

2020



IBEROAMERICANA
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA

Asociación entre condiciones psicosociales y laborales con la prevalencia de agotamiento laboral y eventos adversos en el servicio de fisioterapia y terapia respiratoria de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia: estudio transversal.

Camilo Andrés Estupiñan Ruiz
Andrés Daniel Gallego Ardila

Fisioterapia
Facultad de ciencias de la salud
Corporación Universitaria
Iberoamericana



Asociación entre condiciones psicosociales y laborales con la prevalencia de agotamiento laboral y eventos adversos en el servicio de fisioterapia y terapia respiratoria de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia: estudio transversal.

Association between psychosocial and working conditions with the prevalence of burnout and adverse events in the physiotherapy and respiratory therapy services of a high complexity hospital in Bogotá, Colombia: a cross-sectional study

Nombre Autor

Camilo Andrés Estupiñan Ruiz

Nombre Coautor

Andrés Daniel Gallego Ardila

Agosto, 10 2020

Agradecimientos

Haber finalizado este proceso de investigación formal, ha significado para nosotros uno de los mayores logros en el ámbito académico y profesional. Les agradecemos a la Corporación Universitaria Iberoamericana la oportunidad de seguir alcanzando las metas que nos proyectamos, así como compartir con gente valiosa que aportó significativamente a la correcta finalización de esta investigación. Nuestro especial reconocimiento es para:

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por sus 40 años de trayectoria promoviendo el desarrollo educativo, investigativo, económico y social del país, la promoción e integración de las personas con capacidades diferentes con una visión humana y constructiva de la sociedad.

A Ana Catalina Enciso Naranjo, directora del programa de fisioterapia, quien, con su liderazgo, experticia y conocimiento, estuvo presta a colaborar en cada uno de los procesos de esta investigación. Nuestros agradecimientos a Ana Catalina por su confianza y la oportunidad de desarrollar este proyecto en el marco del programa de fisioterapia de la Corporación Universitaria Iberoamericana.

Al grupo de Salud Pública liderado por la respetada líder Nohora Bohórquez, quien, con su gran dedicación y compromiso apoyó en el desarrollo del presente estudio ante distintos comités institucionales, facilitando el aval necesario para la materialización de esta investigación.

Al Hospital Infantil Universitario de San José, institución que, con su trascendencia histórica, social, investigativa y humanística, estuvo presta a través de su comité de investigaciones. A la coordinadora del servicio de rehabilitación, la fisioterapeuta Katherine Vanegas y la coordinadora de terapia respiratoria Dipsiela Hernández por permitirnos la aplicación de esta investigación en el personal asistencial de esta institución.

Resumen

Introducción: En Colombia, son escasos los estudios realizados sobre el agotamiento laboral y sus factores asociados frente a la generación de eventos adversos en servicios de salud, más aún, desde la práctica clínica en fisioterapeutas y terapeutas respiratorios. Este estudio analiza una problemática poco visible actualmente, el agotamiento laboral, exponiendo su importancia a la luz de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales podrán implementar estrategias dirigidas a mitigar sus causas y efectos sobre la presencia u ocurrencia de actos inseguros en la atención del paciente, lo que implica en una mayor calidad de la atención, eficiencia en el uso de recursos, y reducción de complicaciones y/o mortalidad en los pacientes.

Objetivos: Evaluar el impacto de los factores psicosociales y laborales frente a la presencia de agotamiento laboral, así como determinar la relación entre los factores psicosociales, laborales y el agotamiento laboral frente a la presencia de eventos adversos generados por fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia.

Metodología: Estudio transversal basado en una encuesta virtual a fisioterapeutas y terapeutas respiratorios, en la que se indagó sobre condiciones psicosociales y laborales, características de agotamiento laboral y eventos adversos en el último año en un hospital de alta complejidad de Bogotá. Se realizaron análisis descriptivos bivariados y multivariados a través del software estadístico SPSS v. 25.

Palabras Clave: evento adverso, agotamiento laboral, fisioterapia, terapia respiratoria

Abstract

Introduction: In Colombia, there are few studies carried out on burnout and its associated factors against the generation of adverse events in health services, even more so, from the clinical practice of physiotherapists and respiratory therapists. This study analyzes a problem that is not currently visible, job exhaustion, exposing its importance in the light of the healthcare institutions, which may implement strategies aimed at mitigating its causes and effects on the presence or occurrence of unsafe acts of patient care, which implies a higher quality of care, efficiency in the use of resources, and reduction of complications and / or mortality in patients.

Objectives: To evaluate the impact of psychosocial and working factors in the presence of burnout, and to determine the relationships between psychosocial and working factors and burnout that were related with the presence of adverse events generated by physiotherapists and respiratory therapists in a high complexity hospital in Bogotá, Colombia.

Methodology: A cross-sectional study based on virtual surveys applied to physiotherapists and respiratory therapists investigating psychosocial and work conditions, characteristics of burnout and adverse events in the last year in a high complexity hospital of Bogotá. Descriptive, bivariate and multivariate analyzes were carried out through the statistical software SPSS v. 25.

Key Words: effects adverse, Physical Therapy, Burnout

Tabla de Contenido

Introducción.....	9
Objetivos Generales:	10
Objetivos Específicos:.....	11
Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica.....	12
Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo	16
Enfoque metodológico de la investigación.....	16
Tipo de estudio	16
Muestra.....	16
Población de referencia	16
Criterios de inclusión	16
Criterios de exclusión	17
Tamaño de muestra.....	17
Áreas de estudio.....	17
Técnica de muestreo	17
Variables de estudio	17
Trabajo de campo.....	19
Control de calidad de los datos.....	¡Error! Marcador no definido.
Plan de gestión de datos	19
Control de errores y sesgos:.....	20
Posible sesgo de selección:	20
Posible sesgo de información:	20
Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	20
Capítulo 3 - Resultados	21
Capítulo 4 - Discusión	28
Capítulo 5 - Conclusiones	29
5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo	30
5.2 Producción asociada al proyecto	30
5.3 Líneas de trabajo futuras	¡Error! Marcador no definido.

Anexos ¡Error! Marcador no definido.
Referencias 31

Índice de Tablas

Tabla 1: cuadro de variables 18

Índice de Figuras

Índice de Anexos

Introducción

La Organización Mundial de la Salud estimó que cada año millones de pacientes padecen lesiones o mueren como consecuencia de la atención insegura que reciben en las instituciones de salud (OMS, 2002). Dentro de la prevalencia de los eventos adversos se encuentra que los cinco más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales, las infecciones de herida quirúrgica, úlceras por presión, otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento, y sepsis o bacteriemia. Aumentando el gasto de recursos económicos con el resultante del deterioro de la condición de salud, los cuales se ven agravados por la edad, el pronóstico de la enfermedad principal, el tiempo de permanencia hospitalaria y, por último, el tipo de servicio (MSPS, 2010).

Según el estudio IBEAS solo en Estados Unidos estos episodios son la sexta causa de muerte por encima de la diabetes, influenza, neumonía, enfermedad renal y el Alzheimer, contribuyendo así a 32.591 muertes por año, además, generando sobrecostos al sistema de salud de ese país por casi 9,3 billones (MSPS, 2010). En México cifras de pacientes que presentaron eventos adversos alcanzó un 8,5% y por su parte, en Costa Rica la prevalencia es del 12,1%, en Argentina 13,1%, en Perú 11,6% y en Colombia 7,7% (MSPS, 2010).

En Colombia, los estudios realizados, en su mayoría hacen referencia a los eventos ocurridos en disciplinas como la medicina y enfermería. En disciplinas como la fisioterapia y la terapia respiratoria existe falta de información sobre eventos adversos y/o registros sobre prácticas inseguras que puedan ocurrir durante el proceso de atención (Melo, et al. 2013). La literatura refiere que la mayoría de los sistemas de reporte de eventos adversos tienen un subregistro del 8% al 26%, y que sus principales causas derivan de la carga de trabajo, del sentimiento de culpa en el trabajador y de la cultura institucional punitiva, entre otros (Zarate-Grajales, et al., 2017). Siendo el agotamiento laboral y el síndrome de Burnout factores psicosociales que afectan la práctica clínica en los profesionales de la salud, que dan como

resultado el aumento de eventos adversos en las instituciones hospitalarias.

Por otra parte, los profesionales del área de la salud son una subpoblación con mayor riesgo de desarrollar síndrome de Burnout. Se estima que un 20,7% presentan agotamiento emocional, un 3,4% despersonalización, y un 62,1% baja realización personal. En España entre 10% y 20% sufre desgaste profesional (Gomero, et al., 2005). En Brasil, la prevalencia de Burnout en profesionales de atención primaria oscila entre el 25% y 70% (Tomasi et al., 2008). Como consecuencia de este síndrome, se ha referido aumento de tasas de absentismo laboral, incremento en el deseo de abandonar la organización y la profesión, así como distorsiones psiquiátricas y sexuales (Gutiérrez et al., 2006).

En este contexto, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿cuál es el impacto de los factores psicosociales y laborales frente a la presencia de agotamiento laboral en fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia?, ¿cuál es la relación entre los factores psicosociales y laborales, y el agotamiento laboral frente a la presencia de eventos adversos generados por fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia?

Objetivos Generales:

Evaluar el impacto de los factores psicosociales y laborales frente a la presencia de agotamiento laboral en fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia.

Determinar la relación entre los factores psicosociales, laborales y el agotamiento laboral frente a la presencia de eventos adversos generados por fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente la población de estudio de la institución participante.
2. Describir las condiciones psicosociales y laborales de la práctica de los fisioterapeutas y terapeutas respiratorios en la institución participante
3. Analizar el nivel de agotamiento laboral de los fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de la institución participante
4. Identificar la presencia de eventos adversos asociados al servicio de fisioterapia y terapia respiratoria en la institución participante.
5. Explorar la asociación de las condiciones psicosociales y laborales con el nivel de agotamiento laboral de los fisioterapeutas y terapeutas respiratorios de la institución participante.
6. Analizar la asociación de las condiciones psicosociales y laborales, y agotamiento laboral con la presencia de eventos adversos en el servicio de fisioterapia y terapia respiratoria en la institución participante.

Capítulo 1 – Fundamentación conceptual y teórica

En el año 2004 la OMS presentó la Alianza mundial para la seguridad del paciente, en la que enfatizó el estudio de los eventos adversos con el objeto de poder prevenirlos mediante la implementación de estrategias específicas (MSPS, 2010).

En los últimos años, en la mayoría de los sistemas de salud en el mundo se han implementado políticas dirigidas a controlar la aparición de eventos adversos producto de la atención en salud. Fue hasta el año 2000, con la publicación “Error es humano” del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que se empezó a analizar con más detalle el tema y a buscar eventos adversos prevenibles; hoy, la seguridad del paciente es una preocupación universal dado que a diario se producen fallas en la atención en salud, tanto en los países desarrollados como en los del tercer mundo (MSPS, 2010).

En Colombia, el antecedente más relevante se dio con la formulación de la Política de Calidad de la Atención en Salud, siendo el principal precursor para el seguimiento y prevención de los eventos adversos (MSPS, 2015). Desde la política, un evento adverso es un daño no intencionado provocado por un acto médico. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente se define como todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento del alta médica, o a ambas cosas (Zarate-Grajales, et al., 2017). Por tanto, un evento adverso es aquel suceso que genera daño al paciente una vez que este ha ingresado en la institución de salud y está relacionado con la atención sanitaria que se proporciona.

Respecto al estudio de los eventos adversos en servicios de fisioterapia y terapia respiratoria, se reconocen pocas investigaciones sobre el área. De los pocos estudios, si bien se reconoce la importancia que tienen estas profesiones en el manejo clínico del paciente, se ha denotado los eventos adversos de sus intervenciones producto de

los cambios fisiológicos en el manejo de pacientes, por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos (Zeppos et al., 2007). Así mismo, se ha documentado la alta incidencia de eventos adversos al aplicarse técnicas como la terapia manual. Cerca del 50% de los pacientes en terapia manual experimentan un evento adverso leve o moderado, lo cual es similar a la incidencia de eventos adversos en pacientes sometidos a tratamientos basados en el ejercicio terapéutico (Carnes, Mars, Mullinger, Froud, & Underwood, 2010). De lo anterior, se detalla el riesgo inherente que estas profesiones poseen para provocar eventos adversos dada sus técnicas de tratamiento (ej. uso de agentes físicos, ejercicio, manipulaciones, etc) e interacción con el paciente.

Con relación a los factores de riesgo que se asocian a los eventos adversos, se ha documentado la existencia de factores intrínsecos al paciente -edad, sexo, enfermedades crónicas, entre otros-, aquellos relacionados con la organización -ausencia de cultura de seguridad, ausencia de guías de manejo clínico-, entorno de trabajo, así como factores de los profesionales, entre los que se destacan la formación, la conducta, la comunicación, y el estrés/ agotamiento laboral (Guerra-García et al., 2018)

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida y salud mental de los trabajadores (OMS, 2004). Esta se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. El Burnout ha sido considerado como una respuesta de las personas frente al estrés laboral crónico, presente especialmente en aquellas profesiones donde se busca ofrecer un servicio o ayuda a un tercero (Gutierrez-Lesmes, et al., 2017). Frente a ello, los profesionales que desempeñan labores en un contexto clínico pueden resultar vulnerables a mostrar síntomas de Burnout.

Previos estudios han referido como factores de riesgo para el síndrome de

agotamiento laboral las altas demandas del sitio de trabajo, el escaso control sobre los resultados del trabajo, una menor edad del profesional, el sexo femenino, el estado civil, el tiempo de experiencia en el trabajo, la privación del sueño y los efectos negativos del trabajo sobre el ámbito familiar y del entorno organizativo como contratos laborales temporales y toma de decisiones éticas (ŚLIWIŃSKI et al., 2014). Siendo el exceso de trabajo, el ambiente físico de las instituciones y la falta de incentivos económicos generadores de estrés constante tanto por las exigencias intelectuales como actitudinales y emocionales (Gutierrez-Lesmes, et al., 2017)

El estrés ha sido referido como un componente del burnout que puede clasificarse como estrés físico (ej. Horas de trabajo consecutivas sin descanso), estrés psicológico (ej. Exposición a pacientes graves, muertes frecuentes, duelos de familiares), o estrés sociológico (ej. Alcanzar las expectativas de los superiores, lograr una posición en el trabajo, tener un estatus personal). En fisioterapeutas se han relacionado como determinantes la relación familiar del profesional, las relaciones con sus compañeros de trabajo, la situación financiera y el insuficiente tiempo libre para actividades de ocio y recreación, manifestándose el burnout como despersonalización principalmente entre hombres y agotamiento emocional entre mujeres (ŚLIWIŃSKI et al., 2014).

Según Olivares-Faúndez y colaboradores (2014) existe dificultad en identificar los síntomas del burnout, identificándose por lo menos 100 síntomas vinculados al síndrome, entre algunos se encuentran: el agotamiento emocional, la irritabilidad, el odio, la despersonalización, la apatía, la hostilidad, el consumo de tranquilizantes, la rigidez, el dolor, la fatiga y la hipertensión. Sin embargo, Maslach y Jackson (1981), concluyen que este síndrome se caracteriza por tres grandes ámbitos, el agotamiento laboral, la despersonalización y el sentimiento de baja realización personal. En concordancia con lo anterior, Schaufeli, Leiter & Maslach, (2009), Shirom (2009); Taris, LeBlanc, Schaufeli y Scherurs (2005), conceptualizaron al síndrome Burnout como un “constructo multidimensional, que hace referencia a múltiples dimensiones relacionadas por un solo constructo teórico [síndrome de burnout]”.

Para la evaluación del agotamiento laboral en la literatura se pueden encontrar distintos instrumentos de medición, siendo el Maslach Burnout Inventory (MBI) uno de los más utilizados en el campo académico y práctico (Pando-Moreno, 2015). El MBI de Maslach y Jackson (1981, 1986) es un instrumento el cual consta de 22 ítems que valoran con una escala de frecuencia de seis ítems que van desde el “nunca” (0) hasta el “diariamente” (6). La MBI se divide en tres ámbitos, Agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems), realización personal (8 ítems), obteniéndose de cada ámbito una puntuación estimada como baja, media o alta (Olivares-Faúndez, 2014).

Según Olivares-Faúndez (2014):

En la última edición del MBI, se presentan tres versiones. En primer lugar, encontramos el MBI--Human Services Survey (MBI--HSS), dirigido a los profesionales de servicios humanos. En segundo lugar, encontramos el MBI--Educators (MBI--ES), que es la versión para profesionales de educación (Maslach & Jackson, 1986). Y, en tercer lugar, el MBI-HSS, versión para profesionales del área de la salud.

El MBI-HSS posee una gran aceptación internacional, para medir el síndrome de Burnout en profesionales de la salud, ya que, los estudios sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica son numerosos, basados en el MBI-HSS, los cuales han sido adaptados y validados en 8 países de Latinoamérica entre los que se encuentra Colombia (Pando-Moreno, 2015).

Con el propósito de analizar la relación entre los eventos adversos asociados al burnout, se tomó como referente la encuesta diseñada por la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) de los Estados Unidos y adaptada al español por el grupo de investigación en gestión de calidad de la Universidad de Murcia, España: el Hospital Survey on Patient Safety (Martinez-Reyes, 2016). Con el objetivo de evidenciar de manera cuantificada las conductas y actitudes que poseen los trabajadores del área de la salud con relación a la seguridad del paciente.

Capítulo 2 - Aplicación y Desarrollo

Enfoque metodológico de la investigación

El estudio tiene un enfoque metodológico de investigación cuantitativa dado que utiliza la estadística como herramienta de análisis.

Tipo de estudio

Estudio observacional de corte transversal analítico.

Muestra

Se utilizó una muestra probabilística de profesionales del servicio de fisioterapia y terapia respiratoria de un hospital de alta complejidad de Bogotá, Colombia.

Población de referencia

La población de estudio estará constituida por profesionales en fisioterapia y terapia respiratoria de la institución hospitalaria participante de Bogotá que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Fisioterapeutas y terapeutas respiratorios con al menos 5 meses de trabajo en el hospital de estudio.
- Fisioterapeutas y terapeutas respiratorios con actividades clínicas directamente relacionadas con la atención a pacientes, ya sea por consulta externa, hospitalización, urgencias, unidad de cuidados intensivos.

Criterios de exclusión

- Fisioterapeutas y terapeutas respiratorios que desempeñen actividades laborales adicionales fuera de la institución participante
- Profesionales que no estén dispuestos a dar su consentimiento informado

Tamaño de muestra

Se calculó un tamaño de muestra con base en el marco muestral, tomando como criterios una proporción de máxima indeterminación ($p=0,5$), un nivel de confianza del 95% ($\alpha= 0,05$) y un poder del 80% ($\beta= 0,2$) en un contraste bilateral. Con base en los anteriores criterios se obtuvo el máximo tamaño de muestra posible que soportó los análisis estadísticos necesarios para la constatación de las hipótesis de investigación.

Áreas de estudio

Como área de estudio se seleccionó un hospital de alta complejidad de la ciudad de Bogotá que poseía convenio docencia servicio con la Corporación Universitaria Iberoamericana y que manifestó su voluntad por participar en la investigación.

Técnica de muestreo

La selección de la población objeto de estudio (fisioterapeutas y terapeutas respiratorios) se realizó a través de un muestreo aleatorio simple con base en listas de profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión otorgadas por la institución hospitalaria participante.

Variabes de estudio

Con base en una previa revisión de literatura, se identificaron las variables de interés (independientes y dependientes) relacionadas con condiciones demográficas (Género, Edad, Estado Civil), Psicosociales y laborales (Nivel educativo, Actividades extralaborales, Horas dedicadas a las actividades extralaborales, Horas de trabajo semanal, Número de turnos por semana, Salario), agotamiento laboral (Cansancio emocional, Despersonalización, Realización personal) y eventos adversos (Frecuencia de eventos notificados, Trabajo en equipo en el servicio, Dotación de personal, Problemas en cambios de turno, Condición clínica del paciente, Factores de equipo y sociales, Existencia de guías, protocolos, procedimientos y políticas que ayude a la toma de decisiones Clínicas)

Tabla 1: cuadro de variables

Demográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Género • Edad • Estado Civil 	
Psicosociales y laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel educativo • Actividades extralaborales • Horas dedicadas a las actividades extralaborales • Horas de trabajo semanal • Número de turnos por semana • Salario 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes atendidos por turno • Tipo de contrato • Trabajo en equipo • Comunicación organizacional • Relaciones interpersonales
Agotamiento laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio emocional • Despersonalización • Realización personal 	
Eventos adversos	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de eventos notificados • Trabajo en equipo en el servicio • Dotación de personal • Problemas en cambios de turno • Condición clínica del paciente • Factores de equipo y sociales • Existencia de guías, protocolos, procedimientos y políticas que ayude a la toma de decisiones Clínicas 	

Se identificaron instrumentos de recolección de datos cuantitativos desarrollados en otros contextos. Para este estudio se utilizaron como instrumentos la Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) y el cuestionario sobre seguridad de los pacientes. De estos instrumentos, se obtuvo la forma de las preguntas y respuestas sobre las variables de interés. Posterior a la identificación de estas preguntas, se

adaptó en un instrumento propio (cuestionario virtual). Las preguntas y respuestas se adaptaron al contexto y lenguaje local. La estructura del instrumento contuvo apartados y subapartados acorde con las dimensiones y constructos de análisis.

Una primera versión del cuestionario fue sometida a una prueba piloto para evaluar la estructura y problemas de su aplicación. Este piloto se desarrolló con población con características similares a la muestra de estudio (docentes de fisioterapia con experiencia clínica reciente). Posteriormente, se ajustó el instrumento con base en los resultados de la prueba piloto.

Trabajo de campo

Para el trabajo de campo debido a la contingencia epidemiológica por el Covid-19. Se recolectó los datos a través de cuestionarios digitales en la plataforma Microsoft Forms, se abarcaron a los profesionales de los tres turnos del hospital. Se dispuso de un periodo de 2 semanas para que los profesionales diligenciaran la encuesta de manera virtual.

Plan de gestión de datos

Al formulario descrito anteriormente y a los datos de la encuesta tuvieron acceso únicamente los investigadores principales para el proceso de control de calidad y procesamiento de la información. Se aseguró la confidencialidad de la información durante el procesamiento de datos y el reporte de los resultados, cumpliendo con las directrices enunciadas en la ley 1581 de protección de datos conocida como ley Habeas Data Colombia.

Dentro del formulario no se solicitó información identificativa de los participantes.

Control de errores y sesgos:

Para controlar los posibles sesgos de la investigación se tuvieron en cuenta las siguientes actividades:

Posible sesgo de selección:

- Formulación de criterios de selección y exclusión claros

Posible sesgo de información:

- Cuestionario adaptado a las características y lenguaje local.
- Realización de prueba piloto

Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

Se realizaron análisis univariados para describir las variables dependientes e independientes y alcanzar los objetivos específicos 1, 2, 3 y 4. Las variables cualitativas se describieron a través de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se representaron a través de medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar, rango intercuartílico), acorde con la distribución de sus datos evaluados por medio de las pruebas de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk.

Se realizaron análisis bivariados seleccionando la prueba de hipótesis acorde con el tipo de variable. Se utilizaron pruebas chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para el análisis de dos variables cualitativas. Para el análisis de una variable cualitativa con una cuantitativa, se utilizaron pruebas t student o U de Mann Whitney dependiendo de la distribución de la variable cuantitativa. Para el análisis de dos variables cuantitativas se realizaron pruebas de correlación. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.

Capítulo 3 - Resultados

Del total de 41 cuestionarios enviados, se obtuvo una respuesta del 75% (n=31). Para las personas que respondieron, la edad fue de $36 \pm 8,7$ años, la distribución por sexo fue en 93,5% (n=29) para las mujeres. Frente a la realización de estudios de posgrado (especialización, maestría, doctorado) el 74,2% (n=23) no ha realizado ningún estudio posgradual. En el 67,7% (n=21) los ingresos económicos promedio de los profesionales oscila entre 2 y 3 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV). Frente al estrato socioeconómico, el 87,1% (n=27) se encuentra clasificado en un estrato menor o igual al estrato 3. Respecto al vínculo laboral de los profesionales, el tipo de contrato de la mayoría es a término fijo (96,8%; n=30). Frente a los pacientes atendidos por turno, el 38,7% (n=12) refirió atender más de 15 pacientes, seguido de 11 a 15 pacientes 29% (n=9) (Tabla 1).

Tabla 1. *Características sociodemográficas y laborales de los profesionales de fisioterapia y terapia respiratoria*

Variable	Valor
Edad (media en años \pm DE)	36 \pm 8,7
Sexo, n (%)	
Hombre	2 (6,5)
Mujer	29 (93,5)
Estado civil, n (%)	
Casado	10 (32,3)
Soltero	15 (48,4)
Unión libre	6 (19,4)
Cargo, n (%)	
Fisioterapeuta	6 (19,4)
Terapeuta respiratorio	25 (80,6)
Tiempo de trabajo en la institución (mediana en meses,	38, 2 -144

mínimo – máximo)**Estrato socioeconómico, n (%)**

Menor o igual a estrato 3 27 (87,1)

Mayor a estrato 3 4 (12,9)

Posgrado, n (%)

Si 8 (25,8)

No 23 (74,2)

Ingresos económicos, n (%)

Hasta 2 SMMLV 7 (22,6)

Entre 2 y 3 SMMLV 21 (67,7)

Entre 3 y 4 SMMLV 2 (6,5)

Más de 4 SMMLV 1 (3,2)

Tipo de contrato, n (%)

Término fijo 30 (96,8)

Prestación de servicios 1 (3,2)

Número de horas de trabajo mensual (mediana en meses, mínimo – máximo)

180, 120 – 196

Número de turnos mensuales (mediana en meses, mínimo – máximo)

24, 5 – 38

Secuencia del turno, n (%)

Mañana 13 (41,9)

Tarde 8 (25,8)

Noche 10 (32,3)

Realiza más de una secuencia en el hospital

No 30 (96,8)

Si 1 (3,2)

Número de pacientes atendidos por turno

Menos de 6 pacientes 1 (3,2)

De 6 a 10 pacientes	9 (29,0)
De 11 a 15 pacientes	9 (29,0)
Más de 15 pacientes	12 (38,7)

Con respecto a los resultados de la escala de Burnout (MBI-HSS), el 39% (n=12) de los profesionales refirió percibir un alto cansancio emocional, el 16% (n=5), un alto nivel de despersonalización, por último, el 3% (n=1) un bajo nivel de realización personal (Gráfico 1). A nivel general el 38,7% (n=12) de los profesionales presentan Burnout. Frente a la percepción de su condición de salud física y mental, el 64,5% (n=20) y el 74,2% (n=23) de los profesionales refirieron ver deteriorada su salud por la actual pandemia respectivamente, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre los que tienen y no tienen Burnout (Tabla 2).

Gráfico 1. Resultados de las subescalas del MBI-HSS

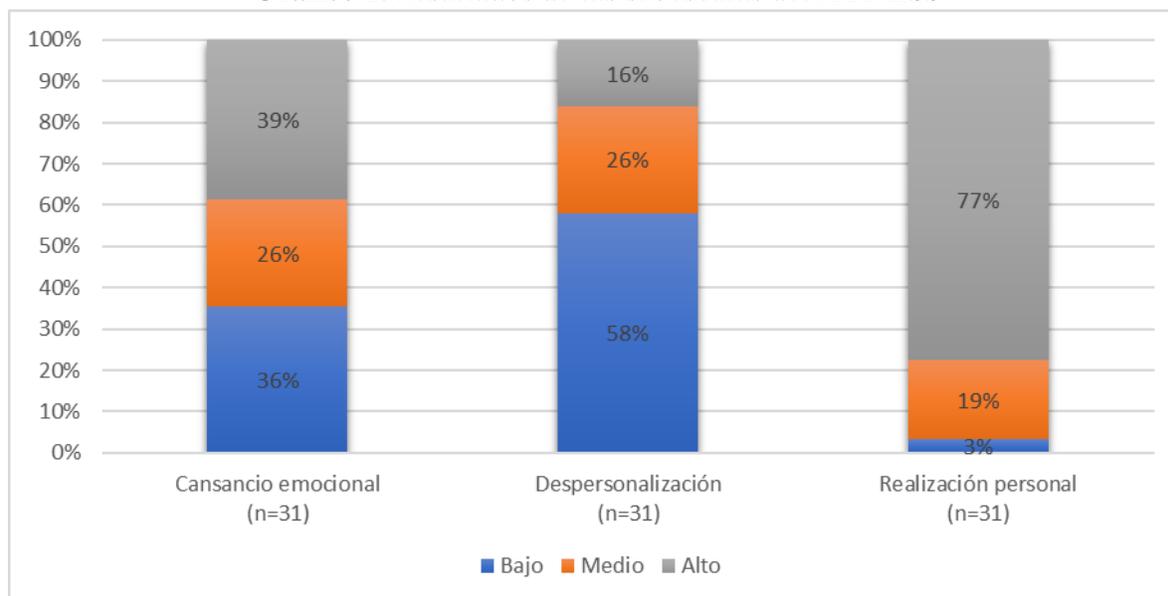


Tabla 2. Percepción de salud física y mental frente a la pandemia por Sars-Cov-2

Ítem	Presencia de burnout			Valor p
	Tiene	No tiene	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	

¿Considera que su salud mental se ha visto deteriorada por el impacto de las condiciones laborales por la actual pandemia?				
Si	12 (100,0)	8 (42,1)	20 (64,5)	
No	-	11 (57,9)	11 (35,5)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,001*
¿Considera que su salud física se ha visto deteriorada por el impacto de las condiciones laborales por la actual pandemia?				
Si	12 (100,0)	11 (57,9)	23 (74,2)	
No	-	8 (42,1)	8 (25,8)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,012*

*Resultado de prueba exacta de Fisher. + Resultado de prueba chi cuadrado

En relación con las condiciones psicosociales del trabajo, la mayoría de los profesionales refieren estar de acuerdo y totalmente de acuerdo frente a que *el personal se apoya mutuamente* (80,6%; n=25). Sin embargo, los profesionales reconocen que no hay *suficiente personal para afrontar la carga de trabajo* (58,1%; n=18). En alusión al *respeto en el servicio*, en el 93,6% (n=29) describieron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo. Al ítem *a veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada es agotadora*, el 51,6% (n=16), refirió estar en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, encontrando una peor percepción entre las personas que tienen Burnout ($P < 0,05$). Por otra parte, el 90% (n=26) considera estar de acuerdo y totalmente de acuerdo sobre si el *superior/ jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente*, no obstante, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre quienes tienen y no Burnout. Con respecto a la percepción *cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde*, se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, las personas que tienen Burnout perciben en mayor medida que esta condición no se da (50%; n=5), comparado con los que no tienen Burnout (5,3%; n=1) (Tabla 3).

Tabla 3. Condiciones psicosociales y laborales

Ítem	Presencia de burnout			Valor p
	Tiene n (%)	No tiene n (%)	Total n (%)	
El personal se apoya mutuamente				
Si	10 (83,3)	16 (84,2)	26 (83,9)	
No	2 (16,7)	3 (15,8)	5 (16,1)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	1,000*
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo				
Si	6 (50,0)	7 (36,8)	13 (41,9)	
No	6 (50,0)	12 (63,2)	18 (58,1)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,470 ⁺
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos como equipo para terminarlo				
Si	8 (66,7)	14 (73,7)	22 (71,0)	
No	4 (33,3)	5 (26,3)	9 (29,0)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,704*
En el servicio nos tratamos todos con respeto				
Si	10 (83,3)	19 (100,0)	2 (6,5)	
No	2 (16,7)	-	29 (93,5)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,142*
A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada es agotadora				
Si	10 (83,3)	5 (26,3)	15 (48,4)	
No	2 (16,7)	14 (73,7)	16 (51,6)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,002 ⁺
Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros				0,400*

Si	6 (60,0)	14 (77,8)	20 (71,4)	
No	4 (40,0)	4 (22,2)	8 (28,6)	
Total	10 (100,0)	18 (100,0)	28 (100,0)	
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente				
Si	4 (33,3)	6 (31,6)	10 (32,3)	
No	8 (66,7)	13 (68,4)	21 (67,7)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	1,000*
Mi superior/ jefe tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente				
Si	7 (70,0)	19 (100,0)	26 (89,7)	
No	3 (30,0)	-	3 (10,3)	
Total	10 (100,0)	19 (100,0)	29 (100,0)	0,033*
La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral adecuado para un buen ambiente de trabajo				
Si	7 (70,0)	18 (94,7)	25 (86,2)	
No	3 (30,0)	1 (5,3)	4 (13,8)	
Total	10 (100,0)	19 (100,0)	29 (100,0)	0,105*
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde una unidad/ servicio a otra				
Si	6 (50,0)	7 (36,8)	18 (58,1)	
No	6 (50,0)	12 (63,2)	13 (41,9)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,470*
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente				
Si	5 (50,0)	6 (31,6)	11 (37,9)	
No	5 (50,0)	13 (68,4)	18 (62,1)	
Total	10 (100,0)	19 (100,0)	29 (100,0)	0,432*

Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos como equipo para poder terminarlo

Si	8 (80,0)	18 (94,7)	26 (89,7)	
No	2 (20,0)	1 (5,3)	3 (10,3)	
Total	10 (100,0)	19 (100,0)	29 (100,0)	0,267*

El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático

Si	5 (41,7)	5 (26,3)	10 (32,3)	
No	7 (58,3)	14 (73,7)	21 (67,7)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	0,447*

Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno

Si	3 (25,0)	5 (26,3)	8 (25,8)	
No	9 (75,0)	14 (73,7)	23 (74,2)	
Total	12 (100,0)	19 (100,0)	31 (100,0)	1,000*

Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde

Si	5 (50,0)	18 (94,7)	23 (79,3)	
No	5 (50,0)	1 (5,3)	6 (20,7)	
Total	10 (100,0)	19 (100,0)	29 (100,0)	0,011*

*Resultado de prueba exacta de Fisher. + Resultado de prueba chi cuadrado

Capítulo 4 - Discusión

Este estudio aporta información útil respecto a las condiciones psicosociales y laborales que puedan estar impactando la presencia de Burnout en disciplinas poco estudiadas como lo son fisioterapia y terapia respiratoria (Agudelo et al, (2011; Mendez, 2007), lo que permitirá la visibilidad de este fenómeno y la adopción de estrategias de mejora por parte de las instituciones hospitalarias frente a la gestión del recurso humano, el ambiente laboral, y el riesgo por factores psicosociales.

Frente al componente del agotamiento laboral medido en la MBI-HSS, Moreno, et al. (2001). Y De Los Ríos Castillo, 2007). Refieren que la despersonalización es uno de los factores e indicador más relevante que genera desgaste laboral, lo que para este estudio se ve reflejado en un porcentaje considerable (16%) de personas que presentan despersonalización. Jofré, V. Valenzuela, S. 2005. Lograron concluir que el 65,4% del personal presentó niveles altos de cansancio emocional, lo cual se correlaciona con el actual estudio, ya que el 39% de las personas encuestadas presentan un alto nivel en este aspecto, el cual sumado a la despersonalización y en pocos casos de baja realización personal, se convierten en factores condicionantes para presentar desgaste en su salud física y mental.

Con base en nuestros resultados, algunos de los factores psicosociales y laborales que más atrae la atención es la percepción de la falta de personal, la jornada agotadora, la falta de colaboración como equipo, la perdida y/o intercambio problemático de información de los pacientes, que podría verse reflejado en inadecuadas condiciones laborales y ambiente de trabajo. De acuerdo con Canope (2012), la sobre carga laboral es una de las dimensiones que ha ido ganando terreno en la preocupación de aquellos que se interesan en las condiciones de trabajo y la efectividad del desempeño humano, esta sobrecarga laboral implica varias afecciones en los trabajadores que desempeñan sus funciones en cualquier empresa. Por ejemplo, exigencias psicológicas relacionadas con la complejidad de las actividades realizadas, requieren de una mayor red de ayuda, sin embargo, cuando no se da esta colaboración, los trabajadores pueden sufrir de una eventual sobrecarga que disminuye su calidad de vida y de trabajo especialmente en el

área de la salud (Sabbah et al, 2012). Como consecuencias del no identificar y modificar estas condiciones, la probabilidad de deserción laboral, estrés y depresión en los profesionales podría ser mayor.

Frente a las nuevas exigencias en materia laboral que ha traído consigo la pandemia por Covid-19 se denota la preocupación frente a las posibles medidas que a nivel laboral se pueden producir. No solo se debe procurar por la implementación de medidas de bioseguridad tal como la dotación de elementos de protección personal (EPP), sino también es una prioridad velar por la salud física y mental de los profesionales de la salud, quienes se encuentran en constante tensión debido a su actividad rutinaria, tal como lo refieren (Peraza de Aparicio, 2020)

Se destaca como principal limitación de este estudio, el número de los profesionales de fisioterapia y terapia respiratoria caracterizados, que impidió la realización de análisis multivariados, que permitieran el control de posibles elementos de confusión, frente al análisis de los posibles factores asociados a la presencia de agotamiento laboral. Esta limitación fue producto del reducido número de profesionales que laboraban en la institución, así como por el rechazo de algunos profesionales a participar en el estudio. Los resultados de la presente investigación pueden no ser generalizables a otras instituciones hospitalarias, sin embargo, pueden tomarse como referente para el análisis de esta situación. Finalmente, es una limitación propia de los estudios transversales la dificultad para inferir causalidad entre las variables que surgieron asociadas estadísticamente en los análisis bivariados.

Capítulo 5 - Conclusiones

En un Hospital de alta complejidad se presenta un porcentaje considerable de fisioterapeutas y terapeutas respiratorios con agotamiento laboral. Como condiciones psicosociales y laborales asociadas a la presencia de Burnout, se destacaron la falta de personal, la jornada agotadora, la falta de colaboración como equipo, la pérdida e intercambio problemático de información de los pacientes. Adicionalmente, las condiciones laborales por la pandemia Sars-Cov.2, se reflejan en una alta percepción de deterioro de la salud física y mental de los profesionales en fisioterapia y terapia respiratoria.

5.1 Cumplimiento de objetivos y aportes a líneas de investigación de grupo

El presente proyecto de investigación aporta en la producción, transformación, adaptación y renovación del conocimiento a la Corporación Universitaria Iberoamericana. Aportando al grupo de investigación en salud pública en las líneas de Praxis del ejercicio profesional en Fisioterapia Apuntando a dar respuesta a los requerimientos derivados de las condiciones de la práctica y ejercicio profesional en el ámbito de una institución hospitalaria de tercer nivel. En la línea de Gestión integral de la Salud la investigación aporta a una línea que debe enfocarse en mejorar las condiciones y el talento humano en fisioterapia que permita disminuir la prevalencia y aparición de Burnout desde la dirección y gestión del personal sanitario. y la línea de Seguridad y salud en el trabajo en la cual se busca identificar problemas y generar los resultados necesarios para mejorar los ambientes de trabajo, el rol psicosocial y así disminuir la prevalencia de Burnout en los profesionales del área de la fisioterapia

5.2 Producción asociada al proyecto

Sometimiento de un artículo de investigación a la revista de fisioterapia de España (Q4).

Participación en el Congreso Nacional de Fisioterapia 2021 con dos ponencias

Referencias

Carnes, D., Mars, T., Mullinger, B., Froud, R., & Underwood, M. (2010). Adverse events and manual therapy: A systematic review. *Manual Therapy* , 355-363.

CEPAL, Naciones Unidas (2015), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe, recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

Gomero R, Palomino J, Ruiz F, y Llap C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: Estudio piloto. *Revista Médica Herediana*, 16 (4), 233- 23

Guerra-García, M., Campos-Rivas, B., Sanmarful-Schwarz, A., Vírseda-Sacristán, A., Dorrego-López, M., & Charle-Crespo, A. (2018). Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *Atención Primaria*, 50(8), 486-492.

Gutierrez-Lesmes, Oscar, Loba-Rodriguez, Nelly, Martinez-Torres, Javier, (2017), Prevalencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de la Orinoquia colombiana, 2016. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n1/0124-7107-reus-20-01-00037.pdf>

Gutiérrez A.G., Celis L.M., Moreno J.S., Serratos F.F., Suárez C.J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurocién (Mex)*,11(4),305-309

Melo, M, Mosquera, L, Rosero, C. (2013). Manual de seguridad del paciente para el área de rehabilitación en la IPS Fisiocenter SAS de la Ciudad de Popayán. Recuperado de

<https://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/6019/MeloMonica2013.pdf;jsessionid=08C52C6A0F014520DC50FE89A668B558?sequence=2>

Ministerio de Salud y Protección Social, Republica de Colombia, (2015). evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

Ministerio de sanidad y Política en salud, Gobierno de España (2010), Estudio IBEAS prevalencia de los efectos adversos en Latinoamérica, recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>

Organización Mundial de la Salud, (2002). 55ª Asamblea Mundial de la Salud, recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-pa.pdf;jsessionid=00BD2B3F9597233B40D13011ADCCBD6A?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud, (2004). la organización del trabajo y el estrés, recuperado de: https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1

ŚLIWIŃSKI, Z., STARCZYŃSKA, M., KOTELA, I., KOWALSKI, T., KRYŚ-NOSZCZYK, K., LIETZ-KIJAK, D., . . . MAKARA-STUDZIŃSKA, M. (2014). LIFE SATISFACTION AND RISK OF BURNOUT AMONG MEN AND WOMEN

WORKING AS PHYSIOTHERAPISTS. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(3), 400-412.

Tomasi, E., Facchini, L. A., Piccini, R. X., Thumé, E., Silveira, D. S. D., Siqueira, F. V. Rodrigues, M. A., Vieira, V., y Teixeira, V. A. (2008). Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 193-201.

Zarate-Grajales, R.A., Salcedo-Álvarez, S.S. Olvera-Arreola, G (2017) Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México, 14(4):277---285

Zeppos, L., Patman, S., Berney, S., Adsett, J., Bridson, J., & Paratz, J. (2007). Physiotherapy intervention in intensive care is safe: an observational study. Australian Journal of Physiotherapy, 53, 279-83.