Burnout para Agotamiento emocional	60
Tabla No.8 Comparación de las variables entre los niveles de Burnout para Despersonalización	62
Tabla No.9 Comparación de las variables entre los niveles de Burnout para Realización personal	63
Tabla No.10 Correlación entre las dimensiones y las variables asociadas del burnout	65
Figura 1. Interacción compleja entre factores biológicos ambientales y sociales que contribuyen a la obesidad	10
Figura 2. Consecuencias personales y profesionales del Burnout	33
Figura 3. Selección de muestra	47
Grafico 1. Prevalencia global de Burnout	58
Grafico 2. Niveles de burnout por dimensión	59

Agradecimientos

A Dios, por ser mi guía durante toda mi vida y en este paso de mi carrera. Por haberme permitido la oportunidad de realizar un sueño y concluirlo de mejor forma posible. Te amo mi señor sin ti esto no hubiera sido posible. Viviré eternamente agradecida contigo.

A mi familia

Gracias por su apoyo incondicional, por siempre creer en mí y darme confianza para lograr mis metas. Por alentarme a defender mis sueños y determinación en cuanto a mis estudios profesionales.

A mi Director de tesis Dr. Antonio Tena, por su dedicación y profesionalidad, gracias por aceptar desde un inicio ser mi tutor y apoyarme en este proyecto, por dedicar su valioso tiempo y ayudarme con sus conocimientos y paciencia a transformar una idea en una tesis sólida.

A mi co-directora Dra. Miriam López Teros, por siempre estar conmigo desde que este proyecto no tenía forma, siempre estuvo dispuesta a brindarme su tiempo, gracias por su empeño y dedicación, por su ingenio y orientación siempre con la finalidad de que trascienda más allá de las páginas.

A la Dra. María Castillo, por haber aceptado ser la lectora de mi tesis, le agradezco enormemente sus valiosos consejos y el tiempo dedicado para contribuir a esta tesis.

A la coordinadora de la Maestría en Nutriología Aplicada, Mtra. Loredana Tavano, por creer en mí y aceptarme en el programa, por su apoyo y orientación con todo lo relacionado a mi paso por la universidad para poder concluir de manera satisfactoria mi proyecto de tesis.

A mis compañeras y colegas, por siempre haber creído en mí y e inspirarme a esforzarme y dar lo mejor de mi cada día.

Gracias infinitas a todos, sin ustedes no hubiese sido posible.

Resumen

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial y México es uno de los países con mayor prevalencia en el mundo. Se ha mencionado que el éxito de tratamiento en las personas con sobrepeso y obesidad es bajo, influyendo la complejidad para el cambio del estilo de vida. Durante el proceso de atención a personas que viven con obesidad se suma un factor emocional en donde el profesional de salud en la mayoría de los casos no cuenta con las herramientas necesarias para manejar esta situación, convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de condiciones como el síndrome de burnout, presentándose con frecuencia en los profesionales de la salud. Por lo que identificar los factores de riesgo asociados a su desarrollo y brindarles estrategias a los profesionales para prevenirlo es imperativo. Objetivo: Analizar la presencia de burnout y sus factores asociados en profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad. Métodos: Estudio transversal. La población de estudio estuvo compuesta por profesionales de la salud que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad en la ciudad de México. Se aplicó un cuestionario que incluyó datos socio demográficos, la escala de Maslach Burnout Inventory y otras variables de comorbilidad. Resultados: El 82.53% de los profesionales de la salud encuestados de edades entre 20-45 años, manifestaron niveles de moderados a bajos de burnout. Tomando en consideración el burnout global se encontró una prevalencia del 34%. De acuerdo con las subdimensiones del burnout, el nivel de estudios, tener hijos y que los profesionales piensen que atender pacientes con depresión y/o ansiedad influye en su carga laboral resultaron significativos para el agotamiento emocional ($p=0.019$, $p=0.015$ y $p=0.051$) respectivamente. La depresión en el profesional de salud resultó significativa para despersonalización ($p=0.000$). En cuanto a la falta de realización personal la profesión fue significativa ($p=0.021$) Conclusiones: El profesional de salud que trabaja con personas con obesidad presenta factores que podrían asociarse al burnout, por lo que contar con apoyo psicológico, no someterse a sobrecarga de pacientes y trabajar con un equipo multidisciplinario podrían contribuir a no desarrollar burnout.

Palabras clave: síndrome de burnout, profesionales de la salud, factores asociados, obesidad.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada una pandemia y un serio problema de salud pública⁽¹⁻⁴⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2016, el 39% de las mujeres y el 39% de los hombres mayores de 18 años tenían sobrepeso, y el 13% de estos vivían con obesidad.⁽⁵⁾ En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018), señala que a nivel nacional, el porcentaje de adultos de 20 años y más con sobrepeso y obesidad era de 75.2% (39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad).⁽⁶⁾ Es importante conocer que esta enfermedad aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardiometabólicas, musculoesqueléticas, ciertos tipos de cáncer, depresión,⁽⁷⁾⁽⁸⁾ entre otras, en cuanto a esta última se estima que para el año 2020 la mitad de la población mundial la presentará.⁽⁹⁾

Para el tratamiento multidisciplinario de la obesidad se recomiendan acciones como la terapia conductual en el marco de una intervención integral proporcionada por profesionales calificados como psicólogos, nutricionistas, especialistas en ejercicio, etc.⁽¹⁰⁾ Por lo cual se hace evidente la necesidad de que los profesionales tengan herramientas sólidas y con calidad para brindar a esta población la ayuda pertinente, y a raíz de esto poder maniobrar y canalizar de una forma positiva la carga emocional transmitida por los pacientes, con la finalidad de evitar condiciones como el estrés, la insatisfacción laboral, el síndrome de burnout, etc. que resultan en situaciones desfavorables para el paciente, el profesional de la salud y el sistema sanitario.

El síndrome de burnout, sinónimo de "agotamiento" afecta a todos los profesionales de todos los países,⁽¹¹⁾ se define como una especie de mal adaptación crónica al estrés laboral.⁽¹²⁾ Este síndrome afecta entre 4.1% y 61.0 % de los profesionales de la salud⁽¹³⁾ y se caracteriza por la presencia de tres componentes principales: 1) agotamiento emocional, 2) despersonalización o cinismo y 3) falta de realización personal.⁽¹⁴⁾ Una revisión sistemática realizada en Boston, Estados Unidos por Rotenstein et al., donde se estudió la prevalencia de burnout en los médicos de 45 países, reportó que los estudios indicaron de manera variable las estimaciones de la prevalencia de burnout y sus subcomponentes (agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal) en: 67.0%, 72.0%, 68.1% y 63.2% respectivamente. El rango de prevalencia del síndrome de burnout osciló entre un 0% a un 80.5%.⁽¹⁵⁾ La literatura identifica múltiples factores que podrían ser de riesgo para

que el profesional de la salud se convierta en un blanco fácil para desarrollar burnout. En un metaanálisis realizado por Molina et al., en una población de enfermeras cuyo objetivo fue analizar los factores asociados, determinar los niveles de burnout y metaanalizar la tasa de prevalencia de cada dimensión del burnout, concluyeron que los principales factores de riesgo identificados son sociodemográficos y que hay una mayor prevalencia de burnout entre las personas solteras, las que tienen múltiples empleos, las que sufren sobrecarga de trabajo y las que tienen relativamente poca experiencia en el campo.⁽¹⁶⁾ Los profesionales que trabajan con personas con obesidad se encuentran expuestos a estos mismo factores, por lo que la identificación de éstos y otros particulares de dicha población podría ser beneficioso para diseñar intervenciones que sirvan para evaluar aquellos factores considerados como modificables y de este modo prevenir el desarrollo del síndrome de burnout.

La contribución de esta investigación es importante porque se estudia una población de la cual en México existe información muy escasa con respecto a esta problemática y mide los niveles del síndrome de burnout y cada una de sus dimensiones aplicando el Inventario de Burnout de Maslach para servicios de salud, el instrumento más utilizado para dichos fines, además de un cuestionario sociodemográfico para relacionar variables encontradas como predictores significativos con la presencia del SBO, en profesionales de la salud mexicanos específicamente que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad, a propósito de ser la gran epidemia del siglo XIX. Se iniciará el capítulo 1 con los antecedentes encontrados en la literatura que abarcan la problemática de la obesidad y el síndrome de burnout en los profesionales de la salud, se verán definiciones, epidemiología y generalidades al respecto de estas temáticas. En el capítulo 2 se plantea el problema, se presenta la pregunta de investigación, así como los objetivos, la justificación y la hipótesis. En el capítulo 3 se abarca la metodología que se llevó a cabo para la realización del estudio donde se verán las características de la población, el instrumento de recolección de datos utilizado y los detalles de la estadística descriptiva e inferencial utilizada. Ya en el capítulo 4 se presentan los resultados sobre la variable de respuesta como la presencia del SBO y cuáles variables resultaron significativas de dicho síndrome. Se concluye con el capítulo 5 que incluye la discusión, conclusiones y recomendaciones donde se pudo visualizar que ciertos factores pudieran estar relacionados con el desarrollo del síndrome de burnout en este grupo de profesionales.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

En este apartado se expone la definición de obesidad, debido a que se considera una enfermedad de gran complejidad así mismo lo es su definición, es importante continuar con los datos epidemiológicos con los que se cuenta hasta el momento tanto a nivel nacional como internacional, y con propósito de dar a conocer el contexto de la problemática con el objetivo de entrelazarlo con el desarrollo del burnout, es importante hacer mención del estigma en la obesidad, al cual se enfrentan los pacientes. Familiarizarse con el perfil de los profesionales de la salud que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad es importante para dilucidar a qué se encuentran expuestos y con cuáles estándares debe cumplir esta población para asistir a dichas personas.

1.1. Obesidad

1.1.1. Definición

Mientras que la Organización mundial de la Salud (OMS) define la obesidad como la acumulación excesiva de grasa que podría perjudicar la salud y se diagnostica con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg / m²,⁽⁸⁾ en lo cierto su definición es más compleja, es una enfermedad variada y multifactorial que está fuertemente asociada a diversas comorbilidades.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un serio problema de salud pública, entre las cuales se encuentra la obesidad, la cual aparte de ser declarada como una enfermedad crónica progresiva es un importante factor de riesgo para muchas otras.⁽⁸⁾ Ha sido descrita como una pandemia global, a nivel mundial el sobrepeso y la obesidad azotan a más de 2,1 mil millones de personas. En los Estados Unidos, casi el 35% de los adultos están clasificados como personas que viven con obesidad y un tercio de los niños y adolescentes viven con obesidad o tienen sobrepeso.⁽¹⁷⁾

1.1.2. Epidemiología de la obesidad

El número de personas con obesidad está aumentando en todo el mundo. Si la tasa actual de aumento en la incidencia de obesidad continúa, el 18% de los hombres y el 21% de las mujeres vivirán con obesidad para 2025, mientras que el 6% de los hombres y el 9% de las mujeres vivirán con obesidad severa.⁽¹⁸⁾

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los Estados Unidos ha aumentado hasta el punto en que las personas con sobrepeso u obesidad superan en número a las personas de peso normal en 2:1. Del año 1980 al 2013, el número de personas con sobrepeso y obesidad incrementó de 857 millones a 2,1 mil millones. En todo el mundo, se estima que el 37% de los hombres y el 38% de las mujeres tienen un IMC superior a 25 kg / m².⁽¹⁷⁾

Del 1980 a 2013, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en los países desarrollados aumentó del 17% al 24% en los niños y del 16% al 23% en las niñas. Durante el mismo período, dicha prevalencia aumentó de 8% a 13% en niños y de 8% a 13% en niñas de países en vía de desarrollo. ⁽¹⁷⁾

Con el creciente aumento de la prevalencia, apoyado en los datos de párrafos anteriores, abordar este tema se ha convertido en una prioridad nacional de la salud pública. A medida que el sistema sanitario y los profesionales de la salud luchan por brindar a la población mexicana que vive con sobrepeso y obesidad un tratamiento óptimo para la pérdida de peso y mejor calidad de vida, es evidente que esto amerita que dichos profesionales asistan la parte del bienestar psicológico, emocional y social de sus pacientes, aspectos de suma importancia en el manejo de esta enfermedad.

La mayoría de los pacientes que día tras día batallan con la pérdida de peso han expresado sentir sentimientos de culpa, vergüenza y miedo⁽¹⁹⁾ por la falta de control percibida sobre la ingesta de alimentos y los intentos fallidos de pérdida de peso, donde ante este último se reconocen los problemas psicológicos como una de las causas probables de no tener éxito en programas de control de peso. También se ha visto que declaran que son juzgados por la cultura, no solo por sus cuerpos, sino también por la cantidad de lo que comen. Se perciben a sí mismos como constantemente observados y devaluados hasta por sus conocidos. ⁽²⁰⁾

Muy a menudo, estas personas utilizan la comida como un mecanismo de afrontamiento común ante las adversidades de esta enfermedad.⁽¹⁹⁾ Otro aspecto importante de esta población es que no se sienten aceptados socialmente debido a su peso corporal, con esto se quiere señalar que la gama de problemas emocionales a los cuales se enfrentan estas personas es vasta.

Las personas que viven con obesidad a menudo notan que tienen problemas psicológicos que deben abordar antes de poder implementar con éxito los cambios de estilo de vida necesarios para perder peso.⁽¹⁹⁾

Es habitual que las personas informen historias largas y complejas de aumento de peso.⁽²⁰⁾ Pocos pacientes con este padecimiento mantienen la pérdida de peso y muchos recuperan más peso del que perdieron durante el tratamiento.⁽²¹⁾ Además de esto también la literatura cita que se encuentran consecuencias psicológicas asociadas a la obesidad.⁽¹⁰⁾⁽²²⁾ Otro aspecto importante de mencionar es que el bienestar social de estos pacientes puede verse afectado negativamente debido al estigma social de la obesidad que existe, el cual influye en el bienestar emocional y psicológico a través de la internalización de las actitudes contra la obesidad.⁽¹⁹⁾

Actualmente la obesidad tiene tanto impacto para una nación que se refleja en los costos de salud de la misma, por ejemplo, los costos directos e indirectos actuales del tratamiento del sobrepeso y la obesidad y sus comorbilidades en los Estados Unidos según La Academia de Nutrición y Dietética se estiman en cerca de \$ 150 mil millones anuales y se espera que aumenten drásticamente si no disminuye la prevalencia de sobrepeso y obesidad.⁽¹⁰⁾⁽²²⁾

El sobrepeso y la obesidad son la quinta causa de muerte en el mundo y representan casi 3.4 millones de muertes al año.⁽¹⁷⁾

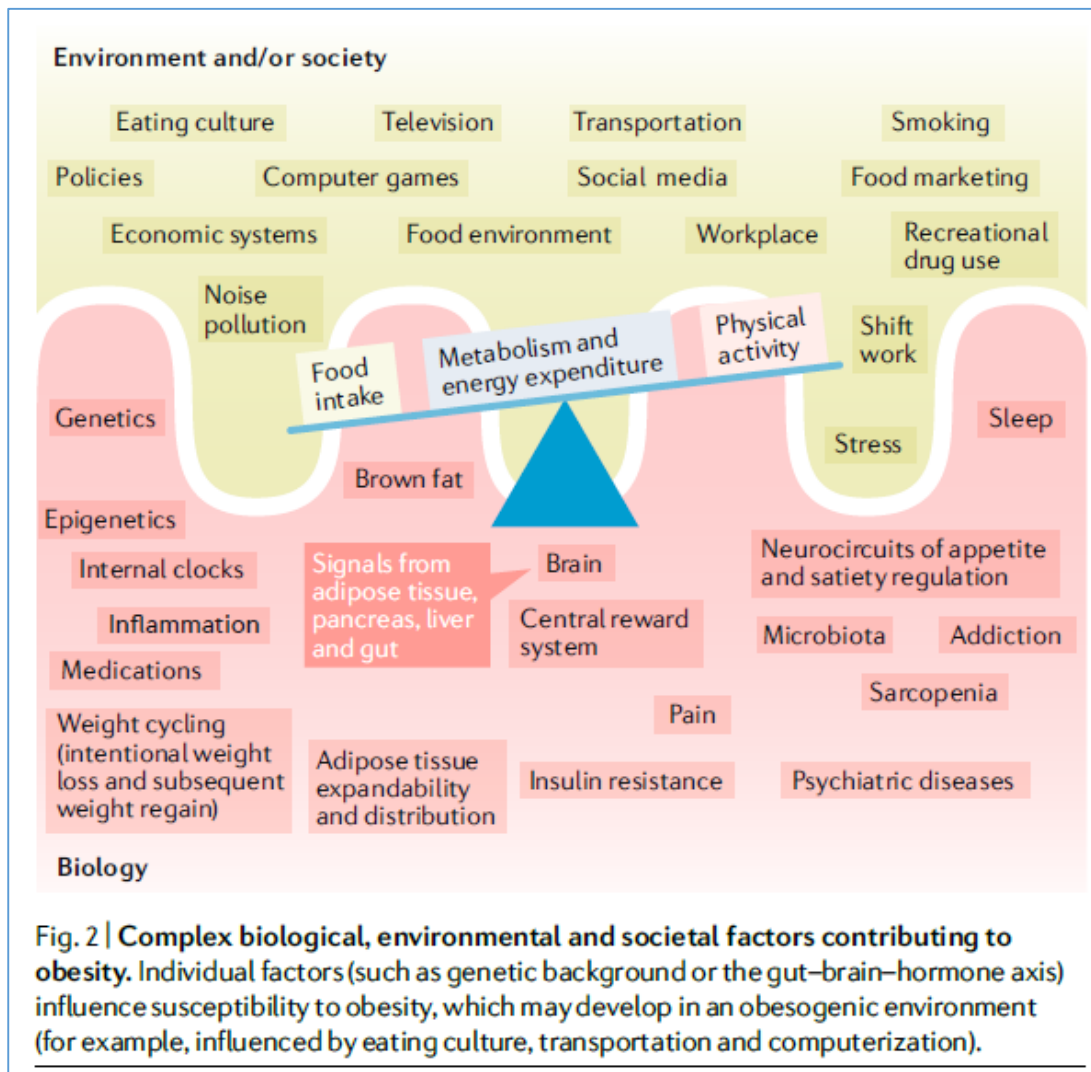
Por lo anteriormente descrito podemos reiterar que la definición de esta patología es un tanto compleja ya que como se ha mencionado en la literatura, la etiología se encuentra influenciada por un sinnúmero de factores genéticos, conductuales, psicológicos, culturales, sociales, económicos, educativos, de ingresos y, por último, pero no menos importante los factores ambientales. El ambiente obesogénico rico en alimentos densamente calóricos en el cual nos desarrollamos día tras día favorece el aumento de la obesidad tanto en niños como en adultos y contribuye a delimitar la llamada personalidad obesogénica.⁽²³⁾

Esta epidemia está asociada con una "epidemia gemela" de diabetes tipo 2 y unidas, estas condiciones amenazan con revertir los logros en la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (ECV) observadas durante el último medio siglo.⁽¹⁰⁾

La obesidad también se asocia con muchas otras consecuencias biológicas y psicológicas graves que pueden causar discapacidad prematura y muerte al aumentar el riesgo de enfermedades cardiometabólicas, osteoartritis, demencia, depresión y algunos tipos de cáncer ⁽⁸⁾ que afectan gravemente la salud de quienes la padecen y ejercen presiones adicionales sobre los costos de la atención médica.⁽¹⁰⁾ Además, la obesidad puede conducir a una menor calidad de vida, desempleo, menor productividad y desventajas sociales.⁽⁸⁾

Uno de los principales objetivos de la OMS según el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020 era detener la prevalencia de la obesidad a un nivel como estaba en el 2010. Por lo que hemos visto actualmente este objetivo no se pudo alcanzar y es por ello que nos encontramos ante la necesidad de tomar acciones para disminuir el riesgo en la población mexicana de padecer esta enfermedad y sus consecuencias que llevan a una mayor mortalidad y demandas de los servicios de salud que deben contar con profesionales capaces de manejar esta enfermedad.

Figura 1. Interacción compleja entre factores biológicos, ambientales y sociales que contribuyen a la obesidad.



Tomado de Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. 2019

Traducción del autor: Factores biológicos, ambientales y sociales complejos que contribuyen a la obesidad. Factores individuales (como los antecedentes genéticos o el eje intestinal-cerebro-hormonal) influyen en la susceptibilidad a la obesidad, que puede desarrollarse en un ambiente obesogénico (por ejemplo, influenciado por la cultura alimenticia, el transporte y la computación).

1.1.3. Estigma y Salud Mental en la Obesidad

Una vez más es importante considerar el componente emocional en el desarrollo de la obesidad, esto debido a que, por este entre otras causas, el tratamiento de esta enfermedad puede verse empañado. Es por ello que en este apartado tocaremos parte de la interacción salud emocional ↔ obesidad con el propósito de proporcionar una idea de las situaciones y circunstancias a las cuales se enfrentan las personas que viven con sobrepeso y obesidad y que podrían desencadenar desequilibrios emocionales.

La obesidad no es causada por la elección personal o por la sociedad, sino por la relación entre un individuo y su entorno.⁽⁸⁾ Las personas que viven con sobrepeso y obesidad frecuentemente son víctimas de estigmatización por su imagen corporal. El estigma de obesidad se traduce en la devaluación que se hace de un individuo por ser obeso.⁽²⁴⁾

Los niños que viven con obesidad, por ejemplo, se encuentran expuestos a las burlas y el acoso por parte de sus pares y algo muy notable de esto es que dicha estigmatización continúa en la edad adulta con estereotipos negativos dentro los cuales se podrían citar de ser vagos, poco atractivos, de carácter débil, sin éxito y poco inteligentes, todo asociado a su condición de sobrepeso y obesidad.⁽¹⁸⁾

El estigma de obesidad también se ha visto relacionado con un desajuste psicológico en la víctima, vinculándose principalmente con depresión, ansiedad, insatisfacción corporal y baja autoestima⁽²⁴⁾

Para muchos, la comida está asociada con cuestiones de control y estas personas comparan su relación con la comida con una adicción, una obsesión o ser alcohólico.⁽²⁵⁾ Dichos tipos de personalidad, pueden clasificarse como personalidades obesogénicas.⁽¹⁸⁾ Adoptar hábitos alimenticios poco saludables en respuesta al estrés mental, también constituye una salida para estos individuos, que en incontables ocasiones constituye una barrera para el progreso en el tratamiento de la obesidad.

A diferencia de lo que ocurre con otros grupos estigmatizados, las personas obesas se estigmatizan a sí mismas. El estigma de obesidad genera comportamientos que no contribuyen al control del peso, tales como el retraso o evitación en la búsqueda de prestaciones médicas, menor motivación para realizar actividad física o una ingesta calórica superior a la recomendada por los especialistas.⁽²⁴⁾

En una investigación realizada en profesionales de los Estados Unidos de varias especialidades uno de los hallazgos más consistentes entre éstos (87%), fue que el reto al que con más frecuencia se enfrentan es la falta de adherencia del paciente.⁽²⁰⁾

Por otro lado, no son sólo los conocidos, familiares, compañeros de trabajo y demás que contribuyen a esta situación también se ha visto que los profesionales de la salud se ven muchas veces involucrados en el favorecimiento de esta problemática, por ejemplo, en un estudio realizado con médicos, se encontró que 40% de ellos tuvieron

reacciones negativas hacia pacientes con obesidad, reportando altos niveles de frustración, con la mayoría de éstos, al momento de tratarlos. ⁽²⁴⁾ Es increíble también cómo en este ámbito puede existir una paradoja, al momento de sentirse estigmatizado por el peso corporal, en otro estudio algunos participantes, sin embargo, expresaron cómo un contexto social tan negativo podría tener algunas consecuencias beneficiosas, particularmente al promover el cambio de comportamiento.⁽²⁵⁾ Algunos citaron: “*preferiría ser sordo, disléxico, diabético, tener enfermedad cardíaca o acné que volver a mi peso anterior*”. Por lo tanto, vivir con obesidad influye en el sentido de sí mismo de un individuo y está incrustado en una relación compleja y a veces contradictoria con la comida.

La disfunción emocional manifestada por la insatisfacción de la imagen corporal que muy frecuentemente es mayor en mujeres que en hombres con obesidad,⁽²⁵⁾ parece jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. ⁽²⁶⁾

Los temas psicológicos en ocasiones podrían predisponer a una persona que vive con obesidad a encontrar más barreras para el tratamiento y que éste tenga resultados no esperados, lo que por el lado de los profesionales podría originar situaciones desfavorables como la que se abarca es este estudio, el síndrome de burnout. Por esto una vez más, es tan importante abarcar este tema cuando hablamos de todo lo relacionado con la obesidad.

1.1.4. Perfil de los profesionales que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad

Con la creciente pandemia de obesidad apoyada por los datos anteriormente expuestos, es razonable deducir que también aumenta la necesidad de profesionales de la salud que estén preparados para auxiliar a esta población, es por ello que este apartado expondrá qué profesionales de la salud son los más propensos a asistir esta población, por qué y su importancia en el equipo multidisciplinario, así como en cuáles escenarios se desenvuelven este tipo de profesionales que podría hacerlos vulnerables al desarrollo del burnout.

En los últimos años ha surgido el sobrepeso y la obesidad como una amenaza para la salud más grande que las consecuencias de la desnutrición (es decir, ahora más personas mueren de sobrepeso y obesidad que de bajo peso).⁽⁸⁾

Desde finales de los años 90, La Academia de Nutrición y Dietética de los EE.UU. nos habla de las estrategias para manejar la parte emocional de la obesidad, dentro de las cuales tenemos el automonitoreo, el control de estímulo, manejo de estrés, apoyo social, ⁽²⁷⁾ etc. Esto para recordarnos que desde entonces se habían listado estas herramientas como efectivas en la reducción de peso en personas con obesidad.

Es importante proveer a los profesionales de la salud de herramientas o soportes benéficos para que puedan atender de manera integral a las personas que tienen obesidad y poseer las bases necesarias para tratarlos. El llamado en torno a esto, va en dirección a que estos profesionales no tengan temor al trabajar la parte emocional en estos pacientes, que se involucren más en la misma, pero que al mismo tiempo puedan estar bien equilibrados para poder manejarlo de una buena forma.

Dado que los dietistas son un pequeño porcentaje de la población de proveedores de atención médica, a menudo se pasan por alto.⁽²⁸⁾ Los nutricionistas dietistas registrados (RDN) son miembros integrales del equipo de atención médica, especialmente cuando se trata de trastornos metabólicos y psicológicos que conducen a la obesidad o la delgadez excesiva.

Relativamente pocos pacientes reciben asesoramiento sobre obesidad de acuerdo con las pautas del Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF) por sus siglas en inglés, que recomiendan intervenciones intensivas de cambio de comportamiento en múltiples componentes para pacientes con un IMC igual o de más de 30 kg / m².⁽²⁹⁾⁽²²⁾

Algunos profesionales de la salud que trabajan con pacientes con obesidad expresan la necesidad de contar con capacitación adicional en materia de control de peso y atención de la obesidad, para de este modo participar de manera efectiva en modelos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en colaboración con otros profesionales. Organizaciones sanitarias como la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) apoyan esta iniciativa de exigir que los equipos de atención primaria incluyan profesionales de varias disciplinas (incluida la nutrición) para ayudar a los pacientes a abordar cambios de

comportamiento complejos como la modificación del estilo de vida y el control del peso.⁽²²⁾ Sin embargo en algunas ocasiones esto se queda sólo en la fase de recomendación.

El hecho de que los profesionales de la nutrición reciban entrenamiento de control de peso de alta calidad parece crítico para su éxito en ayudar a los pacientes a controlar su peso. La literatura enumera varias razones por las cuales ciertos profesionales tienen el perfil para trabajar con personas que viven con obesidad, como por ejemplo los profesionales de la nutrición, que han sido utilizados habitualmente como intervencionistas clave, en ensayos controlados aleatorizados de intervenciones conductuales de múltiples componentes, que tienen menos sesgos o errores en la práctica, y por esto se espera que más personas busquen educación y capacitación en ciencias de la nutrición en los próximos años para combatir esta enfermedad.⁽²²⁾

Los profesionales de la nutrición son significativamente los más propensos en comparación con otros grupos de profesionales a brindar capacitación en cuanto al control de peso, instrucción adicional en el cuidado de las patologías asociadas a la obesidad y autoeficacia para ayudar a los pacientes a perder y controlar su peso.⁽³⁰⁾

Los profesionales que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad pueden beneficiarse de una capacitación adicional en técnicas de asesoramiento y estrategias de comportamiento, que pueden ayudarlos a superar los desafíos percibidos por la falta de adherencia del paciente y la falta de fuerza de voluntad.⁽²²⁾ Otro desafío común que se podría incluir y que tiene mucho peso, está asociado con la falta de reembolso por los servicios.

Se ha demostrado que las oportunidades de capacitación que utilizan instrucción interactiva de educación interprofesional entre dos o más grupos de profesionales de la salud mejoran la eficiencia, la satisfacción del paciente y sus resultados y pueden facilitar un cambio cultural hacia una atención más colaborativa en el tratamiento de la obesidad.⁽³⁰⁾

Dentro de las recomendaciones de la Guía para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos 2013 de la American Heart Association / American College of Cardiology / The Obesity Society, la terapia conductual proporcionada por un equipo profesional calificado de "nutricionistas", especialistas en ejercicio y conductistas en grupo o individualmente ha demostrado el mayor éxito.⁽¹⁰⁾

Recomendaciones:

- Identificación de pacientes que necesitan perder peso (IMC y circunferencia de la cintura)
- Relacionar los beneficios del tratamiento con los perfiles de riesgo (reducción del efecto del peso corporal sobre los factores de riesgo, eventos, morbilidad y mortalidad de las ECV)
- Dietas para bajar de peso (Estrategias dietéticas para bajar de peso)
- Intervención y asesoramiento sobre el estilo de vida (intervención integral sobre el estilo de vida)
- Selección de pacientes para tratamiento quirúrgico bariátrico para la obesidad (tratamiento quirúrgico bariátrico para la obesidad)⁽¹⁰⁾

Alternativamente, los modelos de atención colaborativa para la obesidad podrían considerar emparejar a profesionales de la nutrición con profesionales de la salud mental/del comportamiento para aprovechar las fortalezas de ambos grupos.⁽²²⁾

Desde un artículo publicado en los años 90, se habla de que frecuentemente los datos arrojan que los profesionales que atienden a personas que viven con obesidad atribuyen parte del peso del paciente a problemas emocionales, esto puede hacer más dificultoso que los profesionales establezcan metas y planeen estrategias para el manejo de peso con sus clientes. En un estudio realizado por Barr y cols. con el objetivo de proporcionar información sobre las actitudes y prácticas de los dietistas canadienses con respecto a la obesidad y el control de peso, aunque sólo alrededor de dos tercios de la muestra creían que la mayoría de las personas que pierden peso lo recuperan, el 80-90% de los profesionales que trabajaban con personas con obesidad estuvo de acuerdo en que el ciclo de pérdida y regainancia tiene un impacto negativo en la salud psicológica y física y hace que la futura pérdida de peso sea más difícil.⁽³¹⁾

Con un marco tan complejo, queda claro que la fisiología y el comportamiento individual están formados por fuertes factores ambientales y sociales.⁽⁸⁾ El manejo de la obesidad a menudo requiere estrategias a largo plazo, y esto podría resultar a veces tedioso tanto para el paciente como para el profesional y desencadenar aptitudes negativas hacia el tratamiento y por ende comprometer el éxito del mismo.

En respuesta a una pregunta abierta, los participantes en el estudio de Barr y cols. indicaron que las áreas preferidas para la educación adicional eran los aspectos psicológicos de la obesidad, las técnicas de orientación y otras técnicas de asesoramiento y modificación del comportamiento.⁽³¹⁾

La práctica dietética requiere el desarrollo de relaciones interpersonales con los pacientes, similares a las de otras profesiones, proporcionando así una exposición similar a estresores emocionales como los que emergen cuando se trata a pacientes con enfermedades agudas y sus familias, a veces durante muchos meses de tratamiento,⁽³²⁾ así también cuando se trata a pacientes enfermedades crónicas como lo es la obesidad.

Muchas veces las condiciones del paciente que se están tratando son con frecuencia progresivas y el tratamiento puede no dar resultados positivos, todos estos factores se han asociado con el desarrollo del estrés laboral. La naturaleza de la práctica dietética como se mencionó anteriormente es interpersonal, cargada de emociones y aún más complicada por los múltiples significados que los alimentos tienen para las personas en momentos en que luchan contra enfermedades, lo que podría aumentar la susceptibilidad de los nutriólogos al burnout.⁽³³⁾

Hay una interacción compleja entre la comida y el individuo. La profesión de la nutriología ha llegado a reconocer esta complejidad y, en respuesta, está cambiando lentamente de simplemente distribuir información nutricional a lidiar con los aspectos sociales, psicológicos, emocionales y ambientales de la alimentación. Por ejemplo, los profesionales ahora consideran el asesoramiento nutricional como una habilidad esencial y un componente integral del proceso de atención nutricional.⁽³⁴⁾

Si los dietistas no están preparados adecuadamente para las complejidades de la práctica, pueden carecer de los enfoques socialmente requeridos, lo que podría conducir a un sentido de logro reducido en el lugar de trabajo. El seguimiento en el ámbito ambulatorio es fundamental para la educación del paciente y el cumplimiento de la prescripción de la dieta. En su estudio que examinó la satisfacción laboral, Kirk et al. (2000) descubrieron que los dietistas son comúnmente desafiados con problemas en los que no se sienten psicológicamente capaces de manejar.⁽³³⁾ Al igual que otras profesiones, los RDN pueden experimentar angustia moral, que a menudo conduce al agotamiento.⁽³⁵⁾

Los profesionales de la nutrición trabajan en una variedad de entornos y se prevé que el empleo de profesionales de la nutrición crecerá en un 22% entre 2012 y 2022, que es el doble de la tasa de crecimiento promedio para todas las ocupaciones.⁽²²⁾

A medida que aumenta la discriminación por el peso corporal, y muy a menudo los alimentos de alta palatabilidad densamente calóricos se utilizan como maniobra de afrontamiento ante esta situación, esto conlleva a lo que se conoce como un círculo vicioso de regañancia de peso, lo cual hace que el tratamiento sea menos exitoso, más sin embargo las metas del tratamiento deben ser realistas e individualizadas y así contribuyen a que para ambas partes paciente– profesional el tratamiento sea más tolerable.

1.1.5. Tratamiento de la obesidad

Como el tratamiento del sobrepeso y la obesidad es mayormente a largo plazo, es importante detenerse en lo que la evidencia ha estado apoyando hasta el momento, un tratamiento integral y multidisciplinario, para de este modo tener claridad en las metas a tomar en cuenta en esta población, que ayudan a que el tratamiento sea mejor acogido y disminuyan las barreras para el mismo. Este apartado es sumamente importante debido a que se exponen los componentes de la intervención para el cambio de comportamiento, dejando ver que los profesionales de la salud que trabajan con personas con obesidad deben contar con estas habilidades lo cual a veces podría resultar muy demandante.

1.1.5.1. Tratamiento no farmacológico

Los dietistas son una parte valiosa en un equipo multidisciplinario y brindan un apoyo importante, pero son minoritarios en comparación con otros profesionales de la salud. La efectividad mostrada por éstos es particularmente importante debido al aumento de las tasas de enfermedades crónicas.⁽²⁸⁾

El tratamiento de la obesidad requiere de una terapia individual adaptada, lo cual se ha demostrado que es la mejor manera conjuntamente con el equipo multidisciplinario de tratar esta enfermedad, además de que es la única forma de lograr un efecto a largo plazo en una terapia de cambio de comportamiento.

1.1.5.2. Intervenciones para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos

El tratamiento exitoso del sobrepeso y la obesidad en adultos requiere la adopción y el mantenimiento de comportamientos de estilo de vida que contribuyan tanto a la ingesta calórica como a la actividad física. Estos comportamientos están influenciados por muchos factores; por lo tanto, las intervenciones que incorporan más de un nivel del modelo socioecológico y abordan varios factores clave en cada nivel pueden ser más exitosas que las intervenciones con objetivos aislados.

La ADA sostiene que la pérdida de peso de solo 3% a 5% que se mantiene, tiene la capacidad de producir mejoras de salud clínicamente relevantes. La recomendación es establecer un objetivo realista de pérdida de peso con el paciente como (hasta 2 lb por semana, hasta el 10% del peso corporal inicial, o un total del 3% al 5% del peso inicial si hay factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hiperlipidemia e hiperglucemia) presentes. ⁽³⁶⁾

Todo esto es importante porque una mayor pérdida de peso reduce los factores de riesgo adicionales de Enfermedad cardiovascular (ECV) a propósito de ser una de las principales causas de muerte en la población mexicana adulta, (p. Ej., Colesterol de baja densidad y alta densidad y la presión arterial) y disminuye la necesidad de medicamentos para controlar la ECV y la diabetes tipo 2, por lo que se recomienda un de pérdida de peso del 5% al 10% en 6 meses. ⁽³⁷⁾

1.1.5.3. Objetivos del Tratamiento de la Obesidad en Adultos

Las recomendaciones de pérdida de peso anteriormente citadas necesitan ser mantenidas para tener éxito en el tratamiento de la obesidad, es por ello que las intervenciones que contribuyan a ambos lados del equilibrio energético en los adultos son el estándar. Por lo tanto, la dieta debe modificarse para que se produzcan reducciones en el consumo excesivo de energía y mejoras en la calidad de la dieta, junto con los cambios en la ingesta dietética, el tratamiento de la obesidad debe fomentar el aumento de la actividad física para aumentar el gasto energético. La recomendación en cuanto a esta última es de 150 minutos por semana de intensidad moderada, o 75 minutos por semana de actividad física de intensidad vigorosa. Ya para mantener esta pérdida el Colegio Americano de Medicina Deportiva recomienda

(> 250 minutos / semana de actividad física de intensidad moderada) y mejorar la condición cardiovascular.⁽³⁸⁾

1.1.5.4. Intervención dietética

Debe basarse en una dieta individualizada, incluyendo las preferencias del paciente y en una de las siguientes estrategias de reducción calórica basadas en la evidencia: 1,200 kcal a 1,500 kcal / día para mujeres y 1,500 a 1,800 kcal / día para hombres; déficit de energía de aproximadamente 500 kcal / día o 750 kcal / día.

1.1.5.5. Intervención en Actividad física

Las intervenciones mediante el aumento en la actividad física están diseñadas para mejorar el gasto energético, la actividad física como parte de un programa integral de control de peso individualizado para acumular gradualmente de 150 a 420 minutos o más de actividad física por semana, dependiendo de la intensidad, a menos que esté médicamente contraindicado" es lo recomendado.

El comportamiento sedentario se define como la realización de actividades al estar sentados, con un nivel muy bajo de gasto de energía (<1,5 MET). Éste se ha asociado con un mayor riesgo de obesidad, ahora se recomienda que el comportamiento sedentario, en particular el tiempo libre frente a la pantalla (por ejemplo, mirar televisión, usar computadoras y tabletas), se reduzca en adultos para mejorar el peso y el estado de salud. ⁽³⁹⁾

1.1.5.6. Intervención en el cambio de comportamiento

Las teorías y modelos de cambio de comportamiento proporcionan un enfoque basado en la evidencia para cambiar los comportamientos en el equilibrio energético que son importantes para el tratamiento de la obesidad. El propósito de modificar las conductas es ayudar a las personas que viven con sobrepeso y obesidad a identificar elementos que sean de utilidad en efectuar los cambios requeridos para su tratamiento. Surgen con la finalidad de auxiliar a los pacientes a implementar metas reales y alcanzables. La terapia conductual para la obesidad generalmente incluye los siguientes elementos:

- Autocontrol
- Control de estímulo
- Apoyo social
- Reestructuración cognitiva (pensar positivamente)
- Habilidades para resolver problemas
- Intervención de recaída
- Terapia cognitiva conductual

En estos momentos, no se sabe con exactitud cuál es la mejor combinación de estrategias y técnicas para el cambio de comportamiento con la finalidad de aplicarla en el tratamiento de la obesidad. Empero, se cree que se pueden aplicar una variedad de estrategias de diferentes teorías para ayudar a dicho cambio. Las intervenciones basadas en la evidencia se han desarrollado a partir de la teoría conductual, que es un marco teórico que propone que, con el uso de principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante, se pueden aprender comportamientos saludables. La investigación sobre intervenciones de cambio de comportamiento demuestra que la TCC y la entrevista motivacional contribuyen a cambiar efectivamente los comportamientos de alimentación y actividad física para que se produzca una pérdida de peso significativa.

La terapia cognitivo conductual (TCC) utiliza un enfoque directivo orientado a la acción y proporciona habilidades para ayudar a las personas a aprender a desarrollar pensamientos y comportamientos funcionales, propone que los pensamientos, sentimientos y comportamientos interactúen para impactar los resultados de salud. Es la que tiene mayor evidencia empírica y representa el estándar de oro, es por tal razón que se utiliza con mayor frecuencia, en comparación con las demás.

Las estrategias de uso común en la TCC incluyen autocontrol, establecimiento de objetivos, resolución de problemas y planificación previa, control de estímulos, reestructuración cognitiva y prevención de recaídas.

Entrevista motivacional

Se centran en un estilo de interacción entre un profesional y un cliente, enfatizan que la intervención para la obesidad sería impulsada por el cliente, en lugar del

profesional. Se cree que mejora la motivación y la autoeficacia, que se consideran clave para cambiar y mantener el cambio de comportamiento.⁽³⁷⁾

Básicamente, la recomendación de la ADA es incorporar una o más de las siguientes estrategias para el cambio de comportamiento: autocontrol; entrevista motivacional; planes estructurados de comidas y reemplazos de comidas, así como control de porciones; establecimiento de metas; y resolución de problemas.

1.1.5.7. Intervención integral de estilo de vida

Se refiere a realizar una intervención combinando tres componentes: dieta, actividad física y estrategias de comportamiento, con lo cual se produce una mayor pérdida de peso que una intervención que utiliza estos mismos componentes de manera singular.

⁽³⁹⁾

1.1.5.8. Tratamiento farmacológico y quirúrgico

Para aquellos que tienen dificultades para perder peso (IMC ≥ 30 o IMC ≥ 27 con problemas médicos relacionados con la obesidad, como presión arterial alta, colesterol alto o diabetes tipo 2), los medicamentos pueden ser útiles para lograr la pérdida de peso. Hay medicamentos aprobados para uso a largo plazo (hasta 2 años). La cirugía bariátrica es una opción que se usa cada vez más en aquellas personas con obesidad extrema, o con aquellos con un IMC más bajo, pero con condiciones comórbidas relacionadas con la obesidad. Para la cirugía bariátrica, la Guía AHA / ACC / TOS 2013 establece que, para las personas obesas, la pérdida de peso a los 2 o 3 años después de la cirugía bariátrica varía del 20% al 35% del peso inicial, con una mayor pérdida de peso del 14% al 37 % para aquellos con cirugía bariátrica en comparación con pacientes no quirúrgicos.⁽³⁸⁾

Necesitamos recordar que en la actual sociedad en la que vivimos, comer no es sólo una cuestión de supervivencia, tiene un significado cultural, por lo que en la mayoría de las ocasiones cuando tratamos personas que viven con obesidad debemos evaluar un conjunto de opciones para así disminuir las barreras identificadas para el mantenimiento del nuevo estilo de vida, que es el verdadero reto en el tratamiento de estos pacientes y así reducir las posibilidades de la aparición de conductas indeseables por parte de ambos lados que puedan desencadenar situaciones o condiciones como el síndrome de burnout.

1.2. Síndrome de Burnout

A través de este tema veremos cuál ha sido la definición más acertada y ampliamente utilizada para esta condición, la epidemiología y estadísticas nacionales e internacionales sobre su prevalencia, un poco sobre la historia de la investigación en torno a este tema, cómo y quién la inició, cuáles son los subcomponentes o dimensiones que lo componen y por qué se caracteriza cada uno, así como los factores que se encuentran asociados o relacionados al desarrollo de este síndrome.

1.2.1. Generalidades del Burnout

La literatura ha relacionado sistemáticamente la carga de trabajo con el burnout. El Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en el año 2019 reconoció al Síndrome de Burnout (SBO) como una enfermedad en su actualización CIE-11, la cual entra en vigencia en el año 2022.

El SBO (agotamiento) o síndrome de desgaste profesional puede afectar negativamente la atención recibida por los pacientes. Es un fenómeno costoso desde la perspectiva de los propios profesionales de salud, ya que experimentan manifestaciones físicas y psicológicas en su bienestar. La sintomatología asociada al agotamiento incluye ansiedad, desconexión, evitación del contacto social, juicio crítico, depresión, somatización y creencias perturbadas sobre uno mismo y los demás.⁽³³⁾

En instituciones como los centros de salud, que el paciente esté satisfecho es parte de la misión y visión de la organización. Es por tal razón que las consecuencias que pueden desatar no prestar un buen servicio a los clientes muchas veces son devastadoras para la institución.⁽⁴⁰⁾ Circunstancias como el síndrome de burnout aumentan las tasas de estrés, y fomentan otros comportamientos contraproducentes, así mismo afectan la calidad del servicio ofrecido.

1.2.2. Definición

Desde los inicios en el estudio en torno a este tema siempre ha habido mucha controversia en cuanto a su definición.

El concepto de agotamiento en la atención médica surgió a finales de la década de 1960 como una forma de describir coloquialmente el estrés emocional y psicológico experimentado por el personal de la clínica que atiende a pacientes estructuralmente vulnerables en clínicas gratuitas.⁽¹⁵⁾ Desde entonces, el término burnout se ha utilizado para caracterizar el estrés relacionado con el trabajo en cualquier entorno de práctica de salud, desde hospitales en comunidades urbanas hasta entornos de salud globales.⁽¹⁵⁾ Posteriormente se define como un síndrome multidimensional ocupacional.⁽⁴¹⁾

Existe un consenso sobre lo que se considera estrés en el trabajo. Según el Consejo Internacional de Enfermeras, esto consiste en las reacciones emocionales y físicas perjudiciales que se producen en las interacciones entre el trabajador y su entorno de trabajo, cuando las demandas del puesto superan las capacidades y recursos del propio trabajador.⁽⁴²⁾

La palabra Burnout fue descrita por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, un psicólogo clínico que trabajaba en una agencia de atención médica alternativa, haciendo referencia a un síndrome psicológico que ocurre después de la exposición al estrés emocional e interpersonal a largo plazo en el trabajo.⁽⁴³⁾

Freudenberger en su investigación sobre el agotamiento del personal por parte de voluntarios en una clínica médica gratuita, describió las características del agotamiento profesional en el contexto de los síntomas físicos y de comportamiento de la siguiente manera: aumento de la ira, la frustración, la sospecha y la paranoia con respecto a las influencias de los colegas en las propias ambiciones profesionales y personales, rigidez excesiva e inflexibilidad en práctica, y la aparición de características de alguien que sufre de depresión. ⁽⁴⁴⁾

Más tarde en 1976 Maslach una psicóloga social que estudiaba las emociones en el lugar de trabajo, y colaboradores revisaron el concepto de burnout, desarrollaron la conceptualización y el instrumento de medición para la evaluación del síndrome más comúnmente utilizado hasta la fecha, el Maslach Burnout Inventory (MBI)⁽⁴⁵⁾. El

agotamiento emocional es el principal componente de este síndrome, el cual es común entre los profesionales que se dedican a proveer asistencia, cuidado y ayuda a otras personas,⁽⁴⁰⁾ y los de la salud no son la excepción. Aunque aún no existe una conclusión permanente sobre la definición de este síndrome, la más aceptada es la de Maslach y Jackson (1986), donde lo definen como una respuesta inadecuada al estrés crónico relacionado al trabajo, que consiste en *agotamiento emocional* referente a la disminución y pérdida de recursos emocionales, la sensación de estar emocionalmente agotado debido al trabajo, junto con la sensación de que no se tiene nada que ofrecer psicológicamente a los demás,⁽¹³⁾ *despersonalización* que resulta en comportamientos de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negatividad, distanciamiento de los pacientes,⁽⁴⁶⁾ y *logro personal reducido* que representa la dimensión de autoevaluación del burnout y se refiere a sentimientos de incompetencia y falta de logros y productividad en el trabajo.⁽⁴³⁾

Este síndrome se considera presente cuando en el grupo de profesionales existen *altos* niveles de agotamiento emocional, una *alta* despersonalización y un *bajo* rendimiento personal.⁽⁴⁷⁾ Se ha visto que estas dimensiones causan problemas físicos, psicológicos⁽¹¹⁾ y a nivel organizacional serios, que afectan negativamente la calidad del servicio brindado por los profesionales de la salud.⁽¹²⁾

El síndrome de burnout se basa generalmente en autoinformes. El inventario consta de 22 preguntas, que se evalúan con una escala Likert en la que el profesional se valora, mediante un rango de siete opciones, desde "nunca" (valor 0) hasta "siempre todos los días" (valor 6).⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾La subescala de agotamiento emocional consta de 9 preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, y tiene una puntuación máxima de 54 puntos. La subescala de despersonalización (DP) está formada por 5 ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, con una puntuación máxima de 30, y el tercer componente, la realización o logro personal, se constituye de 8 ítems, y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, para una puntuación máxima de 48.⁽¹³⁾

Por ejemplo, en una revisión sistemática realizada por Rotenstein y colaboradores, en total, el 85.7% (156/182 estudios) utilizó una versión del Inventario de Burnout Maslach (MBI) para generar estas estimaciones de prevalencia, mientras que el

14.3% (26/182) utilizó otros métodos⁽¹⁵⁾. Es decir, en la literatura se le considera el instrumento de mayor utilización para evaluar la existencia de este síndrome.

Varias revisiones han resaltado la naturaleza problemática del burnout para una variedad de profesiones de atención médica, incluidos residentes médicos, enfermeras y trabajadores de salud mental, sin embargo, ningún estudio reporta su prevalencia en profesionales mexicanos que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad.

El agotamiento laboral es común para las personas que trabajan en entornos de atención de salud mental, más sin embargo trabajar con personas que sufren de obesidad podría sumar estrés a la situación y resultar aún más extenuante. Según Maslach, comprender el burnout es importante porque está asociado con muchas consecuencias negativas relacionadas con la salud y el trabajo, esto genera despersonalización como un intento de hacer frente a los estresores. Los factores subyacentes asociados con el agotamiento incluyen la carga administrativa, una mayor demanda en el sistema de atención médica y una mayor carga de trabajo.⁽⁵⁰⁾

Los profesionales de la salud mental trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad, entre este grupo profesional, el burnout se ha asociado con resultados indeseables, como problemas de salud física y mental, altos niveles de rotación del personal y una atención deficiente hacia los pacientes. En un estudio realizado por Westwood et al., los niveles medios de agotamiento emocional fueron más bajos para los hombres que para las mujeres y el género se convirtió en un predictor estadísticamente significativo en el modelo de regresión múltiple.⁽⁴⁵⁾

Las personas que corren el riesgo de SBO, por lo general, tienen cierto nivel de perfeccionismo y se sienten culpables si no se desempeñan tan bien como les gustaría. En cierto punto también es importante decir que la calidad de vida profesional entre los proveedores de atención de salud puede afectar la calidad y la seguridad de la atención al paciente. Esta mentalidad orientada a objetivos podría causar un desequilibrio extremo en situaciones relacionadas con el trabajo y podría conducir al ausentismo a largo plazo. Aunque el SBO puede ser grave, también se ha visto como un síndrome contagioso,⁽⁵¹⁾ es decir que siguiendo ciertas conductas o patrones de los compañeros de trabajo que con frecuencia se quejan del entorno laboral, se podría adquirir comportamientos predictivos de este síndrome.

Los profesionales de la salud están expuestos a una gran carga emocional derivada del sufrimiento y el dolor de sus pacientes y familiares. Esto también se asocia con altas demandas de trabajo y sus responsabilidades. A largo plazo, la exposición a estas situaciones puede afectar la realización personal del individuo, así como sus aspectos psicológicos, que pueden resultar en el uso de medicamentos, alcohol o incluso drogas ilegales para aliviar los síntomas.⁽⁵²⁾

En una revisión de la literatura entre los años 2000-2010 realizada por Bambula et al., con el objetivo de crear un panorama sobre las investigaciones en cuanto al burnout en América Latina, se concluyó que tradicionalmente, las investigaciones se han realizado con diferentes tipos de poblaciones de trabajadores de la salud: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería. También se encuentran investigaciones que además de determinar niveles de burnout, buscan correlacionarlo con variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, entre otras. Por otro lado, se revisaron investigaciones que estudiaron las condiciones organizacionales y su relación con el síndrome de burnout, entre las cuales se encuentran la cantidad de pacientes, la sobrecarga laboral, la presión laboral, la antigüedad laboral, los horarios de trabajo, tipo de contratación, la inseguridad en el empleo, tipo de organizaciones, por ejemplo, privada pública o federal estatal, la remuneración, entre otros. Se puede afirmar que la herramienta de medición más utilizada en dichos estudios fue el Maslach Burnout Inventory (MBI) creado por Maslach y Jackson en 1981.⁽⁵³⁾

El agotamiento también tiene un impacto negativo en la calidad de vida del empleado, con más conflictos y agresiones intra-relacionales.⁽⁵⁴⁾ La satisfacción del paciente se considera una medida del estado de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios del servicio. El nivel de esta medida indica la calidad de la atención recibida. Por lo tanto, el bienestar del personal de salud es un indicador importante de la calidad del sistema de salud.

En conclusión, las altas prevalencias de agotamiento encontradas son preocupantes porque, si son representativas, tienen serias implicaciones para la atención al paciente y la salud de los propios profesionales. Si bien se han realizado muchas investigaciones sobre el burnout entre enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud, la documentación sobre el fenómeno entre los profesionales que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad es limitada.

1.2.3. Subescalas o Dimensiones del Síndrome de Burnout

La dimensión del agotamiento emocional es el componente de estrés individual en este síndrome, la dimensión del sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo representa el componente del contexto interpersonal del burnout. La dimensión de sensación de ineficacia y falta de logros representa el componente de autoevaluación del burnout.⁽⁵³⁾

La despersonalización puede disminuir el agotamiento emocional y aumentar las percepciones de logro personal en la medida en que sea una respuesta funcional a los factores estresantes en el trabajo. Sin embargo, si la despersonalización es una estrategia de afrontamiento disfuncional, tendrá consecuencias adversas sobre el agotamiento emocional y las percepciones de realización personal.⁽⁵⁵⁾ Por lo tanto el agotamiento y la despersonalización están fuertemente relacionados.

Entre las dimensiones que conforman el SBO los datos sugieren que el agotamiento emocional es el aspecto más común del burnout.

Los nueve ítems en la subescala de Agotamiento Emocional (AE) evalúan los sentimientos de estar emocionalmente extralimitados y agotados por el trabajo. Los cinco elementos en la subescala de Despersonalización (DP) miden una respuesta insensible e impersonal hacia los destinatarios del servicio, la atención, el tratamiento o la institución. Para las subescalas AE y DP, las puntuaciones medias más altas corresponden a grados más altos de burnout. Debido a que algunos de los elementos en cada subescala tenían cargas bajas en el otro, existe una correlación moderada entre estas dos subescalas, lo que está de acuerdo con las expectativas teóricas de que estos son aspectos separados, pero relacionados, del agotamiento. Los ocho ítems en la subescala de logros personales (RP) evalúan sentimientos de competencia y logros exitosos en el trabajo con personas. En contraste con las otras dos subescalas, las puntuaciones medias más bajas en esta subescala corresponden a grados más altos de agotamiento. La subescala RP es independiente de las otras subescalas, y sus elementos no se cargan negativamente en ellas. En otras palabras, no se puede suponer que RP sea opuesta a AE o DP. De hecho, las correlaciones entre la subescala RP y las otras son bajas.⁽⁵⁶⁾

1.2.4. Epidemiología

El síndrome de burnout es reconocido como un problema de salud, la incidencia de éste está aumentando entre todas las disciplinas de atención médica. En los profesionales de la salud esto es sumamente crítico, en el contexto de que, debido a sus importantes consecuencias negativas en la eficiencia del cuidado de la salud, se podrían ver afectados múltiples sistemas.

A pesar de ser una entidad frecuente entre los profesionales de la salud y de otras profesiones, aún existen divergencias para su definición y medición lo que dificulta la obtención de su prevalencia, por esta misma razón los hallazgos de una revisión sistemática para determinar la prevalencia de burnout concluyeron que estas incongruencias no permitieron lograr el objetivo del estudio, y resaltan la importancia de desarrollar una definición consensuada del síndrome y estandarizar las herramientas de medición para evaluar los efectos del estrés ocupacional crónico en los médicos.⁽¹⁵⁾

El burnout tiene graves consecuencias para las instituciones que emplean los profesionales de la salud, ya que puede producirse ausentismo, altas tasas de rotación del personal y disminución de la productividad, como se citó anteriormente.⁽⁵⁷⁾ A medida que el entorno profesional continúa afectando el nivel de estrés laboral, los profesionales son más propensos al burnout, y esto puede afectar negativamente a los clientes que dependen de una atención en el control de peso que sea de calidad.

El agotamiento del personal de salud ha sido identificado como una crisis de salud pública, con el 78% de los médicos experimentando síntomas de burnout.⁽⁵⁰⁾ Por ejemplo en el Reino Unido la última encuesta de seguimiento de la Asociación Médica Británica (BMA 2016) reveló que el 73% de los médicos de cabecera describen su carga de trabajo como inmanejable (el doble del número en comparación con los grupos del área de consulta externa); el 71% de los médicos sufren o corren el riesgo de agotarse; el 45% ha considerado trabajar a tiempo parcial; el 42% se jubila anticipadamente y el 25% abandona la profesión por completo.⁽⁴⁹⁾

En una investigación realizada por Grau et al. con el objetivo de comparar la prevalencia de burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su asociación con características sociodemográficas, se estimó la prevalencia de burnout de los profesionales residentes en España en 14,9%, en

Argentina del 14,4%, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente).⁽⁵⁸⁾

Algo que debemos tomar en cuenta es que las prevalencias del burnout varían según el instrumento para su medición que se utilice, los puntos de corte utilizados podrían venir de distintas fuentes y la interpretación de los resultados es variada desde considerar la presencia de burnout con una sus dimensiones, hasta requerir que todas las dimensiones se encuentren alteradas en la persona.

En una revisión sistemática con el objetivo de determinar si existía una asociación entre el bienestar y el burnout de los profesionales de la salud, con la seguridad del paciente encontraron que, un pobre bienestar y niveles de moderados a altos de SBO están asociados en la mayoría de los estudios revisados, con resultados deficientes de seguridad del paciente, como son los errores médicos, sin embargo, la falta de estudios prospectivos reduce la capacidad de determinar la causalidad.⁽⁵⁹⁾

Una revisión reciente de estudios que utilizan valores de corte existentes para definir el burnout encontró prevalencias entre 21 y 67% entre los trabajadores de salud mental.⁽⁴⁵⁾

Entre los médicos estadounidenses el burnout ha aumentado considerablemente, los estudios realizados en ese país indican un porcentaje del 50% durante la última década, siendo este de mayor riesgo en las especialidades de medicina familiar, medicina interna general y medicina de emergencia.⁽⁶⁰⁾

Gingras en su estudio para determinar la prevalencia de burnout en dietistas encontró que los encuestados experimentaron una cantidad moderada de agotamiento emocional (media = 19,96), un bajo nivel de despersonalización (media = 4,31) y un sentido moderado de logro personal (media = 38,61). Se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre los años como dietista y realización personal ($r = 0.16$; $P = 0.05$), edad y realización personal ($r = 0.15$; $P = 0.01$), horas trabajadas por semana y agotamiento emocional ($r = 0.17$; $P = 0.01$) y horas trabajadas por

semana y despersonalización ($r = 0.14$; $P = 0.01$). Más del 57% tuvieron puntajes indicativos de niveles de burnout moderados a altos en general.⁽³³⁾

1.2.5. Factores asociados al Síndrome de Burnout

Sólo indicar que una persona o grupo de profesionales presenta burnout no se podría considerar suficiente para aportar evidencia valiosa a la literatura, tendría más peso investigar qué elementos tendrían influencia para el desarrollo de este síndrome, es por ello que en este apartado se verán cuales factores han sido estudiados en distintos grupos de profesionales de la salud con énfasis en la población mexicana, con el objetivo de dilucidar las relaciones que podrían existir entre las distintas variables tomadas en cuenta en el estudio, que serán valiosas para futuras líneas de investigación e intervenciones terapéuticas.

Los profesionales de la salud están expuestos a situaciones complicadas que pueden generar tensión, en la actualidad no existe una definición única de burnout, aunque existe un consenso sobre este síndrome como respuesta al estrés laboral crónico.⁽⁶¹⁾ El SBO es un fenómeno común en los profesionales que trabajan con personas ("servicios humanos") como comúnmente se les designa, y se presenta en respuesta a dicho estrés, causando agotamiento emocional, cinismo y falta de eficacia personal.⁽⁴⁰⁾

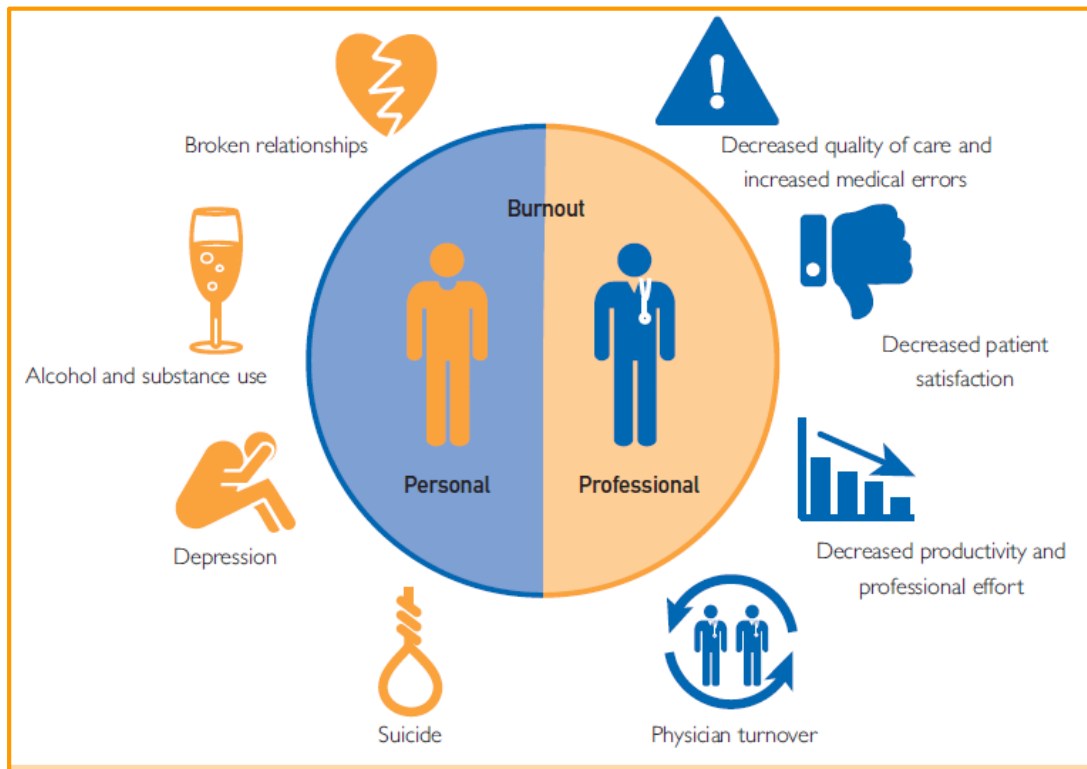
El burnout se visualiza como un proceso en el tiempo más o menos de la siguiente forma, los esfuerzos mayores para lidiar con demandas externas conducen al agotamiento emocional, lo que es un desencadenante de la despersonalización, lo que a su vez conduce a una disminución del logro personal que se suma a un mayor agotamiento emocional en un círculo vicioso.⁽⁴³⁾ Éste se ha relacionado con altas tasas de depresión del personal destinado a la salud, además de abuso de sustancias, ansiedad e ideación suicida, también disminución de la función del sistema inmunitario, reducción de la satisfacción conyugal y mayor riesgo de accidentes automovilísticos,⁽⁶²⁾ por esto es urgente evaluar su presencia para poder atenderlo.

Los factores que afectan el burnout pueden analizarse como **individuales** y **organizacionales**. Palmer-Morales en su investigación puntualiza ciertos factores de riesgo asociados con el desarrollo de burnout, entre los que se encuentran variables organizacionales como la sobrecarga de trabajo, la falta de cordialidad en el ambiente

laboral, la pérdida de control, injusticia, falta de reconocimiento por el trabajo desempeñado, y conflicto con los valores.⁽⁶³⁾ Se distinguen también en la literatura una mala calidad de atención, insatisfacción del paciente, aumento de errores médicos, pérdida de empatía, ausentismo, y variables individuales como abandono y problemas maritales, familiares y de salud.

En un estudio realizado por Warren et al. en profesionales especializados en trastornos alimenticios, los análisis de varianza y de regresión sugirieron que los niveles más altos de agotamiento se asociaron con ser más joven y de sexo femenino, tener sobrepeso, trabajar más horas, tener menos experiencia en el campo laboral, y experimentar la muerte de un paciente, por el otro lado trabajar en un entorno de práctica privada, tener hijos y tener un historial personal de un trastorno alimentario se asociaron con niveles más bajos de agotamiento. ⁽¹⁴⁾

Figura 2. Consecuencias personales y profesionales del Burnout



Adaptado de Shanafelt et al 2016.

Traducción del autor: Repercusiones personales y profesionales del agotamiento médico. Personal: Relaciones rotas, Uso de alcohol y sustancias, Depresión y Suicidio. Profesional: Disminución de la calidad de la atención y aumento de los errores médicos, Disminución de la satisfacción del paciente, Disminución de la productividad y esfuerzo profesional y Rotación del personal médico.

Los nutriólogos que trabajan en el sistema hospitalario público enfrentan presiones similares a las de otros miembros del personal del hospital, como son las crecientes demandas de un sistema de salud sobrecargado, casos más complejos y plazos más cortos para brindar tratamiento.⁽³⁴⁾ Otro factor estresante común para muchos proveedores de atención que se magnifica para estos profesionales es el sobrepeso y la obesidad. Como consecuencia de la exposición a dichos factores estresantes y a la vez de duración prolongada, el burnout puede estar asociado de manera similar con una mayor probabilidad de comportamientos y estilos de vida poco saludables.⁽⁶⁴⁾

Por ejemplo, estudios previos han asociado el burnout con varios indicadores de una mala salud, los estudios longitudinales en esta área que parecerían ofrecer mejores asociaciones son escasos, más sin embargo los que existen, revelan que el burnout ha predicho síntomas depresivos, nuevos casos de diabetes tipo 2, así como gastroenteritis y resfriado común.⁽⁶⁴⁾

El agotamiento entre los profesionales de la salud a menudo se ha asociado con depresión, insomnio o abuso de alcohol. Los estudios indican que el estrés profesional está asociado con marcadores inflamatorios o con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.⁽⁶⁵⁾ Ahola y cols, en su estudio con el objetivo de explorar la relación entre el burnout y los cuatro factores de riesgo para la salud relacionados con el comportamiento, es decir, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad y la baja actividad física, encontraron que el síndrome de burnout se relacionó con baja actividad física y obesidad.⁽⁶⁴⁾

Particularmente en los nutriólogos se identifican factores adicionales que conducen al estrés y al burnout, en una investigación realizada en éstos, los del grupo que estaban recibiendo capacitación y en práctica clínica, durante las discusiones hicieron mención de que las expectativas poco realistas de la terapia de nutrición médica (MNT) por parte del paciente p. ej.: "Quiero perder 50 libras en un mes", desafíos en el monitoreo y evaluación, así como la documentación de los resultados del paciente, son focos de atención particulares en esta población de profesionales.⁽³⁵⁾

En la revisión de la literatura se han encontrado factores organizacionales que se asocian con el agotamiento (o sus componentes agotamiento emocional y despersonalización /desconexión) que incluyen una carga de trabajo excesiva, estar bajo presión de tiempo, ambigüedad de roles, falta de supervisión y apoyo de colegas, toma de decisiones limitadas en los factores que afectan al empleado, falta de autonomía, injusticia o inequidad en el lugar de trabajo y recompensas insuficientes (incluido el reconocimiento social).⁽⁴⁵⁾

En México este fenómeno ha sido estudiado en muchas profesiones, en casi todos los estados de la república, en organizaciones industriales, educativas y en las principales instituciones de salud, destacándose en los médicos familiares el diagnóstico de este síndrome. Independientemente del sexo, ambos están expuestos a desarrollarlo, sin eludir que la mujer es más vulnerable, se presenta tanto en campo laboral público como privado, el componente más destacado es el cinismo en los hombres y el agotamiento emocional en las mujeres. Se detecta que es más frecuente en aquellos que no tienen pareja o que la tienen, pero inestablemente y es más frecuente en aquellos que no tienen hijos.

Existe un mayor riesgo entre los médicos que tienen entre 11 -19 años de ejercicio, pero sobre todo en los que practican el pluriempleo. De acuerdo al número de pacientes y el tiempo de consulta que se les dedica, es más frecuente y se presenta con mayor gravedad en aquellos profesionistas de la salud que atienden a más de 20 pacientes por turno. ⁽⁶⁶⁾ Lo cual coincide con una revisión sistemática realizada en población mexicana, donde se vio que con respecto a las variables demográficas asociadas al síndrome, principalmente se pudieron destacar la edad como una de las variables más frecuentemente señaladas, el sexo , la antigüedad laboral, el estado civil o estabilidad de pareja y la escolaridad. En cuanto a las variables laborales o profesionales, sobresalen la especialidad médica, la jornada o número de horas de trabajo, la sobrecarga de trabajo, las condiciones físicas en que se realiza el trabajo, la posibilidad de interacción social, el contenido o naturaleza del trabajo, el puesto, los sistemas de trabajo y el número de pacientes que se atiende. En lo que se refiere a variables extraorganizacionales, se citaron el número de hijos, la relación con la pareja o las exigencias del hogar, principalmente. También cabe destacar que, un hallazgo relevante es que, como consecuencias del burnout, la salud mental o los indicadores de bienestar psicológico fueron definitivamente los más señalados. ⁽⁶⁷⁾

Con la investigación a través de literatura se puede señalar que el burnout es frecuente en las distintas profesiones debido a que en cada ambiente laboral se identifican factores en común que podrían conducir a los profesionales a desarrollar este síndrome, sin embargo aún continúan existiendo discrepancias para su definición, medición y evaluación debido a limitantes con el instrumento, adaptaciones a otros idiomas y los diferentes puntos de corte utilizados, así como las características propias de cada profesión, por lo que se dificulta aún más realizar comparaciones, no obstante es importante continuar la investigación y más en este grupo de profesionales debido a la poca evidencia que existe, porque contribuirá a identificar asociaciones que resultan de importancia para desarrollar estrategias pertinentes para combatir la aparición del burnout y de esta forma brindar una mejor atención a la población mexicana que vive con sobrepeso y obesidad.

1.2.6. Estudios sobre Burnout en profesionales de la salud

La prevalencia del agotamiento es difícil de determinar, ya que depende de los puntajes de corte de la escala y / o cuestionario, es decir el instrumento utilizado, así como de los criterios utilizados en cada país.⁽⁶¹⁾

Como ya se ha mencionado anteriormente la investigación en este grupo de profesionales es verdaderamente escasa, por lo que en este punto se identifican varios estudios realizados en torno a este tema en una población de profesionales que atienden con mayor probabilidad a personas que viven con sobrepeso y obesidad, es decir los estudios que se presentan en la tabla 1 son similares al objetivo que la autora de este estudio busca, más sin embargo existen muchos otros en donde se investigan variables similares en otras poblaciones de profesionales de la salud, dentro de los cuales se encuentran: Perdue C. Emotional Intelligence , Job Satisfaction , and Burnout for Dietitians. 2016, Bridgeman P et al. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Heal Pharm.* 2018;75(3):147–52, Bria M et al. Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cogn Brain, Behav.* 2012;16(3):423–52, Adriaenssens J et al. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(2):649–61. Estas investigaciones corresponden a estudios transversales donde se busca determinar prevalencias y analizar relaciones entre factores sociodemográficos, de salud, organizacionales, etc con la presencia del burnout y revisiones de la literatura donde se presenta cómo se ha comportado la investigación en torno a este tema en México. Dichos estudios fueron explorados en las bases de datos Pubmed, Redalyc y EBSCO.

Título	Diseño	País	Población/Métodos	Resultados
Burnout levels among dietitians working in the New South Wales public hospital system: A cross-sectional statewide survey 2015 ⁽³⁴⁾	Transversal	Australia	225 Nutriólogos en hospitales/encuesta de Maslach Burnout Inventory-Human Services MBI-HSS	<ul style="list-style-type: none"> • Los nutriólogos tenían niveles de burnout de bajos a moderados. • AE se asoció positivamente con horas de trabajo $r = 0.201$ ($P = 0.003$). • La etapa profesional del nutriólogo se asoció con mayores niveles de AE $r = 0.192$ ($P = 0.004$). • DP se asoció negativamente con el número de hijos $r = -0.147$ ($P = 0.02$), y positivamente con el número de horas trabajadas $r = 0.154$ ($P = 0.021$). • RP se asoció positivamente con el número de hijos $r = 0.304$ ($P = 0.006$), y negativamente con las horas de trabajo $r = -0.198$ ($P = 0.021$). • El tamaño del hospital y las horas de trabajo fueron las variables significativamente asociadas con los niveles de burnout.
Síndrome de burnout en población mexicana: Una revisión sistemática 2014 ⁽⁶⁷⁾	RSL	México	64 artículos Profesionales mexicanos ($n=13,801$ empleados), los que en su mayoría se concentran en profesionales de la salud. Meta análisis 14 artículos	<ul style="list-style-type: none"> • Más del 90% estudios diseño observacional-transversal • Prevalencia del SBO entre 0% -80.8% • Destaca el hallazgo de la gran heterogeneidad existente en criterios para determinar la prevalencia. • Se utilizó el MBI en más del 50% de las muestras, 60 estudios (93.75%) asumen la validez psicométrica de la escala

				<ul style="list-style-type: none"> • Variables demográficas asociadas al síndrome, principalmente se puede destacar la edad y sexo 20.31% (52% mujeres), antigüedad laboral 17.18%, estado civil o estabilidad de pareja 14.06% y la escolaridad 12.50% • Variables laborales o profesionales: especialidad 9.37%, jornada o número de horas de trabajo 7.8%, sobrecarga de trabajo 6.25%, condiciones físicas en que se realiza el trabajo, posibilidad de interacción social, número de pacientes atendidos 4.68% • Variables extraorganizaciones, número de hijos, relación con la pareja o las exigencias del hogar 3.12%. Como consecuencias del <i>burnout</i>, la salud mental o los indicadores de bienestar psicológico fueron los más señalados (6.4%)
Demographic and Work-Related Correlates of Job Burnout in Professional Eating Disorder Treatment Providers 2013 ⁽¹⁴⁾	Transversal	USA	296 Proveedores profesionales de tratamiento en trastornos alimenticios MBI--HSS	<ul style="list-style-type: none"> • 273 mujeres y 23 hombres, \bar{x} edad 44.4 años. • 77% casados o en pareja y tenían hijos (61%). • Más del 82% tenía ≥ 5 años de experiencia y más del 50% tenían ≥ 10 años en el tx de ptes con trastornos alimenticios. • 50% nivel de maestría, seguido del nivel de doctorado (45%).

				<ul style="list-style-type: none"> • 59%trabajó en la práctica privada • 16% indicó que actualmente tienen un trastorno del estado de ánimo o ansiedad y 54% lo presentó en el pasado. • 28% estaban en el rango de alto de AE, 24% en el moderado; y 48% en bajo. • 9% estaban en el rango alto de DP; 18% en moderado y 73% en bajo. • 4% rango alto de RP ,9% moderado; y 87% bajo. • Niveles más altos del SBO se asociaron con ser más joven, que indicó diferencias estadísticamente significativas sobre el AE $p < .001$, y la DP $p < 001$. (Específicamente para las personas < 35 años). • Los hombres informaron significativamente más logros personales (menos burnout) que las mujeres $p=0.02$ • Los participantes con un IMC <25 informaron significativamente menos cinismo que aquellos con IMC > 25 ($p=0.05$). • Personas solteras $> AE$ y DP que los casados / en pareja. ($p <.001$) • Antecedentes de trastornos del estado de ánimo o ansiedad informaron $> AE$ ($p=0.05$).
--	--	--	--	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de educación y DP ($p = .001$), los participantes con títulos de doctorado informaron significativamente más burnout que los proveedores con menos de un doctorado. • Las personas que trabajan < 35 hrs/sem informaron menos AE y DP que las que trabajan más de 35 hrs $p < .001$ y $p = .01$ respectivamente.
Prevalence of dietitian burnout 2010 ⁽³³⁾	Transversal	Canadá	405 Nutriólogos / Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey MBI-HSS	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles moderados de AE ($\bar{x} = 19.96$), un bajo nivel de DP ($\bar{x} = 4.31$) y niveles moderados de RP ($\bar{x} = 38.61$). • En general más del 57% presentaron puntajes indicativos de burnout de moderados a altos. • Se encontró una relación significativa entre las variables años como dietista y RP ($r = 0.16$; $P = 0.05$). • Edad y RP ($r = 0.15$; $P = 0.01$) • Horas trabajadas por semana y AE ($r = 0.17$; $P = 0.01$) • Horas trabajadas por semana y DP ($r = 0.14$; $P = 0.01$).

AE: Agotamiento emocional, DP: Despersonalización, RP: falta de Realización personal

CAPITULO 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es considerada como uno de los padecimientos crónicos más comunes y de elevado costo alrededor del mundo ⁽⁶⁸⁾ tanto así que se le considera un serio problema de salud pública.⁽¹⁾ Muy a menudo esta enfermedad se asocia a diversas comorbilidades como son un mayor riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares,⁽⁶⁹⁾ que afectan la calidad de vida de quienes la padecen.⁽²⁵⁾ Las personas que viven con obesidad muchas veces son víctimas de estigmatización y discriminación por su peso,⁽⁷⁰⁾ esta situación puede convertirse en un factor de riesgo para el detrimento del bienestar general en esta población. Muchos estudios asocian la obesidad con el desarrollo de depresión, ⁽⁷¹⁾⁽⁶³⁾ y es por esta razón, entre muchas otras que el componente emocional en estas personas juega un papel muy importante en su enfermedad.

Dicha situación debe ser atendida por profesionales de la salud, y debido a la importancia de la parte psicológica en este padecimiento, estos profesionales precisan contar con herramientas que les ayuden a manejar de una forma efectiva el tratamiento integral recomendado por las guías tanto nacionales como internacionales en estos pacientes, que en muchas ocasiones está basado en terapias complejas, que resultan demandantes, para de este modo poder prevenir el llamado síndrome de burnout⁽⁷²⁾ asociado a la carga de trabajo y estrés emocional, entre otras condiciones que generan las complicaciones de cada paciente.

Existen diversos factores asociados al desarrollo de este síndrome, como los sociodemográficos, los ocupacionales, personales y de comorbilidades, sin embargo, existen pocos estudios que investiguen cuales son los que con mayor frecuencia se encuentran en los profesionales que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad. Por lo anteriormente expuesto es que existe la necesidad de que a esta población de profesionales se les proporcionen instrumentos y herramientas, que ayuden a identificar dichos factores y de esta forma reducir o prevenir el desarrollo del burnout, y que no se vean afectados el desempeño profesional ni los resultados esperados en los pacientes, así como los intereses de la institución laboral.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la prevalencia de burnout y sus factores asociados en profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad en la Ciudad de México?

Justificación

El síndrome de burnout, según la evidencia científica se encuentra asociado mayormente a las personas que prestan servicios de ayuda a la población, por lo que se ha visto que es común en los profesionales de la salud. Una revisión sistemática realizada en México con el objetivo de caracterizar la investigación sobre el tema encontró que la gran mayoría de la investigación se centra en profesionales de la salud (más del 50%).⁽⁶⁷⁾

Como un problema de salud, es de gran importancia establecer límites normativos para determinar cuándo una persona se siente “Quemado por el trabajo” o más aun, para determinar escalas normativas nacionales que permitan establecer un punto de referencia para guiar a los investigadores y profesionales a la hora de determinar si la presencia de burnout debe ser atendida médicamente y al diseñar e implementar programas de prevención.⁽¹¹⁾

Las consecuencias negativas de este síndrome tanto para el empleado como para la organización requieren medidas preventivas para reducir el impacto de los factores de riesgo. En los profesionales que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad, hay pocos estudios que traten esta problemática, y evaluar los niveles generales de burnout y los factores que contribuyen al agotamiento en esta población es crítico. Dicha contribución es importante porque proporcionará una mejor imagen para comprender el síndrome en esta población.

Por todo lo anterior nace la necesidad de evaluar la existencia de burnout en estos profesionales en instituciones públicas y privadas de la Ciudad de México en el periodo octubre 2019- mayo 2020.

Hipótesis de trabajo

Los factores identificados como género, nivel de estudios, número de hijos, cantidad de horas trabajadas, enfermedad del profesional, etc. se relacionan con el síndrome de burnout en los profesionales de la salud que atienden personas que viven con sobrepeso y obesidad.

Objetivos

General

Analizar la prevalencia de burnout y factores asociados en profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad.

Específicos

- Identificar la prevalencia de burnout en los profesionales de la salud que atienden personas que viven con sobrepeso y obesidad en la Ciudad de México.
- Identificar y analizar los factores asociados al desarrollo del síndrome de burnout en los profesionales de la salud que atienden personas que viven con sobrepeso y obesidad en la Ciudad de México.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

Diseño y población de estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo y analítico. Los participantes de este estudio fueron una muestra de los profesionales de la salud que se dedican a atender a personas que viven con sobrepeso y obesidad (médicos, especialistas en obesidad, nutriólogos, psicólogos, etc.), (N=379) de los sistemas de salud públicos y privados pertenecientes a distintas instituciones de la Ciudad de México. La muestra fue reclutada de la población de profesionales de la salud de esta ciudad debido a limitaciones de tiempo del estudio y porque presenta una gran heterogeneidad en relación con las principales variables consideradas en el estudio.

Tamaño de la Muestra

Se obtuvo una muestra No probabilística a conveniencia. Esto implica que los sujetos del estudio no fueron seleccionados al azar, es decir participaron aquellos que por voluntad quisieron colaborar en el estudio, pudieron completar el cuestionario y se acomodaron a los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta las limitaciones de la generalización de los resultados. ⁽⁷³⁾

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * q * p}{d^2}$$

n = Tamaño de muestra

Para una seguridad del 95%

$$Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$$

P = Proporción esperada (6%)

$$q = 1 - p (1 - 0.06)$$

d = error de la estimación (0.05)

$$n = \frac{1.96^2 * 0.06 * 0.94}{0.05^2} = 87$$

$$0.05^2$$

Criterios de inclusión

Para participar en el estudio, los profesionales de la salud tienen que:

- i. Ser mayores de edad (≥ 18 años) en la Ciudad de México
- ii. Trabajar con pacientes con sobrepeso u obesidad en la Ciudad de México
- iii. Que hayan aceptado el consentimiento informado
- iv. Que hayan completado la encuesta proporcionada vía online.

Criterios de exclusión:

Aquellos sujetos que no contestaron el cuestionario en su totalidad, es decir que hayan dejado inconcluso el instrumento de evaluación o medición, ya sea por datos sociodemográficos o por la evaluación del burnout.

Etapas del estudio

Primera Fase. Instrumento

Con la finalidad de recolectar los datos de interés para la investigación se envió una carta membretada y firmada por las autoridades correspondientes de la Universidad Iberoamericana de la Ciudad México y los investigadores con los respectivos sellos, junto con el protocolo de investigación, explicando los objetivos del estudio y solicitando la colaboración de los profesionales de interés para el mismo. Se confeccionó un cuestionario en la herramienta digital denominada Survey Monkey que contó con la versión adaptada al español del Maslach Burnout Inventory, validada en México por Meda et al.,⁽⁷⁴⁾ el cual es el cuestionario más utilizado para valorar la existencia del síndrome de burnout, este consta de 22 ítems donde cada grupo de preguntas evalúa la existencia de uno de los tres componentes, dimensiones o subescalas principales del síndrome que son: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Estas preguntas fueron respondidas en una escala Likert de siete grados que varía de cero (nunca) a seis (todos los días) y solo fue válido para el análisis cuando todas las preguntas que lo conforman fueron contestadas. Aparte se complementó con un cuestionario que reunió características sociodemográficas y alusivas el empleo del participante, preparado por los investigadores, y fundamentado en la literatura. La invitación a la encuesta fue enviada vía correo electrónico a cada profesional de la salud que trabaja con personas que vivan con obesidad, en donde estos la completaron vía online, a

través del siguiente link <https://es.surveymonkey.com/r/9BBDLHH>. Ésta estuvo disponible desde el día 27 de marzo hasta el día 18 de mayo del año 2020. Durante el periodo que abarcó esta fase se les envió a los participantes varios correos electrónicos que fungieron como recordatorios, donde los investigadores expresaron nuevamente el deseo de que los mismos muestren su apoyo, si así lo consideraban, a la investigación en curso, y recalcando que la colaboración era anónima y sin intenciones de conflictos laborales y de interrumpir las actividades habituales en el centro de salud, o el lugar escogido para completar el cuestionario.

Segunda Fase

Abarcó el periodo desde abril 2020 hasta mayo 2020 y comprendió las siguientes actividades: Con los datos obtenidos mediante el instrumento de recolección de datos se procedió a realizar evaluaciones de las características socio demográficas de cada uno de los participantes a través del cuestionario ad hoc como son: sexo, edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, etc. Además de las características relacionadas al empleo como son: profesión, sector laboral, tipo de contrato, cantidad de horas de trabajo a la semana, porcentaje de pacientes vistos al día, porcentaje de casos no exitosos o abandono de pacientes.

La presencia del síndrome de Burnout fue evaluada mediante la versión adaptada al español del Maslach Burnout Inventory, validada en México por Meda et al., el cual es el cuestionario más utilizado para valorar la existencia del síndrome de burnout. Los enunciados 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 exploran el agotamiento emocional (AE) y sus resultados son directamente proporcionales al grado de intensidad del agotamiento emocional, es decir, a mayor puntuación, mayor agotamiento.

Los enunciados 5, 10, 11, 15 y 22 exploran el grado de despersonalización(DP) sufrida por el explorado y sus resultados son también directamente proporcionales: a mayor puntuación, mayor despersonalización.

Los enunciados 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, y 21 exploran el grado de percepción de ineficiencia laboral y de realización personal (RP) del participante. En este caso la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir, a menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado.

Los resultados de los tres escenarios se deben sumar del 0-6 en forma independiente, e interpretarse por separado.

Tabla 2. Subescalas y puntos de corte del Burnout

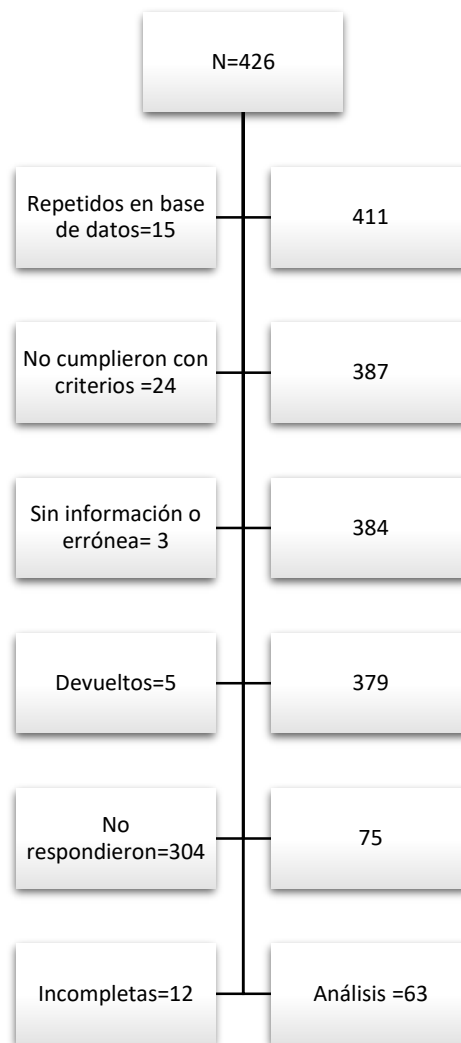
Dimensión o subescala	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento emocional	< 18 puntos	19-26 puntos	> 27 puntos
Despersonalización	< 5 puntos	6-9 puntos	≥10 puntos
Ineficiencia y realización personal	> 40 puntos	34-39 puntos	< 33 puntos

Fuente: Graue E et al., 2007

Se considera que un participante presenta síndrome de burnout cuando tiene un alto nivel agotamiento emocional, una alta despersonalización y una baja realización personal.

El reclutamiento de los participantes se realizó a través del departamento de salud de la IBERO, donde se estableció contacto vía correo electrónico con el personal correspondiente para que este a su vez se encargara de enlistar a los profesionales que cumplen con las características de interés para el estudio.

Figura 3. Selección de muestra



Definición de variables

Variable dependiente

El síndrome de burnout se define como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización junto con niveles reducidos de realización personal.

La prevalencia del síndrome de burnout fue evaluada con el cuestionario autoadministrado que reflejará características socio demográficas, de empleo y salud. El cuestionario validado al español del Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (Inventario de Burnout de Maslach para servicios de salud MBI-HSS), el cual contiene tres subescalas: Agotamiento emocional (9 ítems, rango de puntaje 0-54),

Despersonalización (5 ítems, rango de puntaje 0-30) y Realización personal (8 ítems, rango de puntaje 0-48) el cual fue desarrollado específicamente para aquellas profesiones en los servicios humanos, como la salud, que manejan clientes con estrés emocional significativo y situaciones complejas, y fue completado vía online. Se consideró la presencia del síndrome según criterios del Manual MBI HSS con base en normas para profesionales de la salud. Criterios por dimensión: Nivel Alto: AE \geq 27 puntos DP \geq 10 pts., RP \leq 33. Nivel Medio: AE 19 – 26, DP= 6 – 9, RP= 39 – 34. Nivel Bajo: AE=0 – 18 DP= 0 – 5 RP \geq 40. Criterio global para valorar Burnout: Personas con valores “medios” o “altos” en 2 dimensiones del burnout. Se categorizó de la siguiente forma: 1= niveles bajos, 2= niveles moderados y 3= niveles altos.

Variables Atributivas

Las variables atributivas son aquellas que no se pueden manipular, sino solo observar; representan características humanas (sexo, posición social, el grupo sanguíneo).

Estas estuvieron conformadas por los factores asociados o los predictores de burnout para lo cual se agregó otra sesión al cuestionario de características sociodemográficas como son sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, profesión, número de hijos, sector de trabajo, tipo de contrato, cantidad de horas trabajadas al día, etc. En la tabla 3 se puede visualizar la Operacionalización de estas variables

Covariables

Se obtendrán otras variables que se muestran en la siguiente tabla.

TABLA 3. Operacionalización de las variables		
Variable	Categorización	Definición operacional
Sociodemográficas		
Sexo	Hombre	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer 0= hombres 1= mujeres
	Mujer	
Edad	20-30	Cumplidos en años 0=20-30 1=31-45 2=46-60
	31-45	
	46-59	
	≥ 60	
Estado civil	Soltero (a)	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto 0= Con pareja (casado, unión libre) 1= Sin pareja (soltero, separado, divorciado, viudo)
	Casado (a)	
	Unión libre	
	Separado(a)	
	Divorciado(a)	
	Viudo (a)	
Número de hijos	1-2	Persona considerada con relación a su padre o a su madre o alguno de los dos 0= Con hijos (1-2, 3-5, >5) 1=Sin hijos
	3-5	
	>5	
	Sin hijos	
Nivel de estudios	Primaria	Grado más alto de estudios que una persona ha cursado 0= Primaria, secundaria, bachiller, técnico, licenciatura 1= Posgrado
	Secundaria	
	Bachiller	
	Técnico	
	Licenciatura	
	Posgrado	

Profesión	Médico	Actividad habitual de una persona 0=Nutriólogo 1=Médico 2=Enfermer@ 3=Especialista en obesidad 4=Psicólogo 5=Dietista 6=Diabetólogo 7=Preparador físico 8=Bariatra
	Nutriólogo	
	Enfermería	
	Especialista en obesidad	
	Psicólogo	
	Dietista	
	Diabetólogo	
	Preparador físico	
	Bariatra	
Otro		
Laboral y de salud		
Sector laboral	Publico	Mercado de trabajo o laboral en donde confluyen la oferta y la demanda de trabajo 0= Privado 1= Público 2= Mixto
	Privado	
	Mixto	
Tipo de contrato	Fijo	Acto jurídico en el que intervienen dos o más personas y está destinado a crear derechos y generar obligaciones. 0=Fijo 1= Temporal 2= Otro
	Temporal	
	Otro	
Horas de trabajo por día	< 8 horas *día	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para el cual fue contratado, expresado en horas, días, semanas o meses 0= < 8 horas/día 1= ≥8 horas /día
	≥8 horas *día	
Número aproximado de pacientes vistos por día	<5	
	5-10	
	11-16	

	> 16	Cantidad personas enfermas que son atendidas por un profesional de la salud o recibe consulta, tratamiento médico o quirúrgico. 0= <5 1= 5-10 2= 11-16, > 16, Otro
	Otro	
Categoría peso corporal de pacientes vistos según IMC	Normopeso (IMC >18 a 24.9 kg/m ²)	Es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m ²)– es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. 0= normopeso 1= sobrepeso 2= obesidad grado 1,2 y 3
	Sobrepeso (IMC ≥ 25.0 -29.9 kg/m ²)	
	Obesidad Grado I (IMC 30.0 - 34.9 kg/m ²)	
	Obesidad Grado II (IMC 35.0 -39.9 kg/m ²)	
	Obesidad Grado III (≥ 40 kg/m ²)	
Porcentaje de casos no exitosos o abandono de pacientes anual	10-20 %	Cantidad de pacientes no acertados de una acción durante un año 0= 10-20 % 1= 30-50 % 2= > 60
	30-50 %	
	60-80 %	
	≥80 %	
Porcentaje de pacientes que padecen de ansiedad o depresión	Ninguno	Cantidad de pacientes consultados con algunos de estos trastornos emocionales y mentales 0= Ninguno, 10 al 20% 1= 20 al 40% 2= Más del 50%
	10 al 20%	
	20 al 40%	
	Más del 50%	
Influencia en la carga laboral por pacientes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional	Influye sí o no	Poder de una persona o cosa para determinar o alterar la forma de pensar o de actuar de alguien a lo largo de su jornada laboral 0=No

		1=Si
Tiempo laboral	2-5 años	Cantidad de tiempo en años desempeñando una labor en una institución determinada
	6-10 años	
	11-15 años	
	>15 años	
		0= >15 años 1= 6-15 años 2= 2-5 años
Medicación	Tranquilizantes (Diazepam, Arprasolan, Clonazepam)	Administración metódica de uno o más medicamentos con un fin terapéutico determinado
	Sedantes o barbitúricos para dormir (Risperidona, Keticepina, Haloperidol)	
	Anfetaminas o estimulante para adelgazar o dar energía (Axion, Ancefix)	
	Antihipertensivos	
	Hipoglucemiantes	
	Hipolipemiantes	
	Ninguno	
	Otro	
		0= ninguno 1= Cualquier medicamento
Presencia de enfermedad	Diabetes	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo
	Hipertensión Arterial Sistémica	
	Sobrepeso y Obesidad	
	Obesidad	
	Dislipidemia	
	Enfermedad cardiovascular	
	Cáncer	
	Depresión	
	Ninguna	
	Otro	
		0=ninguna 1= Cualquier enfermedad

Plan de análisis de datos

Se realizaron pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales sobre los datos. Se utilizó estadística descriptiva para resumir los datos generales de la población de estudio. Para identificar los factores demográficos y laborales más fuertemente correlacionados del agotamiento se utilizaron los análisis univariados de varianza (ANOVA) para comparación entre grupos y Correlación de Spearman, que probaron si las subescalas del MBI-HSS diferían según las variables demográficas y las relacionadas con el trabajo y la salud. Todos los análisis estadísticos se realizarán utilizando el software estadístico Stata/SE, versión 16.0 para Windows.

Ética

El estudio se realizó de acuerdo con la última revisión de la Declaración de Helsinki. El presente estudio no representa riesgos para los participantes. La confidencialidad de los datos se llevó a cabo a través de un consentimiento informado incluido en el cuestionario, cuya invitación se realizó vía correo electrónico donde se indicó que la información proporcionada solo se utilizaría para fines académicos y la participación era anónima. Se informó a los participantes que podían retirar su participación del estudio sin dar ninguna razón, en cuanto lo deseen.

La participación consistió en llenar un cuestionario online a través de un link enviado al correo electrónico proporcionado por las autoridades de la IBERO, el cual les llevó a la página web Survey Monkey donde procedieron a leer cuidadosamente las instrucciones y a contestar cada pregunta. El cuestionario contiene 3 secciones y cuenta con un aproximado de 40 preguntas, la primera sección pertenece al consentimiento informado, la segunda recopiló datos sociodemográficos, de salud y comorbilidad, y en la tercera y última sección se evaluaron características del trabajo

mediante el MBI. Dentro del instrumento de recolección de datos se especificó el objetivo de la investigación: Analizar la prevalencia de burnout y sus factores asociados en los profesionales que atienden a individuos que viven con sobrepeso y obesidad con el propósito de prevenir esta condición en los profesionales y de este modo ayudar a crear mejores políticas que sustenten el tratamiento para manejo de personas que viven con esta enfermedad. La participación voluntaria en este estudio no considera ninguna remuneración de parte de los investigadores o demás instituciones involucradas, tampoco se entregarán resultados escritos o digitales a los participantes. Una dirección de correo electrónico institucional estará disponible para los participantes en caso de dudas o inconvenientes. Con la elección de los participantes no se pretende discriminar a ningún profesional de la salud, simplemente se asoció que estas áreas trabajan con población de personas que viven con obesidad.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación del departamento de salud de la Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México IBERO® con domicilio en la Prolongación Paseo de la Reforma 880, Lomas de Santa Fe, 01219, Ciudad de México.

CAPITULO 4. RESULTADOS

Un total de 75 respuestas fueron recibidas al final del período de recolección de ocho semanas, pero doce de éstas no se utilizaron debido a que no se completaron todos los elementos de la encuesta. Por lo tanto, se destinaron 63 encuestas para el análisis final.

La tasa de respuesta fue de 16.6 por ciento, basada en 63 encuestas respondidas correctamente. En términos generales, el 93.65% de los encuestados fueron mujeres y el 6.35% hombres. El 42.8% de los participantes tenían entre 20-30 años y el 39.6% de 31-45 años. El 87 por ciento tenía estudios de posgrado y el 53% tenían pareja. La profesión que mayormente se reportó fue nutrición con un 57% y más del 60 por ciento no tenía hijos. El 55.56 por ciento trabaja más de 8 horas al día, y más del 55 % reportó que los pacientes consultados se encuentran en la categoría de obesidad. El 61.90 % labora en el sector privado y más del 50 % bajo contrato fijo. El 49.21 por ciento tenía entre 2-5 años de experiencia laboral y el 41.27% de 6-15 años. El 41.27% señaló que el porcentaje aproximado de casos no exitosos al año varía entre el 30 al 50%, mientras que el 38% expresó que aproximadamente entre el 20-40% de los pacientes atendidos presenta depresión, ansiedad o alguna alteración emocional, y el 77.7 % piensa que estas condiciones influyen en su carga laboral contra el 22% que opina que no. El 30 por ciento padece de alguna enfermedad y el 28.5% recibe medicación. Ver tabla 4

Tabla 4. Características generales de los participantes

Características generales de los participantes n= 63	
Variable	n (%)
Sexo	
Mujer	59(93.65)
Hombre	4(6.35)
Edad (años)	
20-30	27(42.86)
31-45	25(39.68)
46-60	11(17.46)
Estado civil	
Con pareja	34(53.97)
Sin pareja	29(46.03)
Nivel de estudios	
Licenciatura	8(12.70)
Posgrado	55(87.30)
Profesión	
Nutriólogo	36(57.14)
Especialista en obesidad	15(23.81)
Médico	10(15.87)
Psicólogo	2(3.17)
Tener hijos	
Con hijos	24(38.1)
Sin hijos	39(61.90)
Sector laboral	
Público	9(14.29)
Privado	39(61.90)
Mixto	15(23.81)
Tipo de contrato	
Fijo	32(50.79)
Temporal	19(30.16)
Otro	12(19.05)
Horas de trabajo por día	
< 8	28(44.44)
≥ 8	35(55.56)
Número de ptes vistos por día	
<5	27(42.86)
5-10	23(36.51)
≥ 11	13(20.63)
Categoría IMC de ptes vistos	
Normopeso	1(1.59)
Sobrepeso	27(42.86)
Obesidad	35(55.55)
Porcentaje aprox. de casos no exitosos o abandono de ptes anual	

10-20 %	22(34.92)
30-50 %	26(41.27)
≥ 60%	15(23.81)
Porcentaje aprox. de ptes con ansiedad o depresión	
10 al 20%	21(33.33)
20 al 40%	24(38.10)
≥ 50%	18(28.57)
Carga laboral por ptes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional	
Si	49(77.78)
No	14(22.22)
Tiempo laboral	
2-5 años	31(49.21)
6-15 años	26(41.27)
>15 años	6(9.52)
Enfermedad del profesional	
No	44(69.84)
Si	19(30.16)
Medicación del profesional	
No	45(71.43)
Si	18(28.57)

Ptes: pacientes

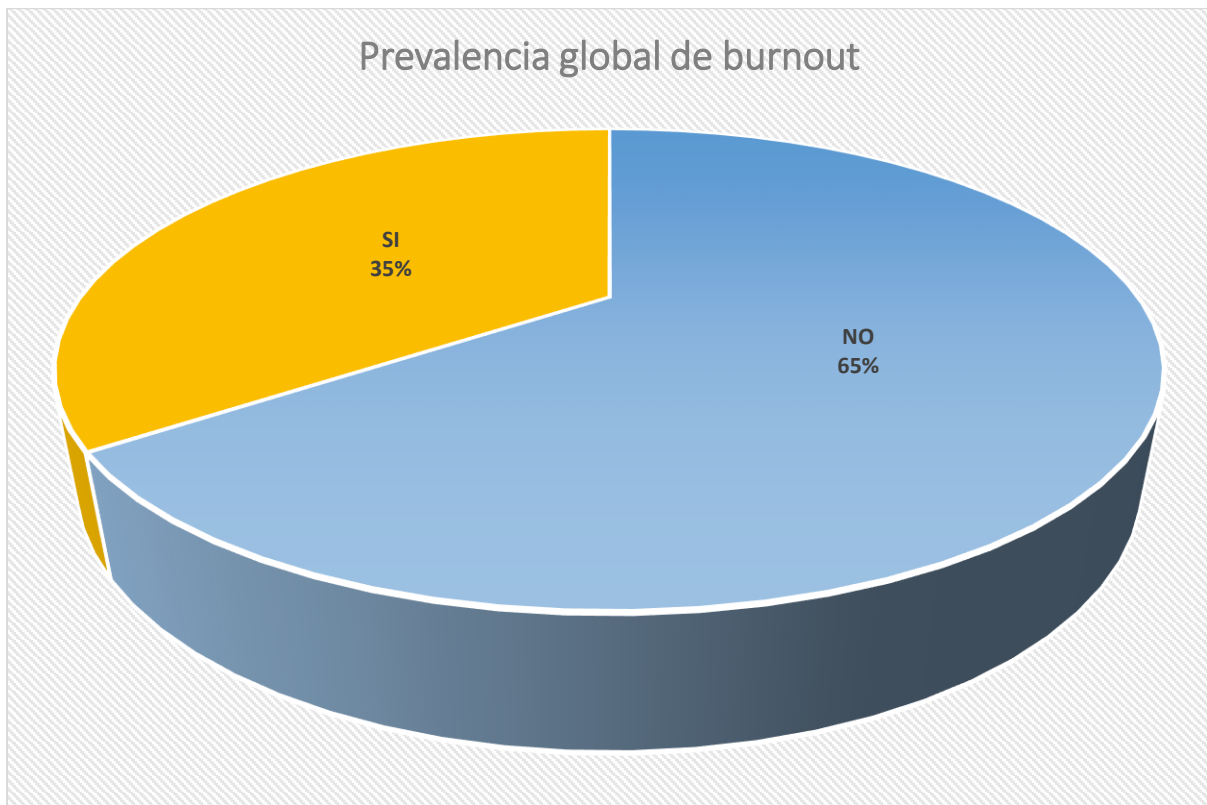
Tomando en consideración el burnout general o global se encontró una prevalencia del 34% (n=22) en la población de estudio según el criterio del MBI-HSS, donde se interpreta que este porcentaje de la muestra presenta niveles de altos a moderados de burnout. Ver tabla 5

Tabla 5. Prevalencia global del síndrome de burnout por criterio del MBI-HSS

Síndrome de burnout	n (%)	Combinación niveles del SBO	Criterio
Si	22 (34.92)	“ Alto a Moderado”	Profesionales con valores “altos” o “medios” en 2 dimensiones del burnout
No	41 (65.08)	“ Bajo”	Profesionales con valores “bajos” en cualquiera de las dimensiones del burnout

ae: Agotamiento emocional, dp: Despersonalización, rp: Realización personal, botot: Burnout total, botot 1=Si, botot 0=No
 1=nivel bajo, 2=nivel moderado, 3= nivel alto. botot=0 if ae==1, botot=0 if rp==1, botot=0 if dp==1
 botot=1 if dp==2 & rp==2. botot=1 if dp==2 & ae==2. botot=1 if ae==2 & rp==2. botot=1 if dp==3 & rp==2
 botot=1 if dp==3 & ae==2. botot=1 if ae==3 & rp==2. botot=1 if dp==2 & rp==3. botot=1 if dp==2 & ae==3
 botot=1 if ae==2 & rp==3. botot=1 if ae==3 & rp==2. botot=1 if ae==3 & rp==3. botot=1 if dp==3 & rp==3
 botot=1 if ae==3 & dp==3

Grafico 1. Prevalencia global de Burnout

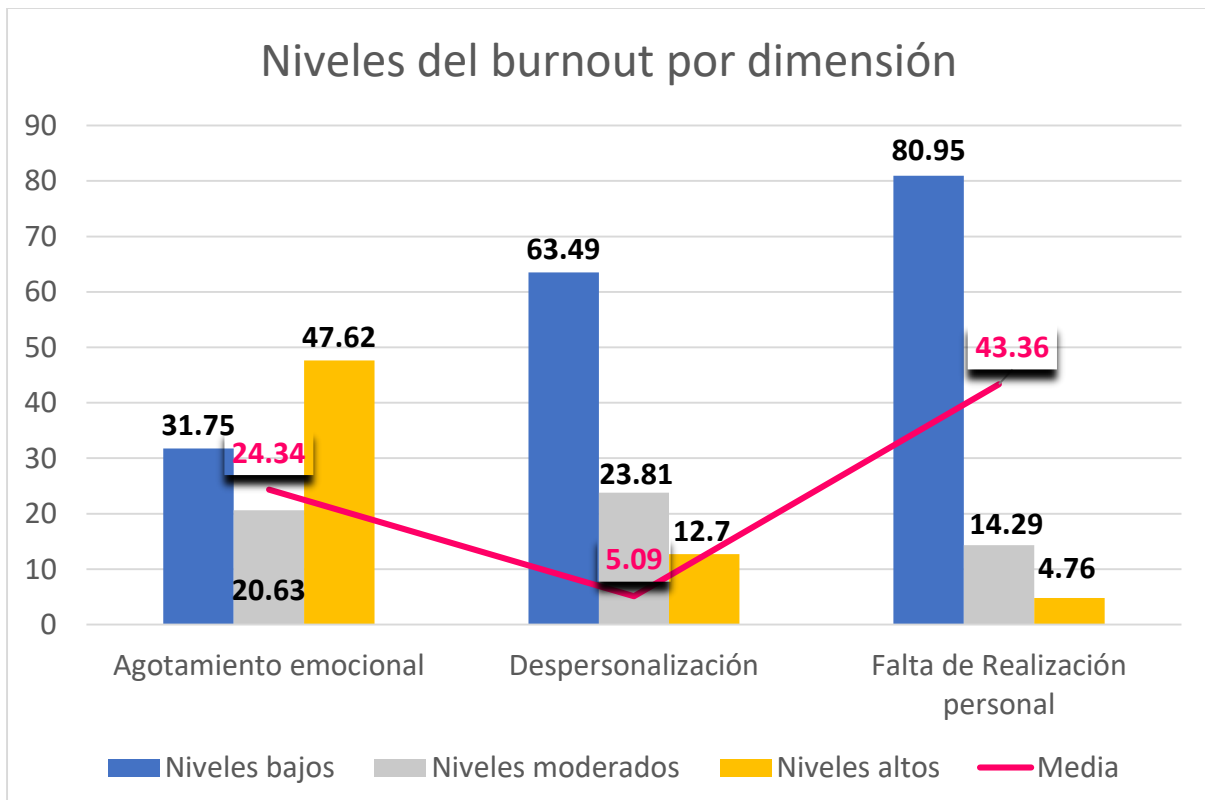


En la tabla 6 se pueden ver las diferencias encontradas en cada una de las dimensiones del burnout por niveles, cabe señalar que se encontró casi un 50% de los sujetos con niveles altos de agotamiento emocional. El 12.7% y el 4.76% presentó niveles altos en las dimensiones DP y RP respectivamente. Es notorio que el 80% de estos profesionales presentó niveles bajos de realización personal reducida, lo que quiere decir que tienen alto sentido de logro personal.

Tabla 6. Hallazgos descriptivos para las dimensiones del Burnout

Dimensión del Burnout	Media (DE)	Categorización de la media	Alto burnout n (%)	Moderado burnout n (%)	Bajo burnout n (%)
Agotamiento emocional	24.34(10.82)	Moderado	30(47.62)	13(20.63)	20(31.75)
Despersonalización	5.09(4.19)	Bajo	8(12.70)	15 (23.81)	40(63.49)
Falta de realización personal	43.36(4.92)	Bajo	3(4.76)	9(14.29)	51(80.95)

Grafico 2. Niveles de burnout por dimensión



De acuerdo con las subdimensiones del burnout en el análisis de varianza unidireccional, el nivel de estudios, tener hijos y la influencia en la carga laboral por pacientes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional resultaron ser significativos para el agotamiento emocional ($p=0.019$, $p=0.015$ y 0.051) respectivamente. El sexo y la depresión en el profesional de salud resultaron significativos para despersonalización ($p=0.000$, $p=0.000$) respectivamente. La profesión resultó ser estadísticamente significativa para la dimensión falta de realización personal ($p=0.021$). Ver tablas 7, 8 y 9.

Con la utilización del análisis de varianza unidireccional entre grupos, de las tres subescalas, el agotamiento emocional (AE) fue la más afectada en este grupo de profesionales, cabe destacar que el mayor porcentaje de los profesionales en la mayoría de las variables de estudio se ubicó en la categoría de niveles altos de burnout y generalmente esta se considera la más predictiva del burnout.

Tabla 7. Comparación de frecuencias de las variables entre los niveles de Burnout para Agotamiento emocional

Variable	Bajo n %	Medio n %	Alto n %	P
<i>Sexo</i>				0.702
Mujer	20(33.90)	12(20.34)	27(45.76)	
Hombre	0	1(25.00)	3(75.00)	
<i>Edad (años)</i>				0.127
20-30	10 (37.04)	7(25.93)	10(37.04)	
31-45	4 (16.00)	4(16.00)	17(68.00)	
46-60	6(54.54)	2(18.18)	3(27.27)	
<i>Estado civil</i>				0.999
Con pareja	12(35.29)	8(23.53)	14(41.18)	
Sin pareja	8 (27.59)	5(17.24)	16(55.17)	
<i>Nivel de estudios</i>				0.019*
Licenciatura	1(12.50)	1(12.50)	6(75.00)	
Posgrado	19(34.55)	12(21.82)	24(43.64)	
<i>Profesión</i>				0.704
Nutriólogo	9(25.00)	8(22.22)	19(52.78)	
Especialista en obesidad	8(53.33)	2(13.33)	5(33.33)	
Psicólogo	0	0	2(100.00)	
Médico	3(30.00)	3(30.00)	4(40.00)	
<i>Tener hijos</i>				0.015*
Con hijos	11(45.83)	6(25.00)	7(29.17)	
Sin hijos	9(23.08)	7(17.95)	23(58.97)	
<i>Sector laboral</i>				0.344
Público	0(0.00)	2(22.22)	7(77.78)	
Privado	14(35.90)	10(25.64)	15(38.46)	
Mixto	6(40.00)	1(6.67)	8(53.33)	

<i>Tipo de contrato</i>				0.955
Fijo	11(34.38)	5(15.62)	16(50.00)	
Temporal	5(26.32)	5(26.32)	9(47.37)	
Otro	4(33.33)	3(25.00)	5(41.67)	
<i>Horas de trabajo por día</i>				0.904
< 8	13(46.43)	6(21.43)	9(32.14)	
≥ 8	7(20.00)	7(20.00)	21(60.00)	
<i>Número de ptes vistos por día</i>				0.373
<5	8(29.63)	5(18.52)	14(51.85)	
5-10	9(39.13)	7(30.43)	7(30.43)	
≥ 11	3(23.08)	1(7.69)	9(69.23)	
<i>Categoría IMC de ptes vistos</i>				0.757
Normopeso	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	
Sobrepeso	7(25.93)	5(18.52)	15(55.56)	
Obesidad	13(37.14)	8(22.86)	14(40.00)	
<i>Porcentaje aprox. de casos no exitosos o abandono de ptes anual</i>				0.821
10-20 %	5(22.73)	4(18.18)	13(59.09)	
30-50 %	9(34.62)	7(26.92)	10(38.46)	
≥ 60%	6(40.00)	2(13.33)	7(46.67)	
<i>Porcentaje aprox. de ptes con ansiedad o depresión</i>				0.941
10 al 20%	6(28.57)	3(14.29)	12(57.14)	
20 al 40%	9(37.50)	4(16.67)	11(45.83)	
≥ 50%	5(27.78)	6(33.33)	7(38.89)	
<i>Carga laboral por ptes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional</i>				0.051*
Si	12(24.49)	10(20.41)	27(55.10)	
No	8(57.14)	3(21.43)	3(21.43)	
<i>Tiempo laboral</i>				0.423
2-5 años	9 (29.03)	8 (25.81)	14 (45.16)	
6-15 años	7 (26.92)	4 (15.38)	15 (57.69)	
>15 años	4 (66.67)	1(16.67)	1(16.67)	
<i>Enfermedad del profesional</i>				0.698
No	16 (36.36)	9 (20.45)	19(43.18)	
Si	4 (21.05)	4(21.05)	11 (57.89)	
Depresión				0.360
No	19(32.76)	12(20.69)	27(46.55)	
Si	1(20.00)	1(20.00)	3(60.00)	
Sobrepeso y Obesidad				0.090
No	19 (33.93)	11(19.64)	26 (46.43)	
Si	1(14.29)	2 (28.57)	4 (57.14)	
<i>Medicación del profesional</i>				0.375
No	17(37.78)	8(17.77)	20(44.45)	
Si	3 (16.67)	5 (27.77)	10(55.56)	

Pctes: pacientes

Tabla 8. Comparación de las variables entre los niveles de Burnout para Despersonalización

Variable	Bajo n %	Medio n %	Alto n %	P
<i>Sexo</i>				0.000*
Mujer	39 (66.10)	14(23.73)	6(10.17)	
Hombre	1(25.00)	1(25.00)	2(50.00)	
<i>Edad (años)</i>				0.096
20-30	19 (70.37)	5 (18.52)	3 (11.11)	
31-45	11 (44.00)	9 (36.00)	5 (20.00)	
46-60	10 (90.91)	1 (9.09)	0	
<i>Estado civil</i>				0.982
Con pareja	21 (61.76)	9 (26.47)	4(11.76)	
Sin pareja	19 (65.51)	6 (20.69)	4(13.79)	
<i>Nivel de estudios</i>				0.128
Licenciatura	7 (87.50)	1 (12.50)	0	
Posgrado	33 (60.00)	14 (25.45)	8 (14.55)	
<i>Profesión</i>				0.400
Nutriólogo	28 (77.78)	6(16.67)	2(5.56)	
Especialista en obesidad	7(46.67)	6(40.00)	2(13.33)	
Psicólogo	1(50.00)	1(50.00)	0	
Médico	4(40.00)	2 (20.00)	4(40.00)	
<i>Tener hijos</i>				0.181
Con hijos	16(66.67)	6(25.00)	2(8.33)	
Sin hijos	24(61.54)	9(23.08)	6(15.38)	
<i>Sector laboral</i>				0.779
Público	6 (66.67)	2 (22.22)	1 (11.11)	
Privado	26 (66.67)	8 (20.51)	5 (12.82)	
Mixto	8(53.33)	5(33.33)	2(13.33)	
<i>Tipo de contrato</i>				0.855
Fijo	21 (65.62)	7 (21.88)	4 (12.50)	
Temporal	12 (63.16)	4 (21.05)	3 (15.79)	
Otro	7 (58.33)	4 (33.33)	1 (8.33)	
<i>Horas de trabajo por día</i>				0.971
< 8	17(60.71)	7(25.00)	4(14.29)	
≥ 8	23(65.71)	8(22.86)	4(11.43)	
<i>Número de ptes vistos por día</i>				0.520
<5	18(66.67)	6(22.22)	3(11.11)	
5-10	16(69.57)	6(26.09)	1(4.35)	
≥ 11	6(46.15)	3(23.08)	4(30.77)	
<i>Categoría IMC de ptes vistos</i>				0.825
Normopeso	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Sobrepeso	17(62.96)	8(29.63)	2(7.41)	
Obesidad	22(62.86)	7(20.00)	6(17.14)	
<i>Porcentaje aprox. de casos no exitosos o abandono de ptes anual</i>				0.747

10-20 %	14(63.64)	6 (27.27)	2 (9.09)	
30-50 %	16(61.54)	5(19.23)	5(19.23)	
≥ 60%	10(66.67)	4(26.67)	1(6.67)	
<i>Porcentaje aprox. de pctes con ansiedad o depresión</i>				0.404
10 al 20%	16(76.19)	4(19.05)	1(4.76)	
20 al 40%	13(54.17)	5(20.83)	6(25.00)	
≥ 50%	11(61.11)	6(33.33)	1(5.56)	
<i>Carga laboral por pctes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional</i>				0.462
Si	29 (59.18)	13(26.53)	7(14.29)	
No	11(78.57)	2(14.29)	1(7.14)	
<i>Tiempo laboral</i>				0.384
2-5 años	22 (70.97)	5(16.13)	4(12.90)	
6-15 años	12 (46.15)	10 (38.46)	4 (15.38)	
>15 años	6 (100.00)	0	0	
<i>Enfermedad del profesional</i>				0.730
No	30 (68.18)	9(20.45)	5(11.36)	
Si	10(52.63)	6(31.58)	3 (15.79)	
Depresión				0.000*
No	39(67.24)	13(22.41)	6(10.34)	
Si	1(20.00)	2(40.00)	2(40.00)	
Sobrepeso y Obesidad				0.148
No	36(64.29)	12(21.43)	8(14.29)	
Si	4(57.14)	3(42.86)	0	
<i>Medicación del profesional</i>				0.783
No	28 (62.22)	12(26.67)	5(11.11)	
Si	12 (66.67)	3(16.67)	3(16.67)	

Pctes: pacientes

Tabla 9. Comparación de las variables entre los niveles de Burnout para Realización personal

Variable	Bajo n %	Medio n %	Alto n %	P
<i>Sexo</i>				
Mujer	47 (79.66)	9 (15.25)	3 (5.08)	
Hombre	4 (100.00)	0	0	
<i>Edad (años)</i>				0.113
20-30	22 (84.48)	4 (6.78)	1(1.69)	
31-45	22 (88.00)	1 (4.00)	2(8.00)	
46-60	7 (63.63)	4 (36.36)	0	
<i>Estado civil</i>				0.965
Con pareja	27(79.41)	6 (17.65)	1(2.94)	
Sin pareja	24 (82.76)	3 (10.34)	2(6.90)	
<i>Nivel de estudios</i>				0.235
Licenciatura	6 (75.00)	2 (25.00)	0	

Posgrado	45(81.82)	7(12.73)	3(5.45)	
<i>Profesión</i>				0.021*
Nutriólogo	28(77.78)	7(19.44)	1(2.78)	
Especialista en obesidad	12(80.00)	2(13.33)	1(6.67)	
Psicólogo	2(100.00)	0	0	
Médico	9(90.00)	0	1(10.00)	
<i>Tener hijos</i>				0.390
Con hijos	19(79.17)	4(16.65)	1(4.17)	
Sin hijos	32 (82.05)	5 (12.82)	2 (5.13)	
<i>Sector laboral</i>				0.816
Público	6 (66.67)	2 (22.22)	1(11.11)	
Privado	34 (87.18)	5 (12.82)	0	
Mixto	11(73.33)	2(13.33)	2(13.33)	
<i>Tipo de contrato</i>				0.708
Fijo	26 (81.25)	6 (18.75)	0	
Temporal	14 (73.68)	2 (10.52)	3 (15.79)	
Otro	11 (91.67)	1 (8.33)	0	
<i>Horas de trabajo por día</i>				0.958
< 8	21 (75.00)	6 (21.43)	1 (3.57)	
≥ 8	30 (85.71)	3 (8.57)	2 (5.71)	
<i>Número de ptes vistos por día</i>				0.638
<5	22 (81.48)	4 (14.81)	1 (3.70)	
5-10	19 (52.61)	4 (17.39)	0	
≥ 11	10 (76.92)	1 (7.69)	2 (15.38)	
<i>Categoría IMC de ptes vistos</i>				0.918
Normopeso	1 (100.00)	0	0	
Sobrepeso	22 (81.48)	5 (18.51)	0	
Obesidad	28 (80.00)	4 (11.43)	3 (8.57)	
<i>Porcentaje aprox. de casos no exitosos o abandono de ptes anual</i>				0.393
10-20 %	18 (81.81)	3 (13.64)	1 (4.55)	
30-50 %	24 (92.31)	2 (7.69)	0	
≥ 60%	9 (60.00)	4 (26.67)	2 (13.33)	
<i>Porcentaje aprox. de ptes con ansiedad o depresión</i>				0.822
10 al 20%	15 (71.43)	5 (23.81)	1(4.76)	
20 al 40%	19 (79.17)	3 (12.5)	2 (8.33)	
≥ 50%	17 (94.44)	1 (5.56)	0	
<i>Carga laboral por ptes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional</i>				0.289
No	10(71.43)	4(28.57)	0	
Si	41(83.67)	5(10.20)	3(6.12)	
<i>Tiempo laboral</i>				0.972
2-5 años	25(80.63)	5(16.13)	1(3.26)	
6-15 años	21(80.77)	3(11.54)	2(7.69)	
>15 años	5(83.33)	1(16.67)	0	
<i>Enfermedad del profesional</i>				0.811
No	35 (79.55)	6 (13.64)	3(6.82)	

Si	16(84.21)	3(15.79)	0	
Depresión				
No	46(79.31)	9(15.52)	3(5.17)	
Si	5(100.00)	0	0	
Sobrepeso y Obesidad				0.930
No	45(80.36)	8(14.29)	3(5.36)	
Si	6(85.71)	1(14.29)	0	
<i>Medicación del profesional</i>				0.499
No	36(80.00)	8(17.78)	1(2.22)	
Si	15(83.33)	1(5.56)	2(11.11)	

Pctes: pacientes

Las relaciones entre las dimensiones del burnout y las variables que resultaron significativas en el análisis de varianza, se probaron utilizando análisis correlacionales bivariados de Spearman, donde se observó una relación negativa entre tener hijos, nivel de estudios y el agotamiento emocional ($r = -0.29$; $p = 0.01$) ($r = -0.20$) respectivamente, mientras que la relación fue positiva entre esta misma dimensión del burnout y la variable que los profesionales piensen que tener pacientes con depresión y/o ansiedad influye en su carga laboral ($r=0.31$; $p=0.01$). En cuanto a la variable depresión en el profesional de salud la relación que se mostró fue positiva para la despersonalización ($r=0.28$; $p=0.02$). En relación a la profesión la correlación resultó no significativa.

Tabla 10. Correlación entre las dimensiones y las variables asociadas del burnout

Variable	Dimensión SBO			Significancia estadística
	AE	DP	RP	P
Tener hijos	-0.2941			0.0193*
Influencia en la carga laboral por pctes con ansiedad, depresión o alguna alteración emocional	0.3129			0.0125*
Nivel de estudios	-0.2060			0.1053
Depresión en el profesional		0.2856		0.0233*
Profesión			-0.0957	0.4556

AE: Agotamiento emocional, DP: Despersonalización, RP: falta de Realización personal

CAPITULO 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Prevalencia y niveles de burnout

Los profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad encuestados presentaron niveles moderados de agotamiento emocional (AE) y niveles bajos de despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP), indicando que éstos experimentaron menos burnout en general, en comparación con otros grupos de profesionales. Por ejemplo, Molina et al determinaron los niveles de burnout altos en la dimensión de agotamiento emocional, alta despersonalización y bajo logro personal en el (31%, 24% y 38%) de las enfermeras respectivamente.⁽¹⁶⁾

Una posible explicación es que los profesionales que trabajan con personas con obesidad estuvieran altamente agotados y ya dejaron la profesión o dejaron de tratar a estos pacientes, ya que el agotamiento predice el término del trabajo.⁽¹⁴⁾ Estos hallazgos coinciden con los resultados reportados por Milosavljevic et al. donde los dietistas presentaron niveles de bajos a moderados del burnout ⁽³⁴⁾Los resultados comparados con los arrojados en el estudio de Gingras et al.⁽³³⁾ difieren en la subescala de realización personal, donde sus resultados indican niveles moderados de ésta, esto quizás debido a la falta de especificación de los puntos de corte utilizados, más sin embargo coinciden en los demás componentes del síndrome.

A pesar de que el mayor porcentaje de la muestra se concentró en niveles de bajos a moderados de burnout, es importante prestar atención, porque no significa que este grupo de profesionales no experimentó burnout, sino que debemos tomarlo en consideración para que, de presentar los niveles señalados, no progresen a niveles avanzados, y por supuesto implementar estrategias para prevenir el desarrollo de esta condición.

Variables asociadas con el burnout

Para investigar las variables asociadas con el burnout, se realizaron pruebas estadísticas de comparación de frecuencias entre grupos, utilizando pruebas análisis de varianza, y correlaciones de Spearman. Estos análisis identificaron una serie de

factores asociados con los niveles de burnout, incluidos el nivel de estudios, tener hijos, la depresión en el profesional y la influencia en la carga laboral por depresión o ansiedad del paciente, así como la profesión que desempeña el participante. Algunas de estas variables identificadas coinciden con las estudiadas en la literatura, por ejemplo, en un estudio realizado por Milosavljevic et al., el número de hijos se asoció negativamente con el AE y la DP y positivamente con RP. En otras palabras, cuantos más hijos tiene un dietista, es menos probable que sufra agotamiento. Sin embargo, hubo una fuerte asociación entre el trabajo a tiempo parcial y el número de niños, que habría que analizar posteriormente.⁽³⁴⁾ Adicionalmente Warren et al encontraron que el 16% (n = 46) de los proveedores de tratamiento para trastornos alimenticios indicaron que tenían un trastorno del estado de ánimo o ansiedad y más de la mitad (54%, n = 157) indicaron que tenían un trastorno del estado de ánimo o ansiedad en el pasado.⁽¹⁴⁾ Los hallazgos en este estudio se apoyan en la investigación sobre el burnout que se ha realizado en diferentes escenarios solo para destacar que los profesionales que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad presentan factores similares a los estudiados en las demás poblaciones de profesionales. En su revisión sistemática Molina et al. encontraron factores relacionados con el agotamiento que incluyeron experiencia profesional, factores psicológicos y estado civil, un hallazgo importante fue que en la mayoría de los estudios revisados destacaron la influencia protectora del apoyo social y familiar.⁽¹⁶⁾ Finalmente, en varios artículos observaron que las variables de personalidad, junto con la ansiedad y la depresión, pueden tener un impacto negativo en los servicios de las enfermeras en las distintas áreas médicas, aunque otros niegan que este tipo de variable influya en el desarrollo del agotamiento o creen que su influencia es leve.

Con respecto a la variable sexo, cabe aclarar que a pesar de que en la muestra de este estudio más del 90 por ciento correspondió al sexo femenino y por esta razón no sería conveniente realizar comparaciones con esta variable, sin embargo, éste resultó estadísticamente significativo para para la DP ($p= 0.000$). Y dejando de lado la inconclusión del sexo para predecir burnout ⁽⁶⁵⁾, en nuestra muestra esto es un punto de atención porque nos indica que mayormente los profesionales de la salud que atienden a personas con sobrepeso y obesidad son mujeres y que además pertenecen a la profesión de nutrición (57%), que según la literatura sobre el tema del burnout, son las que presentan mayor agotamiento emocional ⁽¹³⁾, y la profesión con el

perfil más calificado para atender a los pacientes que presentan esta enfermedad ⁽²⁹⁾, por lo que se podrían orientar los esfuerzos con estrategias específicas para prevenir el burnout en profesionales de la nutrición de sexo femenino.

Aunque en el estudio actual las horas dedicadas al trabajo por día no resultaron significativas para ninguna de las dimensiones del burnout, esta variable se ha visto asociada al desarrollo de este síndrome y en nuestra población de estudio el 55% de los profesionales trabajan más de 8 horas diarias, a lo cual también se le debe prestar atención. Datos obtenidos que también resultan importantes para la investigación actual y que respaldan los resultados encontrados fueron los explorados por Toral et al. en médicos residentes de la ciudad de México, donde la prevalencia general de burnout fue del 40%, y aquellos que informaron turnos de trabajo ≥ 12 horas de duración tenían un riesgo significativamente mayor de sufrir burnout (OR 2.6; $P < 0.05$; IC 95% 1.6-4.25). Otros hallazgos relevantes resultaron de la asociación entre variables de riesgo de depresión y el desarrollo del SBO, aquellos con burnout tenían más probabilidades de cumplir con los criterios para depresión actual que aquellos sin burnout (OR 5.6, IC 95% 3.3-9.5). Del mismo modo, aquellos con agotamiento tenían más probabilidades de informar haber tenido depresión mayor previa durante su residencia, en comparación con aquellos sin agotamiento (OR 2.5, IC 95% 1.4-4.4).⁽⁷⁵⁾ Por lo que, como se ha mencionado anteriormente el grupo de profesionales en estudio presenta factores similares a los de los demás grupos poblacionales afectados por el burnout que merecen ser investigados a profundidad.

Analizando los resultados obtenidos desde otro enfoque con variables exploradas que son particulares de la población estudio y dignas de ser discutidas, aunque hallan carecido de significancia estadística en las pruebas aplicadas son, por ejemplo, que en el 41% de la muestra hay una pérdida anual de pacientes o casos no exitosos del 30-50% y en el 23 por ciento la pérdida es mayor del 60%, a esto se suma que la mayoría de los pacientes atendidos por estos profesionales cayeron en categoría de obesidad según su IMC (55%) y que el porcentaje aproximado de pacientes vistos con ansiedad/depresión o alguna alteración emocional en el 38% de la muestra varía en el rango de 20-40% y en el 28 por ciento estos pacientes representan un porcentaje mayor al 50%. Otro punto interesante que se podría analizar es que, de estos profesionales, el 29 por ciento recibe medicación actual para las enfermedades que se presentaron como depresión, sobrepeso y obesidad, enfermedad de tiroides entre

otras, y en la dimensión de agotamiento emocional, el 55% de los que se medican resultaron con niveles altos.

Todo esto podría resultar emocionalmente agotador para el profesional que atiende personas que viven con obesidad, Warren et al. en su estudio mencionan que más del 45% de los participantes informaron que la resistencia al tratamiento, las altas tasas de recaída, la preocupación por la supervivencia del paciente, la falta de un reembolso financiero apropiado y las horas adicionales dedicadas a trabajar contribuyeron a que los sentimientos se agotaran en gran medida.⁽¹⁴⁾ Estas podrían ser una explicación para los porcentajes obtenidos de casos no exitosos o de abandono de pacientes y las demás variables señaladas más arriba porque son causas compartidas en el grupo de profesionales en estudio, a lo cual se suma lo aportado por la literatura al respecto de estos pacientes que constantemente luchan con el tratamiento y la falta de mejoría.⁽⁸⁾ que podrían predisponer al burnout.

Fortalezas

Se estudia un grupo poblacional muy poco explorado en cuanto a esta temática, a pesar de que México es uno de los países con altas tasas de obesidad, lo cual trabajar con personas que padezcan esta enfermedad podría ser un factor para el desarrollo de burnout.

Los resultados de este estudio que explora el burnout en un grupo altamente experto de profesionales brinda información importante sobre los factores sociodemográficos, de comorbilidad y relacionados con la profesión que contribuyen al agotamiento en esta población, y sobre los cuales se originan nuevas líneas de investigación.

Limitaciones

Existen varias limitaciones para el presente estudio, incluido el uso de una técnica de muestreo no aleatorio, a conveniencia y una tasa de respuesta del 16.6 %, ya que éstos pueden no ser representativos de toda la población de los profesionales de la salud que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad.

El presente estudio también se limita a profesionales con los cuales la IBERO tiene acuerdos o convenios, lo que puede afectar la generalización de los hallazgos.

Se ha postulado que una encuesta voluntaria puede subestimar la tasa real de agotamiento, ya que sólo los trabajadores sanos pueden participar. Los que han sido extremadamente afectados pueden no estar trabajando en absoluto, o pueden haber dejado la profesión.

Debido a que una encuesta transversal es un diseño de estudio observacional, no se puede establecer causalidad de los resultados.

Falta de valoración de otras variables como por ejemplo categoría de IMC del profesional, remuneración del profesional, de las cuales se ha estudiado su asociación con el burnout y podrían estar influyendo en este grupo de profesionales para desarrollarlo.

Conclusiones

El profesional de la salud que trabaja con personas que viven con sobrepeso y obesidad presenta factores mayormente emocionales como son, estar diagnosticado con depresión y la influencia en la carga laboral por atender pacientes con depresión y/o ansiedad que podrían ser descritos como mediadores negativos en la calidad de la atención brindada, en el bienestar de los pacientes y en la salud laboral y general de este grupo de profesionales. Es decir, no solo es la preocupación por que el paciente pierda peso, sino todos los demás puntos identificados como focos de atención dentro de los cuales se enlistan la relación negativa entre el nivel de estudios, tener hijos y el agotamiento emocional, que cierto número de profesionales tiene una pérdida anual de pacientes mayor al 60 por ciento, que más del 50 por ciento trabaja más de ocho horas diarias, entre otros, los que se podrían interpretar como posibles riesgos para el desarrollo del burnout. Por lo que contar con apoyo psicológico es importante, al igual que el trabajo multidisciplinario y no saturarse de pacientes para de este modo contribuir a reducir el desarrollo de esta condición.

Trabajar con personas que viven con sobrepeso y obesidad, es decir la obesogénesis es compleja, no se puede abordar solo desde un punto de vista y los profesionales de la salud tienen que estar provistos con una serie de elementos que sean más afín con la intervención social, comunitaria, etc. y sobre todo estar bien regulados emocionalmente para poder trabajar con las demandas emocionales que transmiten los pacientes.

Las consecuencias negativas del agotamiento tanto para el empleado como para la organización requieren medidas preventivas para reducir el impacto de los factores de riesgo. Evaluar los estados emocionales de manera permanente para evitar que los profesionales se agoten, establecer un número de pacientes por día, no por la demanda sino con el objetivo de brindar un servicio de calidad y trabajar siempre interdisciplinariamente, es decir saber cuándo referir un paciente, con esto no quiere decir que este grupo de profesionales no tenga la capacidad o preparación sino más bien saber el momento oportuno para referir y de este modo beneficiar al paciente, o más bien la implementación de un modelo que primero detecte las necesidades de los pacientes y luego se refiera porque a lo mejor tienen otras condiciones médicas,

psicológicas, físicas, etc., son medidas que se podrían efectuar en aras de prevenir el burnout en este grupo de profesionales.

La capacitación que se requiere sobre estos aspectos también es importante, por ejemplo, la regulación emocional. Que el profesional se percate de que ciertos estados de ánimo están afectando su comportamiento, y como profesional de la salud esto es importante porque es la pauta para que se pueda ser eficiente en el trabajo y brindar atención de calidad, se considera una valiosa estrategia para coadyuvar en el alivio y prevención del síndrome de burnout.

Los datos descritos en esta investigación, sugieren que el agotamiento emocional es el aspecto más común del burnout experimentado por los profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad, por lo que cabe recalcar e informar a los tomadores de decisiones, que los diseños de intervenciones para esta población estén dirigidos hacia una mejor salud emocional.

Recomendaciones

Las futuras investigaciones deberán incluir una muestra mayor y realizarse a nivel nacional con el objetivo de explorar si los resultados encontrados reflejan de manera generalizada a toda la fuerza laboral de los profesionales de la salud que trabajan con personas que viven con sobrepeso y obesidad en México.

Deberán realizarse investigaciones más a fondo donde se estudie la relación entre las comorbilidades de los profesionales y la presencia del burnout explorando cada uno de sus componentes, con énfasis en el agotamiento emocional, a pesar de ser según la literatura revisada la dimensión más común y el componente más afectado en el grupo de profesionales de este estudio.

Formalizar la realización de evaluaciones en escenarios en los que se trabaje con personas que viven con obesidad, para determinar la presencia de burnout cada cierto tiempo, se considera una iniciativa valiosa. Esto con la finalidad de poder explorar cómo se encuentra el personal en cuanto a la relación trabajo y demanda. Se deberían implementar estrategias de seguimiento o grupos de autoayuda dentro de la institución cuando se identifica que una persona o grupo de profesionales se encuentren en riesgo de burnout o en casos más severos padeciéndolo.

Para investigaciones futuras en esta población de profesionales se recomienda a parte de utilizar el instrumento de evaluación multidimensional –MBI- ,utilizar en conjunto uno que evalúe la presencia o riesgo de depresión, esto debido a los resultados arrojados en esta investigación, donde el componente emocional parece tener un papel especial en el desarrollo del burnout y de acuerdo con la percepción de que los criterios de diagnóstico para este síndrome no son sólidos y varían según los puntos de corte utilizados, la definición o la herramienta de evaluación.

Debido a que el síndrome de burnout en el profesional de la salud se considera un factor en la calidad de la atención, se debe continuar con la investigación para conocer más sobre la consistencia y la magnitud de esta relación.

Investigaciones prospectivas para establecer la presencia de los componentes del burnout, así como establecer causalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Greenway FL. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int J Obes* [Internet]. 2015;39(8):1188–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2015.59>
2. Gavin AR, Rue T, Takeuchi D. Racial/ethnic differences in the association between obesity and major depressive disorder: Findings from the comprehensive psychiatric epidemiology surveys. *Public Health Rep.* 2010;125(5):698–708.
3. Martínez JR, Baile JI, González MJ. Estudio de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en un centro penitenciario español. *Nutr Hosp* [Internet]. 2014 ;30(6):1237–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014001300006
4. Clemente M, Queipo MI, Fernandez D, Gomez R, Tinahones FJ, Cardona F. Adipose tissue gene expression of factors related to lipid processing in obesity. *PLoS One* [Internet]. 2011;6(9):1-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21966368>
5. World Health Organization (WHO). Overweight and obesity. WHO; 2018. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
6. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Ciudad de Mexico: INEGI; 2018.
7. Tchernof A, Després JP. Pathophysiology of human visceral obesity: An update. *Physiol Rev.* 2013;93(1):359–404.
8. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019:1-11.
9. Chávez K, Tena EA. Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. 1^{ra} ed. Ciudad de Mexico: El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2018.
10. Millen BE, Wolongevicz DM, Nonas CA, Lichtenstein AH. 2013 American Heart Association/American College of Cardiology/The Obesity Society Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults: Implications and New Opportunities for Registered Dietitian Nutritionists. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2014;114(11):1730–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2014.07.033>
11. García J, Osca A. Effect sizes and cut-off points: a meta-analytical review of burnout in latin American countries. *Psychol Heal Med.* 2018:1-5.
12. Merino MJ, Carrera FJ, Arribas N, Martínez A, Trull E, Fikri N. Burnout in the staff of a chronic care hospital. *Rev Saude Publica.* 2018;52(45):1–11.
13. Ramírez MR, Otero P, Blanco V, Ontaneda MP, Díaz O, Vázquez FL. Prevalence and correlates of burnout in health professionals in Ecuador. *Compr Psychiatry.* 2018;82:73–83.

14. Warren CS, Schafer KJ, Crowley MEJ, Olivardia R. Demographic and work-related correlates of job burnout in professional eating disorder treatment providers. *Psychotherapy*. 2013;50(4):553–64.
15. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2018;320(11):1131–50.
16. Molina J, Ramirez L, Gómez JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas GA. Levels of burnout and risk factors in medical area nurses: A meta-analytic study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1-16.
17. Smith KB, Smith MS. Obesity Statistics. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2016;43(1):121–35.
18. Saxena I, Kumar M. Obesity discrimination in healthcare. *Eur J Intern Med [Internet]*. 2017:1-2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.006>
19. Rand K, Vallis M, Aston M, Price S, Piccinini-Vallis H, Rehman L, et al. “It is not the diet; it is the mental part we need help with.” A multilevel analysis of psychological, emotional, and social well-being in obesity. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2017;12:1-14.
20. Ueland V, Furnes B, Dysvik E, Rørtveit K. Living with obesity — existential experiences. *Int J Qual Stud Health Well-being [Internet]*. 2019;14(1):1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1651171>
21. Schaefer JT, Zullo MD. US Registered Dietitian Nutritionists’ Knowledge and Attitudes of Intuitive Eating and Use of Various Weight Management Practices. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(9):1419–28.
22. Bleich SN, Bandara S, Bennett W, Cooper LA, Gudzone KA. Enhancing the role of nutrition professionals in weight management: A cross sectional survey. *Obes (Silver Spring)*. 2016;23(2):454–60.
23. Miedema B, Bowes A, Hamilton R, Reading S. Assessing the efficacy of a group mediated nutritional knowledge intervention for individuals with obesity. *Can J Diet Pract Res*. 2016;77:206–9.
24. Gómez D, Ortiz MS, Saiz JL. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: Una revisión de la literatura. *Rev Med Chil*. 2017;145:1160–4.
25. Ogden J, Clementi C. The experience of being obese and the many consequences of stigma. *J Obes*. 2010:1-9.
26. Fernandes J, Ferreira F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes Rev*. 2017;19(1):1-10.
27. Foreyt JP, Walker S. The role of the behavioral counselor in obesity treatment. *J Acad Nutr Diet*. 1998;98(10 Suppl 2):S27-30.
28. Perdue C. Emotional Intelligence , Job Satisfaction , and Burnout for Dietitians.[Tesis doctoral]. Minneapolis (MN) Walden Univ.; 2016.
29. Petrin C, Kahan S, Turner M, Gallagher C, Dietz WH. Current attitudes and

- practices of obesity counselling by health care providers. *Obes Res Clin Pract* [Internet]. 2017;11:352–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2016.08.005>
30. Bleich SN, Bandara S, Bennett WL, Cooper LA, Gudzone KA. U.S. Health Professionals' Views on Obesity Care, Training, and Self-Efficacy. *Am J Prev Med*. 2015;48(4):411–418.
 31. Barr SI, Yarker K V., Levy-Milne R, Chapman GE. Canadian dietitians' view and practices regarding obesity and weight management. *J Hum Nutr Diet*. 2004;17(6):503–12.
 32. Osland EJ. An investigation into the Professional Quality of Life of dietitians working in acute care caseloads: Are we doing enough to look after our own? *J Hum Nutr Diet*. 2015;28(5):493–501.
 33. Gingras J, de Jonge LA, Purdy N. Prevalence of dietitian burnout. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23:238–43.
 34. Milosavljevic M, Noble G. Burnout levels among dietitians working in the New South Wales public hospital system: A cross-sectional statewide survey. *Nutr Diet*. 2015;72:101–6.
 35. Eliot KA, Kolasa KM, Cuff PA. Stress and Burnout in Nutrition and Dietetics: Strengthening Interprofessional Ties. *Nutr Today*. 2018;53(2):63–7.
 36. Garvey WT, Garber AJ, Mechanick JI, Bray GA, Dagogo-Jack S, Einhorn D, et al. AACE/ACE American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the 2014 Advanced Framework for a New Diagnosis of Obesity as a Chronic Disease. *Endocr Pract*. 2014;20(9):977–89.
 37. Freedhoff Y, Sharma AM. *Best Weight. A practical Guide To Office-Based Obesity Management*. Canada: Canadian Obesity Network; 2010. 106 p.
 38. Raynor HA, Champagne CM. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interventions for the Treatment of Overweight and Obesity in Adults. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(1):129–47.
 39. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: A report of the American College of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines and the obesity society. *Circulation*. 2014;129(25 SUPPL. 1):1–70.
 40. Ríos MI, García M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;59:60–7.
 41. De Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*. 2019.
 42. Fernández MV, Zarate RA, Lartigue T. ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Enfermería Univ*. 2010;7(1):23-35.

43. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17(264):1–13.
44. Bridgeman PJ, Bridgeman MB, Barone J. Burnout syndrome among healthcare professionals. *Am J Heal Pharm*. 2017;74(3):576–81.
45. Westwood S, Morison L, Allt J, Holmes N. Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. *J Ment Heal [Internet]*. 2017:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09638237.2016.1276540>
46. GómezT, Martín J, Gálvez M, Tapias E, Beamud M, Mingote JC. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*. 2013;(173):1-7.
47. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. 2017;32(4):475–82.
48. Gómez R, Alonso M, Lucía Llamazares ML. Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) in a Sample of Spanish Social Workers. *J Soc Serv Res [Internet]*. 2019;45(2):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01488376.2018.1480549>
49. Hamilton K, Pellatt T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Prim Heal Care Res Dev*. 2018;19(6):591–7.
50. Schoonover KL, Hall-Flavin D, Whitford K, Lussier M, Essary A, Lapid MI. Impact of Poetry on Empathy and Professional Burnout of Health-Care Workers: A Systematic Review. *J Palliat Care*. 2019;35(2):127–32.
51. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS One*. 2015;10(8):1–22.
52. De Oliveira AM, Tolentino M, Freire T, Cruz L. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms An analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. *Med (United States)*. 2018;97(49):1-10.
53. Bambula F, Gómez C. La investigación sobre el síndrome de burnout en latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicol desde el Caribe*. 2016;33(1):113–31.
54. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2014:1-13.
55. Önder Ç, Basim N. Examination of developmental models of occupational burnout using burnout profiles of nurses. *J Adv Nurs*. 2008;64(5):514–23.
56. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. The Maslach Burnout Inventory Manual. *ResearchGate [Internet]*. 1996;(May 2016):191–217. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>

57. Lartigue T, Fernández V. EL ESTRÉS LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA. In: Villanueva AR y, editor. Enfermería: una profesión de alto riesgo. 1ra Edició. México, D.F.: Plaza y Valdés, S.A. de C.V.; 2000.: Plaza y Valdés Editores; 2000. p. 167–222.
58. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):215-30.
59. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(7):1-12. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
60. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017;92(1):129–46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
61. Molero M del M, Pérez M del C, Gázquez JJ, Barragán AB. Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile. *Front Psychol*. 2018;9(424):1–6.
62. Lesage FX, Berjot S, Altintas E, Paty B. Burnout among occupational physicians: A threat to occupational health systems? - A nationwide cross-sectional survey. *Ann Occup Hyg*. 2013;57(7):913–9.
63. Palmer Y, Prince R, Searcy R, Compean B. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clin*. 2007;17(5):256–60.
64. Ahola K, Pulkki-Råback L, Kouvonen A, Rossi H, Aromaa A, Lönnqvist J. Burnout and behavior-related health risk factors: Results from the population-based Finnish health 2000 study. *J Occup Environ Med*. 2012;54(1):17–22.
65. Bria M, Baban A, Dumitrascu DL. Systematic review of burnout risk factors among european healthcare professionals. *Cogn Brain, Behav*. 2012;16(3):423–52.
66. Hernández CI, Dickinson ME, Ortega MA. El síndrome de desgaste profesional Burnout en médicos mexicanos. *Rev Fac Med UNAM*. 2008;51(1):11–15.
67. Juárez A, Idrovo AJ, Camacho A, Placencia O. Síndrome de burnout en población mexicana : Una revisión sistemática. *Salud Ment*. 2014;37(2):159–76.
68. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, et al. Obesity pathogenesis: An endocrine society scientific statement. *Endocr Rev*. 2017;38(4):1-30.
69. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman ATF, Brenes GA, Newman AB, Satterfield S et al. Obesity and Onset of Significant Depressive symptoms: Results from a community-based cohort of older men and women. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(4):391–9.
70. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*. 2009:1-24.

71. Hung CF, Rivera M, Craddock N, Owen MJ, Gill M, Korszun A, et al. Relationship between obesity and the risk of clinically significant depression: Mendelian randomisation study. *Br J Psychiatry*. 2014;204(1):1-5.
72. Ortega C, López F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas1. *Int J Clin Heal Psychol*. 2004;4(1):137-60.
73. Hernandez R, Fernandez C, Baptista M. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION [Internet]. 6ta ed. Vol. 3. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. 600 p. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
74. Meda RM, Moreno B, Rodríguez A, Morante ME, Ortiz GR. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicol y Salud*. 2008;18(1):107-16.
75. Toral R, Aguilar G, Juárez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med*. 2009;59(1):8-13.



CUESTIONARIO SOBRE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD

1. Consentimiento Informado

Departamento de Salud IBERO

Título del proyecto: Prevalencia de Burnout y Factores asociados en Profesionales de Salud que atienden Personas que Viven con Sobrepeso y Obesidad

JUSTIFICACIÓN

El síndrome de burnout (SBO), sinónimo de “agotamiento” se define como una especie de mala adaptación crónica al estrés laboral con consecuencias tanto a nivel intrapersonal como para el sistema sanitario, debido mayormente a factores de riesgo sociodemográficos, estilo de vida y de comorbilidades. Por otro lado, la obesidad es un problema de salud pública en México con una prevalencia de 39.1% sobrepeso y 36.1% obesidad.

Por estos datos consideramos de interés estudiar a los profesionales que atienden a personas que viven con obesidad, ya que deben contar con las herramientas y competencias necesarias para prevenir y manejar el SBO para así poder brindar una atención óptima a la población mexicana que vive con obesidad.

OBJETIVOS

Objetivo General: Identificar la prevalencia de burnout y factores de riesgo asociados en profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad en la Ciudad de México octubre 2019 – mayo 2020.

PROCEDIMIENTO

Su participación en el estudio consiste en completar un cuestionario que se compone de dos sesiones. La primera consta de 17 preguntas en las cuales deberá dar clic en la que considere más apropiada para su respuesta. Una vez concluida le dará un clic a la opción página siguiente la cual contiene la segunda sesión con un total de 22 preguntas. Una vez concluida esta parte deberá hacer clic en la opción de listo y/o finalizar y enviar.

Mínimos riesgos de este estudio. No existe riesgo de ningún tipo en la obtención de los datos proporcionados por los participantes.

Los datos acerca de su identidad y su información personal no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de su información. Los resultados serán publicados en una revista académica nacional e internacional.

Beneficios: Este estudio no está diseñado para beneficiarle directamente. Sin embargo, la búsqueda de la prevalencia de burnout, evaluación de las características sociodemográficas y de empleabilidad en profesionales de la salud que atienden a personas que viven con sobrepeso y obesidad podrían permitir desarrollar nuevas estrategias terapéuticas y con esto hacer una prevención más personalizada.

Información de resultados y alternativas de tratamiento: En caso de aceptar participar deberá estar consciente de que no recibirá un informe sobre los resultados finales obtenidos de este estudio. Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar no habrá ningún tipo de repercusión.

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al profesional de salud participante la naturaleza, los propósitos de la investigación, los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado sus preguntas tanto como mi conocimiento me lo permite. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Dr. Edgar Antonio Tena Suck
Nombre del investigador

Esta parte debe ser completada por el participante:

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. He leído y comprendo la información relativa al estudio y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Por ello, mi decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria, si decido participar en el estudio puedo retirarme en el momento que lo desee y puedo no informar sobre las razones de mi decisión si así lo deseo, la cual será respetada en su integridad. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para mí en caso de no aceptar la invitación, soy consciente que para la realización de los estudios no tendré que hacer gasto alguno y no recibiré pago por mi participación.

La información obtenida en este estudio en especial la referente a mis datos personales, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores y resguardada en la Institución.

Lugar, fecha y hora:

Ciudad de México 02/03/2020 8:00 a.m.

En caso de dudas o aclaraciones referente al estudio comunicarse con el investigador responsable o alguno de los colaboradores del equipo:

Dr. Antonio Tena Suck, Coordinador de la Clínica de Bienestar Universitario. Departamento de Psicología Universidad Iberoamericana.

Oficina: ++52(55) 91774400 ext 7478. Fax: ++52(55)5950-4289. Antonio.tena@ibero.mx. Prolongación Paseo de la Reforma número 880, Colonia Lomas de Santa Fe, Delegación Álvaro Obregón, Código Postal 01219, en la Ciudad de México.

Dra. Miriam Teresa López Teros, Coordinadora de la Especialidad en Nutrición Gerontológica. Departamento de Salud Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. Tel. 5950-4000, ext.4638. miriam.lopez@ibero.mx <http://saludnutricion.ibero.mx/>

(La información obtenida en este estudio sobre la identidad del participante, así como todos los datos personales, representan información confidencial, de conformidad con el artículo 18, 19 y 21 de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Gubernamental.)

* 1. Acepto participar en el estudio de investigación: Prevalencia de Burnout y Factores Asociados en Profesionales de Salud que atienden Personas que Viven con Sobrepeso y Obesidad.

Si

No

CUESTIONARIO SOBRE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD

2. Sección I. Características sociodemográficas

En esta sección del cuestionario usted encontrará un total de 17 preguntas las cuales son de opción múltiple y deberá escoger la que considere adecuada dándole un clic en el círculo o cuadrado que marca la respuesta elegida por usted de acuerdo a su situación.

2. Sexo/Género:

Hombre

Mujer

3. Edad:

20-30

31-45

46-59

≥ 60

4. Estado civil:

Soltero (a)

Casado (a)

Unión libre

Separado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)

5. Nivel de estudios:

Primaria

Secundaria

Bachiller

Técnico

Licenciatura

Posgrado

Otro (especifique)

6. Profesión:

Médico

Nutriólogo

Enfermera/o

Especialista en obesidad

Psicólogo/a

Dietista

Diabetólogo

Preparador físico

Bariatra

7. Número de hijos:

1 -2

3-5

>5

Sin hijos

Otro (especifique)

8. En qué sector trabaja:

Público

Privado

Mixto

9. Tipo de contrato

Fijo

Temporal

Otro (especifique)

10. Cantidad de horas de trabajo al día

< 8

≥ 8

11. Número aproximado de pacientes vistos por día:

<5

5-10

11-16

> 16

Otro (especifique)

12. En cuál de las siguientes categorías se encuentran la mayoría de los pacientes con los cuales trabaja

Normopeso (IMC >18 a 24.9 kg/m²)

Sobrepeso (IMC ≥ 25.0 -29.9 kg/m²)

Obesidad Grado I (IMC 30.0 - 34.9 kg/m²)

Obesidad Grado II (IMC 35.0 – 39.9 kg/m²)

Obesidad Grado III (≥ 40 kg/m²)

13. Porcentaje aproximado de casos no exitosos o abandono de pacientes anual

10-20 %

30-50 %

60-80 %

≥ 80 %

14. Cuanto porcentaje de sus pacientes padecen de ansiedad o depresión?

Ninguno

10 al 20%

20 al 40%

Más del 50%

15. ¿Considera usted que repercute en su carga de trabajo el que sus pacientes padezcan ansiedad, depresión o alguna alteración emocional?

Si

No

16. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando con personas que viven con sobrepeso y obesidad?

- 2-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- > 15 años
- Otro (especifique)

17. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- Diabetes
- Hipertensión Arterial Sistémica
- Sobrepeso y Obesidad
- Dislipidemia
- Enfermedad cardiovascular
- Cáncer
- Depresión
- Ninguna

18. ¿Toma algún tipo de medicamento?

- Tranquilizantes (Diazepam, Arprasolan, Clonazepam)
- Sedantes o barbitúricos para dormir (Risperidona, Keticepina, Haloperidol)
- Anfetaminas o estimulante para adelgazar o dar energía (Axion, Ancefix)
- Antihipertensivos
- Hipoglucemiantes
- Hipolipemiantes
- Ninguno
- Otro (especifique)

CUESTIONARIO SOBRE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD

3. Sección II. Características relacionadas al trabajo

En esta sección usted encontrará un total de 22 preguntas y deberá escoger una opción de las seis disponibles que se presentan, las cuales expresan con qué frecuencia en una escala del 0 (nunca) al 6 (Diariamente) experimenta estos sentimientos, donde 0 representa menor frecuencia y 6 mayor frecuencia en intervalos distintos de tiempo.

MASLACH BURNOUT INVENTORY							Frecuencia
0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Diariamente	
Marcar con una cruz la casilla correspondiente según la numeración de la tabla anterior							

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	0	1	2	3	4	5	6
4	Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	0	1	2	3	4	5	6
7	Trato muy eficazmente los problemas personales	0	1	2	3	4	5	6
8	Me siento quemado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
9	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de otras personas	0	1	2	3	4	5	6
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo mucho emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento muy activo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Creo que estoy trabajando demasiado	0	1	2	3	4	5	6
15	Realmente no me preocupa lo que ocurre a algunos de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabajar directamente con las personas me produce estrés	0	1	2	3	4	5	6
17	Me siento estimulado después de trabajar en contacto con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento acabado	0	1	2	3	4	5	6
21	En mi trabajo, trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Anexo 2. Cronograma de Actividades

Meses	Agto 2019	Sept 2019	Oct 2019	Nov 2019	Dic 2019	Enero 2020	Feb 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	
Desarrollo del protocolo	Yellow			Grey								
Diseño del instrumento	Yellow							Grey				
Recolección	Grey							Yellow			Grey	
Selección	Grey			Yellow			Grey					
Análisis de resultados	Grey								Yellow		Grey	
Discusión y conclusión	Grey								Yellow		Grey	
Entrega final	Grey										Yellow	
Presentación	Grey										Yellow	