

ORIGINAL

Satisfacción laboral y violencia en la relación clínica en Fisioterapia en España



Tania Boo-Mallo^a, Alicia Martínez-Rodríguez^{a,*} y Antía Domínguez-Rodríguez^b

^a Grupo de investigación en Intervención psicosocial y rehabilitación funcional, Departamento de Fisioterapia, Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidade da Coruña, A Coruña, España

^b Equipo de investigación Sociedades en Movimiento (ESOMI), Departamento de Sociología y Ciencias de la Comunicación, Universidade da Coruña, A Coruña, España

Recibido el 24 de abril de 2024; aceptado el 27 de junio de 2024

PALABRAS CLAVE

Fisioterapeutas;
Violencia laboral;
Satisfacción en el
trabajo

Resumen

Objetivo: Conocer la satisfacción laboral (SL) de los/las fisioterapeutas en España según el efecto de la violencia ocupacional y otros factores sociodemográficos, de salud y laborales.

Diseño: Estudio transversal.

Emplazamiento: Todos los niveles de atención (atención primaria, comunitaria y hospitalaria) y sector público y privado en España.

Participantes: Fisioterapeutas que han trabajado al menos 3 meses en el último año con respuesta completa a las variables de interés (n = 2.590).

Mediciones principales: Valoración de la SL, variables sociodemográficas, laborales, del estado de salud y sintomatología y de padecimiento de violencia laboral. Se realizó un análisis descriptivo y tres modelos de regresión logística.

Resultados: La SL media de los/las fisioterapeutas es de 7,26 puntos, llegando a 8, o más, en el 46,8% de los casos, con mayor porcentaje en hombres. Referir no haber padecido violencia psicológica se relacionó con una mayor probabilidad de tener SL, incluso controlando por el resto de las variables estudiadas (OR¹ = 0,485; OR² = 0,611; OR³ = 0,697, respectivamente, para cada modelo).

Las variables vinculadas a la salud (estado de salud, síntomas, consumo de tabaco/alcohol/ otras sustancias) y al ámbito laboral (jornada, área laboral, autonomía, relación con superiores/compañeros/as) se relacionaron de forma estadísticamente significativa con la SL.

Conclusiones: Casi el 47% de las personas encuestadas presentaron valores de SL muy elevados. Ciertas áreas de trabajo, así como factores positivos de la salud, se han vinculado con una muy alta SL. La violencia psicológica es la forma de violencia que, independientemente de los otros factores analizados, conlleva una menor SL.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alicia.martinez@udc.es (A. Martínez-Rodríguez).

KEYWORDS

Physical therapists;
Workplace violence;
Job satisfaction

Job satisfaction and violence in the clinical relationship in Physical Therapists in Spain**Abstract**

Objective: To assess the job satisfaction (JS) of physiotherapists in Spain and their relationship with occupational violence, as with other socio-demographic, health, and occupational factors.
Design: A cross-sectional study was conducted.

Setting: Primary, community, and hospital attention level at public and private care in Spain.
Participants: Physiotherapists in Spain who have been working for at least 3 months during the last year, and with complete answer to the required variables (n = 2,590).

Main measurements: Information was collected through a questionnaire distributed online. A descriptive quantitative analysis and 3 logistic regression models were performed. In the first model, sociodemographic and violence variables were included as independent variables, in the second, health-related variables, and in the third, occupational variables.

Results: The average JS of physiotherapists is 7.26 points, being 8 or more in 46.8% of the cases, with a higher percentage in men¹. Referring not having suffered psychological violence was related to a higher probability of having JS, even controlling for the rest of the variables studied (OR¹ = 0.485; OR² = 0.611; OR³ = 0.697, respectively for each model).

Variables related to health (state of health, symptoms, consumption of tobacco/alcohol/other substances) and to the work environment (working day, work area, autonomy, relationship with superiors/colleagues) were statistically significantly related to JS.

Conclusions: Almost 47% of the respondents had very high JS values. Certain areas of work as well as positive health factors have been linked to very high JS. Psychological violence is the form of violence that, independently of the other factors analysed, leads to lower JS.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

Existen numerosas definiciones de la satisfacción laboral (SL), y una de las más utilizadas es la de Locke: «un estado emocional positivo y placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto»¹. La SL en las profesiones sanitarias fluctúa en función de la categoría profesional o la ubicación geográfica en la que se desarrolla el trabajo. En el caso de la Fisioterapia, algunos estudios han mostrado que estos/as profesionales presentan un alto grado de satisfacción con su trabajo²⁻⁴.

Aunque la SL puede ser valorada de forma global, como ítem único, también se constituye en base a múltiples factores, tales como carga laboral u oportunidades de ascenso, entre otras⁵. Concretamente, en fisioterapeutas, mientras que factores sociodemográficos como la edad, el sexo o el estado civil han presentado variaciones según los estudios^{3,4,6}, trabajar de autónomo o en instituciones privadas incrementa la SL^{3,4}. Existen otros factores, como la tensión en las relaciones interpersonales y el padecimiento de violencia en el lugar de trabajo^{7,8}, que se han relacionado con la SL tanto a nivel nacional como internacional⁹⁻¹². Según la OMS, la violencia ocupacional (VO) consiste en «situaciones en las que el personal de un centro de trabajo sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su actividad laboral, que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud (física y/o psíquica)»¹³. Incluye la violencia física (VF), la violencia psicológica y/o verbal (VPV), pero también la violencia sexual (VS). Este último tipo específico de violen-

cia se ha relacionado con la sexualización en determinadas terapias afines¹⁴.

En Europa, los principales agentes causantes de violencia son los/las pacientes, seguidos de familiares y acompañantes¹⁵. La prevalencia de la VO ejercida por pacientes/familiares/acompañantes depende, concretamente, del tipo de violencia al que se refiera. Por ejemplo, la VS, en el ámbito de la Fisioterapia, se sitúa en el 81% a lo largo de la carrera profesional¹⁶, mientras que la violencia física y/o verbal lo hace entre el 66,7%¹⁷ y el 73%¹⁸. Teniendo en cuenta que la VO es un fenómeno en aumento en las profesiones sanitarias y que presenta una prevalencia mayor que en otros sectores¹⁹, su relación con la SL podría ser determinante.

La SL se ha relacionado con consecuencias negativas como la depresión²⁰, mientras que se ha vinculado a factores positivos tales como una mayor productividad²¹ y una mejora en compromiso organizacional²². Igualmente se ha mostrado que la satisfacción del personal repercute en la del paciente²³ y puede relacionarse con la calidad del cuidado²⁴. Una elevada SL, además, se relaciona con la disminución de los errores cometidos por los/las profesionales y promueve que estos/as sean más proclives a notificarlos²⁵. Precisamente, por todo ello, la SL constituye una variable relevante para las organizaciones para atraer y preservar el talento. Esta situación resulta de extrema importancia si se tienen en cuenta dos condicionantes en el futuro próximo. En primer lugar, la creciente demanda de la población²⁶, pues según la OMS en torno al año 2050 la población mayor de 60 años, potenciales demandantes de fisioterapia, se habrá

duplicado²⁷. En segundo lugar, la elevada tasa de fisioterapeutas noveles que estiman abandonar la profesión en 10 años²⁸. En base a todo lo anterior, se observa que el fenómeno de la SL, importante para el/la profesional, el servicio que presta y la sociedad en conjunto, no ha sido abordado en profundidad en el campo de la fisioterapia y, menos aún, en relación con un factor que podría ser muy relevante: la violencia sufrida en el transcurso de la relación clínica.

Los objetivos del presente trabajo son: a) conocer la SL media de los/las fisioterapeutas españoles y b) conocer el efecto de la VO en relación con otras variables sociodemográficas, de salud y laborales que inciden sobre la SL.

Método

Diseño: estudio transversal

Población de estudio: fisioterapeutas colegiados/as en España, con experiencia laboral de al menos 3 de los últimos 12 meses. Se obtuvieron un total de 3.092 respuestas, de las cuales únicamente 2.590 sujetos cumplieron los criterios de inclusión: aceptar el consentimiento informado, brindar atención directa a pacientes y haber trabajado al menos 3 de los últimos 12 meses. En el año 2021 el Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España (CGCFE) tenía 62.691 colegiados/as, por lo que se estima una tasa de respuesta de aproximadamente el 5%, pues se desconoce cuántos/as fisioterapeutas de esta población cumplían los criterios de inclusión.

Medidas y variables: los datos fueron recabados a través de un cuestionario dirigido a conocer la prevalencia de la violencia ejercida exclusivamente por parte de pacientes, acompañantes o familiares en el ámbito clínico del personal de fisioterapia²⁹. Posteriormente, mediante el método Delphi, fue analizado por un panel de expertos/as (con vinculación personal [movimiento Me Too Fisio] o institucional en relación con la violencia), quienes propusieron diversas modificaciones, y, tras la realización de una prueba piloto en una muestra de conveniencia, se alcanzó la versión definitiva. Su difusión (activo de 10/01/22 a 14/03/22) se efectuó a través de correo electrónico a los colegios profesionales autonómicos (coordinado por el CGCFE) mediante la aplicación Microsoft Forms. En dicho cuestionario se definían y ejemplificaban los distintos tipos de violencia (física, psicológico-verbal y sexual) para que la persona pudiera identificar qué comportamientos había experimentado en el último año, de haber sido así.

La variable dependiente (SL) fue evaluada mediante un único ítem con una escala tipo Likert de 11 puntos (siendo 0 extremadamente insatisfecho y 10 extremadamente satisfecho). Se trata de una variable muy concentrada en los valores superiores, donde solamente el 13,6% puntúan 5 o menos, por lo que se realiza una categorización en tres nive-

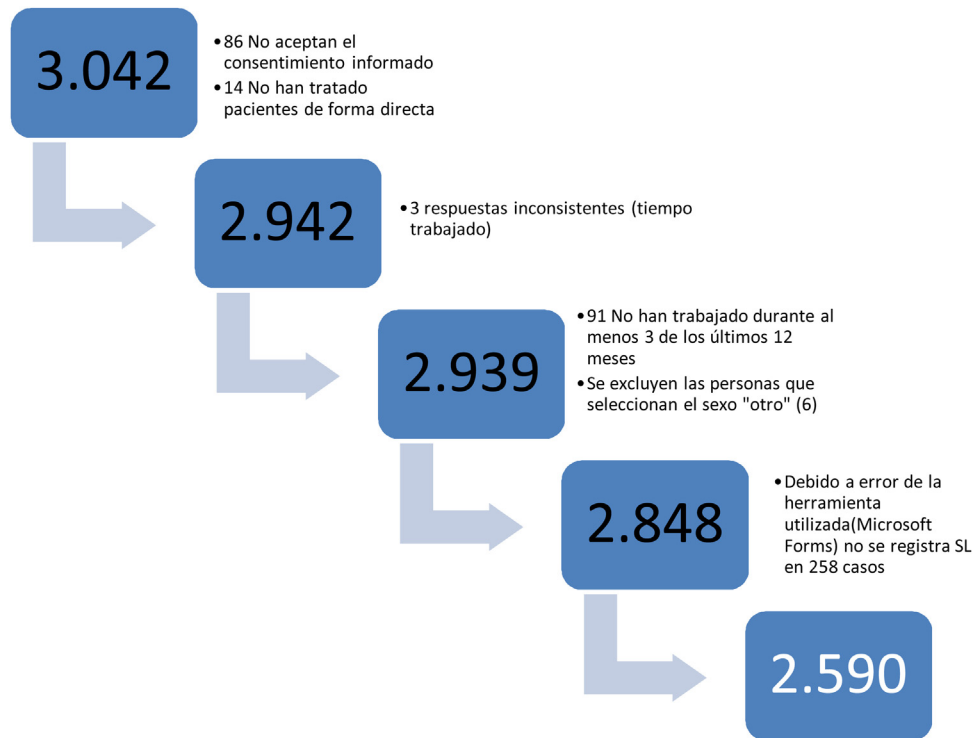
les de SL: medio-bajo (0-5), medio-alto (6-7) y muy alto (8-10), para el análisis univariado y bivariado y, posteriormente, se dicotomizó dicha variable para los modelos de regresión logística binarios en medio-bajo (valores de entre 0-7) y muy alto (valores de 8-10).

Se consideraron como variables independientes: laborales (jornada, titularidad, influencia significativa sobre las tareas/pausas, buena relación con compañeros y/o supervisores y tipo de institución/instalación de trabajo), de salud (estado de salud —último mes—, consumo de tabaco/alcohol/antidepresivos/tranquilizantes u otras drogas, presencia de síntomas —p.ej., tristeza, ansiedad, etc.—), sociodemográficas (sexo, edad...) y de padecimiento de las distintas violencias (VS, VF, VPV) ejercidas por pacientes/familiares/acompañantes. Para mejorar el ajuste de los modelos, se recodificó el estado de salud (uniéndose las categorías de «malo» y «muy malo»), el tipo de institución/instalación se sintetizó en 5 categorías, unificando bajo el epígrafe de «otros» las categorías de: asociaciones de pacientes, atención domiciliaria institución académica o investigadora y otro, y, por último, la variable «relaciones interpersonales» se redujo a 3 categorías al unificar la opción de malas relaciones con compañeros/as o con superiores con la de malas relaciones con ambas figuras.

Análisis estadístico

Se realizó con el software Stata versión 12. Se comenzó con un análisis descriptivo univariado, tanto para las variables continuas (media y desviación estándar [DE]) como para las variables categóricas (frecuencias absolutas y relativas). Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo bivariado a través de tablas de contingencia, donde se evaluó la asociación entre la variable dependiente SL categorizada en 3 niveles con las variables independientes mediante el chi-cuadrado.

Para analizar el efecto de las variables en la SL se emplearon modelos de regresión logística. Se crearon 3 modelos siguiendo el principio de parsimonia y previo análisis descriptivo bivariado: el primer modelo incluyó las variables sociodemográficas, de años de experiencia laboral y las variables sobre violencia (VS, VF, VPV); en el segundo modelo, además de estas variables, se incluyeron las variables relacionadas con la salud (estado de salud autopercebido, presencia de sintomatología y consumo de tranquilizantes/antidepresivos/analgésicos u otras drogas/alcohol/tabaco); por último, en el tercer modelo se añadieron las variables laborales (tipo de institución/instalación laboral, tipo de trabajo, autonomía laboral [influencia significativa sobre el trabajo, el ritmo, pausas], relación con los/as compañeros/os). Así, se analizaron las odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC).



Esquema del estudio. Estudio transversal para determinar la salud laboral de los fisioterapeutas en España.

Resultados

En la [tabla 1](#) se presentan las características de las personas encuestadas. La SL media fue de 7,26 (DE: 1,91), con el 47% de los/las profesionales presentando valores muy altos de SL. En general, los/las fisioterapeutas han indicado que: son mujeres, no tienen experiencia de violencia(s), caracterizan su estado de salud como «bueno» y no consumen sustancias. Sin embargo, el 65,3% señalaron haber padecido algún tipo de síntoma en los últimos 12 meses. En cuanto a la esfera laboral, la mayoría reflejaron trabajar a tiempo completo, en el ámbito privado, en el gabinete o consultorio privado, consideraban que tenían influencia sobre su trabajo (pausas, técnicas, ritmo) y se llevaban bien con sus superiores y compañeros/as.

El análisis bivalente se muestra en la [tabla 2](#). Todas las variables estudiadas han resultado ser estadísticamente significativas, a excepción de la titularidad del centro. Los hombres han obtenido porcentajes más elevados de SL. Por el contrario, el hecho de verse expuesto a VO en los últimos 12 meses, independientemente del tipo, se relaciona con una menor SL. En cuanto a las variables de salud, las personas que presentaron mejor estado de salud, ausencia de síntomas y de consumo de sustancias mostraron una SL más elevada. Con respecto a las variables laborales, el trabajo a tiempo completo y en el gabinete o consultorio privado y la opción «otro» versus al trabajo en atención primaria se relacionaron con valores más altos de SL, mientras que la inexistencia de buenas relaciones laborales y carecer de autonomía se asociaron a una SL más baja.

La [tabla 3](#) presenta los resultados de los modelos de regresión. En el modelo 1 todas las variables incluidas resultaron ser estadísticamente significativas, a excepción de la

edad (anulada por el efecto de la experiencia). Las violencias resultaron estar inversamente relacionadas con una muy alta SL, es decir, a presencia de violencia, menor SL. En cuanto al sexo, las mujeres presentan menor probabilidad de puntuar más alto en la SL. Al introducir las variables de salud, modelo 2, se observa cómo solamente la VPV (OR=0,61; IC 95%: 0,48-0,78) y los años de experiencia (OR=1,04; IC 95%: 1,01-1,06) siguen siendo significativos. Un mejor estado de salud (OR=1,72; IC 95%: 1,35-2,2) y una ausencia de síntomas (OR=2,08; IC 95%: 1,7-2,5) se relacionan con una mayor probabilidad de tener SL, mientras que el aumento del consumo de fármacos (últimos 12 meses) lo hace con presentar una menor SL (OR=0,71; IC 95%: 0,53-0,95). Al incluir las variables laborales, modelo 3, se mantienen las diferencias significativas de la VPV y de las variables de salud. El gabinete o consultorio privado (OR=2,08; IC 95%: 1,42-3,04) y las otras instalaciones distintas a hospitales/residencias en régimen ambulatorio o de internamiento tienen mayor probabilidad de tener muy buena SL (OR=2,03; IC 95%: 1,3-3,18), siendo la referencia el centro de atención primaria. La jornada parcial (OR=0,48; IC 95%: 0,38-0,61) y la ausencia de autonomía laboral (OR=0,41; IC 95%: 0,32-0,52) muestran significativamente una menor probabilidad de una alta SL.

Discusión

Este es de los primeros estudios en considerar la VO y las características laborales y de salud como factores relacionados con la SL de los/las fisioterapeutas en todo el territorio nacional.

Cabe señalar que casi la mitad de las/os profesionales indicaron valores ≥ 8 puntos, lo que se corresponde con

Tabla 1 Características de las personas respondientes

	n	%
<i>Satisfacción laboral</i>		
Medio-bajo (0-5)	353	12,39
Medio-alto (6-7)	904	31,74
Muy alto (8-10)	1.333	46,8
<i>Sexo</i>		
Hombres	718	27,72
Mujeres	1.866	72,05
Otro	6	0,23
<i>Violencia sexual</i>		
Sí	381	13,38
<i>Violencia física</i>		
Sí	148	5,2
<i>Violencia psicológica</i>		
Sí	449	15,77
<i>Estado de salud último mes</i>		
Muy bueno	489	18,88
Bueno	1.386	53,51
Regular	616	23,78
Malo y muy malo	99	3,82
<i>Consumo de tabaco o alcohol</i>		
Sí, pero ya los consumía previamente	135	4,74
Sí, he aumentado/iniciado su consumo en los últimos 12 meses	225	7,9
No	2.488	87,36
<i>Consumo de tranquilizantes/Antidepresivos/Analgésicos u otras drogas</i>		
Sí, pero ya los consumía previamente	586	22,63
Sí, he aumentado/iniciado su consumo en los últimos 12 meses	125	4,83
No	1.879	72,55
<i>Presencia de sintomatología^a</i>		
Sí	1.691	65,29
<i>Tipo de jornada</i>		
Trabajo a tiempo completo	2.049	79,11
Trabajo a tiempo parcial	541	20,89
<i>Titularidad del centro de trabajo</i>		
Privado	1.958	75,6
Público	632	24,4
<i>Influencia significativa sobre el trabajo</i>		
Sí	2.083	80,42
<i>Relaciones interpersonales</i>		
Buena, con mis compañeros/as o con mis superiores; malas con ambos	439	16,95
Buenas, con ambos	1.785	68,92
No procede (no tengo compañeros/as ni superiores)	366	14,13
<i>Tipo de institución/instalación</i>		
Centro de atención primaria	177	6,83
Centro en régimen ambulatorio (hospital, mutua, residencia o similar, centro de día)	486	18,76
Centro en régimen de internamiento (hospital, residencia o similar)	302	11,66
Gabinete o consultorio privado	1.340	51,74
Otros	285	11

^a Incluye: insomnio, falta de sueño/fatiga permanente; cambios de ánimo/irritabilidad; tristeza porque pensaba que no valía nada/ganas de llorar sin motivos y ansiedad o angustia.

los valores referidos por otros trabajos²⁻⁴. Sin embargo, esta cifra resulta algo superior a los valores encontrados en España^{30,31}, lo que podría deberse a diferente población analizada, pues esos trabajos se circunscribieron a una única comunidad autónoma y al sector público. Este trabajo buscaba también analizar la relación de la VO con la SL. Coincidiendo con otros estudios realizados en profesionales de la

salud, se ha mostrado una relación inversa con la SL^{8,9,11,12}. De forma específica, en este trabajo, únicamente la VPV permanece en los tres modelos, y esto podría explicarse de diferentes formas. En el caso de la VS, los hechos sucedidos más habitualmente tienden a ser de menor gravedad³², por lo que existe una mayor tendencia a que no sean considerados violencia. El hecho de que la VPV se mantenga presente

Tabla 2 Análisis bivariante con tres categorías de satisfacción laboral

	Medio-bajo	Medio-alto	Muy alto	p
<i>Sexo</i>				
Hombres	14,35	28,83	56,82	< 0,0001
Mujeres	13,4	37,3	49,3	
<i>Violencia sexual</i>				
No	12,43	33,76	53,81	< 0,0001
Sí	21,45	42,32	36,23	
<i>Violencia física</i>				
No	13	34,64	52,36	< 0,0001
Sí	25	39,71	35,29	
<i>Violencia psicológica</i>				
No	11,65	33,99	54,35	< 0,0001
Sí	23,87	39,62	36,52	
<i>Estado de salud último mes</i>				
Muy bueno	4,5	22,09	73,42	< 0,0001
Bueno	10,53	34,92	54,55	
Regular	21,43	45,78	32,79	
Malo y Muy malo	53,54	30,3	16,16	
<i>Consumo de tabaco o alcohol</i>				
Sí, pero ya los consumía previamente	15,53	32,94	51,54	< 0,0001
Sí, he aumentado/iniciado su consumo en los últimos 12 meses	23,2	51,2	25,6	
No	12,4	34,43	53,17	
<i>Consumo de tranquilizantes/Antidepresivos/Analgésicos u otras drogas</i>				
Sí, pero ya los consumía previamente	8,26	39,67	52,07	< 0,0001
Sí, he aumentado/iniciado su consumo en los últimos 12 meses	23,5	43	33,5	
No	13,05	33,94	53,02	
<i>Presencia de sintomatología^a</i>				
No	4,56	23,8	71,64	< 0,0001
Sí	18,45	40,8	40,75	
<i>Tipo de jornada</i>				
Trabajo a tiempo completo (35 h o más por semana durante más del 50% de tiempo trabajado en los últimos 12 meses)	12,69	32,41	54,9	< 0,0001
Trabajo a tiempo parcial (durante más del 50% del tiempo trabajado en los últimos 12 meses)	17,19	44,36	38,45	
<i>Titularidad del centro</i>				
Privado	14,4	34,42	51,17	0,123
Público	11,23	36,39	52,37	
<i>Influencia significativa sobre el trabajo</i>				
Sí	9,27	32,69	58,04	< 0,0001
No	31,56	43,98	24,46	
<i>Relaciones interpersonales</i>				
Buena, con mis compañeros/as o con mis superiores; malas con ambos	40,32	39,18	20,5	< 0,0001
Buenas, con ambos	8,52	36,41	55,07	
No procede (no tengo compañeros/as ni superiores)	6,56	22,4	71,04	
<i>Tipo de institución/instalación</i>				
Centro de atención primaria	9,6	43,5	46,89	< 0,0001
Centro en régimen ambulatorio (hospital, mutua, residencia o similar, centro de día)	17,7	40,33	41,98	
Centro en régimen de internamiento (hospital, mutua, residencia o similar)	18,54	46,36	41,98	
Gabinete o consultorio privado	11,27	30,15	53,58	
Otros	15,09	30,53	54,39	

^a Incluye: insomnio, falta de sueño/fatiga permanente; cambios de ánimo/irritabilidad; tristeza porque pensaba que no valía nada/ganas de llorar sin motivos y ansiedad o angustia.

Tabla 3 Regresión logística en relación a una muy alta satisfacción laboral

	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	OR	IC 95%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
<i>Edad</i>	1,015	0,994	1,036	1,014	0,992	1,036	1,021	0,997	1,045
<i>Experiencia laboral (años)</i>	1,036	1,014	1,059	1,035	1,012	1,059	1,016	0,991	1,041
<i>Sexo</i>									
Hombres									
Mujeres	0,749	0,624	0,899	0,925	0,760	1,124	0,996	0,807	1,229
<i>Violencia sexual</i>									
No									
Sí	0,734	0,571	0,943	0,902	0,692	1,175	0,930	0,701	1,235
<i>Violencia física</i>									
No									
Sí	0,636	0,434	0,931	0,764	0,511	1,142	0,915	0,587	1,427
<i>Violencia psicológica</i>									
No									
Sí	0,485	0,386	0,609	0,611	0,480	0,778	0,697	0,539	0,901
<i>Estado de salud último mes</i>									
Bueno									
Muy bueno				1,721	1,345	2,203	1,683	1,298	2,182
Regular				0,521	0,421	0,646	0,510	0,406	0,640
Malo (y muy malo)				0,241	0,137	0,427	0,346	0,189	0,633
<i>Presencia de sintomatología^a</i>									
Sí									
No				2,080	1,701	2,543	1,964	1,588	2,430
<i>Consumo de tranquilizantes/Antidepresivos/Analgésicos u otras drogas/Alcohol/tabaco</i>									
No									
Sí, consumo previo				1,076	0,880	1,317	1,087	0,877	1,348
Sí, incremento/inicio de consumo en los últimos 12 meses				0,710	0,529	0,954	0,665	0,487	0,909
<i>Tipo de institución/instalación</i>									
Centro de atención primaria									
Centro en régimen ambulatorio							1,173	0,786	1,752
Centro en régimen internamiento							0,900	0,579	1,401
Gabinete o consultorio privado							2,077	1,421	3,038
Otros							2,031	1,296	3,182
<i>Tipo de jornada</i>									
Completa									
Parcial							0,483	0,384	0,608
<i>Autonomía</i>									
Sí									
No							0,407	0,316	0,524
<i>Relaciones interpersonales</i>									
Buenas, con ambos									
Buena, con mis compañeros/as o con mis superiores; malas con ambos							0,296	0,223	0,393
No tengo compañeros/as/superiores							1,238	0,933	1,642
_cons	0,568	0,316	1,018	0,429	0,230	0,803	0,317	0,146	0,689
BIC	3.437,873	3.221,856	2.988,022						
Pseudo R2	0,050	0,124	0,270						

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

^a Incluye: insomnio, falta de sueño/fatiga permanente; cambios de ánimo/irritabilidad; tristeza porque pensaba que no valía nada/ganas de llorar sin motivos y ansiedad o angustia.

en los tres modelos puede ser debido a su relación con el agotamiento emocional⁹, a los altos niveles de problemas psicológicos derivados³³ o a que se produzca con una frecuencia mayor que otros tipos de violencia³⁴. Sin embargo, su efecto no parece ser muy relevante al contemplar otras variables (estado de salud, autonomía laboral o relaciones laborales). Esto podría deberse a la cultura de normalización de la violencia existente³⁵, que podría condicionar un menor impacto sobre la SL.

En cuanto otras variables como sexo, edad o experiencia laboral, se han obtenido conclusiones divergentes. Aunque existen estudios coincidentes que muestran que ser mujer se relaciona inversamente con la SL³, otros obtienen resultados opuestos^{4,36}, ilustrando la relación unívoca del sexo con la SL obtenida en una revisión sistemática³⁷. En cuanto a la edad, de forma opuesta a nuestro estudio, otros artículos^{4,36,37} sí mostraron relación, si bien existe coincidencia en que los/las profesionales con más experiencia tienen más posibilidad de puntuar mejor la SL³⁶. Esto puede deberse a que, normalmente, a mayor experiencia laboral, mayor edad. Además, al introducir variables laborales, la edad deja de ser relevante.

Los factores relativos a la salud se muestran significativos en todos los modelos, mostrando su relación con la SL, de modo similar a lo encontrado en otras profesiones sanitarias³⁷. También se ha puesto de manifiesto la relación de la SL con la violencia, sobre todo de carácter psicológico^{9,20}. Por lo tanto, aunque parece plausible que los problemas mentales puedan derivarse de la insatisfacción laboral, no podemos establecer relación causal, ya que, a su vez, es posible que los problemas psicológicos puedan disminuir la SL³⁸.

Con respecto a las variables laborales, se observa que los/las fisioterapeutas que ejercen su profesión como autónomos resultan tener una mayor SL^{3,4}. La actividad laboral en gabinetes o consultorios privados, así como en otras instituciones distintas de hospitales, residencias y centros de día, se relaciona con mayor satisfacción, seguidos de la atención primaria, dejando en última posición al centro en régimen de internamiento. Además, en el modelo 3 se evidencia la mayor probabilidad de buena SL del consultorio privado frente la atención primaria. Todo ello en consonancia con la ausencia de relación con compañeros/as/superiores, que está íntimamente ligada al trabajo autónomo, refuerza esta conexión con la literatura.

Coincidiendo con otros estudios³⁶, esta misma variable muestra cómo la situación opuesta, en la que existen ambas figuras y una buena relación con ellas, aumenta la SL. La variable «autonomía», al igual que en otros trabajos^{3,37}, implica la capacidad de toma de decisiones sobre el trabajo, los horarios o las técnicas empleadas.

La diferencia en los distintos tipos de sistemas sanitarios y entre las distintas opciones de centros existentes puede explicar la divergencia en la relación entre titularidad del centro y SL; mientras que en el presente trabajo no se encontraron diferencias significativas, en otros se ha relacionado bien con la titularidad privada⁴, o bien con la pública². Las personas con jornada partida presentan una SL menor, algo

que coincide con la literatura³⁹. Sin embargo, en otras investigaciones el aumento de horas de trabajo se relaciona con una menor SL^{12,20}, y esto puede ser debido a que se contemple el exceso de horas como horas extra y no a la diferencia entre jornada parcial/completa.

Como limitaciones, debe tenerse presente que dicho estudio fue realizado coincidiendo con la pandemia global por el SARS-CoV-2. En dicho período se limitó la actividad laboral, especialmente en el ámbito privado de la fisioterapia⁴⁰, y esto pudo condicionar el nivel de ocupación y la SL. Precisamente por esta situación, resulta complejo determinar la población diana de este estudio, junto con el hecho de que no se dispone de información desglosada para conocer el número de fisioterapeutas activos en la práctica clínica y su dedicación en un momento determinado. En relación con el perfil de las personas que han respondido, encontramos mayor tasa de respuesta en mujeres (72%) frente a los datos aportados por el INE para el año 2021⁴¹ (62,4% de mujeres) y de personas pertenecientes al SNS⁴² (dato propio: 24%; INE: 12%); por contra, encontramos menor porcentaje de personas de 65 años o más (dato propio: 0,2%; INE: 1,5%). Esta situación podría afectar a la validez externa, si bien no es posible establecer una relación exacta al no existir una base de datos unificada de fisioterapeutas en activo y sus características demográficas y laborales.

Variables como la actividad laboral, con categorías de muy bajo nivel de respuesta, han tenido que agruparse bajo el epígrafe «otros», con la consiguiente pérdida de información. Lamentablemente, por el tipo de formulación de esa misma pregunta no es posible separar los distintos tipos de instalaciones recogidas en el mismo epígrafe (p.ej., separar mutuas de hospitales o residencias). Además, el factor salario se ha mostrado relacionado con la SL en otros estudios, y en el presente trabajo no ha sido consultado⁶.

Finalmente, cabe indicar que la herramienta de recogida de la información, seleccionada por cuestiones de confidencialidad, presentaba distintas limitaciones que pueden haber incidido en la pérdida de datos, lo que implica que los datos aquí presentados deben ser interpretados con cautela.

Conclusiones

La SL media de los/las fisioterapeutas se sitúa en torno a los 7 puntos, siendo igual o superior a 8 en el 46,8% de los casos, con mejor valoración en hombres que en mujeres.

En cuanto a la VO, la presencia del efecto de la VPV en la SL, incluso controlando por el resto de los factores estudiados, revela que es un elemento que debe tenerse en cuenta, pues es la única violencia que permanece en los tres modelos presentados.

Otros factores con impacto negativo en la SL son la percepción de un mal estado de salud, el aumento en el consumo de fármacos en los últimos 12 meses, la jornada parcial y la falta de autonomía en el trabajo. En cambio, la percepción de un muy buen estado de salud, la ausencia de síntomas y el trabajo en consultorios/gabinetes privados se relacionan con una mejor SL.

Lo conocido sobre el tema

- Existe una intención de abandono temprano de la profesión en fisioterapeutas.
- La satisfacción laboral de las y los fisioterapeutas en España no ha sido suficientemente estudiada.
- El personal sanitario es un colectivo vulnerable ante la violencia laboral, perteneciendo a los grupos con mayor riesgo.

Qué aporta este estudio

- La satisfacción laboral es alta en fisioterapeutas y es mayor en hombres, con mejor estado de salud y ausencia de sintomatología y en el área laboral de pediatría.
- La peor satisfacción laboral se ha encontrado en caso de haber padecido violencia psicológica/verbal por parte de pacientes o familiares y cuando el trabajo se desarrolla en el campo de la geriatría, en jornada parcial y con ausencia de autonomía laboral.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universidade da Coruña con el número (2021-005-2). Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y confirmaron la aceptación de un consentimiento informado. Se aplicaron las medidas necesarias, incluso con la selección de la herramienta de la encuesta, durante todo el proceso con el fin de mantener el anonimato de los datos de acuerdo con la normativa vigente y la Declaración de Helsinki.

Financiación

La investigación está ligada a una dotación del Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España para la evaluación de las violencias sufridas por los/las fisioterapeutas en España.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Locke E. The nature and causes of job satisfaction. En: Dunnette MD, editor. *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: Rand McNally; 1976.
2. Rosenberg MK, Bonsaksen T. Job satisfaction among psychomotor physiotherapists in Norway. *Inquiry*. 2022;59, 469580221126763.
3. Latzke M, Putz P, Kulnik ST, Schlegl C, Sorge M, Mériaux-Kratochvila S. Physiotherapists' job satisfaction according to employment situation: Findings from an online survey in Austria. *Physiother Res Int*. 2021;26:e1907.
4. Puhanić P, Erić S, Talapko J, Škrlec I. Job satisfaction and burnout in Croatian physiotherapists. *Healthc (Basel, Switzerland)*. 2022;10:905.
5. Lu H, Barribal KL, Zhang X, While AE. Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2012;49:1017–38.
6. Eker L, Tüzün EH, Daşkapan A, Sürenkük Ö. Predictors of job satisfaction among physiotherapists in Turkey. *J Occup Health*. 2004;46:500–5.
7. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. The association between workplace violence and physicians' and nurses' job satisfaction in macau. *PLoS One*. 2018;13:e0207577.
8. Galián Muñoz I, Llor Zaragoza P, Ruiz Hernández JA, Jiménez Barbero JA. Exposición a violencia de los usuarios y satisfacción laboral en el personal de enfermería de los hospitales públicos de la Región de Murcia. *An Sist Sanit Navar*. 2018;41: 181–9.
9. Cao Y, Gao L, Fan L, Zhang Z, Liu X, Jiao M, et al. Effects of verbal violence on job satisfaction, work engagement and the mediating role of emotional exhaustion among healthcare workers: A cross-sectional survey conducted in Chinese tertiary public hospitals. *BMJ Open*. 2023;13:e065918.
10. Bordignon M, Monteiro MI. Predictors of nursing workers' intention to leave the work unit, health institution and profession. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3219.
11. Stafford S, Avsar P, Nugent L, O'Connor T, Moore Z, Patton D, et al. What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *J Nurs Manag*. 2022;30:1852–60.
12. Zhou H, Jiang F, Rakofsky J, Hu L, Liu T, Wu S, et al. Job satisfaction and associated factors among psychiatric nurses in tertiary psychiatric hospitals: Results from a nationwide cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2019;75:3619–30.
13. Workplace violence in the health sector: country case study research instruments: Survey questionnaire. Geneva: World Health Organization; 2003 [consultado 3 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/workplace-violence-in-the-health-sector-country-case-study-research-instruments-survey-questionnaire>
14. Gleberzon B, Statz R, Pym M. Sexual harassment of female chiropractors by their patients: A pilot survey of faculty at the Canadian Memorial Chiropractic College. *J Can Chiropr Assoc*. 2015;59:111–21.
15. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:72–84.
16. Amanulla S, Saju I, Solé S, Campoy C, Martínez L, Pérez-Yus MC, et al. Inappropriate patient sexual behavior in physiotherapy: A systematic review. *Sustain*. 2021;13:13876.
17. Szczegieliński A, Skowronek A, Krzysztof K, Krupka-Matuszczyk I. Aggression in the work environment of physiotherapists. *Psychiatr Danub*. 2012;24:147–52.
18. Burns R, Magnier A, Guidon M. The prevalence of violence encountered by community physiotherapists in Ireland. *Physiother Irel*. 2005;26:3–6.
19. Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet*. 2014;383:1373–4.
20. Chowdhury SR, Kabir H, Mazumder S, Akter N, Chowdhury MR, Hossain A. Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses: A cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2022;17:e0274965.
21. Lorber M, Savič BS. Job satisfaction of nurses and identifying factors of job satisfaction in Slovenian hospitals. *Croat Med J*. 2012;53:263.
22. Muñoz Palomar DM, Vázquez de la Cruz PJ, Roque Martínez KPP, Aguilar Ramírez MG, Cajero Dimas A, Delgado Pardo JG, et al. Satisfacción laboral en relación a compromiso organizacional

- en suplentes de enfermería de un hospital general. *ENE Rev Enfermería*. 2022;16:2022.
23. Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, Filipovic J. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction – where is the linkage? *Hippokratia*. 2013;17:157.
 24. Aiken LH, Sermeus W, van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: Cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717.
 25. Rathert C, May DR. Health care work environments, employee satisfaction, and patient safety: Care provider perspectives. *J Am Med Assoc*. 2007;293:2384–90.
 26. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. 2021;396:2006–202017.
 27. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación. Organización Mundial de la Salud; 22 [22 de abril del 2024; consultado 3 Feb 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
 28. Mulcahy AJ, Jones S, Strauss G, Cooper I. The impact of recent physiotherapy graduates in the workforce: A study of Curtin University entry-level physiotherapists 2000-2004. *Aust Heal Rev*. 2010;34:252–9.
 29. Boo-Mallo T, Pérez-Caramés A, Domínguez-Rodríguez A, Alberto Quintela-del-Río A, Martínez-Rodríguez A. Elaboración de un cuestionario sobre violencia(s) sufrida(s) por profesionales del ámbito de la Fisioterapia. *Rev Esp Salud Publica*. 2023;97:e202306048.
 30. Mingo-Gómez MT, Navas-Cámara FJ, Bayona-Marzo IA, Pérez-Gallardo L, Fernández-Pérez OJ. Satisfacción laboral del fisioterapeuta en la sanidad pública de Castilla y León. *Fisioterapia*. 2012;34:251–6.
 31. Domingo Esteban S, Pinto-Carral A, Rodríguez Nogueira. Satisfacción laboral, grado de burnout y calidad de vida profesional de los fisioterapeutas de atención hospitalaria de Castilla y León. *Fisioterapia*. 2024;46:11–9.
 32. Boissonnault JS, Cambier Z, Hetzel SJ, Plack MM. Prevalence and risk of inappropriate sexual behavior of patients toward physical therapist clinicians and students in the United States. *Phys Ther*. 2017;97:1084–93.
 33. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011;43:203–10.
 34. Leźnicka MM, Zielińska-Więczkowska H. Violence in the workplace. The occurrence of the phenomenon in relation to health care workers. *Psychiatr Pol*. 2022;297:1–12.
 35. Daly T, Banerjee A, Armstrong P, Armstrong H, Szebehely M. Lifting the «violence veil»: Examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Can J Aging*. 2011;30:271–84.
 36. Al Eisa E, Tse C, Alkassabi O, Buragadda S, Melam GR. Predictors of global job satisfaction among Saudi physiotherapists: A descriptive study. *Ann Saudi Med*. 2015;35:46–50.
 37. Aloisio LD, Coughlin M, Squires JE. Individual and organizational factors of nurses' job satisfaction in long-term care: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;123:104073.
 38. Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2005;62:105–12.
 39. Baum A, Kagan I. Job satisfaction and intent to leave among psychiatric nurses: Closed versus open wards. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015;29:213–6.
 40. Impact of the COVID-19 pandemic on physiotherapy services globally. London: World Physiotherapy; 2021 [consultado 1 Mar 2023]. Disponible en: https://world.physio/sites/default/files/2021-03/Covid-Report_March2021_FINAL.pdf.
 41. Notas de prensa: Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2021. Instituto Nacional de Estadística; 2022 [consultado 27 May 2024]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/epsc_2021.pdf.
 42. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [consultado 27 May 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf.