



Universidad de Concepción
Dirección de postgrado
Facultad de Enfermería
Programa de magister en enfermería

**Burnout y nivel de Violencia Laboral en trabajadores de
atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío**

*Burnout and the Level of Workplace Violence among Primary Emergency
Care Workers in a Municipality of the Biobío Region*

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magíster en Enfermería

Por: Pablo Andrés Evert Pérez
Profesora guía: Dra. Varinia Rodríguez Campo
Diciembre 2025
Concepción, Chile

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

La presente tesis ha sido realizada bajo el Programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: _____

Dra. Varinia Rodríguez Campo

Profesor Asociado Universidad de Concepción

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Profesora Titular, Universidad de Concepción

Dr. Flérida Rivera Rojas

Profesor Asociado, Universidad Católica del Maule

Dr. Raúl Ramírez Vielma

Profesor Asociado Universidad de Concepción

Directora Programa Magíster: _____

Dra. Patricia Cid Henríquez, Profesor Titular Universidad de Concepción.

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Dedicatoria:

**A cada trabajador y trabajadora que haya o esté sufriendo
violencia de cualquier tipo en su trabajo.**

**A mis hermanos y a todas las almas jóvenes
que sueñan con dejar nuestro mundo
mejor de como lo encontraron.**

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a cada persona que participó de forma indirecta en el desarrollo de esta tesis:

A mi familia, quienes me brindaron soporte estructural, esta tesis no sería posible sin ustedes;

A Vicky y Anita, mis partners, quienes me brindaron soporte emocional, gracias por el estudio, el desahogo y las bonitas experiencias;

A mis compañeras y compañero de magister por ser tan unidos y colaborativos;

A mi guía, Vari, quien estuvo presente y con gran disposición siempre que lo necesité;

A la Yuyu, a la Kata y a mi monita, quienes me colaboraron desinteresadamente;

A mi monita, que llegó a llenar de colores mi vida este 2025;

A Nerudes, que brindan un respiro y un espacio de seguridad dentro del caos;

A Richardson, por tornar possível que eu conhecesse o seu grande país e ampliasses meus horizontes;

A Fábio, que me recebeu em sua faculdade e me ajudou sempre que precisei;

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a todas as suas pessoas maravilhosas:

A Bárbara, que me convidou para estar com seus amigos e me fez sentir parte do grupo como mais um;

A Danielle, que sempre se preocupou em saber se eu estava bem;

Y a Gabriel, quien me acogió como amigo y me acompañó en cada trámite haciendo de interprete cuando no entendía nada de portugués.

¡Muchísimas gracias por ayudarme a obtener el grado de magister!

Tabla de contenido

1. Introducción	1
1.1.Fundamentación del estudio:	1
1.2 Justificación del estudio.....	7
1.3 Problema de investigación:	12
1.4 Marco referencial.....	13
1.4.1 Atención primaria de urgencias	13
1.4.2 Modelo interactivo de la violencia de Chappell y Di Martino.....	17
1.4.3 Síndrome de Burnout.	27
1.4.4 Teoría de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demerouti.....	29
1.4.4 Marco Empírico:	34
1.5 Objetivos.....	43
1.5.1 Objetivo general.....	43
1.5.2 Objetivos específicos	43
1.5.3 Hipótesis de investigación.....	45
1.6 Variables de estudio:	46
2. Metodología	50
2.1 Diseño de la investigación.....	50
2.2 Marco Muestral	50
2.2.1 Población:	50
2.2.2 Muestra:	51
2.2.3 Unidad de Análisis:.....	51
2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión:	51
2.3 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información	52
2.3.3 Instrumento recolector de datos:.....	52
2.3.4 Validez y confiabilidad de los instrumentos	55
2.3.5 Modalidad de recolección de datos	56
2.4 Procesamiento y análisis de los datos	60
3. Aspectos éticos:	63
Resultados.....	67
Variables sociodemográficas de trabajadores de SAMU y SAPU.	68
Variables laborales de trabajadores de SAR y SAPU.....	70
Variables asociadas al síndrome de burnout.	74
Síndrome de Burnout.....	74
Variables asociadas a la violencia laboral en trabajadores de SAR y SAPU.	76
Variables asociadas a la percepción de violencia física en trabajadores de SAR y SAPU.	77
Variables asociadas a la violencia física en trabajadores de SAR y SAPU.	79

VARIABLES ASOCIADAS AL ABUSO VERBAL EN TRABAJADORES DE SAR Y SAPU	90
VARIABLES ASOCIADAS AL <i>MOBBING</i> EN TRABAJADORES DE SAR Y SAPU	97
VARIABLES ASOCIADAS AL ACOSO SEXUAL EN TRABAJADORES DE SAR Y SAPU.....	104
VARIABLES ASOCIADAS AL ACOSO RACIAL EN TRABAJADORES DE SAR Y SAPU	106
Relación entre Burnout y variables sociodemográficas y laborales.	113
Relación entre Violencia laboral y variables sociodemográficas y laborales.....	119
Relación entre violencia laboral y síndrome de Burnout en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, 2025.....	121
Discusión	128
Conclusiones.....	155
Referencias bibliográficas	157
Anexos	201
Anexo 1: Definición nominal y operacional de variables.....	201
Variables dependientes:	201
Variables independientes:	203
Anexo 2: Cantidad total de funcionarios SAR y SAPU comuna de Concepción	231
Anexo 3: Encuesta “Workplace Violence in The Health Sector” (Versión español):.....	236
Anexo 4: Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS).....	266
Anexo 5: Aprobación comité ético Facultad de Enfermería	267
Anexo 6: Aprobación comité ético vicerrectoría de investigación y desarrollo	269
Anexo 7: Aprobación comité ético científico del Servicio de Salud Concepción	271
Anexo 8: Cartas de aprobación comités de factibilidad de cada CESFAM	273
Anexo 9: Consentimiento libre e informado prueba piloto	280
Anexo 10: Consentimiento libre e informado	283

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n°1: Interpretación <i>MBI-HSS</i> . Manual MBI 3ª Edición.....	54
Tabla n°2: Distribución de las variables sociodemográficas en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	68
Tabla n°3: Tiempo de estadía en el país de la población migrante que trabaja en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	69
Tabla N°4: Distribución de las variables laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	70
Tabla n°5: Tipo de paciente atendido con mayor frecuencia por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	72
Tabla n°6: Personas que incentivan denunciar violencia laboral reportado por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	73
Tabla n°7: Alpha de Cronbach por dimensión, escala <i>MBI-HSS</i>	74
Tabla n°8: Nivel de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	75
Tabla n°9: Percepción de al menos un tipo de violencia en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	76
Tabla n°10: Percepción de violencia laboral, por dimensión, de trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	77
Tabla n°11: Principales agresores por dimensión reportados por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.....	78
Tabla n°12: Uso de arma en el incidente violento según trabajadores de los SAR y SAPU que perciben violencia física.....	79
Tabla n°13: incidente rutinario en el lugar de trabajo según trabajadores de los SAR y SAPU que perciben violencia física.....	79
Tabla n°14: Lugar del incidente de violencia física, según trabajadores de los SAR y SAPU....	80

Tabla n°15: Día y horario del incidente de violencia física según trabajadores de los SAR y SAPU.....	80
Tabla n°16: Prevención del incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU.....	82
Tabla n°17: Consecuencias del incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU.....	82
Tabla n°18: Atención de las heridas recibidas por el incidente violento según trabajadores del SAR y SAPU.....	83
Tabla n°19: Respuestas a experiencias estresantes de violencia física según trabajadores de SAR y SAPU.....	83
Tabla n°20 Ausencia laboral a causa del incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU.....	84
Tabla n°21: Número de días de ausencia laboral a causa del incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU.....	84
Tabla n°22: Investigación del incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.....	85
Tabla n°23: Persona o institución que investiga el incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU.....	85
Tablan°24: Consecuencias que sufre el agresor según trabajadores de SAR y SAPU que reportaron violencia física.....	86
Tabla n°25: Ayuda ofrecida por el supervisor/jefe frente al incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.....	86
Tabla n°26: Satisfacción en el manejo del incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.....	87
Tabla n°27: Motivo por no reportar incidente violento, según trabajadores de SAR y SAPU.....	87
Tabla n°28: Ser testigo de incidente de violencia física en el último año hacia compañeros de trabajo según trabajadores de SAR y SAPU.....	88

Tabla n°29: Frecuencia de incidentes de violencia física en los últimos 12 meses según trabajadores de SAR y SAPU.....	88
Tabla n°30: Reporte de incidente violencia física en el último año.....	89
Tabla n°31: Castigo recibido por reportar incidentes de violencia física el último año.....	89
Tabla n°32: Frecuencia del abuso verbal en el último año según trabajadores de SAR y SAPU.....	90
Tabla n°33: Agresor de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	90
Tabla n°34: Lugar del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	91
Tabla n°35: Respuestas a experiencias estresantes de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	92
Tabla n°36: Prevención del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU....	93
Tabla n°37: Investigación del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU..	93
Tabla n°38: Persona o institución que investiga el incidente de abuso verbal reportado por trabajadores de SAR y SAPU.	94
Tabla n°39: Consecuencias que sufre el agresor de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	94
Tabla n°40: Ayuda del empleador, jefe y/o supervisor frente al incidente de abuso verbal.....	95
Tabla n°41: Satisfacción en el manejo del incidente de abuso verbal, según los trabajadores de SAR y SAPU.....	95
Tabla n°42: Motivo por no reportar incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	96
Tabla n°43: Frecuencia de <i>Mobbing</i> en el último año según trabajadores de SAR y SAPU.....	97
Tabla n°44: Agresor de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	97
Tabla n°45: Lugar del incidente de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	98

Tabla n°46: Respuestas a experiencias estresantes de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	99
Tabla n°47: Prevención del incidente de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	100
Tabla n°48: Investigación del incidente de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	100
Tabla n°49: Persona o institución que investiga el incidente de <i>Mobbing</i> reportado por trabajadores de SAR y SAPU.....	101
Tabla n°50: Consecuencias que sufre el agresor de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	101
Tabla n°51: Ayuda del empleador, jefe y/o supervisor frente al incidente de <i>Mobbing</i>	102
Tabla n°52: Satisfacción en el manejo del incidente de <i>Mobbing</i> , según los trabajadores de SAR y SAPU.....	102
Tabla n°53: Motivo por no reportar incidente de <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	103
Tabla n°54: Variables asociadas al incidente de acoso sexual.....	104
Tabla n°55: Respuestas a experiencias estresantes de Acoso sexual según trabajadores de SAR y SAPU.....	105
Tabla n°56: Variables asociadas al incidente de acoso racial.....	106
Tabla n°57: Respuestas a experiencias estresantes de Acoso racial según trabajadores de SAR y SAPU.....	107
Tabla n°58: Políticas específicas desarrolladas por el empleador para violencia laboral, identificadas por trabajadores de los SAR y SAPU.....	108
Tabla n°59: Medidas existentes para combatir la violencia laboral en el lugar de trabajo, identificadas por trabajadores de SAR y SAPU.....	109
Tabla n°60: Medidas de ayuda para combatir la violencia laboral en el lugar de trabajo, identificadas por trabajadores de SAR y SAPU.....	110

Tabla n°61: Relación entre dimensión agotamiento emocional y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	113
Tabla n°62: Relación entre dimensión Despersonalización y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.	115
Tabla n°63: Relación entre dimensión Realización Personal y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.	117
Tabla n°64: Relación entre las variables sociodemográficas y laborales y la percepción de Violencia Laboral en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	119
Tabla n°65: Relación entre Síndrome de Burnout y Violencia Laboral en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	121
Tabla n°66: Relación entre Violencia Física y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	122
Tabla n°67: Relación entre Abuso Verbal y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	123
Tabla n°68: Relación entre <i>Bullying/Mobbing</i> y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	124
Tabla n°69: Relación entre Acoso Sexual y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	125
Tabla n°70: Relación entre Abuso Racial y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.....	126
Tabla n°71: Contraste de hipótesis del estudio.....	127

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura nº1: Modelo interactivo de violencia laboral, Chappell y Di Martino (2006).....	17
Figura nº2: Modelo de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demerouti.....	30
Figura nº3: Respuesta al incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU...	81
Figura nº4: Respuesta al abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.....	91
Figura nº5: Respuesta al <i>Mobbing</i> según trabajadores de SAR y SAPU.....	98
Figura nº6: Medidas de cambio en el SAR o SAPU que ha implementado el empleador en los dos últimos años según sus trabajadores.....	117
Figura nº7: Impacto de las medidas de cambio implementadas en el SAR o SAPU según sus trabajadores.....	112

RESUMEN

Introducción: La violencia laboral es un problema de salud pública que afecta la salud física y mental de los trabajadores y la calidad de la atención, la evidencia internacional ha relacionado estos eventos con el síndrome de burnout. Existe limitada evidencia sobre esta relación en atención primaria de urgencias en Chile.

Objetivo: Relacionar el síndrome de burnout y el nivel de violencia laboral en trabajadores de SAR y SAPU de Concepción, Chile. **Metodología:** Estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional. Se realizó un censo a 106 trabajadores de servicios de atención primaria de urgencias. Se aplicaron cuestionarios validados *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey* y *Workplace Violence in the Health Sector*. Se aplicaron los principios de Emanuel, E. a través de la investigación. **Resultados:** El 84,0% reportó algún tipo de violencia en el último año, principalmente, abuso verbal (83,0%). En *burnout*, predominó alta despersonalización (64,2%), moderado agotamiento emocional (41,5%) y alta realización personal (64,2%). Reportar violencia y sufrir abuso verbal se asoció con mayor despersonalización; el abuso racial se asoció con agotamiento emocional y despersonalización. **Conclusiones:** La violencia laboral fue altamente prevalente y se relacionó principalmente con despersonalización, apoyando el fortalecimiento de medidas organizacionales de prevención, reporte y abordaje en SAR/SAPU.

Descriptores: Burnout, Violencia laboral; Servicios de atención de urgencias; Riesgos laborales; Personal de salud; Atención primaria de salud

Summary

Introduction: Workplace violence is a public health problem that affects workers' physical and mental health and the quality of care; international evidence has linked these events to burnout syndrome. There is limited evidence on this relationship in primary emergency care in Chile. **Objective:** To examine the relationship between burnout syndrome and the level of workplace violence among workers in SAR and SAPU services in Concepción, Chile. **Methodology:** Quantitative, descriptive, correlational, cross-sectional study with census sampling. Validated questionnaires were administered: the *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey* and *Workplace Violence in the Health Sector*. Emanuel's, E. ethical principles were applied throughout the research. **Results:** Overall, 84.0% reported some type of violence in the past year, mainly verbal abuse (83.0%). Regarding burnout, high depersonalization predominated (64.2%), along with moderate emotional exhaustion (41.5%) and high personal accomplishment (64.2%). Reporting violence and experiencing verbal abuse were associated with higher depersonalization; racial abuse was associated with emotional exhaustion and depersonalization. **Conclusions:** Workplace violence was highly prevalent and was mainly related to depersonalization, supporting the strengthening of organizational measures for prevention, reporting, and management in SAR/SAPU services.

Descriptors: Burnout; Workplace violence; Emergency care services; Occupational risks; Health personnel; Primary health care.

1. Introducción

1.1. Fundamentación del estudio:

Recién comenzando el siglo, en el año 2002, se vislumbraba a la violencia laboral (VL), o violencia en el trabajo, como la epidemia del siglo XXI (1,2) debido a los graves efectos que produce en las personas, siendo descrita como un riesgo ocupacional, de tipo psicosocial, que tiene consecuencias en los trabajadores a nivel de salud física y mental (3,4), pudiendo aumentar el riesgo de fumar, consumir alcohol o drogas, sufrir enfermedades mentales o tendencia al suicidio y hasta la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas (5), transformándose en un grave problema de salud pública.

La violencia ha sido definida por la organización mundial de la salud como *“el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (6); por su parte, la violencia laboral (VL) se ha entendido como aquella *“constituida por incidentes en los que el personal sufre abusos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo - incluidos los viajes de ida y vuelta a él que pongan en peligro, implícita o explícitamente, su seguridad, su bienestar o su salud”* (7).

Chile, desde junio del año 2019, adoptó el convenio C190 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la violencia y el acoso laboral, siendo ratificado el 8 de marzo del año 2023 (8), definiendo la violencia y el acoso

en el trabajo como *“un conjunto de comportamientos y prácticas inaceptables, o de amenazas de tales comportamientos y prácticas, ya sea que se manifiesten una sola vez o de manera repetida, que tengan por objeto, que causen o sean susceptibles de causar, un daño físico, psicológico, sexual o económico, e incluye la violencia y el acoso por razón de género”* (9).

En un esfuerzo por prevenir y enfrentar el fenómeno de la Violencia Laboral, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), y la Internacional de Servicios Públicos (ISP), se reunieron en el año 2002 presentando una pauta para el manejo de la VL en el sector salud, en los que destacan prevención de la violencia en el lugar de trabajo, tratar la violencia en el lugar de trabajo, gestión y mitigación de las consecuencias de la violencia en el lugar de trabajo, cuidado y apoyo a los trabajadores afectados por la violencia en el lugar de trabajo y sostenibilidad de las iniciativas emprendidas. Para ello, visibilizaron diversos tipos de violencia a los cuales puede verse afectado un o una trabajadora (7, 10), la violencia física, que se define como la que es acompañada de agresiones o amenazas, ataques que pueden desencadenar lesiones o muerte; y la violencia psicológica, manifestada a través de intimidación y hostigamiento, donde se pueden encontrar:

1) El acoso verbal, que es el uso de palabras para agredir, dominar, ridiculizar, manipular y/o degradar a otra persona, y la violencia de tipo étnico o racial, que está asociada a la violencia orientada por la raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad o edad (11);

2) Acoso sexual, definida como *“cualquier tipo de conducta no deseada, ya sea verbal, no verbal o física, de naturaleza sexual, con el propósito o efecto de vulnerar la dignidad de una persona, en particular cuando crea un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo”* (12, 13) diferenciándose de la violencia sexual en que esta última es la tentativa de consumir o insinuar un acto sexual no deseado, o cualquier acción para comercializar o utilizar de cualquier forma la sexualidad de una persona mediante la coacción de otra (13);

3) Bullying que *“constituye un comportamiento ofensivo reiterado a través de intentos vengativos, crueles, maliciosos o humillantes para menoscabar a un empleado o grupo de empleados”* (14); y 4) Mobbing, o acoso colectivo, distinguiéndose del bullying por *“involucrar a un grupo de trabajadores que se unen contra un empleado objetivo y lo someten a acoso psicológico a través de comportamientos como comentarios negativos continuos sobre una persona o críticas constantes; aislar a una persona dejándola sin contactos sociales; difundir rumores o información falsa; o ridiculizarla constantemente”* (14).

Investigadores en el área refieren que este fenómeno suele manifestarse en todas sus formas en el lugar de trabajo, generando graves problemas en las y los trabajadores, pudiendo escalar hasta homicidios y/o suicidios (14).

Según la procedencia y las características del agresor, el fenómeno de la violencia ha sido categorizado como Tipo I, II y III, siendo la Tipo I: La persona que agrede no tiene ningún tipo de vínculo con el lugar del trabajo y la víctima, siendo su objetivo cometer un acto delictual de robo o crimen. Tipo II: La persona agresora es quien recibe un servicio por parte de la víctima, por ejemplo, la violencia ejercida por un paciente o familiar de este. Y Tipo III: El agente agresor tiene un vínculo con el lugar del trabajo, siendo normalmente un empleado/a, compañero o compañera de trabajo, supervisor, jefe o estudiante (14).

En Chile, la legislación prohíbe la VL a través de la ley n°20.607 del 08 de agosto del año 2012 (15). Recientemente, el 15 de enero del año 2024, se promulgó la ley n°21.643 que modifica el código del trabajo y otros cuerpos legales, en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo socializada como “Ley Karim” la cual entró en vigencia el primero de agosto del mismo año, y menciona que: *“Las relaciones laborales deberán siempre fundarse en un trato libre de violencia, compatible con la dignidad de la persona y con perspectiva de género, lo que, para efectos de este Código, implica la adopción de medidas tendientes a promover la igualdad y a erradicar la discriminación basada en dicho motivo [...]”* (16), además establece, como obligación, generar un protocolo de prevención del acoso laboral

y/o sexual, y sobre la violencia del trabajo, resguardando la privacidad y honra de todas las personas involucradas durante el proceso de investigación (17), por ello, y acorde a lo escrito, es que se promueven ambientes laborales libres de todo tipo de violencia.

Un riesgo que se ha descrito y estudiado ampliamente en los lugares de trabajo corresponde al síndrome de desgaste ocupacional, o Síndrome de Burnout (SB) por su nombre en inglés, definido por la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como *“un síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito, caracterizado por tres dimensiones: 1) sentimientos de falta de energía o agotamiento; 2) aumento de la distancia mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y 3) una sensación de ineficacia y falta de realización. El SB se refiere específicamente a los fenómenos en el contexto laboral y no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida.”* (18), así, es categorizado como un riesgo ocupacional, siendo particular de los trabajos asociados a tratar con personas, como lo son rubros de educación, salud, comercio (retail) y gobernanza o servicios sociales (19, 20) que, según se describe en el manual para la aplicación del instrumento “Maslach Burnout Inventory” (MBI), surge como respuesta frente a la exposición prolongada de estresores interpersonales crónicos en el trabajo, trayendo consigo consecuencias a nivel de organización: ausentismo, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio

entregado, aumento de los conflictos interpersonales, entre otros; personal: del orden psicosomático, emocional y actitudinal; y social: conflictos interpersonales extralaborales, actitudes negativas ante la vida, disminución de la calidad de vida, entre otras (21).

Estudios previos, han relacionado mayores niveles de SB en las personas que son víctimas o han sufrido de VL (3, 22). En los últimos años, especialmente postpandemia, el personal sanitario se ha visto expuesto a un aumento del nivel de desgaste y también de exposición a VL. Es interesante conocer cuál es la relación que existe entre el SB y la VL, haciendo patente los efectos que genera la violencia en el lugar de trabajo (23-25).

En Chile, el fenómeno de la VL se ha estudiado principalmente en atención terciaria, sin embargo, acorde a la revisión realizada, se deduce que existe un bajo nivel de evidencia que visibilizan la realidad de los trabajadores de este sector, además se ha descrito ampliamente la relación existente entre el fenómeno de VL y SB en el ambiente pedagógico (3, 22), no así en los ambientes sanitarios, haciendo que resulte muy relevante conocer cómo este fenómeno se visibiliza en estos trabajadores y trabajadoras, quienes deben brindar atención de salud a la población, convirtiéndolo en una variable importante a considerar cuando se estudia violencia en el entorno laboral.

1.2 Justificación del estudio

La VL ha ido en aumento en las y los trabajadores, al igual que los problemas de salud mental, generando un alto riesgo psicosocial, teniendo en cuenta que el trabajo cumple un rol central en la vida de las personas, tanto por el tiempo que se le dedica, así como por las funciones psicosociales que cumple (gestión del tiempo, satisfacción y autoestima) inclusive contribuyendo a la integración social (26), la VL se transforma en un problema potencialmente grave, aún más de lo que ya se conocía, y que podría traer profundas repercusiones a nivel organizacional, personal y social, por lo que urge visibilizar este problema, para comprender su origen, enfrentar sus consecuencias y potenciar los recursos disponibles para su prevención.

La evidencia ha explorado diferentes dimensiones de la violencia en todos los niveles de atención (27-31), demostrando que la VL genera alteraciones en la salud de las y los trabajadores y la organización laboral, influenciando la calidad de la atención de salud brindada, en el equipo de trabajo y en su desempeño profesional, además de su potencial para desencadenar problemas en los ámbitos familiares, sociales, financieros y laborales. Esto es particularmente relevante cuando la violencia es perpetuada por colegas de trabajo, ya que su impacto es mayor que cuando es generada por los usuarios (4, 32-34). Por lo tanto, desde la perspectiva asistencial, podría alterar la calidad de la atención al usuario receptor de la misma y debilitando la productividad de la organización sanitaria.

En Chile, desde el área sanitaria, el fenómeno de la violencia ha sido estudiado fundamentalmente a nivel intrahospitalario, tanto desde la perspectiva de los usuarios como de los trabajadores (35, 36). Existe evidencia nacional que demuestra que la mayoría de las y los trabajadores ha reportado haber sufrido VL por parte de los usuarios y/o familiares (36-40), demostrando un bajo nivel de evidencia de lo que ocurre entre el equipo de atención en salud, donde se conoce que la violencia psicológica predomina por sobre la física, de acuerdo con la literatura consultada (27), generando alteraciones en las relaciones laborales y tensiones en el equipo sanitario, aumentando los problemas de salud mental.

En relación con el SB, este se ha estudiado principalmente en ambientes intrahospitalarios (41-43), destacando la necesidad de explorarlo continuamente, ya que es un fenómeno dinámico a través del tiempo, y en distintos ambientes de trabajo, porque varía dependiendo del entorno laboral, siendo un fenómeno presente en la atención sanitaria chilena que amerita estudio debido a las repercusiones que trae consigo para la persona, generando un desgaste del trabajador y, con ello, la atención de salud que brinda al usuario, siendo este último víctima indirecta de este fenómeno.

Debido a las funciones que realizan los trabajadores de la atención de urgencias son especialmente vulnerables a la VL, enfrentándose a una alta demanda y a ser capaces de resolver situaciones de salud muy variadas, que van desde un dolor de estómago a una emergencia vital. Esta condición de vulnerabilidad puede estar dada tanto por parte de los usuarios y sus familiares

que, acorde a la conceptualización subjetiva de lo que significa una urgencia, pudiesen agredir a los trabajadores.

El sistema de salud chileno está conformado por entidades públicas y privadas, que desarrollan acciones en conjunto de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (44, 45). En el sector público, los servicios de atención primaria de urgencias están conformados por dos grandes dispositivos, los “Servicio de Atención Primaria de Urgencias” (SAPU) y los “Servicio de atención de Alta Resolutividad” (SAR), los cuales están adosados a los centros de atención primaria de la red asistencial, con la finalidad de prestar atención de urgencias de baja complejidad a la población, fortaleciendo la capacidad resolutiva local y asegurando una atención oportuna en casos de urgencias (44-46). De igual manera resulta interesante mencionar que los establecimientos de atención primaria de urgencias se encuentran insertos en zonas geográficas con un perfil demográfico de alta vulnerabilidad psicosocial, lo que es un factor ambiental de riesgo para la aparición de la violencia hacia los trabajadores (14).

A pesar del impacto que estos fenómenos pueden causar por sí solos, hasta ahora, en Chile y en base a la búsqueda de evidencia realizada, no se ha encontrado ninguna publicación que relacione la VL con el SB, ni tampoco estudios que aborden estos fenómenos por separado a nivel de atención primaria de urgencias.

Surge así un vacío en el conocimiento sobre VL entre trabajadores de atención primaria de urgencias, el SB y si existe alguna relación entre la presencia de ambos fenómenos en Chile, temática importante de abordar a modo de dar respuesta a las políticas nacionales para frenar la violencia en el lugar de trabajo, dado que la violencia altera las dinámicas organizacionales, la salud de los trabajadores, la calidad de la atención brindada y transformándose en un factor que potencia el Síndrome de Burnout en las y los trabajadores, acorde a evidencias internacionales.

La comuna de Concepción se ubica geográficamente en el centro del área metropolitana del Gran Concepción, siendo además su principal punto demográfico y capital de la provincia del mismo nombre y, así como de la región del Biobío, siendo una de las 3 urbes más pobladas de la zona central de Chile, junto a Santiago y Valparaíso; estas características le brindan a la comuna la capacidad de representar a las otras comunas de la provincia.

Analizar estos fenómenos responde a lo establecido en el convenio C190 de la Organización Internacional del Trabajo y contribuye directamente a proporcionar datos de la realidad local, cuestión inexistente a la fecha, pudiendo obtener información que permita contribuir en respaldar la creación de estrategias institucionales y gubernamentales para reforzar y mejorar las políticas asociadas a este fenómeno, debido a que no puede continuar existiendo violencia entre los trabajadores y, mucho menos, que desarrolle o potencie un síndrome tan complejo como lo es el de agotamiento emocional en personas que ejecutan un

trabajo de vital importancia para la comunidad. Por ende, se hace imperante visibilizar esta problemática a la sociedad para disminuir los eventos, protegiendo a los trabajadores al evidenciar las condiciones en las cuales ellos trabajan, mejorando su bienestar favoreciendo entornos laborales saludables y mantener así una atención de salud primaria de urgencias adecuada.

1.3 Problema de investigación:

En este contexto y con la evidencia encontrada, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el Síndrome de Burnout y el nivel de Violencia Laboral en las y los trabajadores de los Servicios de urgencias de Alta Resolutividad (SAR) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) de la comuna de Concepción, Chile en el año 2025?

De esta pregunta se desprenden las siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la prevalencia del Síndrome de Burnout (SB) y Violencia Laboral (VL) en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2025?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas y laborales de las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2025?
- ¿Qué tipos de Violencia Laboral son mayormente notificados y quiénes son los principales agresores identificados por los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2025?
- ¿Cómo se vinculan las características sociodemográficas y laborales con el SB y la VL en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile en el año 2025?

1.4 Marco referencial

1.4.1 Atención primaria de urgencias

La Red Asistencial del Sistema Público de Salud está conformada por 29 Servicios de Salud distribuidos en las 16 regiones del país. En cada uno de ellos existe un número determinado de establecimientos hospitalarios de distinta complejidad, además de la Atención Primaria de Salud (APS) (44, 45).

La Red Asistencial de cada servicio de salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los recintos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás centros de salud, públicos o privados para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (44, 45).

La Red Asistencial del Servicio de Salud Concepción (SSC) está constituida por un conjunto de seis hospitales públicos dependientes más el Centro de Salud Familiar Víctor Manuel Fernández y los establecimientos municipales de atención primaria de las comunas de Concepción, Hualqui, Chiguayante, Lota, Coronel, Florida, Santa Juana y San Pedro de la Paz. A la Dirección del Servicio le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Concepción, en cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud (44).

La red de atención primaria de urgencias está formada por:

Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Una vez que termina el horario de atención del Centro de Salud Familiar (CESFAM), comienza la atención que brinda el equipo de salud que compone el SAPU; normalmente funciona adosado al CESFAM y tiene los recursos para resolver problemas de salud de mediana gravedad, a los que se les puede aplicar tratamiento y realizar procedimientos. En situaciones de mayor gravedad el personal del SAPU deriva y traslada oportunamente al hospital, cumpliendo con las condiciones de seguridad requeridas a los establecimientos de mayor resolución de la red asistencial local (46).

Existen dos tipos de SAPU:

1) SAPU Corto:

Funcionan 67 horas semanales distribuidas de la siguiente forma:

- Días hábiles de las 17:00 a 24:00 horas.
- Días Inhábiles de las 08:00 a 24:00 horas.

Equipo que lo conforman: Médico/a, enfermera/o, técnico paramédico, oficial administrativo (optativo) y chofer de ambulancia. La cantidad varía según el número de personas que son atendidas.

No cuentan con radiología de urgencia, ni camillas de observación.

2) SAPU Largo:

Funcionan 123 horas, todos los días de la semana:

- Días hábiles de 17:00 a 08:00 horas del día siguiente
- Días inhábiles de 08:00 a 08:00 horas del día siguiente

Equipo que lo conforman: Médico/a, enfermera/o, técnico paramédico, oficial administrativo (optativo) y chofer de ambulancia. La cantidad varía según el número de personas que son atendidas.

No cuentan con radiología de urgencia ni camillas de observación.

Servicio de Urgencia de Alta Resolución (SAR) Trabaja de manera conjunta con los centros de salud y los hospitales, buscando brindar una atención resolutive, oportuna y de calidad a las personas. Es un dispositivo instalado en Atención Primaria dotado de más equipamiento y camillas de observación. En este establecimiento se atienden urgencias de menor y mediana complejidad, derivando a Hospital o CESFAM cuando corresponda, como también se estabilizan y trasladan los casos más complejos que requieran ser derivados a urgencias hospitalarias. Se diferencia de los SAPU, principalmente, porque puede entregar atención de urgencia con mayor capacidad de respuesta, además, incorpora toma de exámenes de laboratorio, mayor dotación de personal, imagenología y telemedicina (46).

Servicio de Urgencia Rural (SUR): Surge de la necesidad de buscar equidad en las comunas rurales y más pobres, pudiendo otorgar atención de urgencia fuera del horario hábil, a fin de contribuir en el nivel de salud de las personas de esas comunas. Posee el financiamiento para contar con médicos y otros profesionales (46).

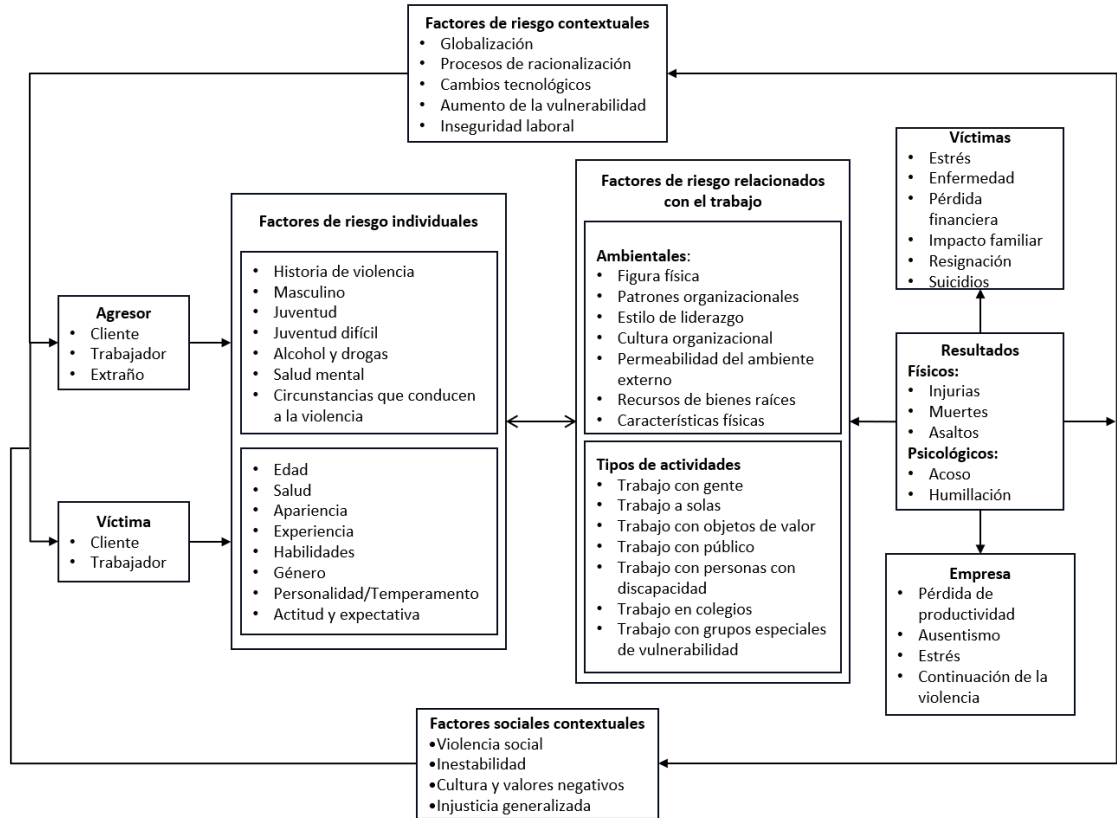
Postas de Salud Rural (PSR): La posta es un establecimiento de menor complejidad, que se localiza en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión. Este tipo de recinto está a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales (46).

1.4.2 Modelo interactivo de la violencia de Chappell y Di Martino

Para efectos de este estudio, el referente teórico para analizar la violencia será el modelo propuesto por Chappell y Di Martino en 1998, basado en el de Poyner y Warne (1988), actualizado en el año 2006. Este modelo permite explicar este fenómeno desde un punto de vista multicausal, entendiendo la dinámica entre agresor-víctima a través de la incorporación de elementos contextuales y sociales, así como factores de riesgo individuales y del entorno laboral, con sus respectivas consecuencias organizacionales.

Definen la violencia como “cualquier incidente en el cual un empleado es abusado, amenazado o atacado por un miembro del público (paciente/cliente y/o compañeros de trabajo)”, además señalan que las situaciones violentas también pueden ocurrir cuando se vulnera, a través de comportamientos repetitivos, la integridad psicológica del afectado/a, pudiendo generar mayores repercusiones que las físicas (14).

Figura 1: Modelo interactivo de violencia laboral, Chappell y Di Martino (2006)



Fuente: Modelo interactivo de violencia laboral, Chappell y Di Martino (2006) (14).

Las variables que explican el modelo son:

a. Agresor:

Quien agrede o perpetúe la violencia caerá en alguna de las siguientes tres categorías principales: 1) Un cliente de la empresa o institución en particular; 2) Un colega o compañero de trabajo; 3) Un familiar o un desconocido. También puede haber diferencias en los factores de riesgo individuales entre personas de distintos países debido a las influencias sociales o culturales. En la mayoría de los casos, las características clave del perpetrador/a que probablemente estarán asociadas con un mayor riesgo de violencia son aquellas como:

- Historial de violencia y haber tenido una infancia problemática: la familia constituye el grupo formador del agresor, marcando los primeros aprendizajes de conductas agresivas. Existe relación entre agresión en niños y ciertas características en sus padres, en la madre rechazo y en el padre uso del castigo y amenazas. Los padres maltratadores habitualmente han sido abusados cuando niños, de los cuales menos de la mitad maltratará a sus propios hijos (14).
- Sexo hombre: las actitudes propias de este sexo y la situación de patriarcado que se encuentra profundamente arraigadas en muchas culturas (14).
- Ser joven: la violencia tiende a ser perpetrada más comúnmente por personas entre 15 a 30 años (14).
- Abuso de sustancias: el uso de drogas y el efecto que ocasiona en los consumidores incluye características neurológicas individuales, personalidad y temperamento, además del nivel social en el cual el individuo se encuentra ubicado. La violencia habitualmente se asocia al tráfico y distribución de estas sustancias, como también a los comportamientos propios del consumo en el individuo (14).
- Ciertas formas de enfermedad mental: ocasionalmente algunas enfermedades psiquiátricas causan actos violentos tales como paranoia, esquizofrenia (14).

- Estar en una situación que propicie la violencia: incluye el acceso a armas de fuego (14).
- Personalidad: Antecedentes de comportamiento agresivo en el pasado. Los impulsos hostiles en personas con inusual control interno pueden resultar en extrema violencia (14).
- Condiciones temporales: se refiere al individuo que se encuentra bajo la influencia del alcohol o las drogas, o con alguna patología o estrés que puede volver hacia comportamiento irascible o poco controlado (14).
- Expectativas negativas/inciertas: corresponde a personas negativamente predisuestas o con una gran incertidumbre que se traduce en conductas estresadas y humor conflictivo (14).
- Inmadurez: se refiere a niños o jóvenes cuyo comportamiento es menos controlado que el de un adulto, o grupos que son fácilmente influenciados para adoptar un comportamiento agresivo (14, 47).

b. Víctima:

Distingue ciertos atributos o características de una víctima de violencia en el lugar de trabajo, destacando que en la mayoría de los casos probablemente será un empleado. Estas incluyen:

- Apariencia: Puede ajustar el tono de la interacción y establecer el rol de las características del encuentro. En ocupaciones que involucran contacto directo con público, por ejemplo, el uso de uniformes puede animar o desanimar conductas de violencia. En algunos lugares, se espera que el

empleado actúe con autoridad para mantener el respeto. Además, se identifican y distinguen del resto de las personas. Hay situaciones en que la presencia del uniformado es ofensiva, lo que puede conllevar a un comportamiento abusivo o violento.

- Salud: puede influir en gran medida en la interacción con los clientes y el público. Estrés por sobrecarga de trabajo o formas leves de enfermedad mental pueden llevar a malentendidos o engaños que pueden desencadenar respuestas agresivas.
- Edad y experiencia: pueden incrementar o disminuir la posibilidad de agresión. La experiencia previa en el manejo de situaciones difíciles está relacionada con la edad, permite a los trabajadores reaccionar de mejor forma que las personas con menos experiencia.
- Sexo: puede influenciar en el comportamiento agresivo de muchas formas. Los hombres son más proclives que las mujeres a responder de manera agresiva a muchas situaciones en el lugar de trabajo, a su vez las mujeres se encuentran en un riesgo más alto de sufrir ciertos tipos de victimización en el trabajo. Esto es importante en el sector salud, donde un número no despreciable de trabajadores son mujeres.
- Personalidad y actitudes: algunos miembros de trabajadores son mejores que otros para manejar situaciones difíciles, son cualidades que se asocian con características de personalidad y estilos de comportamiento. La actitud de los trabajadores y sus expectativas laborales son factores

que también pueden influir en comportamientos agresivos. Por ejemplo, una empresa que está a punto de cerrar o que experimente despidos masivos están lejos de ser tolerantes en sus relaciones con los clientes. En forma parecida definiciones de roles poco claras con un trabajo en particular pueden influir cuanto más violento o potencialmente violento un incidente será manejado (14, 47).

En general, las formas en que las víctimas reaccionan al comportamiento agresivo parecen ser importantes para determinar si esa agresión disminuye o se intensifica. Parece esencial que el agresor no vea que la víctima se comporta de manera injusta o irracional. El comportamiento ansioso o enojado de la víctima también puede desencadenar la violencia, mientras que un comportamiento controlado puede ayudar a reducir las tensiones.

c. Factores de riesgo en el lugar de trabajo

Tanto el agresor como la víctima interactúan en el lugar de trabajo. El entorno de trabajo, incluidas sus características físicas y su estructura organizativa, así como su estilo de gestión y cultura, pueden influir en los riesgos de violencia que resultan de sus interacciones.

La interrelación entre el entorno externo y el entorno de trabajo también parece ser significativa en términos de predecir la violencia. Por lo tanto, cualquier predicción de la posibilidad de que ocurran incidentes violentos en el lugar de trabajo dependerá de un análisis exhaustivo de las características del perpetrador

y la víctima en la situación particular, el entorno de trabajo específico y las características del entorno externo (14, 47).

- Características físicas del entorno de trabajo: El entorno laboral puede favorecer o no la aparición de conductas violentas en mayor o menor grado. Investigaciones han demostrado que los niveles de violencia y comportamiento destructivo cercanos a locales públicos se relacionan con una serie de factores que incluyen el diseño físico y el confort que ofrecen estos lugares. Locales copados de público, mal ventilados, sucios y ruidosos experimentan altos rangos de violencia comparados con aquellos que evidencian mejores condiciones de diseño, tal como sucede en la actualidad donde los servicios sanitarios de urgencias se encuentran saturados por demandas asistenciales (14).
- Estructura organizativa: Una mala organización puede, por ejemplo, conducir a una carga de trabajo excesiva para un grupo específico de trabajadores (mientras que otros pueden estar relativamente inactivos), ralentizar su desempeño, crear retrasos injustificados y filas, desarrollar actitudes negativas entre dichos trabajadores e inducir comportamientos agresivos entre los clientes. Los mismos efectos pueden ser inducidos por procedimientos burocráticos laberínticos, que someten tanto a empleados como a clientes a un estrés severo (14).
- Estilo de gestión y cultura: Un ambiente de trabajo "participativo", por ejemplo, donde el diálogo y la comunicación se ejercen ampliamente,

puede ayudar a disminuir los riesgos de violencia. En contraste, un ambiente de trabajo "cerrado" y autoritario, donde las personas trabajan aisladas, con mutua desconfianza y actitudes defensivas hacia las personas externas, puede aumentar el riesgo de violencia (14).

d. Permeabilidad de factores externos ambientales, sociales y contextuales.

Dependerá del tipo de trabajo, no obstante, es evidente, por ejemplo, que un banco o una tienda ubicados en una zona muy peligrosa serán más propensos a sufrir robos; que las rutas de autobús tendrán diferentes niveles de riesgo de violencia según la parte de la ciudad que sirvan; y que el nivel de frustración y agresión del público en una oficina puede variar según el nivel de frustración y agresión en su entorno de vida. Siempre que la violencia esté arraigada en una sociedad, es probable que también se refleje en el lugar de trabajo.

Los autores señalan que en todos los países donde se llevaron a cabo estudios de casos en el sector de la salud para el programa colaborativo internacional de la OIT, hubo evidencia de una "infiltración" de la violencia de la población local en los lugares de trabajo de salud. Es decir, los factores de riesgo de la población local parecían traspasar los límites del lugar de trabajo. Sin embargo, no es solo la violencia física la que afecta a las víctimas, muchas sufren repercusiones de estrés emocional (14).

e. Efectos en el bienestar psicológico

Efectos adversos de la violencia física en el bienestar psicológico (14):

- Reacción al estrés y deterioro de la salud general.
- Menor bienestar psicológico y mayor riesgo de problemas psicológicos.
- Efectos cognitivos, como problemas de concentración.
- Reducción de la autoconfianza.
- Menor satisfacción en el trabajo.
- Reacciones de miedo.
- Estrés postraumático.

Efectos adversos de la violencia psicológica en el bienestar psicológico (14):

- Ansiedad.
- Depresión.
- Síntomas psicosomáticos.
- Agresión, miedo y desconfianza.
- Efectos cognitivos, como la incapacidad para concentrarse y pensar con claridad, y una capacidad reducida para resolver problemas.
- Aislamiento y soledad.
- Deterioro de las relaciones.
- Estrés postraumático.

El estrés también puede llevar a la frustración y la ira, y por lo tanto puede ser un antecedente para la violencia en el trabajo, pudiendo activarse un círculo vicioso en el que la o el trabajador sufre niveles crecientes tanto de estrés como de

violencia. Además, otras formas de violencia pueden infiltrarse en los lugares de trabajo desde el exterior (14).

f. Costos

Se describen tres tipos de costos: directos, indirectos e “intangibles”.

- Directos: incluyen lesiones en el lugar de trabajo, enfermedades, discapacidad, muerte, ausentismo y rotación de personal.
- Indirectos: incluyen una reducción en la satisfacción laboral, el ánimo, el compromiso, la eficiencia, el desempeño y la productividad.
- Intangibles: incluyen aquellos relacionados con el impacto negativo en la imagen de la empresa o institución, la creatividad, el clima laboral, la apertura a la innovación, la construcción de conocimiento y el aprendizaje continuo. Estos activos intangibles son esenciales para la competitividad de las empresas centradas en las personas (14).

1.4.3 Síndrome de Burnout.

El SB es un concepto que ha sido ampliamente estudiado a lo largo de los años, existiendo múltiples definiciones por diversos autores. Existe gran dificultad en la identificación de los síntomas del burnout, dada la gran cantidad de fenómenos asociados al síndrome que destacan las investigaciones sobre el tema, señalando hasta más de 100 síntomas asociados (48).

La Dra. Maslach, en conjunto con distintos equipos de trabajo a lo largo del tiempo, ha definido al burnout como una respuesta a estresores interpersonales crónicos que se desarrollan en el ambiente laboral, conformado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia sí mismos. Caracterizándose por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Concluyendo que el burnout se configura como un síndrome “tridimensional” describiendo síntomas dominantes como el agotamiento abrumador, sensaciones de cinismo en el trabajo y un sentido de ineficacia y carencia de la realización personal (49, 50). El síndrome se caracteriza por la triada de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, que son descritas a continuación (20):

- Agotamiento emocional: Elemento clave de esta condición, se refiere a la presencia de sentimientos de estar emocionalmente agotados y sobrepasados en cuanto a sus recursos emocionales (20).

- Despersonalización: Implica actitudes negativas, cínicas e impersonales, generando sentimientos muy distantes hacia otras personas (20).
- Reducción de la realización personal en el trabajo: Disminución de los sentimientos de competencia y éxito en el lugar de trabajo, así como una tendencia a evaluarse negativamente así mismo, particularmente en el trabajo con otras personas (20).

1.4.4 Teoría de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demerouti

Para vincular el fenómeno de la violencia laboral entendida desde el modelo interactivo de la violencia con el SB en base al modelo de Maslach, la teoría de demandas y recursos laborales ofrece una visión desde donde la violencia es entendida como una demanda laboral que puede desencadenar en SB, afectando el rendimiento laboral.

Esta teoría de diseño laboral, que nace en la investigación sobre *burnout* (agotamiento) y *engagement* (51), unifica diversas perspectivas sobre el estrés laboral y motivación (52, 53). De forma general, explica cómo las demandas y los recursos laborales influyen en el rendimiento en el trabajo a través del bienestar de los empleados (incluido el *Burnout*) y cómo éstos utilizan comportamientos laborales proactivos y reactivos para influir en las demás y recursos laborales (52, 54, 55).

Dentro de sus premisas teóricas establecen que las características laborales pueden ser modeladas utilizando dos categorías distintivas: Primero, las “Demandas laborales”, definidas como “aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos del trabajo que requieren un esfuerzo físico, cognitivo y/o emocional sostenido y, por lo tanto, están asociados con ciertos costes fisiológicos y/o psicológicos” (51, 55). Y segundo, que se desglosa en dos “Recursos laborales”, definidos como aquellos “aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos del trabajo que tienen potencial motivador, son funcionales para alcanzar los objetivos laborales, regulan el impacto de las

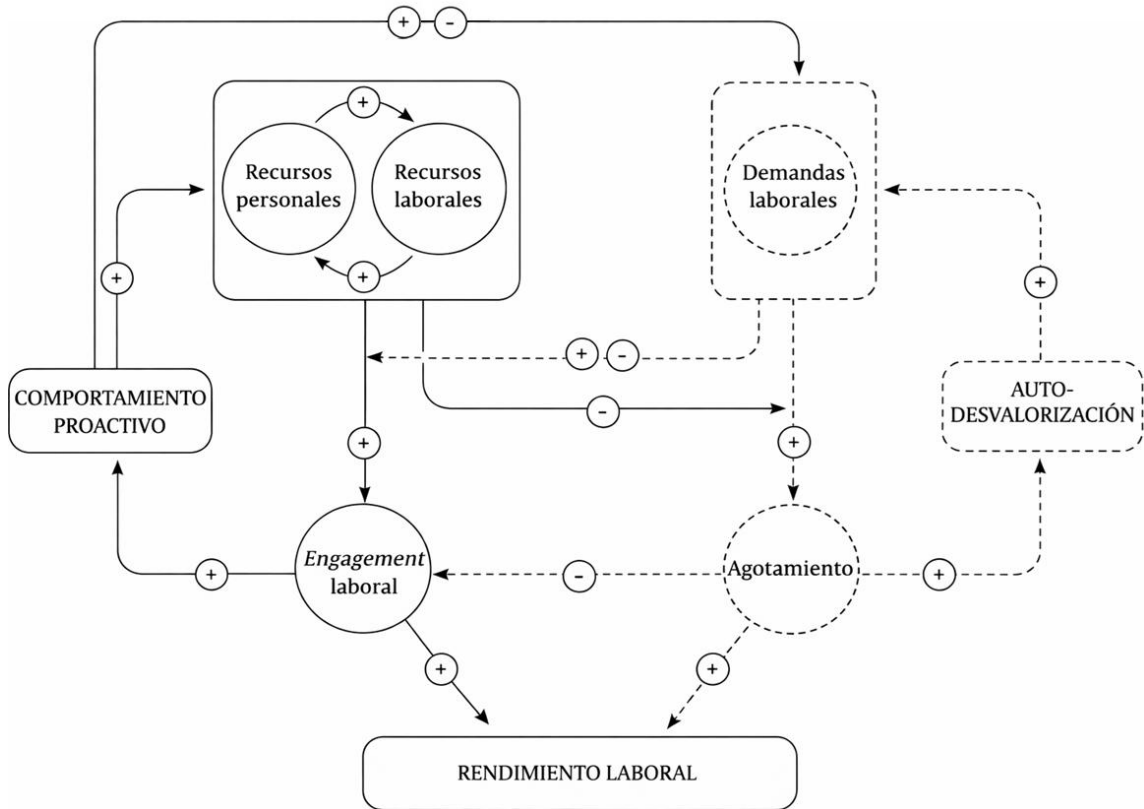
demandas laborales y estimulan el aprendizaje y el crecimiento personal” (52, 55); y “Recursos personales”, entendidos como la evaluación positiva de las personas sobre sí mismas, refiriéndose a su percepción de la propia capacidad para controlar su entorno e influir satisfactoriamente en el mismo (55, 56). Ambos recursos se potencian mutuamente, es decir, funcionan de forma recíproca (55).

Estas categorías desencadenarían dos procesos diferentes (ver figura 2):

Proceso de deterioro de la salud (Líneas segmentadas): establece que “la frecuencia y/o gravedad de las demandas laborales conllevan un esfuerzo adicional, lo cual agota los recursos físicos, emocionales y cognitivos de los empleados y puede provocar agotamiento y problemas de salud” (55, 57).

Proceso motivacional (Líneas continuas): describe que “los recursos laborales satisfacen las necesidades psicológicas básicas y fomentan el *engagement* de los empleados. La experiencia de *engagement*, a su vez, conduce a la creatividad y a un mejor rendimiento” (55, 58).

Figura 2: Modelo de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demerouti



Fuente: Modelo de Demandas y Recursos Laborales de Bakker y Demerouti (51, 55).

Así, desde el Proceso de deterioro de la salud, se desprendería que las demandas laborales y el estrés pueden llevar a cogniciones y comportamientos de autorregulación desadaptativos, como la auto-desvalorización, que se refiere a los comportamientos disfuncionales de los empleados, como una comunicación deficiente y comportamientos conflictivos, que crean obstáculos y pueden socavar el rendimiento, esperando que esto produzca un aumento de las demandas laborales, conduciendo a estrés y bajo rendimiento (55). De la misma manera, define que el estrés laboral puede desencadenar un ciclo de pérdida de auto-desvalorización y demandas laborales, esto debido a que la experiencia de

estrés dificulta la concentración de los empleados, induciéndolos a cometer más errores en el trabajo; si esto se sostiene en el tiempo, los comportamientos de auto-desvalorización generan nuevas demandas laborales que potencian un mayor nivel de estrés laboral futuro (55).

Por su parte, desde el Proceso motivacional se desprende un concepto conocido como *job crafting*, o “Comportamiento proactivo” en español, que se define como la iniciativa personal de los empleados para modificar las demandas y recursos laborales del trabajo con objeto de ajustar mejor el diseño del trabajo a sus propias habilidades y preferencias (55, 59). Y el *engagement*, que ha sido definido como el opuesto directo de las tres dimensiones del agotamiento o *Burnout*, caracterizado por Energía (en contraposición de agotamiento), involucramiento (en contra de despersonalización o cinismo), y eficacia (sobre reducción de la realización personal, ineficacia) (60).

De esta forma, los recursos laborales y el *engagement* pueden estimular a los empleados a adoptar comportamientos proactivos, mientras que las demandas laborales y el estrés pueden originar cogniciones y comportamientos desadaptativos (61). Cuando los empleados experimentan mayor tensión laboral les resulta más difícil concentrarse, y cometen más errores (62). Además, las emociones negativas (como la ira o la irritación), experimentadas por los trabajadores bajo estrés, disminuyen la variedad de pensamientos y acciones (63), en consecuencia, cuando las demandas laborales son persistentemente altas, los empleados pueden recurrir a estrategias destructivas como la auto-

desvalorización, añadiendo obstáculos que comprometen su desempeño laboral (54, 64). Ejemplos son la comunicación deficiente, cometer errores descuidados o crear conflictos interpersonales. En un estudio de registro diario (65), se observó que las enfermeras con menor capacidad de autorregulación al inicio del día mostraron comportamientos de autodesvalorización a lo largo del día, lo que afectó negativamente a su desempeño laboral diario (55).

1.4.4 Marco Empírico:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual de Salud (BVS) y World Of Science (WOS) con las palabras clave, validadas en DeCs/Mesh, “workplace violence”, “burnout”, “health personnel” y “primary health”, acompañados del booleano AND. Los filtros de búsqueda fueron: artículos de acceso gratuito, idiomas: español, inglés y portugués, y con antigüedad máxima de 5 años.

Se obtuvieron un total de 18 artículos, de los cuales 2 no fueron accesibles por no ser de acceso gratuito, 1 duplicado, 1 no abordaba la temática, 1 lo hacía en una población de otras características y 1 se encontraba aún en desarrollo, quedando un total de 12 artículos que componen este marco empírico.

A continuación, se presenta un resumen de los artículos seleccionados ordenados por año de publicación desde el más reciente al más antiguo:

Un estudio cualitativo realizado en Estados Unidos en servicios de atención primaria de salud para mujeres del sistema de Asuntos de Veteranos, publicado el año 2024, entrevistó de manera virtual a sesenta trabajadoras y trabajadores (médicas y médicos de atención primaria, enfermeras y enfermeros profesionales, personal técnico de enfermería y personal administrativo); treinta y cinco de estas personas relataron episodios explícitos de agresión por parte de pacientes. Su objetivo fue explorar las percepciones sobre la agresión y las estrategias de afrontamiento mediante entrevistas semiestructuradas y un

análisis cualitativo rápido, enmarcado en el modelo de Demandas y Recursos Laborales. El personal describió conductas disruptivas principalmente de carácter verbal (gritos, insultos y amenazas) y algunos episodios físicos de menor gravedad; estas experiencias se vivieron como altamente estresantes y emocionalmente agotadoras, junto con la percepción de que la organización no aplica consecuencias claras frente a agresiones de baja intensidad. Las estrategias de afrontamiento se agruparon en tres momentos: antes del evento (planificación del equipo y asignación de la persona con mejor vínculo previo), durante el evento (apoyo entre colegas, técnicas de comunicación y desescalada) y después del evento (espacios de conversación para descargar tensión y reinterpretación cognitiva). El estudio concluye que la agresión afecta el bienestar y favorece la intención de abandonar el empleo, y que los recursos individuales no sustituyen la necesidad de medidas organizacionales, como políticas explícitas, liderazgo que respalde al personal y consecuencias proporcionales para la conducta agresiva (66).

Un estudio realizado en Brasil en el año 2022, de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y analítico tuvo como objetivo verificar la asociación entre violencia laboral y calidad de vida en enfermeras de unidades básicas de salud. Aplicaron el instrumento “Workplace violence in the health sector” destacando los siguientes resultados dentro del periodo de 12 meses previo a la aplicación del cuestionario: La prevalencia de violencia verbal fue de un 65,3%, 28,7% para acoso moral, 17,8% para violencia física, 1% para acoso sexual y 1%

discriminación racial. El 100% de las personas encuestadas refirió como principal agresor a los pacientes, seguido de sus familiares y compañeros de trabajo. En la mayoría de los casos no hubo consecuencias ni castigo para los agresores y las jefaturas no ofrecieron ayuda a las víctimas. La investigación concluye que sí existe una asociación entre la violencia laboral con la calidad de vida, ya que la baja satisfacción se relacionó con la intimidación y la falta de estímulo para denunciar la violencia, y el estrés postraumático secundario se asoció a la violencia física y a la ausencia de procedimientos estandarizados frente a los actos violentos (67).

El mismo año, en China, un estudio cuantitativo buscó relacionar la violencia laboral entre trabajadores de salud con altos niveles de burnout, obtuvieron respuestas de enfermeras/os y médicos/as a través de cuestionarios online. Sus resultados revelaron que quienes habían experimentado violencia laboral dentro del último año presentaron un alto nivel de burnout, es decir eran más vulnerables a experimentarlo. El equipo concluye que las estrategias dirigidas a reducir y prevenir el SB deben considerar la VL (68).

Un estudio realizado en España, también en el 2022, de tipo cuantitativo de corte transversal; tuvo por objetivo conocer la prevalencia de agresiones notificadas por trabajadores del Servicio Madrileño de Salud, así como la prevalencia de lesiones o alteraciones de salud secundarias a la agresión, y sus factores asociados, durante el periodo 2009-2018. Obtuvieron un total de 5.587 notificaciones, donde el 89% de ellas provinieron desde atención primaria, y el

11% restante de atención especializada. Las agresiones físicas notificadas fueron de un 4 y 8% respectivamente (destacando que en los servicios de urgencias fue de un 12%) y las alteraciones de salud correspondientes fueron de un 95 y 97%. En atención especializada las enfermeras fueron las trabajadoras que más agresiones notificaron y en atención primaria los médicos (69).

Otro estudio del mismo país y año, cuantitativo, descriptivo, comparativo y de corte transversal; tuvo por objetivo analizar el papel modulador de la satisfacción laboral en la relación entre la violencia no física del usuario y la aparición de burnout. Con una muestra de 574 profesionales de 39 centros de atención primaria. Se destaca que la violencia no física se correlacionó significativa y positivamente con el agotamiento emocional y el cinismo, componentes del SB. Los investigadores concluyen que la aparición del SB se relacionó con la exposición a la violencia verbal o no física junto con la baja satisfacción laboral, proponiendo un posible modelo explicativo con una relación circular y bidireccional entre las variables estudiadas (70).

También en el mismo país y año, un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal que tuvo por objetivo analizar las consecuencias del COVID-19 en la violencia contra personal de enfermería, identificar su asociación con el Burnout, enfatizando las variables relacionadas con el trabajo. De una muestra de 1.013 profesionales, la agresión como consecuencia de su trabajo fue señalada por el 73,44%, siendo las más afectadas quienes se desempeñaban en atención primaria. El tipo de violencia principal fue la agresión verbal, proveniente

principalmente desde pacientes y familiares. Las y los profesionales que fueron agredidos puntuaron significativamente más alto en los ítems, para medir el Burnout, de agotamiento emocional y despersonalización. Resulta importante señalar también que cerca del 80% de las enfermeras percibió que la violencia aumentó desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (71).

Durante el año 2021, en Pakistán, se publicó un artículo que tuvo por objetivo evaluar la efectividad de un entrenamiento sobre desescalada de la violencia contra el personal sanitario, de los servicios de urgencia, para el manejo de incidentes violentos, comparándolo con un hospital similar que no recibió la capacitación; fue de diseño mixto abordando aspectos cuantitativos y cualitativos. Se destaca que el 90% de los encuestados habían experimentado o presenciado violencia. El entrenamiento no tuvo efecto sobre la incidencia de la violencia, sin embargo, mejoró la confianza del personal para enfrentar eventos violentos, así como su satisfacción general con el trabajo, mejorando sus habilidades de comunicación, disminuyendo los índices de Burnout (72).

El mismo año, en Brasil, fue publicado un estudio explicativo secuencial mixto, que tuvo por objetivo comprender y analizar los mecanismos de afrontamiento de la violencia utilizados por los profesionales de enfermería en el contexto hospitalario y en la Atención Primaria de Salud. El equipo identificó que el 51% de los participantes fueron víctimas de violencia, y los mecanismos de afrontamiento utilizados por los trabajadores fueron individuales y colectivos, con predominio del primero, demostrando que el problema usualmente se dirige a la

víctima. Destaca que no hubo apoyo institucional en la búsqueda de conducta frente a episodios de violencia y consecuencias para los perpetradores. Los investigadores concluyen reforzando la importancia del enfrentamiento colectivo como la forma más efectiva para combatir la violencia en el lugar de trabajo (73).

En Italia, un artículo de estudio cuantitativo de corte transversal publicado el año 2020, buscó investigar la asociación entre episodios de agresión del paciente y el SB entre los profesionales de la salud mental. Para ello utilizaron el instrumento “*Maslach Burnout Inventory*”. El equipo determinó una relación positiva, identificando que las personas que refirieron haber sido expuestas durante su vida a violencia verbal o con objetos presentaron mayor puntuación en los niveles de SB, a su vez, esta puntuación se asoció positivamente con haber experimentado agresión verbal reciente y con el número de síntomas experimentados inmediatamente después del peor evento. Destacan que la asociación entre agresión verbal y SB sólo fue significativa en mujeres (74).

En el mismo año y país, otro estudio cuantitativo de corte transversal tuvo por objetivo determinar la prevalencia de la violencia por parte de pacientes y visitantes en distintos servicios de urgencias del noreste de Italia y explorar la relación entre la violencia y estilo de apego adulto, edad y satisfacción laboral. Los resultados demostraron que el riesgo de sufrir violencia es grave, principalmente para enfermeras/os por sobre los médicos/as. Además, se asoció que, a una mayor edad y puntuaciones más altas en el apego seguro, menor es la experiencia de violencia emocional por parte de pacientes y visitantes; por su

parte, la relación entre el apego seguro y la cantidad de violencia emocional experimentada por parte de pacientes y visitantes está mediada por los niveles de satisfacción laboral (75).

Un estudio cuantitativo de corte transversal publicado en China durante el año 2019 cuyo objetivo fue identificar la prevalencia de violencia en el lugar de trabajo contra los médicos y examinar su asociación con la satisfacción laboral, Burnout y la intención de cambiar de trabajo, así como verificar el papel mediador del apoyo social, destaca que la VL tuvo una alta prevalencia en los hospitales terciarios chinos y se correlacionó positivamente con la intención de cambiar de trabajo y con el Burnout; también se reconoció como mediador parcial al apoyo social entre a la VL y la satisfacción laboral, así como entre el Burnout y la intención de cambiar de trabajo. Los investigadores concluyen que los efectos del apoyo social en los comportamientos en el lugar de trabajo sugieren que tiene implicancias prácticas para las intervenciones destinadas a promover la estabilidad de los equipos de médicos (76).

Otro estudio cuantitativo y de corte transversal publicado en el mismo país y año, tuvo por objetivo determinar la prevalencia de Burnout y sus factores asociados entre los médicos de familia. Se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) en una muestra de 1.015 médicos de cabecera para medir el Burnout. Los resultados revelaron que el 2,46% presentó Burnout en las tres dimensiones que mide el instrumento (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal), 24,83% reportó altos

niveles de agotamiento emocional y el 33,99% presentó alto riesgo en el ítem de realización personal. Los investigadores señalan que quienes presentaron menor satisfacción laboral y quienes habían sufrido experiencias de violencia laboral presentaron mayores niveles de Burnout, sin embargo, no pudieron relacionar factores sociodemográficos con la prevalencia de este síndrome (77).

Otro estudio publicado en Estados Unidos de América durante el año 2019, de tipo cualitativo fenomenológico realizado en 3 servicios de urgencia diferentes, tuvo como objetivo identificar los procesos cognitivos y conductuales afectados por la violencia en el lugar de trabajo para comprender mejor por qué la violencia en el lugar de trabajo tiene un impacto variable en cada trabajador sanitario. Los investigadores confeccionaron 5 temas luego del análisis de las entrevistas, de los cuales los primeros dos destacan la violencia y los síntomas del burnout. Dentro de las conclusiones, se identifica a la violencia laboral como un factor estresor significativo y un estímulo para el Burnout (78).

Con esta revisión de la literatura es posible identificar que la violencia en el lugar de trabajo está vinculada no sólo al burnout, sino también a otras variables como la calidad de vida, satisfacción laboral o la intención de renuncia, así como los posibles efectos sobre los usuarios. Así mismo, se puede observar que los estudios en atención primaria son aún incipientes y, los que existen, demuestran el efecto de la VL en los trabajadores y cómo se evidencia su presencia a través de las denuncias.

Cabe destacar que, durante la búsqueda de estudios para fundamentar este proyecto, no se encontró evidencia en Chile que relacione estas variables en la atención primaria, por lo que resulta aún más relevante la realización de esta investigación, para contribuir a enriquecer la evidencia científica en el área. A pesar de no encontrar evidencia que relaciones estos fenómenos, es relevante destacar que se logró encontrar un artículo de VL en trabajadores realizado en atención primaria en Chile a principios de siglo, publicado durante el año 2004, de diseño cuantitativo, descriptivo de corte transversal y correlacional que tuvo por objetivo conocer la percepción del fenómeno de la violencia desde la óptica de las diferentes categorías de trabajadores de un consultorio de atención primaria de salud, en una comuna de la VIII Región en Chile. Dentro de los principales resultados y conclusiones de las investigadoras se encuentra que la mayoría de las funcionarias eran mujeres, encontrando que sus mecanismos para enfrentar la violencia concordaban con la literatura, sumado a una falta de autonomía y autoridad sobre muchas de las actividades y tareas que realizan. El tipo principal de violencia fue la psicológica, encontrando también física y sexual, pero con una frecuencia muy baja. El momento en que ocurría era por las mañanas, que es cuando hay más público. Los principales agresores fueron los pacientes, seguidos de su familia y la enfermera. Un tercio de los funcionarios manifestaron haber tenido experiencias de violencia en su niñez (35).

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Relacionar el síndrome de burnout y el nivel de violencia laboral en el personal que trabaja en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, para el año 2025.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas (edad, género, situación de pareja, inmigrante y grupo étnico) y laborales (Ubicación del establecimiento, Tipo de establecimiento, Categoría laboral, Experiencia laboral, Jornada laboral, Trabajo en turnos, Contacto físico con pacientes, Etapa del ciclo vital del paciente que se atiende más frecuentemente, Sexo del paciente habitual, Trabajo secundario, Número de compañeros de trabajo, Preocupación del trabajador o trabajadora por violencia laboral, Procedimientos de denuncia de violencia laboral, Conocimiento en el uso de procedimientos de denuncia de violencia laboral, Incentivación por denunciar violencia laboral, Persona y/o asociación que incentiva la denuncia de violencia laboral) de las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2025.
- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout (global y por dimensiones) en trabajadores/as de SAR y SAPU de Concepción, 2025.

- Determinar el nivel de violencia laboral en trabajadores/as de SAR y SAPU de Concepción, 2025, describiendo sus principales manifestaciones (tipos) y fuentes (agresores).
- Relacionar la violencia laboral y el síndrome de burnout en trabajadores/as de SAR y SAPU de Concepción, 2025.
- Examinar la asociación entre características sociodemográficas y laborales y el síndrome de burnout en trabajadores/as de SAR y SAPU de Concepción, 2025.
- Examinar la asociación entre características sociodemográficas y laborales y el nivel de violencia laboral en trabajadores/as de SAR y SAPU de Concepción, 2025.

1.5.3 Hipótesis de investigación

Hipótesis principal:

H1: Existe una relación positiva y significativa entre el nivel de Violencia Laboral y el Síndrome de Burnout en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2025.

Hipótesis Secundarias:

H2: Las y los trabajadores que reportan mayores niveles de Violencia Laboral presentan mayor agotamiento emocional.

H3: Las y los trabajadores que reportan mayores niveles de Violencia Laboral presentan mayor despersonalización.

H4: Las y los trabajadores que reportan mayores niveles de Violencia Laboral presentan menor realización personal en su trabajo.

1.6 Variables de estudio:

La definición nominal y operacional de las variables se puede revisar en el Anexo 1, que se desglosarán a partir de:

Variable dependiente:

- Síndrome de Burnout:
 - Agotamiento emocional (AE)
 - Despersonalización (DE)
 - Realización personal (RP)

Variables independientes:

i. Variables sociodemográficas:

- Edad
- Identidad de género
- Situación de pareja
- Inmigrante
- Grupo étnico.
- Representante gremial.

ii. Variables laborales

- Ubicación del establecimiento
- Tipo de establecimiento
- Categoría laboral
- Experiencia laboral

- Jornada laboral
- Trabajo en turnos
- Contacto físico con pacientes
- Etapa del ciclo vital del paciente que se atiende más frecuentemente
- Sexo del paciente habitual
- Trabajo secundario
- Número de compañeros de trabajo
- Preocupación del trabajador o trabajadora por violencia laboral
- Procedimientos de denuncia de violencia laboral
- Conocimiento en el uso de procedimientos de denuncia de violencia laboral
- Incentivación por denunciar violencia laboral
- Persona y/o asociación que incentiva la denuncia de violencia laboral

iii. Violencia laboral:

- Violencia física
- Violencia psicológica:
 - Abuso verbal
 - Mobbing
 - Acoso Sexual
 - Acoso racial

iv. Variables asociadas al evento violento:

- Uso de arma en el incidente violento
- Incidente rutinario en el lugar de trabajo
- Agresor
- Lugar del incidente
- Horario del incidente
- Día del incidente violento
- Respuestas al incidente violento
- Prevención del incidente violento
- Consecuencias del incidente violento
- Atención a las heridas
- Respuestas a experiencias estresantes
- Ausencia laboral por violencia laboral
- Número de días de ausencia laboral
- Investigación del incidente violento
- Persona o institución que decide investigar incidente violento
- Consecuencias para el agresor
- Ayuda al empleador frente al incidente violento
- Satisfacción en el manejo del incidente violento
- Motivo por no reportar el incidente violento
- Testigo de incidentes violentos en el último año hacia compañeros de trabajo

- Frecuencia de incidentes violentos en el último año hacia compañeros de trabajo
- Reporte de incidente violencia física en el último año
- Castigo recibido por reportar incidentes de violencia física en el último año

v. Características del ambiente laboral

- Políticas desarrolladas por el empleador para prevenir violencia laboral
- Medidas existentes en el trabajo para lidiar con violencia laboral
- Importancia de las medidas de ayuda para lidiar con violencia laboral
- Medidas de cambio en el lugar de trabajo efectuadas en los dos últimos años
- Impacto de los cambios en el lugar de trabajo
- Factores que contribuyen a la violencia laboral
- Medidas de ayuda sugeridas para lidiar con violencia laboral

2. Metodología

2.1 Diseño de la investigación

Estudio de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional y de corte transversal. Este diseño permite describir el nivel de SB y la percepción de VL, así como explorar la relación entre ellas en un momento determinado del tiempo.

2.2 Marco Muestral

2.2.1 Población:

Trabajadores de atención primaria de urgencias que se desempeñen en SAR y SAPU pertenecientes la comuna de Concepción, Chile, 2025.

Se solicitó la cantidad total de funcionarios de los SAPU y SAR de la comuna de Concepción al Servicio de Salud Concepción y a la Municipalidad de Concepción a través del portal de la ley de transparencia de Chile (79). La respuesta se detalla en el Anexo 2.

Los cuales albergan distintos trabajadores que se detallan a continuación:

SAR: Al presente año, la comuna de concepción cuenta con dos dispositivos (Víctor Manuel Fernández y Tucapel), albergando a un total de 100 trabajadores, entre los que se encuentran enfermeras/os, médicos/as, técnicos, conductores, auxiliares, administrativos y tecnólogos/as médicos/as.

SAPU: Actualmente se cuenta con 4 establecimientos (Juan Soto Fernández, Lorenzo Arenas, O'higgins y Santa Sabina), albergando un total 47 trabajadores, entre los que se encuentran médicos/as, técnicos, auxiliares, conductores y administrativos.

2.2.2 Muestra:

Se trabajó a través de un censo de la población, constituida por N=147 trabajadores que laboran en los dispositivos de SAR y SAPU. Con una tasa de no respuesta del 27,9%, logrando finalmente una tasa efectiva de N=106 trabajadores.

2.2.3 Unidad de Análisis:

La/el trabajador: Guardia, técnico/a, enfermero/a, médicos/a, tecnólogo/a, auxiliar, conductor/a, administrativo/a que se desempeñen en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile.

2.2.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

1. Trabajador/a activo de un SAR o SAPU de la comuna de Concepción, con al menos 6 meses de antigüedad.

Criterios de exclusión:

1. Encontrarse en un proceso de sumario relacionado con violencia en el trabajo.
2. Encontrarse fuera de sus funciones, por el motivo que fuese, durante el periodo de estudio (Vacaciones, licencias, permisos, etcétera.).
3. Haber retornado recientemente (dentro de los últimos 6 meses) de una ausencia extensa (mayor a 6 meses).

2.3 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

2.3.3 Instrumento recolector de datos:

Para la medición de la violencia se utilizó la encuesta “Workplace Violence in the Health Sector” diseñada y recomendada por la OMS, OIT, CIE y ISP (81), traducida y validada para su uso en Chile en el año 2021, demostrando un alpha de cronbach de 0,912 (39), (Ver Anexo 3)

Este instrumento se encuentra dividido en cinco áreas, presentando la siguiente estructura:

- A. Datos personales y del lugar de trabajo.
- B. Violencia física en el lugar de trabajo.
- C. Violencia psicológica laboral/en el lugar de trabajo (abuso emocional).
 - C.I. Abuso verbal.
 - C.II. Bullying/mobbing.
 - C.III. Abuso sexual.
 - C.IV. Acoso racial/étnico.
- D. Empleador del área de la salud.

La mayoría de las respuestas se presentan como variables nominales y ordinales, siendo estas últimas evaluadas mediante escalas tipo Likert.

La categorización de los tipos de violencia se basó en la clasificación incluida en la encuesta, distinguiendo entre Violencia Física en el lugar de trabajo y Violencia Psicológica laboral/en el lugar de trabajo (abuso verbal, bullying, acoso sexual y

acoso racial). De este modo, cada participante identificó qué tipo(s) de violencia ha experimentado.

Para la medición del Burnout se utilizó el “*Maslach Burnout Inventory-Human Service Survey*” (*MBI-HSS*), o “Inventario de Burnout de Maslach en trabajadores de servicio a atención de personas” en español, instrumento ampliamente utilizado para medir este síndrome en distintos contextos (81). Adaptado al español (82), y validado para su uso en Chile en los años 2004 y 2014 (83, 84) y utilizado en trabajadores de la salud en el mismo país (85), demostrando ser válido y fiable en su versión adaptada al español (Ver Anexo 4). El cuestionario está compuesto de 22 ítems para evaluar 3 factores denominados:

1) Agotamiento emocional (compuesto por las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20)

2) Despersonalización (compuesto por las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22)

3) Realización personal en el trabajo (compuesto las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21).

Las respuestas se encuentran formuladas mediante escalas tipo Likert del 0 (Nunca) al 6 (Diariamente).

Para la interpretación de resultados generales se sumó los valores señalados por la persona examinada, el rango de la escala diferencia a cada dimensión, va desde 0 (ausencia de estresores) hasta altos niveles Altos (Presencia de burnout) (21).

Tabla n°1: Interpretación MBI-HSS. Manual MBI 3ª Edición.

Tabla de interpretación			
Dimensión	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	0 a 18	19 a 36	37 o más
Despersonalización	0 a 10	11 a 20	21 o más
Realización personal	32 o Más	16 a 31	0 a 15

Fuente: *Maslach Burnout (Inventory Spanish Version)* 3ª Edición (21).

Niveles de Burnout:

Alto Burnout: Alto agotamiento emocional y despersonalización, y baja realización personal.

Moderado Burnout: Niveles intermedios en las tres dimensiones.

Bajo Burnout: Bajo agotamiento emocional y despersonalización, y alta realización personal.

Para definir la prevalencia de Burnout, se utilizarán las categorías reconocidas internacionalmente para el MBI-HSS:

- Agotamiento Emocional alto cuando el puntaje es ≥ 37 , medio 19-36, bajo ≤ 18 .
- Despersonalización alta ≥ 21 , media 11-20, baja ≤ 10 ;
- Realización Personal baja ≥ 32 media 16-31 y alta ≤ 15 .

Aquellos participantes que presentaron Agotamiento Emocional y/o Despersonalización altos, junto con Realización Personal baja, serán considerados con Burnout (21).

2.3.4 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para el instrumento *Workplace Violence in the Health Sector* se validó a través de revisión de expertos y prueba piloto, cuyos datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas y estadísticas inferenciales (38).

Para la validez del instrumento *Maslach Burnout Inventory* se utilizó la correlación de Pearson cuando se empleaban variables continuas y la correlación de Spearman's Rho cuando se empleaban variables no continuas. La confiabilidad se comprobó mediante el alfa de Cronbach. Los resultados establecieron que el instrumento MBI presentaba una elevada validez y confiabilidad, con lo que se concluye que este instrumento es seguro de utilizar (42).

2.3.5 Modalidad de recolección de datos

Para poder llevar a cabo la recolección de datos se siguieron los siguientes pasos, en orden:

1. Se envió el proyecto de investigación a los Comité Ético-Científicos de la Facultad de Enfermería, de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (anexos 5, 6 y 7).
2. Se solicitó reunión con la Dirección de Atención en Salud de la Municipalidad de Concepción, con el propósito de presentar el proyecto de investigación y contar con su aprobación y apoyo.
3. Se solicitó reunión con las y los directores de cada CESFAM así como con sus comités de factibilidad, para contar con su aprobación de ejecución en cada establecimiento (Ver anexo 8)
4. Se envió el proyecto de investigación junto a las cartas de respaldo de cada establecimiento al comité ético-científico del Servicio de Salud Concepción.
5. Una vez aprobado, se acudió presencialmente a cada establecimiento, en fechas y horario según sus indicaciones, para invitar a las y los trabajadores a participar, explicando la importancia de la temática abordada, así como la de su participación para lograr los objetivos de la investigación, exponiendo brevemente: Título de la investigación, presentación del investigador, objetivos de la investigación, criterios de inclusión y exclusión del estudio, correo y número de contacto del

investigador, de modo que se asegure la privacidad de quienes quieran participar.

6. Se explicó detalladamente consentimiento libre e informado a cada persona interesada (ver anexos 9 y 10). Si cumplía los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a aplicar el instrumento durante horario de trabajo en el lugar donde la o el trabajador se sintió cómodo/a. El instrumento fue aplicado por el investigador.

Se destinó un periodo de cinco meses para la recolección de datos para lograr la meta propuesta de al menos el 75% del total de la muestra para lograr mantener la representatividad estadística necesaria.

Prueba piloto:

Se realizó una prueba piloto durante el mes de mayo del año 2025 en SAPU Lorenzo Arenas, que fue electo de forma aleatoria, perteneciente a la comuna de Concepción, región del Biobío, lugar donde posteriormente se realizó la investigación. Se coordinó con dirección del CESFAM, así como con la enfermera de calidad y enfermera coordinadora del SAPU quien colabora activamente facilitando espacio físico y coordinando la participación de los trabajadores para la aplicación de las encuestas sin alterar la dinámica laboral. El pilotaje fue aplicado de forma presencial y dirigido por el investigador principal, teniendo por objetivo comprobar el instrumento, cuantificar el tiempo de

respuesta, e identificar áreas de mejoras en las preguntas. El instrumento se aplicó al total de trabajadores que cumplieron criterios y estuvieron dispuestos en participar (n=13) y hubieron firmado el consentimiento libre e informado (Ver anexo 8). Se determinó que el tiempo promedio de aplicación del instrumento fue de 40 minutos, que además el estamento médico fue difícil de abordar debido a la alta demanda asistencial y su ausencia implica detener el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que demandan atención. También, se identificó que hubo personas con discapacidad visual que les impidió leer por sí mismos el instrumento, a razón de ello el investigador decidió aplicarlo de forma personal, para facilitar la obtención de datos. Por último, y debido a la dinámica laboral del estamento de auxiliares de aseo, se decidió no incorporarlas en este estudio, dado que correspondían a una empresa externa al establecimiento sanitario y que además cumplían actividades laborales en otros establecimientos pudiendo o no estar relacionados a la atención primaria de urgencias. En general, el instrumento no presentó errores de comprensión de preguntas.

Censo:

El procedimiento de recolección de datos fue muy similar al de la prueba piloto:

1. Se coordinó con dirección del CESFAM y/o enfermera de calidad, quien se comunicó con enfermera/o o médico, coordinador del establecimiento para determinar una fecha de aplicación de encuestas.
2. Se acudió en la fecha acordada y se conversó con enfermera/o coordinador, quien indicó un espacio físico para la realización de las encuestas de forma privada y cómoda.
3. Él o la enfermera coordinadora destinaba un tiempo para que, de forma individual, las y los trabajadores fuesen yendo al espacio asignado para conocer de qué se trataba el proyecto y decidir si participar o no.
4. Una vez firmado el consentimiento libre e informado (anexo 9), se procedió a la aplicación de las encuestas. Cualquier duda fue contestada en el momento y, si se requirió contención emocional, se le ofrecieron primeros auxilios psicológicos, sin llegar a requerir atención especializada.
5. Una vez finalizado el encuentro, podían retirarse, recibiendo agradecimientos por su participación.

2.4 Procesamiento y análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó de acuerdo con los objetivos e hipótesis formuladas, utilizando las escalas "Workplace Violence in the Health Sector" recomendada por la OMS para medir la violencia laboral y la escala "MBI-HSS" para evaluar el burnout, ambas validadas en Chile en su versión en español.

1. Análisis Descriptivo de Características Sociodemográficas y Laborales

Para el primer objetivo específico, se analizaron las características sociodemográficas y laborales de las y los trabajadores de los SAR y SAPU. Las variables cuantitativas se resumieron mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y dispersión (desviación estándar). Las variables cualitativas se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas.

2. Determinación de la Prevalencia del Síndrome de Burnout y Violencia Laboral

Para el segundo objetivo específico, se calculó la prevalencia del Síndrome de Burnout utilizando la escala MBI-HSS, que mide tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal. También se calculó alfa de Cronbach por cada dimensión para evaluar su fiabilidad.

La prevalencia de Violencia Laboral se determinó mediante la escala "Workplace Violence in the Health Sector", y se presentaron mediante frecuencias y porcentajes de los diferentes tipos de violencia reportados.

3. Identificación y Categorización de los Tipos de Violencia Laboral

Para el tercer objetivo específico, se utilizaron los datos recopilados con la escala "Workplace Violence in the Health Sector" para categorizar los tipos de violencia laboral reportados y se presentaron las frecuencias de cada tipo.

4. Determinación de los Principales Agresores

Para el cuarto objetivo específico, se identificó como principal agresor a la persona que la o el trabajador encuestado identificó como autor/a de la situación violenta de mayor gravedad o la más reciente, según lo establecido en el formulario del instrumento. Se presentó en frecuencias absolutas y relativas.

5. Análisis de la Relación entre Características Sociodemográficas y Laborales con el Síndrome de Burnout

Para abordar el quinto objetivo específico, se empleó un modelo de regresión lineal múltiple para analizar cómo las características sociodemográficas y laborales se asocian con las distintas dimensiones del Burnout medidas por la MBI-HSS. Previamente, se realizó un análisis bivariado para identificar qué variables tienen asociación significativa con las dimensiones de Burnout. Sin embargo, dado el carácter exploratorio de este estudio, se decidió añadir todas las variables para conocer lo que ocurre con esta muestra en particular.

6. Análisis de la Relación entre Características Sociodemográficas y Laborales con el Nivel de Violencia Laboral

Para el sexto objetivo específico, se aplicó un modelo de regresión logística, para analizar cómo las características sociodemográficas y laborales se asocian con la presencia de al menos un tipo de violencia, así como por tipo de violencia.

7. Análisis de la Relación entre Violencia Laboral y Síndrome de Burnout

Para contrastar la hipótesis principal (H1), se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar la relación entre el nivel de violencia laboral y el Síndrome de Burnout. Se exploró también cómo las diferentes dimensiones de la violencia laboral se asocian con el agotamiento emocional, la despersonalización, y la realización personal, abordando así las hipótesis H2, H3, y H4. En todos los casos, se utilizó un nivel de significancia de $p < 0,05$ y el procesamiento estadístico se efectuó mediante el software SPSS v.26. Se estimó el tamaño del efecto, así como los intervalos de confianza al 95%.

3. Aspectos éticos:

Este proyecto de investigación se realizó en conformidad con la legislación chilena (Ley 20120) que regula la investigación con seres humanos (86); la Ley 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (87). Para el cumplimiento de aspectos éticos, se consideran las pautas éticas internacionales de investigación en salud propuestos por Ezekiel Emanuel (88), donde se integran:

Asociación colaborativa: Se estableció conexión con los distintos organismos involucrados en el desarrollo de esta investigación a través de reuniones con la dirección del servicio de salud Concepción y director de la dirección de atención en salud municipal de Concepción, de modo que comprendan los objetivos e importancia de esta investigación con la finalidad de poder obtener su permiso y apoyo. Así mismo el investigador se compromete a realizar devolución de los resultado a las instituciones involucradas, de manera anonimizada.

Valor científico o social: Se contribuye llenando un vacío en el conocimiento relacionado a la falta de investigaciones sobre la relación de la violencia laboral con el síndrome de burnout en trabajadores de atención primaria de urgencias. Como se ha revisado, tanto la violencia como el burnout tienen repercusiones para los trabajadores, la organización y, finalmente, con los usuarios y la calidad de atención. De este modo, comprender la relación que estas variables presentan

permite contribuir a estrategias dirigidas a reducir y prevenir la violencia laboral, el burnout y, con ello, la atención brindada a los usuarios. Además, se ha estructurado un estudio de tipo cuantitativo el cual se ha formulado rigurosamente bajo la metodología cuantitativa

Validez científica: El investigador ha definido claramente los objetivos del estudio y se compromete en seguir rigurosamente el diseño, la metodología y estadísticas establecidas para evitar sesgos, errores y asegurar la solidez de los resultados. Además, fue revisado por los comité ético-científicos de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la misma universidad y por el del Servicio de Salud Concepción.

Selección equitativa: La selección de los trabajadores ha sido estrictamente diseñada para dar respuesta a la pregunta de investigación, así como también para resguardar la equidad a través de la representación de cada grupo que, a su vez, permite disminuir el riesgo de los sujetos al evitar exponer más a un estamento que a otro.

Proporción Riesgo/Beneficio: El riesgo asociado a esta investigación se vincula al hecho de recordar hechos de violencia que podrían revivir sentimientos intensos como angustia, tristeza o rabia, es por esto que el

investigador ofreció primeros auxilios psicológicos a las o los participantes que lo requirieron. Por otra parte, los beneficios de la investigación permitieron dar un sentido de utilidad a la experiencia vivida por la persona, al contribuir al conocimiento que busca prevenir esta clase de situaciones en el futuro.

Por otra parte, existirá el beneficio para los establecimientos de recibir anticipadamente los resultados finales de esta investigación, es decir, no se compartirán los resultados individuales de su propio establecimiento con el establecimiento en cuestión, sino que se compartirá la misma información a cada CESFAM respecto a los resultados finales, eliminando el riesgo de perder la confidencialidad.

Evaluación independiente: Esta investigación fue sometida a evaluación por parte del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo (VRID) y al Comité Ético Científico (CEC) del Servicio de Salud Concepción. Quienes realizaron sus observaciones al proyecto y evaluaron desde la perspectiva ética la metodología propuesta.

Respeto a los sujetos inscritos: Se aseguró el anonimato de los participantes de la investigación resguardando el nombre del establecimiento, así como el nombre del o la trabajadora que participó de manera libre y voluntaria. La información escrita será resguardada únicamente por el investigador en sus

dependencias, toda digitalización será almacenada de forma segura en el computador personal del investigador, en pendrive o memoria externa exclusiva para este propósito, siendo el único que tendrá acceso a ellos, manejándolos de forma confidencial y anónima, empleándolo netamente para los fines de esta investigación y posteriormente eliminándolos del dispositivo al cabo de 15 años. Las personas que participen de la investigación podrán retirarse en cualquier momento sin ninguna clase de perjuicio por ello, así como también se les informó sobre los riesgos y beneficios de participar, sumado a los resultados que se obtengan en caso de que los soliciten.

Consentimiento informado: Fue explicado y solicitado a cada persona interesada en participar (ver Anexos 9 y 10), siendo el paso previo para responder el instrumento, de modo que se aseguró la libertad y voluntariedad en su participación. En dicho documento se aseguró la confidencialidad, el anonimato de quien participa y sus potenciales beneficios, y se explicó cómo enfrentar los riesgos asociados en este estudio. Este fue diseñado en base a lo señalado en la ley n°20.120 sobre la investigación científica en seres humanos.

Los consentimientos informados firmados serán guardados por el investigador principal en un espacio inmueble propio con llave de seguridad por 15 años.

Resultados

Los resultados obtenidos se presentan conforme con los objetivos propuestos en esta investigación. Este estudio se realizó con 106 trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante los meses de mayo y septiembre del año 2025, representando un 72,1% de la muestra esperada. Si bien es cierto se proyectó una muestra censal de 147 personas, finalmente se logró el total previamente indicado debido a que:

1. Trabajadores que no quisieron participar del estudio.
2. Trabajadores que por motivos laborales a la alta demanda asistencial no lograron participar, principalmente personal médico.
3. Fin del plazo establecido para la recolección de datos.

Variables sociodemográficas de trabajadores de SAMU y SAPU.

Tabla n°2: Distribución de las variables sociodemográficas en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Categoría	Total (n=106)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Representante gremial	Si	9	8,5
	No	97	91,5
Identidad de género	Femenino	60	56,6
	Masculino	46	43,4
	Otro	0	0,0
Edad	18 a 44 años	71	67,0
	45 a 59 años	25	23,6
	60 y más años	10	9,4
Pareja	Con pareja	74	69,8
	Sin pareja	29	27,4
	Prefiere no contestar	3	2,8
Inmigrante	Si	8	7,5
	No	98	92,5
Pertenencia a grupo étnico	Si	0	0,0
	No	106	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la tabla anterior, los trabajadores de la muestra presentaron una edad promedio de 41,3 años, con una desviación estándar de 11,4, la mayoría de ellos (67%) se encuentra en el rango de adulto joven según OMS.

La mayoría de los trabajadores se identificó con género femenino (56,6%), que viven en pareja (69,8%). Destaca que un 7,5% de los trabajadores declaró tener condición migratoria, y no se registró la presencia de grupos étnicos. Solo 8,5% declaró ocupar algún cargo de representación gremial en su lugar de trabajo.

Tabla n°3: Tiempo de estadía en el país de la población migrante que trabaja en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Rango en años	Total (n=8)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Tiempo en el país	1 a 5 años	4	50,0
	6 años o más	4	50,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la población migrante identificada en el estudio, la mitad de ellos refirieron estar viviendo en Chile entre 1 a 5 años, mientras que el otro 50% lleva de 6 a más años viviendo en el país.

Variables laborales de trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla N°4: Distribución de las variables laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Categoría	Total (n=106)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Categoría profesional	Profesionales	27	25,5
	Técnicos	39	36,8
	Profesionales o técnicos no relacionados a la salud	40	37,6
Años de experiencia laboral	1 a 5 años	32	30,2
	6 a 10 años	36	34,0
	11 años y más	38	35,9
Institución laboral	Público	98	92,5
	Privado	8	7,5
Jornada laboral	Tiempo completo	73	68,9
	Tiempo parcial o reemplazo	33	31,1
Trabajo con turnos	Si	90	84,9
	No	16	15,1
Contacto físico de rutina con pacientes	Si	76	71,7
	No	30	28,3
Trabajo secundario	Ninguno	66	62,3
	Ambulatorio	3	2,8
	Medicina general	7	6,6
	Emergencia	9	8,5
	Ambulancia	1	0,9
	Comunidad	4	3,8
	Centro de rehabilitación	1	0,9
	Otro	13	12,3
	CESFAM	2	1,9
Número de compañeros en su lugar de trabajo	Ninguno	1	0,9
	1 a 5	19	17,9
	6 a 10	60	56,6
	11 a 15	17	16,0
	Más de 15	9	8,5

Preocupación por violencia laboral	No está preocupado	10	9,4
	Levemente preocupado	3	2,8
	Medianamente preocupado	16	15,1
	Preocupado	17	16,0
	Muy preocupado	60	56,6
Existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral	Si	96	90,6
	No	9	8,5
	No sabe	1	0,9
Se motiva denunciar la violencia laboral en su lugar de trabajo	Si	79	74,5
	No	27	25,5
Conocimiento sobre cómo realizar el procedimiento de denuncia	Si	73	76,0
	No	23	24,0
	No corresponde	10	9,4

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

La muestra se caracteriza principalmente por el estamento de no profesionales de la salud (guardias, conductores, administrativos y auxiliares) con un 37,6%, seguidos por personal técnico (enfermería y farmacia) con 36,8%, y con el menor porcentaje los profesionales de la salud (Enfermeras, médicos, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos). La mayoría de las personas encuestadas trabaja a tiempo completo (68,9%), en sistema rotativo de turnos (84,9%) con al menos 6 a 10 compañeros en cada jornada (56,6%) y refirieron trabajar en contacto físico de rutina con pacientes (71,7%). El 37,7% de los participantes refirió tener un trabajo secundario, de los cuales el 12,3% corresponden a actividades no sanitarias. Más de la mitad refirió estar muy preocupado por la violencia en su lugar de trabajo (56,6%). Un bajo porcentaje (9,4%) desconoce la existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral. Destaca que la

gran mayoría refiere que el lugar de trabajo motiva denunciar eventos violentos (74,5%). De las personas que reconocen la existencia de protocolos de denuncia, un 24% contestó no saber cómo utilizar los procedimientos para denunciar eventos agresivos en su trabajo.

Tabla n°5: Tipo de paciente atendido con mayor frecuencia por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Categoría	Total (n=76)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Paciente en etapa del ciclo vital atendido frecuentemente	Niños y adultos	35	46,0
	Adultos y personas mayores	36	47,4
	Todo el rango etario	5	6,6
Sexo del paciente/cliente	Femenino	55	72,4
	Masculino	11	14,5
	Ambos	10	13,2

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Del total de trabajadores que refirieron tener contacto físico de rutina con pacientes (n=76), la totalidad menciona atender personas en los distintos rangos etarios, principalmente del sexo femenino.

Tabla n°6: Personas que incentivan denunciar violencia laboral reportado por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Categoría	Total (n=79)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Persona que incentiva denunciar violencia laboral	Empleador	36	45,6
	Colegas	11	13,9
	Propia familia	3	3,8
	Empleador y colegas	14	17,7
	Empleador, colegas y propia familia	11	13,9
	Empleador, colegas y sindicato	4	5,1

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que reportaron que en su trabajo se incentiva reportar hechos de violencia laboral, se visibiliza que un gran porcentaje manifiesta que su empleador es el principal promotor en incentivar la denuncia de violencia laboral, seguido por colegas y familia.

Variables asociadas al síndrome de burnout.

Síndrome de Burnout

La escala MBI-HSS cuenta con 3 dimensiones, Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DE) y Realización Personal (RP), donde a mayor puntaje de AE o D, el nivel o riesgo de SB es mayor, pero en la dimensión RP ocurre de forma inversa, a menor puntaje en RP, mayor nivel o riesgo de SB. Es por esto que las estadísticas de fiabilidad que se presentarán a continuación se realizaron por dimensión.

Estadísticas de fiabilidad:

Tabla n°7: Alpha de Cronbach por dimensión, escala MBI-HSS.

Dimensión	Alpha de Cronbach
Agotamiento Emocional (AE)	0,900
Despersonalización (DE)	0,702
Realización Personal (RP)	0,826

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se calculó el Alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones del MBI-HSS, cuyos valores permiten determinar que son fiables para este estudio.

Tabla n°8: Nivel de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Variable	Riesgo de burnout	Total (n=106)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Agotamiento Emocional (AE)	Bajo	50	47,2
	Medio	44	41,5
	Alto	12	11,3
Despersonalización (DE)	Bajo	5	4,7
	Medio	33	31,1
	Alto	68	64,2
Realización personal (RP)	Bajo	68	64,2
	Medio	33	31,1
	Alto	5	4,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El inventario de Maslach evalúa tres dimensiones para medir el síndrome de quemarse por el trabajo. Según la puntuación en las distintas dimensiones del instrumento indican mayor o menos nivel de SB (ver tabla n°1). Acorde a lo anterior, de los resultados destaca que el 11,3% de los trabajadores percibieron un alto riesgo de Burnout por Agotamiento Emocional; el 64,2% presenta alto riesgo de Burnout por Despersonalización, y un bajo riesgo de Burnout asociado a una alta Realización Personal (64,2%).

Variables asociadas a la violencia laboral en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°9: Percepción de al menos un tipo de violencia en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Categoría	Total (n=106)	
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sí	89	84,0
No	17	16,0
Total	106	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores encuestados, el 84% de ellos manifestó haber percibido alguna tipo de violencia en su entorno laboral en el último año.

Variables asociadas a la percepción de violencia física en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°10: Percepción de violencia laboral, por dimensión, de trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Dimensión	Categoría	Total (n=106)	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Violencia física	Sí	12	11,3
	No	94	88,7
Violencia psicológica: Abuso Verbal	Sí	88	83,0
	No	18	17,0
Violencia psicológica: Bullying/Mobbing	Sí	12	11,3
	No	94	88,7
Violencia psicológica: Acoso sexual	Sí	8	7,5
	No	98	92,5
Violencia psicológica: Acoso racial/étnico	Sí	6	5,7
	No	100	94,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la tabla anterior se desprende que la mayoría de los participantes ha sufrido violencia verbal en su trabajo 83%, 11,3% sufrió Violencia Física, 11,3% sufrió hostigamiento laboral. Por otro lado, un 7,5% reportó Acoso Sexual y un 5,7% de Acoso Racial.

Tabla n°11: Principales agresores por dimensión reportados por trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, región del Biobío, durante el año 2025.

Dimensión	Categoría	Total	
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Violencia física (n=12)	Paciente/cliente	12	100,0
Violencia psicológica: Abuso verbal (n=88)	Paciente	53	60,2
	Parientes del paciente	15	17,0
	Paciente y parientes	17	19,3
	Miembro del equipo (jefe o colega)	3	3,4
Violencia psicológica: Bullying/Mobbing (n=12)	Miembro del equipo (jefe o colega)	9	74,9
	Trabajador externo	3	25,0
Violencia psicológica: Acoso sexual (n=8)	Paciente/cliente	3	37,5
	Miembro del equipo (jefe o colega)	2	25,0
	Trabajador externo	3	37,5
Violencia psicológica: Acoso racial/étnico (n=6)	Paciente/Cliente	4	66,7
	Miembro del equipo (jefe o colega)	2	33,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En la tabla se destaca que la mayoría de los agresores en los distintos tipos de violencia fue el paciente y parientes del paciente. Es importante resaltar la presencia de agresores dentro del mismo equipo de trabajo (compañeros y jefaturas) para todos los tipos de violencia psicológica.

Variables asociadas a la violencia física en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°12: Uso de arma en el incidente violento según trabajadores de los SAR y SAPU que perciben violencia física.

Uso de arma blanca o de fuego en el incidente.	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje %
Con arma	1	8,3
Sin arma	11	91,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que perciben violencia física, uno (1) de ellos refirió que fue con uso de arma de fuego o blanca en su experiencia de violencia laboral física.

Tabla n°13: incidente rutinario en el lugar de trabajo según trabajadores de los SAR y SAPU que perciben violencia física.

Es rutinario	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	10	83,3
No	2	16,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025

Para quienes respondieron afirmativamente la presencia de violencia física en su lugar de trabajo un 83,3% de los trabajadores mencionan que corresponde a un incidente rutinario dentro del SAR o SAPU.

Tabla n°14: Lugar del incidente de violencia física, según trabajadores de los SAR y SAPU.

Lugar del incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dentro de la institución de salud	10	83,3
Fuera de la institución	2	16,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

El 83,3% de trabajadores que sufrieron violencia física identifican que el principal lugar donde se generan actos violentos de carácter físico ocurre dentro de la institución en la que trabajan.

Tabla n°15: Día y horario del incidente de violencia física según trabajadores de los SAR y SAPU.

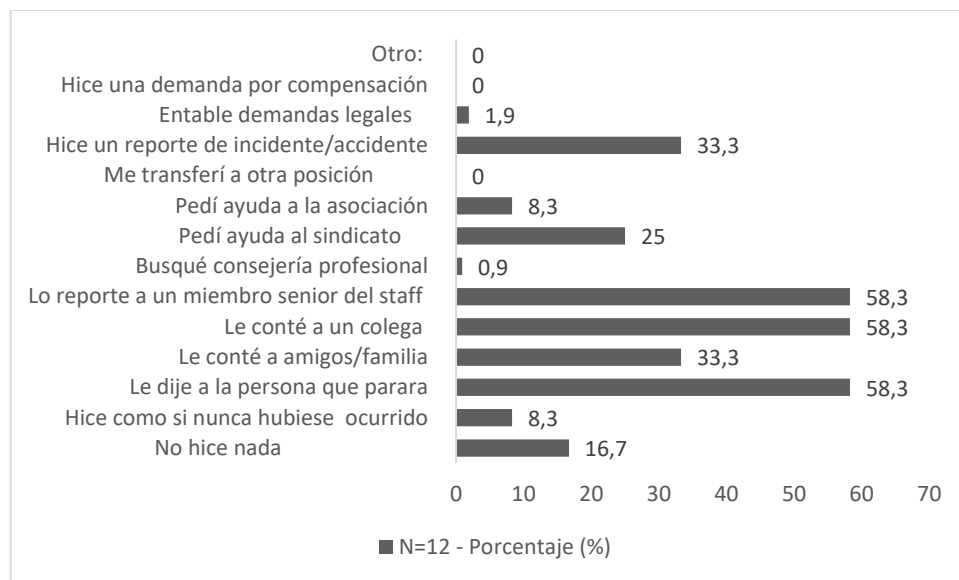
Día y hora del accidente		Total (n=12)	
		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Horario del incidente	20:00 a 8:00	6	50,0
	08:01 a 14:00	3	25,0
	14:01 a 20:00	3	25,0
Día del incidente	Martes	2	16,7
	Viernes	1	8,3
	Sábado	4	33,3
	Domingo	3	25,0
	No recuerda	2	16,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

El 50% de quienes percibieron violencia física informan que el horario donde percibieron mayor violencia es el turno de 20 a 08:00 hrs. Y la mayoría percibe que ocurre los fines de semana (58,3%).

Figura n°3: Respuesta al incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU



Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se destaca en este gráfico que el 33,3% de los trabajadores realizaron un reporte formal del incidente, más de la mitad le contó ya sea a un colega o a una jefatura (58,3%) y, la misma cantidad, le pidieron a la persona que parara.

Tabla n°16: Prevención del incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU.

Se pudo prevenir el incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	7	58,3
No	5	41,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 58,3% de los trabajadores mencionaron que sí es posible prevenirlo, mientras que el 41,7% piensa que no se puede prevenir el incidente violento.

Tabla n°17: Consecuencias del incidente violento físico según trabajadores del SAR y SAPU.

Sufrir heridas	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	3	25,0
No	9	75,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 25% de trabajadores que percibió violencia física reportó haber presentado heridas.

Tabla n°18: Atención de las heridas recibidas por el incidente violento según trabajadores del SAR y SAPU.

Recibe tratamiento por heridas	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	3	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El total de trabajadores que reportó haber sufrido una herida a causa del incidente recibió atención formal.

Tabla n°19: Respuestas a experiencias estresantes de violencia física según trabajadores de SAR y SAPU.

Repuesta frente a violencia física	No afecta		Afecta								Total
	Nada		Un poco		Moderado		Mucho		Extremo		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N (%)
Recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten	4	33,3	4	33,3	3	25,0	1	8,3	0	0	12 (100)
Evitar pensar o hablar del tema	4	33,3	5	41,7	2	16,7	1	8,3	0	0	12 (100)
Estar súper atento o vigilante	1	8,3	1	8,3	0	0	6	50,0	4	33,3	12 (100)
Sentir que todo lo que hacer es un esfuerzo	2	16,7	3	25,0	4	33,3	3	25,0	0	0	12 (100)

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Destaca que, en todos los casos, más de la mitad de los trabajadores presenta algún grado de afectación en las dimensiones evaluadas producto del incidente violento físico, en especial aquella que dice “Estar súper atento o vigilante”, donde

el 83,3% de los trabajadores que percibieron violencia física presenta una afectación en “mucho” grado o “extremo”.

Tabla n°20 Ausencia laboral a causa del incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU.

Ausencia laboral	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	4	33,3
No	8	66,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Un 33,3% de los trabajadores que reportaron haber sufrido violencia física contestaron haberse ausentado de su trabajo a causa de la agresión.

Tabla n°21: Número de días de ausencia laboral a causa del incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU.

Número de días de ausencia laboral	Total (n=4)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Un día	2	50,0
2 a 3 días	1	25,0
Una semana	1	25,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los 4 trabajadores que se ausentaron de su trabajo a causa de la agresión física, el 50% presentó un día de ausencia laboral,

Tabla n°22: Investigación del incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.

Se investiga el incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	4	33,3
No	8	66,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

La mayoría de los trabajadores que sufrieron violencia física (66,7%) respondieron que el incidente violento no fue investigado.

Tabla n°23: Persona o institución que investiga el incidente violento físico según trabajadores de SAR y SAPU

Persona o institución	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dirección de CESFAM	1	25,0
Carabineros y dirección de CESFAM	3	75,0
Total	4	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Los trabajadores que mencionaron que se investigó el incidente violento, refirieron que, en todos los casos, la institución del CESFAM participó de la investigación del incidente violento, siendo carabineros partícipe en el 75% de ellos.

Tablan°24: Consecuencias que sufre el agresor según trabajadores de SAR y SAPU que reportaron violencia física.

Consecuencias para el agresor	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Advertencia verbal	1	25,0
Fue reportado a carabineros	3	75,0
Total	4	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Del total de trabajadores que realizaron un reporte formal del incidente, la consecuencia para el agresor en el 75% de los casos fue ser reportado a carabineros.

Tabla n°25: Ayuda ofrecida por el supervisor/jefe frente al incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.

Ayuda del empleador (N=7)	Sí		No		Total	
	Frec. (N)	Porcentaje (%)	Frec. (N)	Porcentaje (%)	Frec. (N)	Porcentaje (%)
Consejería profesional	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Opción de hablar o reportarlo	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Otro apoyo	2	28,6	5	71,4	7	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Del total de trabajadores que percibió violencia física y se lo informó a un superior, el 71,4% recibió consejería profesional y/o se le dio la opción de hablar o reportarlo.

Tabla n°26: Satisfacción en el manejo del incidente violento según trabajadores de SAR y SAPU.

Satisfacción por manejo	Total (n=7)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Muy disconforme	2	28,6
Disconforme	3	42,9
Medianamente satisfecho	1	14,3
Satisfecho	0	0,0
Muy satisfecho	1	14,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Del total de trabajadores que informó de un evento agresivo, más del 70% se mostró con algún grado de disconformidad en el manejo del incidente.

Tabla n°27: Motivo por no reportar incidente violento, según trabajadores de SAR y SAPU.

Motivos por no reportar violencia laboral	Total (n=8)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No fue importante	5	62,5
Vergüenza	0	0,0
Culpabilidad	0	0,0
Miedo	0	0,0
No sirve de nada	3	37,5
No sabe	0	0,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

A los participantes que no reportaron el incidentes violento, se les consultó cuál fue la razón de no haberlo hecho, la principal causa fue que no consideraron importante el evento (62,5%), seguido de que ‘no sirve de nada’ (37,5%).

Tabla n°28: Ser testigo de incidente de violencia física en el último año hacia compañeros de trabajo según trabajadores de SAR y SAPU.

Presenciado violencia en compañeros	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	9	75,0
No	3	25,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Al total de participantes del estudio se le consultó acerca de haber sido testigos de algún evento violento durante el último año. El 75% de los trabajadores declaró haber presenciado eventos violentos que afectaron a otros trabajadores.

Tabla n°29: Frecuencia de incidentes de violencia física en los últimos 12 meses según trabajadores de SAR y SAPU.

Frecuencia de incidentes violentos	Total (n=9)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Una vez	3	33,3
2 a 4 veces	3	33,3
5 a 10 veces	3	33,3
No contesta	0	0,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De las personas que respondieron haber sido testigo de incidentes de violencia física en el lugar de trabajo, el 30% respondió haber sido testigos al menos una vez en los últimos 12 meses, otro 30% indicó que al menos 2 a 4 veces y 30% indicó que ha ocurrido de 5 a 10 veces.

Tabla n°30: Reporte de incidente violencia física en el último año.

Reportes de violencia en el último año	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	6	50,0
No	6	50,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De quienes fueron testigos de incidentes violentos físicos en el lugar de trabajo, el 50% reportó el incidente.

Tabla n°31: Castigo recibido por reportar incidentes de violencia física el último año.

Castigo por reportar	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	0	0,0
No	12	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 100% de trabajadores que percibió violencia física declaró no haber recibido alguna clase de castigo por reportar incidentes asociados a este tipo de agresiones.

Variables asociadas al abuso verbal en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°32: Frecuencia del abuso verbal en el último año según trabajadores de SAR y SAPU.

Frecuencia del abuso verbal	Total (n=88)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Todo el tiempo	25	28,4
A veces	45	51,1
Una vez	16	18,2
Frecuentemente	2	2,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los participantes del estudio que contestaron afirmativamente a percibir abuso verbal, el 51,1% de los trabajadores refieren que la frecuencia de este abuso ocurre “a veces”, sin embargo, un 24,4% indica que ocurre todo el tiempo.

Tabla n°33: Agresor de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Agresor	Total (n=88)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Paciente/cliente	52	59,1
Parientes del paciente o cliente	15	17,0
Paciente y parientes	18	20,4
Miembro del equipo (Colega o jefatura)	3	3,4

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El principal agresor para las y los trabajadores son los pacientes (52%) y parientes del paciente o cliente (17%), donde un 20,4% indicó que son ambos, tanto paciente como su pariente. Se destaca el 3,4% reportó a miembros del equipo (colega o jefatura) como principal perpetuador del abuso verbal.

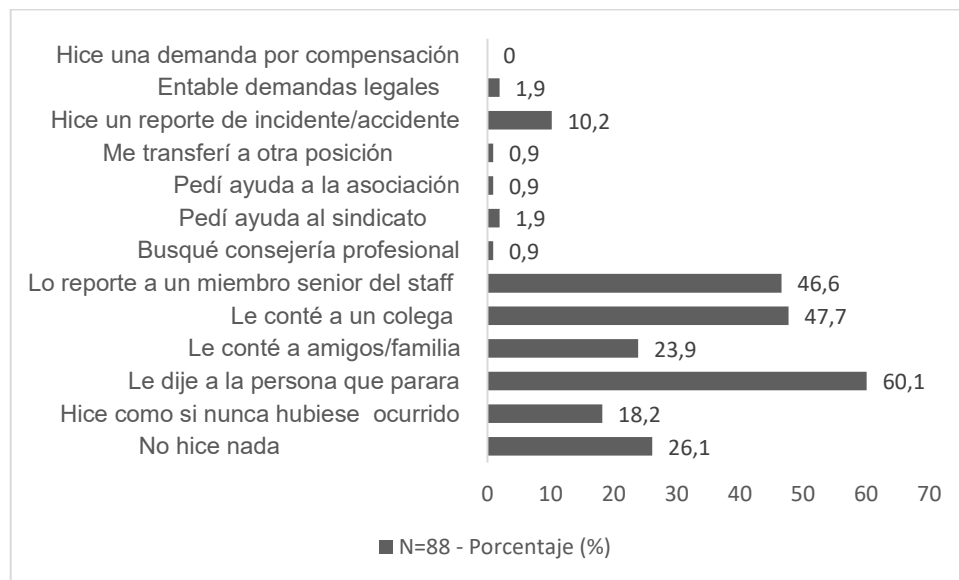
Tabla n°34: Lugar del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Lugar del incidente	Total (n=88)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dentro de la institución de salud	87	98,9
Afuera	1	1,1

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El principal lugar identificado donde ocurren con mayor frecuencia los incidentes violentos asociados al abuso verbal es dentro de la institución con un 98,9%.

Figura n°4: Respuesta al abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.



Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se destaca que sólo el 10,2% de las y los trabajadores hizo un reporte formal del evento; y un 26,1% no hizo nada, y un 18,2% hizo como si nunca hubiese nada.

Destaca también, que cerca de la mitad le comentó la situación a un superior en el staff, pero sin llegar a formalizar el reporte. En resumen, en la mayoría de los casos reportados no se tomaron medidas.

Tabla n°35: Respuestas a experiencias estresantes de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Repuesta frente al abuso verbal (N=88)	No afecta		Afecta							
	Nada		Un poco		Moderado		Mucho		Extremo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten	40	45,5	28	31,8	13	14,8	6	6,8	1	1,1
Evitar pensar o hablar del tema	48	54,5	21	23,9	13	14,8	5	5,7	1	1,1
Estar súper atento o vigilante	17	19,3	15	17,0	19	21,6	18	20,5	19	21,6
Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo	39	44,3	22	25,0	17	19,3	10	11,4	0	0,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Más de la mitad de los trabajadores presenta recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten en algún grado de afectación; del mismo modo ocurre con “sentir que todo lo que se hace representa un esfuerzo”; Aunque la mayoría no tiene problemas para pensar o hablar del tema. Destaca que el principal problema que afecta a estos trabajadores es “Estar súper atento o vigilante”, donde más del 80% presentó algún grado de afectación.

Tabla n°36: Prevención del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Se pudo haber prevenido	Total (n=88)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	55	62,5
No	32	36,4

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 62,5% de trabajadores que reportó haber sufrido un episodio de abuso verbal refirió que podría haber sido evitado.

Tabla n°37: Investigación del incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Se investiga el incidente	Total (n=88)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	14	15,9
No	74	84,1

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Sólo el 15,9% de los trabajadores que reportaron abuso verbal declaran que éste fue investigado.

Tabla n°38: Persona o institución que investiga el incidente de abuso verbal reportado por trabajadores de SAR y SAPU.

Persona o institución que decide investigar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dirección de CESFAM	3	21,4
EU Coordinadora	10	71,4
Carabineros	1	7,1
Total	14	100

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que reportaron que se investigó el incidente, el 71,4% indicó que la enfermera coordinadora fue quien investigó el evento.

Tabla n°39: Consecuencias que sufre el agresor de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Consecuencias para el agresor	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Advertencia verbal	5	35,7
Fue reportado a carabineros	4	28,6
Ninguna	5	35,7
Total	14	100

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En relación con las consecuencias que sufrió el agresor, el 35,7% de los trabajadores mencionaron que no sufrió ninguna consecuencia, el mismo porcentaje de trabajador refirió que se emitió una advertencia verbal, y un 28,6% indicó que fue reportado a carabineros.

Tabla n°40: Ayuda del empleador, jefe y/o supervisor frente al incidente de abuso verbal.

Ayuda del empleador	Total (n=41)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Consejería profesional	8	19,5
Opción de hablar o reportarlo	41	100,0
Otro apoyo	13	31,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que le informaron a un superior la situación de abuso verbal, el 100% recibió la opción de hablar o reportar la situación, mientras que a un 19,5% se le ofreció consejería profesional y a un 31,7% se le ofreció algún otro tipo de apoyo.

Tabla n°41: Satisfacción en el manejo del incidente de abuso verbal, según los trabajadores de SAR y SAPU.

Satisfacción por manejo	Total (n=41)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Muy disconforme	10	18,2
Disconforme	9	15,9
Medianamente satisfecho	20	35,2
Satisfecho	2	4,5
Muy satisfecho	0	0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que informaron a un superior el incidente de abuso verbal, el 35,2% quedó medianamente satisfecho con las medidas adoptadas, y un

porcentaje similar, quedó con algún grado de disconformidad, siendo 'disconforme' un 15,9% y muy disconforme un 18,9%.

Tabla n°42: Motivo por no reportar incidente de abuso verbal según trabajadores de SAR y SAPU.

Motivos por no reportar violencia laboral	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No fue importante	17	36,2
Vergüenza	1	2,1
Culpabilidad	0	0,0
Miedo	0	0,0
No sirve de nada	24	51,1
No sabe	0	0,0
Otro	5	10,6
Total	47	100

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

De esta tabla se desprende que el 51,1% de los trabajadores decidieron no informar a jefatura el incidente de abuso verbal porque 'no sirve de nada', mientras un 36,2% reconoció no darle importancia al evento como para realizar un reporte.

Variables asociadas al *Mobbing* en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°43: Frecuencia de *Mobbing* en el último año según trabajadores de SAR y SAPU

Frecuencia del abuso verbal	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Todo el tiempo	4	33,3
A veces	8	66,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 66,7% de los trabajadores que sufrieron *Mobbing* refiere que este tipo de incidente ocurre ‘a veces’, mientras que un tercio (33,3%) refiere que es algo que ocurre ‘todo el tiempo’.

Tabla n°44: Agresor de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Agresor	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Colega	7	58,3
Jefe	1	8,3
Trabajador externo	3	25,0
Jefe y colegas	1	8,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que han sufrido *Mobbing*, el 58,3% identificó como principal agresor a colegas, seguido por trabajadores externos con un 25%. Un 8,3% de los trabajadores declaran como principal agresor a su jefatura y también colegas.

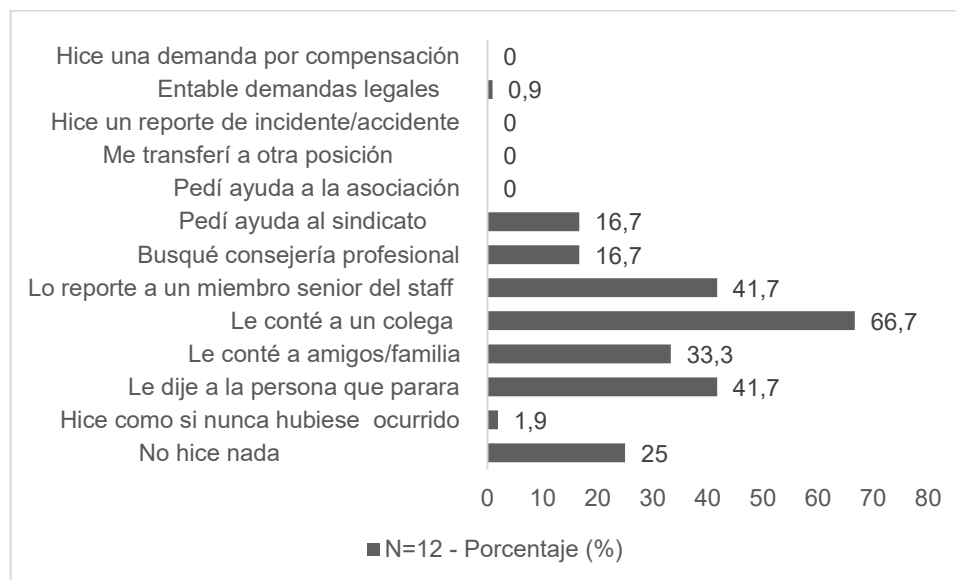
Tabla n°45: Lugar del incidente de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Lugar del incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dentro de la institución de salud	11	91,7
Afuera	1	8,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En la mayoría de los casos (91,7%) la agresión ocurrió dentro del SAR o SAPU.

Figura n°5: Respuesta al *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.



Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Del gráfico anterior se desprende que la mayoría de los trabajadores que sufrieron este tipo de agresión, ésta se la comentó a un colega (66,7%); Un 41,7% le informó a una jefatura, el mismo porcentaje le pidió a la persona que parara;

Un 16,7% buscó consejería profesional y la misma cantidad de personas le pidió ayuda a su sindicato. Destaca que ninguno contestó haber hecho un reporte escrito del incidente. Y que en el 0,9% de los casos, se entablaron acciones legales.

Tabla n°46: Respuestas a experiencias estresantes de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Repuesta (N=12)	No afecta		Afecta							
	Nada		Un poco		Moderado		Mucho		Extremo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten	1	8,3	5	41,7	3	25,0	2	16,7	1	8,3
Evitar pensar o hablar del tema	3	25,0	4	33,3	3	25,0	1	8,3	1	8,3
Estar súper atento o vigilante	2	16,7	0	0	3	25,0	5	41,7	2	16,7
Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo	3	25,0	3	25,0	0	0,0	5	41,7	1	8,3

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la tabla anterior destaca que, en todos los casos, la mayoría de las y los trabajadores que sufrieron episodios de *Mobbing* tuvieron algún grado de afectación. Destaca que más del 50% evitan hablar del incidente o sienten que todo es un esfuerzo. Por otro lado, más del 80% de trabajadores presentan recuerdos y se mantienen muy vigilantes a nuevos episodios.

Tabla n°47: Prevención del incidente de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Prevención del incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	10	83,3
No	2	16,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 83,3% de trabajadores que reportó haber sufrido un episodio de *Mobbing* refirió que se pudo haber evitado.

Tabla n°48: Investigación del incidente de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Investigación del incidente	Total (n=12)	
	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	4	33,3
No	8	66,7

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El 66,7% de los trabajadores contestó que no se investigó el incidente de abuso verbal.

Tabla n°49: Persona o institución que investiga el incidente de *Mobbing* reportado por trabajadores de SAR y SAPU.

Persona o institución que decide investigar	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dirección de CESFAM	3	75,0
EU Coordinadora	1	25,0
Total	4	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que reportaron un evento de *mobbing*, el 75% mencionó que fue la dirección del CESFAM quien investigó lo ocurrido.

Tabla n°50: Consecuencias que sufre el agresor de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Consecuencias para el agresor	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Advertencia verbal	3	75,0
Agresor acusado judicialmente	1	25,0
Total	4	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En relación a las consecuencias que sufrió el agresor, el 75% indicó que se emitió una advertencia verbal, mientras que el 25% presentó una acusación judicial, acción probablemente tomada por la dirección del CESFAM.

Tabla n°51: Ayuda del empleador, jefe y/o supervisor frente al incidente de *Mobbing*.

Ayuda del empleador	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Consejería profesional	2	25,0
Opción de hablar o reportarlo	4	50,0
Otro apoyo	2	25,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que le informaron a un superior la situación de *Mobbing*, el 50% recibió la opción de hablar o reportar la situación, mientras que un 25% recibió consejería profesional o bien otro tipo de apoyo.

Tabla n°52: Satisfacción en el manejo del incidente de *Mobbing*, según los trabajadores de SAR y SAPU.

Satisfacción por manejo	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Muy disconforme	2	25,0
Disconforme	0	0,0
Medianamente satisfecho	3	37,5
Satisfecho	2	25,0
Muy satisfecho	1	12,5

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los trabajadores que informaron a un superior el incidente de *Mobbing*, la mayoría presentó algún grado de satisfacción con relación a las medidas adoptadas, el 37,5% quedó medianamente satisfecho con las medidas adoptadas, el 25% quedó satisfecho y un 12,5% quedó muy satisfecho. Sólo un 25% manifestó estar muy disconforme con el manejo del incidente.

Tabla n°53: Motivo por no reportar incidente de *Mobbing* según trabajadores de SAR y SAPU.

Motivos por no reportar violencia laboral	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No fue importante	0	0,0
Vergüenza	0	0,0
Culpabilidad	0	0,0
Miedo	5	41,7
No sirve de nada	7	58,3
No sabe	0	0,0
Otro	0	0,0
Total	12	100

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Los trabajadores que sufrieron *Mobbing* no lo reportaron formalmente por escrito debido a 'sentir miedo' y porque 'no sirve de nada'.

Variables asociadas al Acoso sexual en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°54: Variables asociadas al incidente de acoso sexual

Frecuencia del abuso verbal	Frecuencia (n=8)	Porcentaje (%)
A veces	4	50,0
Una vez	4	50,
Agresor	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Paciente/cliente	3	37,5
Miembro del equipo (Colega o jefatura)	2	25,0
Trabajador externo	3	37,5
Lugar del incidente	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dentro de la institución de salud	8	100,0
Respuesta ante el incidente (Variables no son excluyentes)	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No hice nada	2	25,0
Hice como si nunca hubiese ocurrido	2	25,0
Le dije a la persona que parara	6	75,0
Le conté a amigos/familia	2	25,0
Le conté a un colega	6	75,0
Lo reporte a un miembro senior del staff	5	62,5
Se pudo haber prevenido	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	6	75,0
No	2	25,0
Se investiga el incidente	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No	8	100,0
Motivos por no reportar violencia laboral	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No fue importante	2	25,0
Vergüenza	4	50,0
Miedo	2	25,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los entrevistados que refirieron percibir acoso sexual en SAR y SAPU, 50% mencionaron que el incidente se produce a veces. Los principales agresores identificados fueron pacientes y trabajadores externos, seguidos de miembros del equipo (colega o jefatura) con un 25%. Todos los eventos de este tipo ocurrieron

dentro de la institución de salud. Frente al incidente, ningún trabajador realizó un reporte formal de la situación, sin embargo, el 75% de los afectados le pidió directamente al agresor que parara o se lo contó a un colega; El 62,5% se lo reportó verbalmente a su jefatura sin realizar un reporte formal por escrito. El 75% de trabajadores cree que el incidente se pudo haber evitado; destaca que no se llevó a cabo una investigación en ningún caso debido a que ningún trabajador reportó la situación debido principalmente a vergüenza, miedo o atribuirle poca importancia al evento.

Tabla n°55: Respuestas a experiencias estresantes de Acoso sexual según trabajadores de SAR y SAPU.

Repuesta (N=8)	No afecta		Afecta							
	Nada		Un poco		Moderado		Mucho		Extremo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten	4	50,0	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Evitar pensar o hablar del tema	4	50,0	3	37,5	1	12,5	0	0,0	0	0,0
Estar súper atento o vigilante	0	0,0	2	25,0	1	12,5	5	62,5	0	0,0
Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	0	0,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la tabla anterior destaca que un 62,5% de las personas que sufrieron un incidente de acoso sexual en su trabajo refieren ‘estar súper atentas o vigilantes’ a que ocurra un nuevo evento.

Variables asociadas al acoso racial en trabajadores de SAR y SAPU.

Tabla n°56: Variables asociadas al incidente de acoso racial

Frecuencia del acoso racial	Frecuencia (n=6)	Porcentaje (%)
A veces	6	100,0
Agresor	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Paciente/cliente	4	66,7
Miembro del equipo (Colega o jefatura)	2	33,3
Lugar del incidente	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Dentro de la institución de salud	6	100,0
Respuesta ante el incidente (Variables no son excluyentes)	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No hice nada	2	33,3
Le dije a la persona que parara	2	33,3
Le conté a amigos/familia	1	16,7
Le conté a un colega	4	66,7
Lo reporte a un miembro senior del staff	4	66,7
Hice un reporte de incidente/accidente	3	50,0
Se pudo haber prevenido	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	3	50,0
No	3	50,0
Se investiga el incidente	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Sí	1	16,7
No	5	83,3
Motivos por no reportar violencia laboral	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
No sirve de nada	1	16,7
No sabe	2	33,3
No corresponde (Reportó formalmente)	3	50,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De los entrevistados que refirieron percibir acoso racial en SAR y SAPU, el 100% mencionó que el incidente se produce a veces. Los principales agresores identificados fueron los pacientes. En todos los casos la agresión ocurrió dentro de la institución de salud. Frente al incidente, el 50% de trabajadores realizó un reporte formal de la situación, mientras que el 66,7% le contó a un colega o a su

jefatura. En la mitad de los casos, los trabajadores creen que el incidente se pudo haber prevenido. En la mayoría de las veces no se realizó una investigación del incidente. Destaca que, frente al reporte, el 33,3% de funcionarios desconocía que se podía reportar este tipo de incidentes.

Tabla n°57: Respuestas a experiencias estresantes de Acoso racial según trabajadores de SAR y SAPU.

Repuesta (N=6)	No afecta		Afecta							
	Nada		Un poco		Moderado		Mucho		Extremo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuerdos, pensamientos y/o imágenes que se repiten	2	33,6	3	50,0	1	16,7	0	0,0	0	0,0
Evitar pensar o hablar del tema	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estar súper atento o vigilante	5	83,3	1	16,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sentir que todo lo que hace es un esfuerzo	3	50,0	0	0,0	3	50,0	0	0,0	0	0,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De la tabla anterior destaca que un 50% de las personas que sufrieron un incidente de acoso racial en su trabajo refieren ‘sentir que todo lo que hace es un esfuerzo’ con un grado de afectación moderada.

Tabla n°58: Políticas específicas desarrolladas por el empleador para violencia laboral, identificadas por trabajadores de los SAR y SAPU.

Desarrollo de políticas específicas para	Sí		No		No sabe		Total	
	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%
Salud y seguridad	54	50,9	25	23,6	27	25,5	106	100,0
Violencia física en el trabajo	52	49,1	32	30,2	22	20,8	106	100,0
Abuso verbal	53	50,0	33	31,1	20	18,9	106	100,0
Acoso sexual	39	36,8	31	29,2	36	34,0	106	100,0
Acoso racial	19	17,9	48	45,3	39	36,8	106	100,0
Mobbing	37	34,9	43	40,6	26	24,5	106	100,0
Amenazas	42	39,6	45	42,5	19	17,9	106	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

De esta tabla se desprende que sólo hasta el 50% de los trabajadores refiere conocer desarrollo de políticas específicas para la salud y seguridad, violencia física y abuso verbal en su lugar de trabajo. Sin embargo, destaca que un porcentaje >60% demuestra desconocimiento de la puesta en marcha de políticas preventivas para acoso sexual, acoso racial, *Mobbing* y amenazas en el lugar de trabajo.

Tabla n°59: Medidas existentes para combatir la violencia laboral en el lugar de trabajo, identificadas por trabajadores de SAR y SAPU.

Medidas	Sí		No		Total	
	Frec. (N)	%	Frec. (N)	%	Frec. (N)	%
Medidas de seguridad	103	97,2	3	2,8	106	100,0
Mejoras del entorno	86	81,1	20	18,9	106	100,0
Acceso público restringido	45	42,5	61	57,5	106	100,0
Análisis previo de pacientes	42	39,6	64	60,4	106	100,0
Protocolos para atención de pacientes	46	43,4	60	56,6	106	100,0
Restricción en intercambio de dinero	12	11,3	94	88,7	106	100,0
Aumento del equipo de trabajo	43	40,6	63	59,4	106	100,0
Procedimientos de registro	74	69,8	32	30,2	106	100,0
Equipamiento y vestimenta especial	41	38,7	65	61,3	106	100,0
Cambios de turno	29	27,4	77	72,6	106	100,0
Periodos reducidos de trabajo en solitario	27	25,5	79	74,5	106	100,0
Entrenamiento especial	6	5,7	100	94,3	106	100,0
Aptitudes comunicacionales	48	45,3	58	54,7	106	100,0
Inversión en desarrollo de recursos humanos	42	39,6	64	60,4	106	100,0
Ninguno	3	2,8	103	97,2	106	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Respecto a las medidas existentes presentes en los SAR y SAPU, la mayoría de trabajadores reconoce que existen medidas de seguridad en su trabajo (97,2%), mejoras del entorno (81,1%) y que existen procedimiento para el registro de estos eventos (69,8%). Sin embargo, la mayoría refiere que no existen las otras medidas estudiadas, como por ejemplo el entrenamiento especial, entrega de equipamiento y vestimenta, restricción del intercambio de dinero, cambios de turno y periodos reducidos de trabajo en solitario.

Tabla n°60: Medidas de ayuda para combatir la violencia laboral en el lugar de trabajo, identificadas por trabajadores de SAR y SAPU.

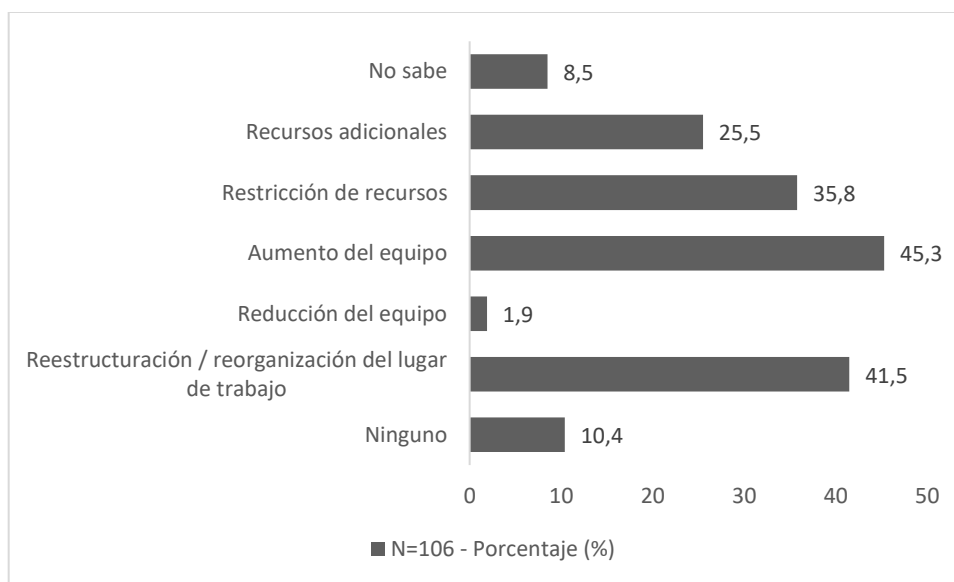
Medidas de ayuda en ambiente laboral	Nada		Poco		Moderado		Mucho		Total	
	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%	Fr. (N)	%
Medidas de seguridad	3	2,8	6	5,7	18	17,0	79	74,5	106	100,0
Mejoras del entorno	2	1,9	5	4,7	23	21,7	76	71,7	106	100,0
Acceso público restringido	14	13,2	17	16,0	17	16,0	58	54,7	106	100,0
Análisis previo de pacientes	14	13,2	13	12,3	19	17,9	60	56,6	106	100,0
Protocolos para atención de pacientes	25	23,6	5	4,7	26	24,5	50	47,2	106	100,0
Restricción en intercambio de dinero	46	43,4	12	11,3	21	19,8	27	25,5	106	100,0
Aumento del equipo de trabajo	15	14,2	13	12,3	23	21,7	55	51,9	106	100,0
Procedimientos de registro	30	28,3	14	13,2	25	23,6	37	34,9	106	100,0
Equipamiento y vestimenta especial	32	30,3	12	11,3	26	24,5	36	34,0	106	100,0
Cambios de turno	35	33,0	19	17,9	21	19,8	31	29,2	106	100,0
Periodos reducidos de trabajo en solitario	37	34,9	16	15,1	18	17,0	35	33,0	106	100,0
Entrenamiento especial	15	14,2	8	7,5	27	25,5	56	52,8	106	100,0
Inversión en desarrollo de recursos humanos	14	13,2	5	4,7	18	17,0	69	65,1	106	100,0

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

A los trabajadores se les preguntó si implementar, o mejorar, estas medidas ayudarían en algún grado a combatir la violencia laboral; la mayoría reconoció que implementar medidas de seguridad sería de mucha utilidad (74,5%), así como mejoras del espacio físico (71,7%) e invertir en desarrollo de recursos humanos (65,1%). Otras categorías también fueron indicadas de mucha ayuda por poco más de la mitad de trabajadores fueron el acceso público restringido (54,7%), analizar previamente a los pacientes (56,6%), aumentar el equipo de trabajo (51,9%) y recibir entrenamiento especial (52,8%). Es importante señalar

que todas las categorías fueron indicadas como de moderada o mucha ayuda por al menos la mitad de los trabajadores. Mientras que pocos trabajadores indicaron alguna categoría como de poca o nula ayuda.

Figura n°6: Medidas de cambio implementadas por el empleador en los dos últimos años según sus trabajadores.

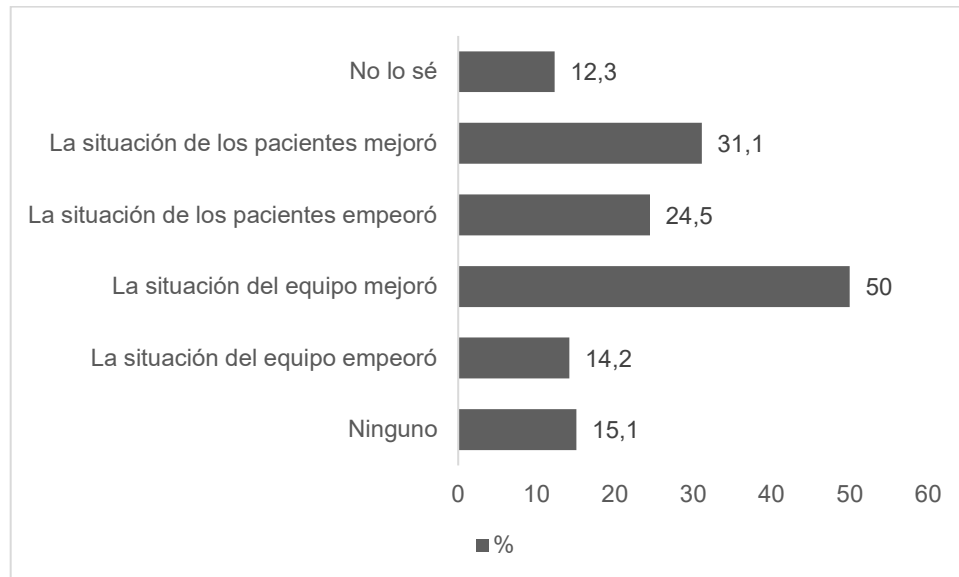


Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El gráfico anterior muestra los cambios ocurridos en el SAR o SAPU en los dos últimos años, la reestructuración/reorganización del lugar de trabajo, así como el aumento del equipo fue reconocido por los trabajadores por sobre el 40%.

Hubo un porcentaje no menor que respondió que existió restricción de recursos (35,8%) y, paradójicamente, la implementación de recursos adicionales (25,5%).

Figura n°7: Impacto de las medidas de cambio implementadas en el SAR o SAPU según sus trabajadores.



Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se les consultó por el impacto provocado por las medidas adoptadas en el SAR o SAPU en los últimos dos años. El 50% de los trabajadores mencionan que la situación del equipo mejoró, así mismo, un porcentaje no menor respondió que la situación de los pacientes mejoró (31,1%), paradójicamente, un porcentaje similar (24,5%) indicó que la situación de los pacientes empeoró. En menor medida, se indicó que la situación del equipo empeoró, otros desconocían el impacto y otros respondieron que no hubo impacto.

Relación entre Burnout y variables sociodemográficas y laborales.

Tabla n°61: Relación entre dimensión agotamiento emocional y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

Variable	Agotamiento emocional	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significancia (p)
		B	Desv. Error	Beta		
Edad (Años)		0,054	0,152	0,05	0,353	0,725
Identidad de género		-1,887	2,84	-0,077	-0,664	0,508
Situación de pareja		-1,905	2,783	-0,071	-0,684	0,496
Inmigrante		8,299	5,284	0,184	1,57	0,12
Estamento	Profesionales					
	Técnicos	-4,166	3,757	-0,165	-1,109	0,271
	Profesionales o técnicos no relacionados a la salud	-9,738	4,383	-0,391	-2,222	0,029*
Experiencia laboral	1 a 5 años					
	6 a 10 años	-3,82	3,607	-0,15	-1,059	0,293
	Más de 10 años	-1,861	4,14	-0,074	-0,45	0,654
Institución laboral		1,971	4,952	0,044	0,398	0,692
Jornada Laboral		-2,129	2,932	-0,08	-0,726	0,47
Trabajo con turnos		0,322	3,719	0,009	0,087	0,931
Contacto físico de rutina con pacientes		-3,533	3,225	-0,128	-1,096	0,276
Trabajo secundario		4,967	3,018	0,2	1,646	0,103
Existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral		-2,107	4,827	-0,047	-0,436	0,664
Preocupación por violencia laboral		0,496	0,97	0,053	0,511	0,611

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

El Agotamiento Emocional cuenta con un total de 56 puntos (a mayor puntuación, mayor índice de burnout). Se realizó regresión lineal multivariada para las variables en estudio. Se desprende que hubo asociación estadísticamente significativa entre el subgrupo de Profesionales o técnicos no relacionados a la salud con respecto a los profesionales en la variable estamento con respecto al agotamiento emocional. En donde, los profesionales de la salud presentan casi 10 puntos más de AE respecto a los trabajadores no relacionados a la salud. Las otras variables en estudio no resultaron significativas, sin embargo, ciertas variables, como la presencia de un trabajo secundario (5 puntos más de AE), ser migrante (10 puntos más de AE) o ser técnico en salud (4 puntos menos de AE que los profesionales), destacan en la dimensión de Agotamiento Emocional.

Tabla n°62: Relación entre dimensión Despersonalización y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significancia (p)
	B	Desv. Error	Beta		
Despersonalización					
Edad	-0,046	0,077	-0,086	-0,594	0,554
Identidad de género	-0,634	1,428	-0,053	-0,444	0,658
Situación de pareja	-1,141	1,4	-0,086	-0,815	0,417
Inmigrante	4,303	2,657	0,193	1,619	0,109
Estamento					
Profesionales					
Técnicos	-0,35	1,889	-0,028	-0,185	0,854
Profesionales o técnicos no relacionados a la salud	0,548	2,204	0,045	0,249	0,804
Experiencia laboral					
1 a 5 años					
6 a 10 años	-1,914	1,814	-0,153	-1,055	0,294
Más de 10 años	-0,304	2,082	-0,024	-0,146	0,884
Institución laboral	-1,752	2,49	-0,079	-0,704	0,483
Jornada laboral	1,665	1,474	0,127	1,129	0,262
Trabajo con turnos	1,435	1,87	0,082	0,767	0,445
Contacto físico de rutina con pacientes	-2,703	1,622	-0,199	-1,667	0,099
Trabajo secundario	1,628	1,518	0,133	1,073	0,286
Existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral	0,314	2,427	0,014	0,13	0,897
Preocupación por violencia laboral	0,784	0,488	0,171	1,606	0,112

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

La Despersonalización cuenta con un total de 30 puntos (a mayor puntuación, mayor índice de burnout). De esta regresión lineal múltiple es posible identificar que no existe asociación estadísticamente significativa para las variables en estudio, sin embargo, destaca que, por un lado, las personas inmigrantes presentaron 4,3 puntos más de despersonalización respecto a los trabajadores chilenos. Por otro lado, el contacto físico de rutina con pacientes puntuó con casi 3 puntos menos de esta dimensión respecto a quienes reportaron no trabajar en contacto físico directo.

Tabla n°63: Relación entre dimensión Realización Personal y variables sociodemográficas y laborales en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

Variable	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Significancia (p)	
	B	Desv. Error	Beta			
Realización Personal						
Edad (Años)	0,097	0,122	0,123	0,799	0,427	
Identidad de género	-1,28	2,273	-0,071	-0,563	0,575	
Situación de pareja	1,399	2,227	0,07	0,628	0,532	
Inmigrante	-1,964	4,229	-0,059	-0,465	0,643	
Estamento	Profesionales					
	Técnicos	-0,435	3,007	-0,023	-0,145	0,885
	Profesionales o técnicos no relacionados a la salud	0,471	3,508	0,026	0,134	0,894
Experiencia laboral	1 a 5 años					
	6 a 10 años	1,336	2,887	0,071	0,463	0,645
	Más de 10 años	-1,372	3,313	-0,073	-0,414	0,68
Institución laboral (público o privado)	3,997	3,963	0,12	1,009	0,316	
Jornada Laboral	2,536	2,346	0,129	1,081	0,283	
Trabajo con turnos	-1,468	2,976	-0,056	-0,493	0,623	
Contacto físico de rutina con pacientes	1,191	2,581	0,059	0,462	0,646	
Trabajo secundario	-0,512	2,415	-0,028	-0,212	0,833	
Existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral	2,248	3,863	0,067	0,582	0,562	
Preocupación por violencia laboral	0,438	0,776	0,064	0,564	0,574	

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

La Realización Personal cuenta con un total de 48 puntos (a menor puntuación, mayor índice de burnout). En el análisis se determinó que no existe asociación estadísticamente significativa para las variables en estudio y la dimensión de Realización Personal, sin embargo, destaca que quienes reportaron pertenecer al sector privado, presentaron 4 puntos más de RP respecto a quienes pertenecen al sector público. También, la población inmigrante presentó 2 puntos menos de realización personal que los trabajadores chilenos. También, destaca que quienes indicaron trabajar en jornada parcial o reemplazo, presentaron 2,5 puntos más de RP con relación a quienes trabajar en jornada completa, siguiendo esta línea, los trabajadores que indicaron la existencia de procedimientos para denunciar la VL presentaron 2,2 puntos más de RP respecto a quienes indicaron que no.

Relación entre Violencia laboral y variables sociodemográficas y laborales.

Tabla n°64: Relación entre las variables sociodemográficas y laborales y la percepción de Violencia Laboral en las y los trabajadoras de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

Variable	Violencia Laboral	B	Error estándar	Wald	gl	Significancia (p)	Exp(B)
Edad		-0,049	0,036	1,941	1	0,164	0,952
Identidad de género		0,313	0,745	0,177	1	0,674	1,367
Situación de pareja		0,486	0,729	0,444	1	0,505	1,625
Inmigrante		-17,505	13996,73	0,0	1	0,999	0,0
Estamento	Profesionales			1,418	2	0,492	
	Técnicos	-1,397	1,287	1,179	1	0,278	0,247
	Profesionales o técnicos no relacionados a la salud	-0,636	1,412	0,203	1	0,652	0,529
Experiencia laboral	1 a 5 años			2,94	2	0,23	
	6 a 10 años	1,355	0,932	2,111	1	0,146	3,875
	Más de 10 años	1,673	1,024	2,667	1	0,102	5,326
Institución laboral		-0,273	1,201	0,052	1	0,82	0,761
Jornada laboral		-0,65	0,867	0,561	1	0,454	0,522
Trabajo con turnos		-0,733	0,865	0,719	1	0,396	0,48
Contacto físico de rutina con pacientes		0,454	0,851	0,284	1	0,594	1,575
Trabajo secundario		-0,259	0,797	0,105	1	0,746	0,772
Existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral		0,63	1,266	0,248	1	0,619	1,878

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo

Evert Pérez, 2025.

Se realizó una regresión logística multivariada para determinar la relación entre las características sociodemográficas y laborales y la probabilidad de percibir al menos un tipo de Violencia Laboral en el último año, no encontrando relación entre estas variables y el fenómeno de violencia estudiado.

Cabe destacar que ciertas variables como los años de experiencia laboral y contacto físico de rutina con pacientes, aumentan la probabilidad de percibir el fenómeno de VL.

Relación entre violencia laboral y síndrome de Burnout en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, 2025.

Tabla n°65: Relación entre Síndrome de Burnout y Violencia Laboral en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Al menos un tipo de Violencia Laboral	No (n=17)	Media	15,8	5,1	36,4
		Valor p	0,092	0,006***	0,28
		Desviación	12,7	5,8	12,8
	Sí (n=89)	Media	21,3	9,4	33,7
		Valor p	0,092	0,006***	0,28
		Desviación	12,4	6	8,5
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

***p≤0,01 = Alta significancia estadística; **p≤0,05 = Significancia; p>0,05 = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se realizó la comparación de medias entre las variables de VL y las dimensiones del cuestionario MBI-HSS, revelando una relación estadísticamente significativa entre la percepción de algún tipo de VL y la dimensión Despersonalización. Los trabajadores que reportaron haber sufrido VL presentaron niveles de Despersonalización (DE) significativamente más altos (media 9,4) que aquellos que no reportaron VL (media 5,1), cabe mencionar que si bien no hubo relación significativa entre agotamiento emocional y VL, presenta un valor cercano a serlo. Este hallazgo respalda parcialmente la hipótesis principal del estudio al identificar una asociación significativa entre la VL percibida y el SB.

Tabla n°66: Relación entre Violencia Física y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Violencia física	No (n=94)	Media	20	8,4	34,5
		Valor p	0,288	0,143	0,273
		Desviación	12,7	6,1	8,9
	Sí (n=12)	Media	24,1	11,2	31,3
		Valor p	0,288	0,143	0,273
		Desviación	10,3	5,7	11,9
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

*** $p \leq 0,01$ = Alta significancia estadística; ** $p \leq 0,05$ = Significancia; $p > 0,05$ = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se desprende de la comparación de medias entre la percepción de violencia laboral y dimensiones del SB que no hubo relación significativa entre haber padecido violencia física en el último año y las dimensiones del SB.

Tabla n°67: Relación entre Abuso Verbal y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Abuso Verbal	No (n=18)	Media	15,4	5	36,7
		Valor p	0,062*	0,004**	0,202
		Desviación	12,4	5,6	12,5
	Sí (n=88)	Media	21,5	9,5	33,6
		Valor p	0,062*	0,004**	0,202
		Desviación	12,4	6	8,5
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

*** $p \leq 0,01$ = Alta significancia estadística; ** $p \leq 0,05$ = Significancia; $p > 0,05$ = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En relación con la violencia psicológica en el trabajo percibida a través del abuso verbal, destaca una asociación estadísticamente significativa con la Despersonalización, presentando niveles significativamente más altos (media 9,5 vs 5) que aquellos que no la sufrieron. Este hallazgo refuerza la hipótesis H3.

Respecto a los trabajadores expuestos a abuso verbal se evidenció que presentan que presentan a lo menos 6 puntos más de AE que aquellos que no reportaron este fenómeno. Si bien no se presentó significancia entre las variables el valor p está cercano a serlo, por tanto, se rechaza la hipótesis H2.

Tabla n°68: Relación entre *Bullying/Mobbing* y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
<i>Bullying/Mobbing</i>	No (n=94)	Media	20,6	8,6	34
		Valor p	0,762	0,68	0,752
		Desviación	12,6	6,2	9,3
	Sí (n=12)	Media	19,4	9,4	34,9
		Valor p	0,762	0,68	0,752
		Desviación	12	5,7	9,2
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

***p≤0,01 = Alta significancia estadística; **p≤0,05 = Significancia; p>0,05 = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

El análisis estadístico no encontró ninguna asociación significativa entre la percepción de *Bullying/Mobbing* y las tres dimensiones del *Burnout*, ya que todos los valores p fueron superiores al umbral de significancia.

Tabla n°69: Relación entre Acoso Sexual y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Acoso Sexual	No (n=98)	Media	20,3	8,6	34,3
		Valor p	0,612	0,467	0,481
		Desviación	12,5	6	9,1
	Sí (n=8)	Media	22,6	10,3	31,9
		Valor p	0,612	0,467	0,481
		Desviación	13,4	8	11,7
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

***p≤0,01 = Alta significancia estadística; **p≤0,05 = Significancia; p>0,05 = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

En la tabla anterior muestra que se encontró asociación significativa entre la percepción de Acoso Sexual y las dimensiones del Burnout. Sin embargo, a pesar de la falta de significancia, los trabajadores que reportaron Acoso Sexual evidenciaron medias más altas en AE (22,6 vs 20,3) y DE (10,3 vs 8,6), y una media ligeramente más baja en RP (31,9 vs 34,3) que el grupo no expuesto.

Tabla n°70: Relación entre Abuso Racial y las dimensiones del Síndrome de Burnout en trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, año 2025.

		Estadístico	Dimensiones SB		
			Agotamiento Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Abuso Racial	No (n=100)	Media	19,7	8,4	34,3
		Valor p	0,012***	0,024**	0,329
		Desviación	12,1	5,8	9,1
	Sí (n=6)	Media	32,8	14,2	30,5
		Valor p	0,012***	0,024**	0,329
		Desviación	13,5	9,5	12,8
	Total	Media	20,5	8,7	34,1
		N	106	106	106
		Desviación	12,5	6,1	9,3

***p≤0,01 = Alta significancia estadística; **p≤0,05 = Significancia; p>0,05 = Baja significancia.

Fuente: Burnout y Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias en una comuna del Biobío. Pablo Evert Pérez, 2025.

Se realizó una comparación de medias entre el acoso racial y las dimensiones del MBI-HSS, identificando una asociación estadísticamente significativa para la dimensión de AE y DE. En la primera dimensión destaca que los trabajadores presentaron niveles considerablemente altos frente al grupo no expuesto (32,8 vs 19,7), y para la dimensión DE (14,2 vs 8,4) respectivamente.

Este hallazgo acepta parcialmente la hipótesis H2 y confirma la hipótesis H3.

Tabla n°71: Contraste de hipótesis del estudio

Hipótesis	Detalle	Valor p	Decisión
H1	Existe una relación positiva y significativa entre el nivel de violencia laboral y el síndrome de burnout en el personal de SAR y SAPU de la comuna de Concepción.	AE: 0,092 DE: 0,006** RP: 0,280	Se rechaza la hipótesis: no se confirma una relación global significativa entre violencia laboral y síndrome de burnout. Sólo existió relación entre la dimensión de despersonalización y algún tipo de violencia vivida en el último año.
H2	Las y los trabajadores que notifican mayores niveles de violencia laboral presentan mayor agotamiento emocional.	Una violencia: p=0,092; Violencia Física: p=0,288; Abuso verbal: p= 0,062; <i>Bulling/Mobbing</i> : p= 0,762; Acoso sexual: p= 0,612; Acoso racial: p= 0,012.	Se rechaza la hipótesis: no se observa un aumento sistemático de agotamiento emocional en función del nivel de violencia laboral reportado.
H3	El nivel de violencia laboral está asociado a mayor despersonalización en las y los trabajadores.	Una violencia: p=0,006; Violencia Física: p=0,143; Abuso verbal: p= 0,004; <i>Bulling/Mobbing</i> : p= 0,68; Acoso sexual: p= 0,467; Acoso racial: p= 0,024.	Se acepta la hipótesis: se evidencia mayor despersonalización en quienes reportan violencia laboral, especialmente verbal y racial.
H4	Las y los trabajadores que experimentan niveles mayores de violencia laboral reportan una menor realización personal en su trabajo.	Una violencia: p=0,28; Violencia Física: p=0,273; Abuso verbal: p= 0,202; <i>Bulling/Mobbing</i> : p= 0,752; Acoso sexual: p= 0,481; Acoso racial: p= 0,329.	Se rechaza la hipótesis: no se encontró relación significativa entre violencia laboral y niveles de realización personal.

Nivel de significancia considerado: $\alpha = 0,05$. **Fuente:** Elaboración propia a partir de los resultados del estudio.

En la tabla se resumen los valores obtenidos de la prueba de hipótesis y su respectiva decisión adoptada.

Discusión

El fenómeno de la violencia laboral en el sector salud ha ido en aumento durante el último tiempo (6, 7, 89), y este estudio ratifica esta afirmación: más del 80% de los trabajadores reportaron la presencia de agresiones de cualquier índole en su entorno laboral en el último año. Por otra parte, el síndrome de burnout también se manifiesta como un problema relevante en este contexto. En esta investigación, alrededor de uno de cada diez trabajadores presentó altos niveles de agotamiento emocional, casi dos tercios evidenciaron altos niveles de despersonalización, mientras que la mayoría mantuvo una alta sensación de realización personal. Este perfil sugiere la presencia de formas parciales o iniciales de desgaste profesional, en las que el distanciamiento afectivo frente al trabajo y a las personas usuarias emerge como la manifestación más marcada, mientras la sensación de eficacia y utilidad de la propia labor se mantiene relativamente preservada. Patrones similares han sido descritos como *burnout parcial* o perfiles moderados de burnout, caracterizados por altos niveles de agotamiento y/o despersonalización con una realización personal aún conservada (90-92).

Los trabajadores de este estudio se caracterizaron principalmente por identificarse con el género femenino, coherente, aunque ligeramente inferior, con la tendencia histórica de feminización del trabajo sanitario en Chile y en el mundo, particularmente en enfermería y categorías técnicas. Informes nacionales e internacionales muestran que entre 70% y 80% del personal de salud son

mujeres, lo que se relaciona tanto con la división sexual del trabajo como con la persistente segregación ocupacional en el sector salud (93, 94).

La edad reflejó una fuerza laboral predominantemente adulta joven y adulta media, similar a lo descrito en estudios chilenos en CESFAM, servicios de urgencia y otros dispositivos de atención primaria, donde el personal clínico suele situarse entre la tercera y quinta década de vida, cuestión reflejada también en informes nacionales (93-95). Existe una proporción de personas migrantes laboralmente activas muy baja, lo que contrasta con la creciente presencia de población migrante usuaria de los servicios de salud en Chile, y América latina, descrita en la literatura (96-98), pero coincide con la evidencia nacional sobre recursos humanos en salud, que muestra que la incorporación de profesionales de la salud extranjeros sigue siendo relativamente acotada (93). Estas características sociodemográficas sitúan a la muestra en un perfil relativamente homogéneo, siendo adulto joven, mayoritariamente femenino, y con escasa participación de personas migrantes.

Un informe reciente de caracterización de profesionales de la salud en Chile señala que, para 2024, los profesionales extranjeros acreditados representan solo un 6,3% del total de profesionales registrados en el país, con mayor concentración en medicina y odontología. Coherente con este estudio, el mismo documento destaca la necesidad de simplificar y estandarizar los procesos de acreditación y homologación de títulos para profesionales migrantes, lo que sugiere la existencia de barreras estructurales para su inserción laboral plena en

el sistema de salud chileno (93). En este contexto, no resulta sorprendente que la fuerza de trabajo migrante en salud crezca a un ritmo menor que la población migrante usuaria de los servicios, limitando el potencial aporte de estos profesionales en la atención directa y culturalmente pertinente, relacionada con el fenómeno migratorio actual.

Respecto a las características laborales, los resultados muestran una distribución equilibrada de estamentos entre profesionales de la salud, técnicos sanitarios y personal profesional o técnico no relacionado a la salud. Esta distribución coincide con la organización típica de servicios de urgencia extrahospitalarios, donde el funcionamiento depende fuertemente del trabajo técnico y de apoyo administrativo, además del rol clínico profesional (46, 99). En cuanto a experiencia laboral, los datos obtenidos sugieren equipos con mezcla de personal relativamente nuevo y trabajadores con trayectoria prolongada en el sistema. La mayoría se desempeña en instituciones públicas, en jornada completa y trabaja en sistema de turnos. Este hallazgo es coherente con la naturaleza de los SAR y SAPU, dispositivos que funcionan en horario extendido o los siete días de la semana en todos los horarios, y que dependen de turnos rotativos, lo que se ha vinculado en múltiples estudios con mayor fatiga, alteración del sueño y riesgo de burnout (100, 101). A esto se suma la tercerización de algunos trabajadores que se desempeñan en estos dispositivos, contratados por empresas externas. La evidencia sobre subcontratación muestra que estos arreglos tienden a precarizar las condiciones del empleo (menor estabilidad, beneficios más

limitados, mayor inseguridad) y a dividir a los trabajadores en grupos de “planta” y “externos” que comparten el mismo espacio físico, pero responden a jefaturas o empleadores distintos, lo que se ha asociado a peores resultados en salud y seguridad laboral (102-104). Asimismo, existe evidencia sobre precarización del trabajo que señala que la tercerización puede llevar a mantener múltiples empleos, lo que se ha relacionado con mayor riesgo de accidentes y exposición a condiciones inseguras (105).

Desde la perspectiva de la violencia laboral, el hecho de que los trabajadores tercerizados deban notificar los eventos violentos a su propio empleador y no al CESFAM, o a la dirección del establecimiento, introduce una capa adicional de complejidad en los sistemas de reporte, ya que se multiplican los canales formales, se diluye la responsabilidad y aumenta la probabilidad de subregistro. Esto es un problema serio, considerando que la literatura ya describe una importante subnotificación de la violencia en salud, asociada a factores como la falta de claridad y la complejidad de los procedimientos de denuncia, la percepción de que “no sirve de nada reportar”, la normalización de la violencia como “parte del trabajo” y el temor a posibles represalias (106-108). En conjunto, la combinación de jornadas extensas, trabajo a turno y tercerización configura un entorno particularmente vulnerable para este grupo de trabajadores, en el cual algunos episodios de violencia pueden quedar dispersos entre distintos empleadores, dificultando el diseño e implementación de estrategias preventivas integrales a nivel de establecimiento y de red.

Sobre las características laborales, la mayoría de los trabajadores encuestados refirió tener contacto físico de rutina con pacientes, lo que implica exposición directa a demandas asistenciales y, en contextos de urgencia, a situaciones de alta carga emocional y potencialmente de agresión, así como se ha caracterizado a los sistemas de urgencias como unidades con más alto riesgo de ocurrencia de eventos agresivos durante la jornada laboral (109-111). Además, la mayoría indicó trabajar en equipos de 6 a 15 personas, lo que sugiere grupos relativamente pequeños o medianos, donde la dinámica relacional y la cultura de equipo pueden tener un impacto significativo para responder a las demandas laborales externas y organizacionales, como es la experiencia para enfrentar episodios de violencia y su impacto en el desgaste profesional (112, 113).

Respecto a los canales de denuncia, la mayoría de los trabajadores refiere la existencia de procedimientos para denunciar violencia laboral, perciben que en su lugar de trabajo se motiva a denunciar y saben cómo hacerlo. Estos resultados pueden interpretarse como un avance importante en la institucionalización de la gestión de la violencia en el trabajo, en línea con las recomendaciones de la OMS, OIT y el CIE para establecer protocolos claros, canales de denuncia y medidas de protección (11, 114, 115), visibilizado en nuestro país a través del convenio C-190 y operacionalizado por medio de la ley Karin.

Finalmente, la preocupación por la violencia laboral es muy alta, más de la mitad declara estar “muy preocupado” y otro grupo importante se declara “preocupado”

o “moderadamente preocupado”. Este hallazgo se podría asociar con la alta prevalencia de violencia percibida encontrada en este estudio, que se detallará más adelante, y coincide con la percepción de normalización de la violencia en el ámbito sanitario descrita tanto en Chile como a nivel internacional, particularmente en servicios de urgencia (116, 117). Distintos estudios han evidenciado que, en contextos de alta exposición, muchos profesionales comienzan a interpretar las agresiones como un componente inevitable de su rol evidenciado por frases como “es parte de mi trabajo”, lo que conduce a trivializar los episodios, minimizar su impacto e incluso dejar de reconocer ciertas conductas como violentas, de hecho, se ha descrito que la violencia se ha vuelto tan frecuente que es percibida como un “aspecto desagradable pero normal” del trabajo asistencial, lo que contribuye directamente a la subnotificación y a la normalización del problema (118-121).

En el contexto nacional, normas y protocolos del sector salud advierten explícitamente que los trabajadores, al estar expuestos de forma reiterada a agresiones verbales y físicas, pueden llegar a “normalizar la violencia como un elemento integrante del trabajo”, y llaman a evitar esta visión precisamente porque invisibiliza el daño y dificulta la implementación de medidas de protección (122-125). De este modo, la coexistencia entre alta preocupación subjetiva y discursos de resignación (“esto siempre ha sido así”, “no saco nada con denunciar”) configura un escenario particular y complejo, los equipos son

conscientes del riesgo, pero operan en una cultura institucional donde la violencia se tolera, se minimiza o se considera inevitable.

La evidencia sugiere que romper esta normalización requiere ir más allá de intervenciones individuales y avanzar hacia estrategias integrales de prevención. Por una parte, los estudios sobre intervenciones en servicios de urgencia muestran que los programas que combinan formación en reconocimiento temprano de conductas de riesgo, comunicación y desescalada, junto con mejoras organizacionales (protocolos claros de denuncia, circuitos de respuesta rápida, rediseño ambiental, refuerzo de seguridad) pueden reducir la incidencia de episodios violentos y aumentar la notificación (126-129). Por otra, las directrices internacionales para prevenir la violencia en el sector salud insisten en la necesidad de políticas de tolerancia cero, sistemas de registro y análisis de incidentes, capacitación periódica para todo el personal, y participación activa de los equipos en el diseño de las medidas preventivas (10,11). En el marco chileno, la reciente implementación de la Ley Karin refuerza esta orientación, al exigir la existencia de protocolos y procedimientos de denuncia en los establecimientos, lo que abre una oportunidad concreta para alinear la cultura local con un mensaje claro: la violencia no es “parte del trabajo”, sino un riesgo que debe ser prevenido, denunciado y abordado de manera sistemática.

El síndrome de burnout, también llamado síndrome de quemarse por el trabajo, ha mostrado su presencia en los trabajadores de atención primaria en Chile desde hace ya varios años; estudios en equipos de salud de centros de atención primaria y centros de salud familiar han documentado la presencia del síndrome y su asociación con variables sociodemográficas, laborales y psicosociales, confirmando que el burnout está instalado en este nivel del sistema público (130, 131), sin embargo, en la exhaustiva revisión realizada, no se encontró evidencia en Chile que relacione a los trabajadores que realizan su actividad en estos dispositivos de atención primaria de urgencias; si bien se logró rescatar un estudio, cuyo objetivo fue caracterizar epidemiológicamente a los trabajadores y su riesgo de accidente laboral, incluyendo dentro de su muestra a los SAPU, pero lo hace integrándolos dentro de la categoría de CESFAM; sin embargo, se puede destacar que se identificó al estrés como el segundo factor de riesgo psicosocial que suele estar presente en los trabajadores de urgencias (132). Es así como este estudio se vuelve altamente relevante, siendo el primero en su clase.

De acuerdo con la evidencia obtenida a través del instrumento “*MBI-HSS*” se pudo demostrar que presentó niveles de consistencia interna con valores de Alpha de Cronbach dentro de rangos similares reportados en la literatura internacional y en estudios chilenos que han utilizado este instrumento en personal de salud, reforzando la fiabilidad de las mediciones en este estudio (95, 133).

Al realizar un análisis del riesgo de burnout, medido a través de las 3 dimensiones descritas por Maslach (21), en la dimensión de agotamiento emocional se observó una baja proporción de trabajadores con alto riesgo de *Burnout*. Sin embargo, destaca que cerca de la mitad de los trabajadores presentaron un nivel medio. A criterio del tesista, el agotamiento emocional está presente y por lo tanto se constituye como un riesgo psicosocial y ocupacional para el desarrollo del Síndrome de *Burnout*.

Respecto a la despersonalización, la segunda dimensión medida en este estudio para el SB, se determinó que los trabajadores, en su mayoría, presentaron alto riesgo de burnout asociado a esta dimensión. Mientras que, llama la atención, la alta realización personal que se relaciona con un bajo SB, lo que podría estar relacionado con satisfacción laboral, asociado al significado que le dan a su trabajo. Situaciones similares han sido descritas en la literatura, donde la dimensión de realización personal aparece relativamente preservada mientras el agotamiento emocional y/o la despersonalización muestran niveles elevados, interpretándose como fases iniciales del proceso de burnout o como un estado de desgaste parcialmente contenido por el sentido de logro profesional (5, 115).

Con relación a la Violencia Laboral, la mayoría de los trabajadores reportó haber percibido al menos un tipo de violencia en su entorno de trabajo en el último año, llegando a niveles superiores a los descritos en la literatura revisada, donde distintos estudios indican que más del 60% del personal de salud ha sido víctima de algún tipo de agresión (35, 116, 134). La violencia mayormente reportada fue el abuso verbal, seguida por la violencia física, siendo los pacientes o parientes de los pacientes los principales agresores. Estos resultados son consistentes con estudios chilenos, así como con investigaciones en otros países, que señalan un predominio de la violencia psicológica asociada al abuso verbal, especialmente en atención primaria de salud y urgencias, donde incluso es percibida como un hecho típico del trabajo (27, 36, 37, 40, 136), al parecer abusos como: groserías, insultos, humillaciones y descalificaciones, entre otras, son normalizadas en este contexto. Estos resultados coinciden con la literatura internacional, que identifica el abuso verbal como la forma más frecuente de violencia y advierte su normalización y subregistro, pese a sus efectos sobre la salud mental (estrés, ansiedad, depresión, *burnout*) (119, 137, 138).

En este contexto organizacional, es necesario considerar el sistema de categorización que prioriza según riesgo clínico y puede implicar tiempos de espera prolongados para usuarios que no ameritan una atención urgente. La literatura en urgencias muestra que los tiempos de espera prolongados y el *crowding* o aglomeración, actúan como precipitantes de ansiedad y enojo, aumentando la probabilidad de violencia, especialmente verbal (108, 109). En

este marco, es pertinente esperar que la agresión se exprese con mayor intensidad en la sala de espera o durante el triage, y que tienda a disminuir cuando el paciente percibe avance en la atención o una vía concreta de solución a su problema.

En este estudio, aunque la prevalencia de violencia física fue menor que la de otras formas de violencia, su impacto sobre la salud y la trayectoria laboral de las personas es considerable. La totalidad de los agresores físicos fueron pacientes o usuarios, y casi la totalidad de los incidentes ocurrió dentro de la propia institución, concentrándose en turnos de noche y fines de semana, lo que reproduce el patrón descrito en servicios de urgencia chilenos, donde entre 12% y 16% del personal declara haber sufrido agresiones físicas, principalmente en el servicio de emergencia y en horarios de alta demanda asistencial (36, 139). A pesar de que solo un cuarto de los trabajadores que vivieron violencia física refirió heridas y todas recibieron atención, más de la mitad presentó recuerdos intrusivos, evitación y una marcada hipervigilancia, llegando al 83,3% de afectación “mucho” o “extremo”, y un tercio se ausentó del trabajo por esta causa, en algunos casos hasta una semana. Estos hallazgos son coherentes con la evidencia internacional, que vincula la violencia física en el trabajo con síntomas de estrés postraumático, ausentismo, intención de abandonar el empleo y deterioro del bienestar psicológico (140-143). Desde la Teoría de Demandas y Recursos Laborales, los episodios de agresión física operan como demandas laborales extremas, que exigen un esfuerzo emocional y cognitivo sostenido y

deterioran los recursos personales y organizacionales, activando la “vía de deterioro de la salud” que culmina en burnout (51, 55). Desde el modelo interactivo de violencia laboral de Chappell y Di Martino, el hecho de que la violencia física se concentre en turnos nocturnos y de fin de semana evidencia la interacción entre factores del perpetrador (usuarios en crisis, consumo de sustancias, frustración por tiempos de espera), del trabajador (fatiga asociada al trabajo a turnos) y del entorno organizacional (sobrecarga, escasez de personal, dispositivos de seguridad limitados) (14). A su vez, los resultados de este estudio se relacionan con el modelo de Maslach, en tanto la violencia física contribuye directamente al agotamiento emocional y favorece formas defensivas de despersonalización hacia los usuarios, especialmente cuando los agresores son pacientes que deberían ser objeto de cuidado (20, 21). En el contexto chileno, donde la red de atención primaria de urgencias es un pilar del acceso oportuno, estos episodios no solo afectan la salud mental de los equipos, sino que también generan costos sociales y económicos asociados al ausentismo, la rotación de personal y el deterioro de la calidad y continuidad del cuidado, reforzando la necesidad de políticas preventivas específicas para la violencia física en SAR y SAPU como parte de las estrategias para proteger a quienes sostienen el sistema sanitario.

En cuanto al hostigamiento laboral o *mobbing*, se presentó en un discreto porcentaje; sin embargo, es importante destacar que quienes ejercen este tipo de violencia son los mismos integrantes del equipo de trabajo, quienes conviven durante las jornadas y turnos rotativos. Estos hallazgos son congruentes con la evidencia científica: el *mobbing* tiende a presentarse en magnitudes similares a la violencia física (40), siendo sus perpetradores principalmente colegas y/o jefaturas (144). Desde el modelo de violencia laboral de Chappell y Di Martino, el *mobbing* se comprende como una forma de “violencia interna” que se desarrolla al interior del colectivo de trabajo y que, al igual que otras formas de violencia, tiene costos significativos para la persona, la organización y la comunidad (14). En los individuos, la exposición sostenida a este tipo de hostigamiento se ha asociado con mayores niveles de ansiedad, síntomas depresivos, estrés, trastornos del sueño, síntomas psicósomáticos y un incremento del agotamiento emocional y del síndrome de *burnout*, además de deterioro del bienestar emocional, menor rendimiento percibido, mayor ausentismo e intención de abandono del puesto o de la profesión (145-147).

En el ámbito asistencial, el *mobbing* en equipos de salud no sólo afecta a quienes lo sufren, sino que también repercute en la atención que reciben los usuarios; se ha documentado que la presencia de hostigamiento laboral entre profesionales se asocia con peor calidad de los cuidados, aumento de errores y eventos adversos, menor seguridad del paciente y menor satisfacción usuaria, al deteriorar la comunicación, la coordinación y la confianza dentro del equipo (148-

150). En términos del modelo de Chappell y Di Martino, este tipo de violencia interna daña el clima organizacional y debilita los mecanismos de cooperación necesarios para responder adecuadamente a las demandas del entorno, de modo que sus efectos trascienden al trabajador individual y se proyectan sobre la calidad, continuidad y humanidad del cuidado brindado a la población.

En relación con la presencia de violencia sexual y el acoso racial, fueron las menormente reportadas, y los principales agresores de estos tipos de violencia fueron trabajadores que prestaban algún tipo de servicio para el establecimiento sanitario. Aunque el acoso sexual y racial tienden a ser reportados con menor frecuencia, la literatura muestra que una cantidad relevante de estos eventos proviene de personal de salud u otros trabajadores vinculados al establecimiento (136, 151-154), tal como ocurrió en este estudio. La baja frecuencia de respuestas positivas no necesariamente refleja una baja ocurrencia real, sino más bien un fenómeno de subreporte: en encuestas internacionales se ha descrito que cerca de 70–80% de las personas que experimentan acoso sexual en el trabajo no lo denuncian por canales formales, ya sea por miedo a represalias, temor a no ser creídas, vergüenza, percepción de que “no vale la pena” denunciar o desconocimiento de los procedimientos (155-158). En el sector salud, se muestran patrones similares, la mayoría de quienes reciben conductas de connotación sexual no presenta denuncias formales y sólo tiende a hacerlo cuando los episodios son muy graves (contacto físico, amenazas explícitas,

repetición prolongada en el tiempo) o cuando perciben respaldo claro por parte de la jefatura y de la institución (155, 157, 158).

Algo similar ocurre con el acoso racial y la discriminación étnica, ya que una parte importante de los episodios no se denuncia formalmente y se instaura de manera silenciosa en el equipo, pese a que la evidencia indica que el trato discriminatorio por motivos de raza, origen o color de piel se asocia a mayor malestar emocional, consumo problemático de sustancias, menor satisfacción laboral y mayor intención de abandonar el puesto de trabajo (158-161). Desde la perspectiva del modelo de Chappell y Di Martino, estas formas de violencia “interna” no sólo vulneran la integridad y dignidad de las personas, sino que también generan costos organizacionales y sociales: mayor ausentismo, rotación de personal, deterioro del clima laboral y, finalmente, impacto en la continuidad y calidad del cuidado brindado a la población (1,17, 151).

El impacto para las personas afectadas es profundo. La literatura documenta que el acoso sexual en el trabajo se asocia a mayores niveles de estrés psicológico, síntomas depresivos, ansiedad, trastornos del sueño, estrés postraumático, burnout, así como a problemas físicos como dolor musculoesquelético, cefaleas y riesgo cardiovascular aumentado (155). En el caso del acoso racial, los trabajadores que reportan experiencias de racismo o discriminación sistemática presentan mayor *distress* emocional, mayor probabilidad de *burnout* y una intención de abandono significativamente más alta que quienes no lo reportan (159-161). Estas consecuencias personales repercuten directamente en la

atención, pues el personal que trabaja con miedo, humillación o sensación de injusticia tiene menos recursos emocionales para sostener la empatía, la comunicación y la paciencia necesarias en la relación con usuarios, lo que puede traducirse en una atención más fría, menor disponibilidad para explicar, más errores y una menor percepción de trato digno por parte de los usuarios (9, 23, 155, 157).

Esta situación resulta inaceptable, dado que las directrices de organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras e Internacional Servicios Públicos y el Convenio OIT C-190, ratificado en Chile y ejecutado a través de leyes como la Ley Karin, establecen el derecho a ambientes laborales seguros y libres de violencia y acoso (6-11,17, 162). En coherencia con estos marcos, los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de que los establecimientos de atención primaria de urgencias no sólo cuenten con protocolos formales para la denuncia de acoso sexual y racial, sino que también generen condiciones reales para que las personas se sientan seguras al utilizarlos (confidencialidad, protección frente a represalias, sanciones visibles a los agresores, apoyo psicológico y laboral a las víctimas). Sin estos elementos, el mensaje normativo de “cero tolerancia” corre el riesgo de quedar en el plano declarativo, mientras las víctimas continúan cargando con las consecuencias de una violencia que, además de vulnerar sus derechos fundamentales, compromete la calidad y humanidad del cuidado que recibe la población.

Uno de los aspectos importantes a resaltar que se evidenció en este estudio es el reconocimiento que los trabajadores hacen hacia su empleador como el principal ente que incentiva la denuncia de actos agresivos. Este hallazgo no es menor, sugiere que los equipos identifican a su jefatura como el responsable de recibir, canalizar y gestionar los reportes de violencia. Esto podría interpretarse como la existencia de ciertas expectativas de protección y de respuesta por parte del empleador y, al mismo tiempo, como una confirmación de que los trabajadores comprenden que la prevención y el abordaje de la violencia no depende sólo de decisiones individuales, sino que forma parte de las obligaciones organizacionales.

Este resultado es coherente con los marcos internacionales y la normativa chilena reciente. Las directrices conjuntas OIT/OMS/CIE/ISP sobre violencia en el sector salud, así como el código de prácticas de la OIT, señalan explícitamente que los empleadores tienen un rol central en el diseño e implementación de políticas de prevención de la violencia, en el establecimiento de sistemas de denuncia accesibles y en la protección de las víctimas frente a represalias (9-12). Asimismo, el Convenio OIT N°190 y su implementación en Chile a través de la Ley 21.643 (Ley Karin) reconocen el derecho de las personas trabajadoras a que el empleador adopte medidas para prevenir, investigar y sancionar el acoso y la violencia en el trabajo, obligándolo a contar con un protocolo de prevención y a difundir procedimientos claros de denuncia y protección (16, 163-165). Documentos técnicos de la Superintendencia de Seguridad Social refuerzan esta

idea, al establecer que la entidad empleadora debe elaborar, implementar y comunicar dicho protocolo, incorporarlo al Reglamento Interno y asegurar canales de denuncia conocidos por todo el personal (165).

Desde la perspectiva de la gestión del riesgo, que los trabajadores identifiquen al empleador como principal agente que incentiva la denuncia puede considerarse una oportunidad. Se ha descrito que el apoyo organizacional, un clima de seguridad positivo y el respaldo explícito de la dirección se asocian con mayor confianza para enfrentar y reportar episodios de violencia y, a largo plazo, con menores niveles de violencia laboral (166, 167), lo que es coherente con la Teoría de Demandas y Recursos Laborales, a mayores recursos es posible enfrentar mejor a las demandas. Es decir, cuando el personal percibe que la institución respalda la denuncia, presenta mejor disposición a utilizar los canales formales y a participar en estrategias preventivas. Al mismo tiempo, este hallazgo implica una alta cuota de responsabilidad para los empleadores públicos y privados, ya que, si son vistos como el actor clave, su omisión, indiferencia o respuesta débil frente a las denuncias puede tener un efecto desmovilizador considerable, reforzando la sensación de que “no sirve de nada denunciar” y perpetuando la subnotificación.

En el plano de investigación, este resultado abre una línea relevante para futuros estudios en atención primaria de urgencias, como, por ejemplo, explorar qué características concretas de la gestión institucional explican que los trabajadores perciban a su empleador como un facilitador o, eventualmente, como un

obstáculo, para denunciar. Por su parte, se podrían diseñar y evaluar intervenciones de prevención y promoción impulsadas desde los propios empleadores y analizar su efecto sobre la frecuencia de la violencia, las tasas de notificación y la salud mental de los equipos de SAR y SAPU. De este modo, el reconocimiento del empleador como actor central en la denuncia no sólo va en concordancia con las obligaciones establecidas por los organismos internacionales y la legislación chilena, sino que también constituye un punto de apoyo estratégico para el diseño de políticas y programas de prevención y promoción en este nivel de atención.

Los SAR y SAPU nacen para dar respuesta a situaciones de urgencia de menor y mediana complejidad de la población, ofreciendo atención de emergencia de baja complejidad durante el horario no hábil y funcionando como parte de la red de urgencia de la Atención Primaria de Salud (APS) (97, 115). Habitualmente se encuentran adosados a los CESFAM u otros establecimientos de atención primaria, insertos en los barrios y en pleno corazón de las comunas, con el propósito de acercar la atención de urgencia a la comunidad, facilitar el acceso oportuno y equitativo, y descongestionar las unidades de emergencia hospitalaria (97). En Chile, acorde a la revisión bibliográfica realizada, la mayor parte de los estudios sobre violencia laboral en servicios de urgencia se ha concentrado en unidades de emergencia hospitalarias o en establecimientos privados de alta y mediana complejidad, reportando altas prevalencias de violencia física y psicológica, pero sin describir de manera específica lo que ocurre en los

dispositivos de urgencia dependientes de la APS, como los SAPU y SAR (36, 37, 168, 169). Este estudio contribuye a visibilizar que, al igual que en las salas de emergencia de los grandes hospitales, la violencia es un fenómeno altamente presente en estos dispositivos, con proporciones de trabajadores que reportan haber sufrido algún tipo de agresión en el último año que se sitúan en rangos comparables a los descritos internacionalmente para el personal de servicios de urgencia, donde entre un 60% y un 80% de los trabajadores declara haber experimentado al menos un episodio de violencia laboral en el último año o a lo largo de su vida laboral (170-173). Desde la perspectiva de los modelos de violencia laboral de Chappell y Di Martino y la Teoría de Demandas y Recursos Laborales, este hallazgo es coherente con la posición que ocupan estos dispositivos en el sistema, insertos en el corazón de las comunidades, resolviendo problemas de salud a través de consulta espontánea, pudiendo tener largos tiempos de espera, situaciones de incertidumbre diagnóstica y altas expectativas de resolución en contextos donde los recursos humanos y materiales son limitados, confluyendo en tensiones estructurales del sistema de salud que muchas veces se traducen en agresiones dirigidas al personal.

Respecto a la relación entre el síndrome de burnout (y sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y las variables sociodemográficas (edad, identidad de género, situación de pareja, condición de inmigrante) y laborales (años de experiencia laboral, tipo de institución, tipo de jornada, trabajo con turnos, presencia de trabajo secundario y nivel de preocupación por la violencia), en general no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. Esto sugiere que, al menos en esta muestra, las variaciones en el desgaste ocupacional no pueden explicarse únicamente por diferencias individuales ni por características contractuales generales, lo que coincide con la idea de que el burnout es un fenómeno multifactorial en el que las condiciones organizacionales y relacionales suelen tener un peso mayor que los rasgos sociodemográficos por sí solos (174, 175).

Un hallazgo puntual fue que pertenecer al estamento de profesionales o técnicos no relacionados directamente con la salud se asoció de forma significativa con menor puntaje en agotamiento emocional en comparación con el estamento profesional clínico. Es decir, en este estudio el grupo más expuesto al agotamiento emocional fue el de profesionales de la salud, lo que puede deberse a la mayor carga de responsabilidad, la toma de decisiones sobre la vida y la seguridad de los usuarios, la exposición directa al sufrimiento y a la muerte, y la presión por resultados asistenciales, elementos ampliamente descritos como antecedentes del burnout en médicos, enfermeras y otros profesionales clínicos (133, 134, 176). Este resultado se alinea parcialmente con la literatura, habiendo

estudios que atribuyen mayores índices de burnout al personal administrativo o de apoyo (94, 177), pero también numerosas investigaciones que muestran sistemáticamente mayores niveles de estrés y burnout en el personal clínico que mantiene contacto asistencial directo, precisamente por la carga emocional y moral que implica ese rol (133, 176, 177). En conjunto, estos hallazgos refuerzan la idea de que el burnout no se distribuye de forma simple según categorías ocupacionales, sino que responde a configuraciones concretas de demandas y recursos en cada estamento y servicio. Para la práctica, esto implica que las estrategias preventivas deben considerar las particularidades del trabajo clínico directo sin descuidar al resto del equipo, pero reconociendo que, en este contexto, los profesionales clínicos aparecen como el grupo con mayor agotamiento emocional y, por ende, potencialmente más vulnerable a la progresión del síndrome si no se interviene oportunamente.

Al analizar la relación entre la presencia de al menos un tipo de violencia laboral en el último año (medida mediante el cuestionario *Workplace Violence in the Health Sector*) y las variables sociodemográficas y laborales mencionadas, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. Este resultado contrasta parcialmente con parte de la evidencia que describe mayor riesgo de violencia en mujeres, en personal más joven, con menor experiencia o en determinados estamentos como enfermería y técnicos (151, 178-181). Sin embargo, también hay estudios que muestran resultados heterogéneos y poco consistentes respecto a los factores individuales, reforzando la idea de que la

violencia laboral es, sobre todo, un fenómeno estructural que afecta transversalmente al personal, más allá de su perfil sociodemográfico (182-184). Desde el modelo interactivo de violencia de Chappell y Di Martino, si bien se reconoce que ciertas características personales pueden incrementar la probabilidad de ser víctima o perpetrador, el foco principal recae en la interacción entre la organización del trabajo, las características del entorno y el contexto social más amplio (14). En este estudio, no se incluyeron todas las variables propuestas por el modelo (por ejemplo, tipo de personalidad, estilos de afrontamiento, liderazgo percibido, clima organizacional, historia de violencia previa), lo que probablemente limitó la capacidad de detectar patrones más finos de asociación. De haber incorporado estas variables, es posible que el modelo estadístico hubiese alcanzado mayor robustez explicativa.

En cualquier caso, la ausencia de asociaciones significativas con las variables sociodemográficas y laborales básicas refuerza una conclusión relevante para la práctica: la violencia no parece estar concentrada únicamente en un “subgrupo de riesgo”, sino que se distribuye entre distintos estamentos y perfiles, lo que sugiere que las intervenciones preventivas no deben focalizarse solo en mujeres, trabajadores jóvenes o en una categoría profesional específica, sino dirigirse al conjunto del equipo, abordando tanto las causas estructurales (sobrecarga asistencial, largos tiempos de espera, déficit de recursos, infraestructura inadecuada) como los mecanismos institucionales de prevención, notificación y respuesta.

El objetivo principal de este estudio fue explorar la relación entre *burnout* y violencia laboral. Al comparar las medias de las dimensiones del síndrome de *burnout* según la presencia de al menos un tipo de violencia en el último año, se observó que quienes reportan violencia tienen puntajes más elevados de despersonalización que quienes no la reportan, con diferencias estadísticamente significativas. En agotamiento emocional y realización personal, las diferencias no alcanzaron significación estadística, aunque se apreció una tendencia hacia mayores niveles de agotamiento emocional en quienes han sufrido violencia laboral. Cuando se analizan tipos específicos de violencia, el abuso verbal se asoció con mayores niveles de despersonalización, mientras que el abuso racial se relacionó tanto con mayor agotamiento emocional como con mayor despersonalización. Estos datos son consistentes con estudios que muestran que la exposición a violencia laboral en salud se asocia con mayores niveles de *burnout*, afectando particularmente las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización (182, 185, 186). En la misma línea, la literatura ha mostrado que el abuso verbal por sí solo puede incrementar en forma significativa la despersonalización y el agotamiento emocional (187-189), y que el acoso racial por parte de usuarios o colegas se vincula con mayor malestar psicológico y contribuye de manera clínicamente relevante al desgaste emocional (189, 190). Otros estudios en servicios de urgencia han identificado que haber sido víctima de violencia se asocia con mayores probabilidades de presentar altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, con un efecto acumulativo a

medida que aumentan el número y la gravedad de los episodios (36, 68, 182, 191).

Desde el modelo interactivo de violencia laboral de Chappell y Di Martino, la violencia en el trabajo se entiende como el resultado de la interacción entre factores del individuo, del agresor, de la organización del trabajo y del entorno, generando consecuencias que incluyen estrés, malestar psicológico y deterioro de la relación trabajador-usuario (14, 47). En este marco, la violencia observada en este estudio puede operar como un estresor crónico en un contexto de alta demanda asistencial, favoreciendo el uso de la despersonalización como estrategia defensiva: el trabajador se distancia afectivamente de los usuarios para poder seguir cumpliendo con las exigencias del servicio, aunque ello suponga un costo en términos de empatía y vinculación. El hecho de que el impacto se observe de manera más marcada en esta dimensión del burnout sugiere que los equipos están ajustando su forma de relacionarse con los usuarios como mecanismo de protección psicológica frente a la agresión. A la luz del modelo de Demandas y Recursos Laborales (51, 55), la violencia laboral puede conceptualizarse como una demanda laboral especialmente intensa, que se suma a otras exigencias del trabajo en urgencias (sobrecarga, presión por tiempos de respuesta, exposición continua al sufrimiento), activando la vía de deterioro de la salud cuando los recursos laborales (apoyo organizacional, clima de seguridad, espacios de contención, participación en decisiones) son insuficientes. En este estudio, destaca que la realización personal se mantuvo

alta, lo que podría actuar como un factor amortiguador frente a estas demandas, posiblemente asociado a la fuerte valoración que los trabajadores otorgan a su rol y a la percepción de que su trabajo tiene un impacto significativo para la comunidad; sin embargo, se requieren más estudios para explorar qué recursos personales y organizacionales están sosteniendo esta alta realización personal en un contexto de alta violencia.

Limitaciones

Que no se haya encontrado una asociación significativa entre violencia y todas las dimensiones del burnout no invalida la hipótesis de relación entre ambos fenómenos; más bien sugiere que esta interacción es compleja y probablemente mediada por factores individuales (resiliencia, afrontamiento, sentido de coherencia), organizacionales (liderazgo, clima de seguridad, recursos disponibles) y contextuales (historia de violencia en el territorio, confianza en el sistema de salud). Además, el diseño transversal de este estudio impide establecer causalidad: no es posible determinar si la violencia conduce al *burnout*, si el *burnout* aumenta la probabilidad de percibir o reportar violencia, o si ambos comparten determinantes comunes. En este sentido, los hallazgos deben interpretarse como descriptivos y como una señal de alerta más que como evidencia concluyente sobre la dirección y magnitud de la relación. No obstante, considerando el Modelo Interactivo de la Violencia de Chappell y Di Martino y la Teoría de Demandas y Recursos Laborales, se refuerza la necesidad de abordar la violencia laboral no sólo como un problema de seguridad y orden, sino también

como un factor crítico en la génesis y mantenimiento del síndrome de burnout, sobre el cual es posible intervenir mejorando las condiciones organizacionales, fortaleciendo los recursos de los equipos e introduciendo políticas efectivas de prevención y manejo de la violencia. Además, existen limitaciones asociadas al “pudor” o incluso al temor frente a las potenciales repercusiones para este tipo de estudios, que ven limitada la participación del sujeto.

Sugerencias

Se sugiere que futuras investigaciones aborden esta problemática mediante diseños longitudinales que permitan seguir a los equipos en el tiempo, incorporar un conjunto más amplio de variables personales y organizacionales propuestas por los modelos teóricos (tipo de personalidad, estilos de afrontamiento, resiliencia, liderazgo, clima organizacional, apoyo social percibido) y evaluar intervenciones orientadas tanto a la prevención del burnout como al manejo de la violencia laboral. Ello permitiría avanzar desde el diagnóstico hacia la construcción de estrategias específicas para SAR y SAPU, que contribuyan a proteger la salud mental de los trabajadores, mejorar la calidad y humanidad de la atención y, en última instancia, fortalecer la respuesta del sistema público de salud frente a las necesidades de la población.

Conclusiones

Este estudio confirma que la violencia laboral es un problema altamente prevalente en los servicios de atención primaria de urgencias estudiados y que se asocia, particularmente al abuso verbal, con mayores niveles de despersonalización y, en algunos casos, de agotamiento emocional. Si bien no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del burnout y todos los tipos de violencia, los hallazgos apuntan a una interrelación compleja entre ambos fenómenos, inserta en un contexto organizacional exigente y con un fuerte componente de carga emocional.

Reconocer esta complejidad y abordarla desde una perspectiva integral es clave para avanzar hacia entornos de trabajo más seguros y saludables, y para proteger tanto a los trabajadores como a las personas que reciben atención primaria de urgencias.

Esta investigación entrega evidencia empírica para comprender y abordar la violencia laboral y el desgaste profesional en dispositivos de urgencia de la APS (SAR/SAPU), dispositivos subrepresentados en la literatura nacional. En la práctica, los resultados permiten fundamentar en la generación de intervenciones de enfermería orientadas a proteger la salud mental de los equipos y sostener una atención humanizada, reconociendo que la despersonalización puede operar como mecanismo defensivo ante la exposición a agresiones. En la gestión, aporta insumos para fortalecer el liderazgo de enfermería en la implementación y evaluación de medidas institucionales coherentes con la normativa nacional

vigente, promoviendo una cultura de “cero normalización” de la violencia. En investigación, ofrece una línea base para futuros estudios longitudinales y de evaluación de intervenciones en SAR/SAPU, reforzando el uso de instrumentos validados y comparables, y contribuyendo al desarrollo de conocimiento disciplinar aplicado a la seguridad del trabajador, la calidad del cuidado y la resiliencia organizacional, con el objetivo final de generar ambientes sanos y libres de violencia, resguardando tanto la salud del personal como la calidad de la atención de urgencia entregada a la población.

Referencias bibliográficas

1. Di Martino V. Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report. International Labor Organization. [Internet] 2002. [citado 22 Ago 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvsynthesisreport.pdf>
2. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. [Internet] 2003. [citado 22 Ago 2023]. Disponible en: http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf
3. Ribeiro BM, Martins JT, Moreira AA, Galdino MJ, Lourenço MC, Dalri RC. Association between burnout syndrome and workplace violence in teachers. Acta Paul Enferm [Internet]. 2022 [citado 18 oct 2023];35:eAPE01902. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO01902>
4. Bordignon M, Monteiro MI. Violência no trabalho da Enfermagem: um olhar às consequências. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado 18 oct 2023];69(5):996-999. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0133>

5. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia [Internet]. Sin fecha. [citado 18 oct 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. 2002. [Citado 27 jun 2024]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf?sequence=1
7. Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud [Internet]. 2002. [citado 27 jun 2024] Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44072/9223134463_spa.pdf?sequence=1
8. Senado de la República de Chile. Chile ratifica Convenio 190 de la OIT sobre violencia y acoso en el ámbito laboral. [Internet]. 2023. [citado 18 oct 2023] <https://www.senado.cl/chile-ratifica-convenio-190-de-la-oit-sobre-violencia-y-acoso>
9. Organización internacional del trabajo. C190 - Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190) [Internet]. Ilo.org [citado 18 oct 2023]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190

10. Wiskow Ch. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector [Internet]. 2003. [Citado 4 ene 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wv-comparisonguidelines.pdf>
11. Organización Internacional del Trabajo, Consejo internacional de enfermeras, Organización Mundial de la Salud, Internacional de Servicios Públicos. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector, the training manual [Internet]. 2005. [citado 27 jun 2024]. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/instructionalmaterial/wcms_108542.pdf
12. EU Directive 2002/73/EC (Equal treatment in access to employment) [Internet]. Equal Rights Trust. 2009 [Citado 01 mar 2024]. Disponible en: <https://www.equalrightstrust.org/content/eu-directive-200273ec-equal-treatment-access-employment>
13. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual [Internet]. Who.int. World Health Organization; 28 de noviembre de 2012 [Citado 02 mar 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-12.37>
14. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. 3ª ed. Geneva, Switzerland [Internet]. 2006 [Citado 19 oct 2023]. Disponible en: <https://www.ilo.org/publications/violence-work-3rd-edition>

15. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20607, Modifica el Código del Trabajo, sancionando las prácticas de acoso laboral. [Internet]. [Citado 03 ene 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1042709>
16. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 21643, Modifica el código del trabajo y otros cuerpos legales, en materia de prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo. [Internet]. [Citado 03 ene 2023]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1200096>
17. Gobierno de Chile. Ley Karin es realidad: Congreso despacha proyecto que fortalece legislación contra el acoso laboral [Internet]. Gobierno de Chile. 2023 [citado 03 ene 2024]. Disponible en: <https://www.gob.cl/noticias/ley-karin-es-realidad-congreso-despacha-proyecto-que-fortalece-legislacion-contra-el-acoso-laboral/>
18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional Estadístico de enfermedades y problemas relacionados con la salud [Internet]. 2022 [Citado 11 ene 24]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid.who.int%2f%2fentity%2f129180281>
19. Ansoleaga E, Ensignia A, et al. Violencia Laboral: Aportes para el reconocimiento, prevención e intervención [Internet]. 2020 [citado 19 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://pepet.udp.cl/wp-content/uploads/2021/06/Guía-Violencia-Laboral-31052021-1.pdf>

20. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* [Internet]. 2016 [citado 19 oct 2023];15(2):103–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20311>
21. Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3ª ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996
22. Koga GK, Melanda FN, Santos HG, Sant'Anna FL, González AD, Mesas AE, et al. Factores asociados a piores niveles en la escala de burnout en profesores de educación básica. *Cad Saude Colet*. [Internet]. 2015 [citado 18 oct 2023];23(3):268-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030121>
23. Impacto de la COVID en la violencia contra la atención de salud - Informe publicado por el CIE, CICR, IHF y AMM [Internet]. ICN - International Council of Nurses. [Citado 13 mar 2024]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/impacto-de-la-covid-en-la-violencia-contra-la-atencion-de-salud-informe-publicado-por-el>
24. Informe sobre desgaste emocional de trabajadoras y trabajadores de la salud en Chile en el contexto de la pandemia COVID-19 entre el 19 de marzo 2020 y 30 de junio 2021. [Internet] CChDH - Comisión chilena de derechos humanos, CONFEDERUS - Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud. 2021. [Citado 13 mar 2024]. Disponible en: <https://www.confederus.cl/wp->

<content/uploads/2021/08/INFORME-DESGASTE-EMOCIONAL-TRABAJADORES-DE-LA-SALUD-EN-CHILE-CCHDH-CONFEDPRUS-1-1-1.pdf>

25. Alvarado R., Tapia T., et al. El impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud - Informe preliminar nº 1 Chile - Síntomas Depresivos y Malestar Psicológico. [Internet] Health Care Workers COVID-19 Study [Citado 13 mar 2024]. Disponible en: <https://uchile.cl/dam/jcr:c41ad057-8cc9-4658-9dd0-4233db8ec669/informen1-4>
26. Ahumada M, Ansoleaga E, Castillo-Carniglia A. Acoso laboral y salud mental en trabajadores chilenos: el papel del género. Cad Saude Publica [Internet] 2021. [citado 19 oct 2023];37(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037220>
27. Rodriguez V, Paravic T. Verbal abuse and mobbing in pre-hospital care services in Chile. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 22 oct 2023];25:e2956. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2073.2956>
28. Oliveira RF, Ferreira RB, Santos MC. Violência ocupacional no cotidiano de profissionais de enfermagem no setor de emergência. Enferm Foco. [Internet] 2021. [citado 22 oct 2023];12(5):846-52. Disponible en: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n5.3734>

29. Rocha Almeida HF, Mondego Fontenele R, Maranhão Araújo MC, Abreu Fontenelle Torres AC, Mussuri de Gouveia D, Maciel Batista Ramos AS. Repercussões da violência ocupacional na saúde dos profissionais de enfermagem. Revista Recien [Internet]. 2019 [citado 22 oct 2023];9(27):04-12. Disponible en: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/200>
30. Ruíz-González KJ, Pacheco-Pérez LA, García-Bencomo MI, Gutiérrez Diez MC, Guevara-Valtier MC. Percepción del mobbing entre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos. Rev Enferm Intensiva. [Internet]. 2020 [citado 12 jul 2023]; 31(3):113-119. ISSN 1130-2399. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.007>
31. Ruiz-González Karla Judith, Pacheco-Pérez Luis Arturo, Guevara-Valtier Milton Carlos, Gutiérrez-Valverde Juana Mercedes. Violencia laboral entre el personal de enfermería y su relación con la calidad del cuidado en hospitales públicos. Rev Cubana Enfermer [Internet] 2021. [citado 12 jul 2023]; 37(4): e3899. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000400014&lng=es
32. Bordignon M, Monteiro MI. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2021 [citado 19 oct 2023];42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190406>

33. Fernandes H, Sala DCP, Horta ALM. Violence in health care settings: rethinking actions. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2018 [citado 12 jul 2023];71(5):2599-601. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0882>
34. Lanctôt N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. Aggress Violent Behav. [Internet] 2014. [citado 12 jul 2023];19(5):492-501. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.010>
35. Paredes Arevalo LA, Paravic Klijn T. Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud. Concepción, Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2006 [citado 19 oct 2023];12(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532006000100005&lng=es
36. Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Prevalencia de violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. Rev. méd. Chile [Internet]. 2018 [citado 19 oct 2023];146(6). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000600727&lng=es
37. Paravic Klijn T, Valenzuela Suazo S, Burgos Moreno M. Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. Cienc. enferm.

[Internet]. 2004 [citado 19 oct 2023];10(2). Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007&lng=es

38. Rodríguez V, Paravic T. Validación de la versión chilena del cuestionario “Workplace Violence in the Health Sector” en la atención prehospitalaria. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2021 [citado 19 dic 2023];69(2):e82279. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v69n2.82279>
39. Vega-Pinochet, H. (2019). Violencia percibida por trabajadores de la salud de parte de los usuarios del Servicio de Salud Talcahuano en Lirquén, Chile, 2017. Revista Chilena De Salud Pública, 23(1), p. 49–59.
<https://doi.org/10.5354/0719-5281.2019.55048>
40. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática. Rev Med Chil [Internet]. 2018;146(2):213–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
41. Jofré Aravena V, Valenzuela Suazo S. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Aquichan [Internet]. 2005 [citado 28 oct 2023];5(1):56-63. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972005000100006&lng=en

42. Melita Rodríguez A, Cruz Pedreros M, Merino J. Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Cienc. enferm. [Internet]. 2008 [citado 28 oct 2023]; 14(2):75-85. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lng=es
43. Seguel Palma F, Valenzuela Suazo S. Síndrome de burnout en trabajadores de enfermería de dos hospitales del sur de Chile. av.enferm. [Internet]. 2016 [citado 28 oct 2023]; 34(1):39-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000100005&lng=es. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n1.41599>
44. Servicio de salud Concepción. Red asistencial. [Internet] Sin fecha. [citado 10 mar 2024]. Disponible en: <https://ssconce.redsalud.gob.cl/conozcanos/red-asistencial/>
45. Ministerio de salud de Chile. Servicios de salud. [Internet] Sin fecha. [citado 10 mar 2024] Disponible en: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud>
46. Servicio de salud metropolitano sur. Red de urgencia. [Internet] Sin fecha. [citado 10 mar 2024]. Disponible en: <https://ssms.gob.cl/como-me-atiendo/red-de-urgencia/>

47. Rodríguez V., Paravic T. Un modelo para investigar violencia laboral en el sector salud. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2013 [citado 28 dic 2024];34(1):196–200. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/DzbVVmGkrSG4ghvYvWqHKZg/>
48. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. Cienc Trab. [Internet]. 2017 [citado 03 nov 2023];19(58):59-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059&lng=es
49. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. Journal of occupational behavior. [Internet]. 1981 [citado 03 nov 2023];2(2):99-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
50. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job burnout. Annual reviews. [Internet]. 2001 [citado 03 nov 2023];52:397-422. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
51. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. J Appl Psychol [Internet]. 2001 [citado 24 jun 2024];86(3):499–512. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
52. Bakker AB. Strategic and proactive approaches to work engagement. Organ Dyn [Internet]. 2017 [citado 24 jun 2024];46(2):67–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.04.002>

53. Van Veldhoven M, Van den Broeck A, Daniels K, Bakker AB, Tavares SM, Ogbonnaya C. Challenging the universality of job resources: Why, when, and for whom are they beneficial? *Appl Psychol* [Internet]. 2020 [citado 24 jun 2024];69(1):5–29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/apps.12211>
54. Bakker AB, Costa PL. Chronic job burnout and daily functioning: A theoretical analysis. *Burn Res* [Internet]. 2014 [citado 24 jun 2024];1(3):112–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.burn.2014.04.003>
55. Bakker AB, Demerouti E, Sanz-Vergel A, Rodríguez-Muñoz A. La Teoría de las Demandas y Recursos Laborales: Nuevos Desarrollos en la Última Década. *Rev Psicol Trab Las Organ* [Internet]. 2023 [citado 24 jun 2024];39(3):157–67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5093/jwop2023a17>
56. Hobfoll SE, Johnson RJ, Ennis N, Jackson AP. Resource loss, resource gain, and emotional outcomes among inner city women. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2003 [citado 25 jun 2024];84(3):632–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.632>
57. Li Y, Tuckey MR, Bakker A, Chen PY, Dollard MF. Linking objective and subjective job demands and resources in the JD-R model: A multilevel design. *Work Stress* [Internet]. 2023 [citado 25 jun 2024];37(1):27–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2022.2028319>

58. Bakker AB, Xanthopoulou D. Creativity and charisma among female leaders: the role of resources and work engagement. *Int J Hum Resour Manag* [Internet]. 2013;24(14):2760–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2012.751438>
59. Tims M, Bakker AB, Derks D, van Rhenen W. Job crafting at the team and individual level: Implications for work engagement and performance. *Group Organ Manag* [Internet]. 2013 [citado 25 jun 2024];38(4):427–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1059601113492421>
60. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol* [Internet]. 2008 [citado 25 jun 2024];93(3):498–512. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
61. Bakker AB, de Vries JD. Job Demands–Resources theory and self-regulation: new explanations and remedies for job burnout. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 2021 [citado 25 jun 2024];34(1):1–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>
62. Linden DVD, Keijsers GPJ, Eling P, Van Schaijk R. Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work Stress* [Internet]. 2005 [citado 25 jun 2024];19(1):23–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370500065275>
63. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* [Internet]. 2001

- [citado 25 jun 2024];56(3):218–26. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
64. Bakker AB, Wang Y. Self-undermining behavior at work: Evidence of construct and predictive validity. *Int J Stress Manag* [Internet]. 2020 [citado 25 jun 2024];27(3):241–51. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1037/str0000150>
65. Roczniowska M, Bakker AB. Burnout and self-regulation failure: A diary study of self-undermining and job crafting among nurses. *J Adv Nurs* [Internet]. 2021 [citado 25 jun 2024];77(8):3424–35. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.14872>
66. Cannedy S, McCoy M, Oishi K, Canelo I, Hamilton AB, Olmos-Ochoa TT. Coping with disruptive patients: Perspectives of primary care employees. *Work* [Internet]. 2024;77(1):307–15. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.3233/WOR-230157>
67. Fabri NV, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, Moreira AAO. Violência laboral e qualidade de vida profissional entre enfermeiros da atenção primária. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2022 [citado 20 mar 2024]; Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/9yYM8LBX5Ys5DrZLrsMNVwD>
68. Chen Z, Peng K, Liu X, Yang J, Long L, Liu Y, et al. Association between high burn-out and workplace violence among healthcare workers in China:

- a WeChat-based survey. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [citado 19 dic 2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-064729>
69. Maestre M., Fernández J., et al. Notificación de agresiones por los trabajadores del Servicio Madrileño de Salud. *Metas Enferm* [Internet]. 2022 [citado 20 mar 2024]; 25(8):23-32. Disponible en: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2022.25.1003081991>
70. Pina D, Llor-Zaragoza P, López-López R, Ruiz-Hernández J, Puente-López E, Galián-Munoz I, Martínez-Jarreta B. Assessment of Non-physical User Violence and Burnout in Primary Health Care Professionals. The Modulating Role of Job Satisfaction. *Front. Public Health* [Internet]. 2022 [citado 20 mar 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.777412>
71. Molero M., Gázquez J., Pérez-Fuentes M., Martos Á. Aggression and burnout in nurses during COVID-19: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci* [Internet]. 2023 [citado 20 mar 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.13001>
72. Khan M., Khan I., Ul-Haq Z., Khan M., Baddia F., Ahmad F., et al. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: a mixed methods study. *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 22 mar 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34130958/>
73. Busnello G, de Lima Trindade L, Dal Pai D, Brancalione D, Calderan M, Boff Bauermann K. Enfrentamiento de la violencia en el trabajo de

enfermería en el contexto hospitalario y en la atención primaria. *Enf Glob* [Internet]. 2021 [citado 1 abril 2024]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.425181>

74. Aguglia A, Belvederi M, Conigliario C, Cipriani N, Vaggi M, Di Salvo G, et al. Workplace violence and Burnout among mental health workers. *Psychiatr Serv* [Internet] 2020. [citado 1 abr 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900161>

75. Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, de Cordova F. Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed Resch Inter* [Internet]. 2019 [citado 1 abr 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/5430870>

76. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-019-1164-3>

77. Gan Y., Jiang H., Li L., Yang Y., Wang C., Liu J., et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2024]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7755-](http://dx.doi.org/10.1186/s12889-019-7755-4)

[4](#)

78. Vrablik MC MD, Chipman AK, Rosenman ED, Simcox NJ, Huynh L, Moore M, et al. Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031781>
79. Consejo para la Transparencia. Solicitar información pública [Internet]. 2018 [citado 28 jun 2024]. Disponible en: <https://www.consejotransparencia.cl/solicitud-informacionpublica/>
80. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organisation, Public Services International. Workplace Violence in the Health Sector. Country Case Studies Research Instruments. Survey Questionnaire. Geneva: World Health Organisation; 2003 [citado 19 dic 2023]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvquestionnaire.pdf?sfvrsn=9f6810a5_2&download=true
81. Pando Moreno M, Aranda Beltrán C, López Palomar M del R. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos. *Cienc Trab* [Internet]. 2015 [citado 30 abr 2024];17(52):28–31. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492015000100006

82. Gil-Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey [Internet]. Org.mx. 2002 [citado 30 abr 2024]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n1/8559.pdf>
83. Manso-Pinto JF. Estructura factorial del maslach burnout inventory - version human services survey - en Chile. Interam J Psychol [Internet]. 2006 [citado 30 abr 2024];40(1):111–4. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902006000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
84. Olivares-Faúndez V e., Mena-Miranda L, Jélvez-Wilker C, Macía-Sepúlveda F. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. Univ Psychol [Internet]. 2014 [citado 30 abr 2024];13(1):145–59. Disponible en: http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672014000100013
85. Oyarzo M, Goyenechea H. Burnout en trabajadores y trabajadoras de la salud en Chile [Internet]. Fundación Friedrich Ebert en Chile, Gay A, editor. 2021. [citado 30 abr 2024] Disponible en: <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/chile/18157.pdf>
86. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20120 Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. [Internet]. www.bcn.cl/leychile. [citado 28 jun de 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idLey=20120&idVersion=2006-09-22>

87. Biblioteca del Congreso Nacional. Ley 20584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Internet]. www.bcn.cl/leychile. [citado 28 jun 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348&idVersion=2021-05-11>
88. Suárez-Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones. La propuesta de Ezekiel. J. Emanuel. *Pers Bioet* [Internet]. 2015 [citado 28 jun 2024];19(2):182–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2015.19.2.2>
89. Organización Mundial de la Salud. *Preventing violence against health workers* [Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 01 nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
90. Bocheliuk VY, Zaporizhzhya National Technical University, Zaporizhzhia, Ukraine, Zavatska NY, Bokhonkova YO, Toba MV, Panov NS. Emotional burnout: Prevalence rate and symptoms in different Socio-professional groups. *J Intellect Disabil - Diagn Treat* [Internet]. 2020 [citado 01 nov 2025];8(1):33–40. Disponible en: <https://www.lifescienceglobal.com/pms/index.php/jiddt/article/view/6388>

91. Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. Burnout: a review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1780. [citado 01 nov 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/3/1780https://journals.aom.org/doi/10.5465/amj.2019.0493?af=H&ai=vc6i&ui=3nwb>
92. Superintendencia de Salud. Caracterización de los profesionales de la salud en Chile [Internet]. Santiago de Chile: Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo; 2025 [citado 01 nov 2025]. Disponible en: <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/08/caracterizacion-profesionales-2024-1.pdfhttps://www.superdesalud.gob.cl/orientacion-en-salud/caracterizacion-de-profesionales-de-la-salud-en-chile>
93. Rosales-Cortés C, Contreras-Sepúlveda F, Oliva-Moresco P. Síndrome de burnout y su relación con variables sociodemográficas y laborales de trabajadores del CESFAM de Ñipas. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. 2024 [citado 01 nov 2025];28:e72874. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/72874>
94. Baeza-Rivera MJ, Salazar-Fernández C, Manríquez-Robles D. Satisfacción del usuario migrante en servicios de salud chilenos: adaptación del PSQ-III. *Rev Med Chil*. 2024;151(12):1567-1575. [citado 01 nov 2025]. Disponible en: <https://www.revistamedicadechile.cl/index.php/rmedica/article/view/10535>

95. Larenas Rosa D, Cabieses Valdés B. Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: la respuesta del sector salud en Chile. Cuad Méd Soc [Internet]. 2018 [citado 14 nov 2025];58(4):97–108. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/335>
96. Blukacz A, Cabieses B, Obach A, Carreño A, Stefoni C, Pérez C. Acceso a servicios de salud para personas migrantes internacionales durante la pandemia por COVID-19: estudio cualitativo. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2023 [citado 14 nov 2025];57:e20220443. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/PTpnXdLVdprVWVfLhj9r3Ct/?lang=es>
97. Ceballos-Vásquez P, Espinoza-Arrué F, Solorza-Aburto J, Salgado-Vergara C, Almuna-Alfaro N, González-Andrade A, et al. Violencia psicológica y física percibida por trabajadores de unidades de emergencias privadas de Chile. Rev Cienc Salud [Internet]. 2024 [citado 01 dic 2025];22(2):1–16. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/12528>
98. Olivares S, Olmos C, Ruiz-Tagle J, Campaña G. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en una clínica privada de Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2022 [citado 01 dic 2025];150(10):1342-1350. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001001342>
99. Ramírez-Elizondo N, Paravic-Klijn T, Valenzuela-Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index

- Enferm [Internet]. 2013 [citado 4 dic 2025];22(3):151-5. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200008>
100. Mayhew C, Quintan M, Ferris R. The effects of subcontracting/outsourcing on occupational health and safety: survey evidence from four Australian industries. Saf Sci [Internet]. 1997 [citado 5 dic 2025];25(1-3):163-78. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753597000143>
101. Dirección del Trabajo. Aporte al Debate N.º 19: Los riesgos laborales de la subcontratación [Internet]. Santiago de Chile: Dirección del Trabajo; 2006 [citado 5 dic 2025]. Disponible en:
<https://www.dt.gob.cl/portal/1629/w3-article-89805.html>
102. Moreno PJ, Saldaña HJ. Tercerización de servicios en gestión pública municipal: revisión sistemática. Rev Espacios [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];45(6):p.10. Disponible en:
https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-10152024000600116
103. García AM, Julià M, Narocki C, López-Jacob MJ, Benavides FG. Precarious employment and health in the European Union: a cross-sectional study. Am J Ind Med [Internet]. 2018 [citado 12 dic 2025];61(3):262-72. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29443355/>

104. American Nurses Association. Unreported workplace violence: why is this so common? [Internet]. Silver Spring (MD): American Nurses Association; 2024 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/workplace/unreported-workplace-violence---why-is-this-so-common>
105. Elsharkawy NB, Alruwaili AN, Elsayed Ramadan OM, Alruwaili MM, Alhaiti A, Abdelaziz EM. Barriers to reporting workplace violence: a qualitative study of nurses' perceptions in tertiary care settings. BMC Nurs [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];24(1):395. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11980070/>
106. Serlina S, Melastuti E, Wahyuningsih IS. Workplace violence against nurses and the challenge of underreporting: A literature review. J Palembang Nurs Stud [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];4(2):51-9. Disponible en: <https://jpns-journal.com/index.php/jpns/article/view/162>
107. Jiménez Paneque R, Pavés Carvajal JR. Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. Medwave. [Internet]. 2015 [citado 12 de diciembre de 2025];15(7):e6239. Disponible en: <https://www.medwave.cl/revisiones/revisiontemas/6239.html>
108. Barnard NB, Rothmann S, De Beer LT, Lubbe W. Emergency nurses' job demands-resources profiles and capabilities: effects on

performance and intention to leave. Sustainability [Internet]. 2023 [citado 12 dic 2025];15(6):5415. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/15/6/5415>

109. Bolado GN, Ataro BA, Gadabo CK, Ayana AS, Kebamo TE, Minuta WM, et al. Stress level and associated factors among nurses working in the critical care unit and emergency rooms at comprehensive specialized hospitals in Southern Ethiopia, 2023: explanatory sequential mixed-method study. BMC Nurs [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];23:341. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-024-02004-w>
110. Kiptulon EK, Elmadani M, Limungi GM, Simon K, Tóth L, Horvath E, et al. Transforming nursing work environments: the impact of organizational culture on work-related stress among nurses: a systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];24:1526. Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-12003-x>
111. Dai W, Zhang X, Liu Z, Chen R, Cheng J, et al. The impact of workplace violence, organizational climate, authentic leadership on job satisfaction among physicians in tertiary hospitals: the mediating role of job burnout. BMC Health Serv Res [Internet]. 2025 [citado 12 dic

2025];25:1224. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12482720/>

112. Organización mundial de la salud. Violence and harassment: occupational hazards in the health sector [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:
<https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment>

113. International Council of Nurses. Prevention and management of workplace violence [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2017 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:
https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Prevention_mgmt_workplace_violence.pdf

114. Silva Sánchez CA, Carrera Alarcón JF, Becerra Salas RE. Violencia en servicios de urgencia como amenaza a la salud mental del profesional de enfermería. Rev Chil Enferm [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];7:78797. Disponible en:
<https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/article/view/78797>

115. Contreras Jofre P, Valenzuela Solís Á, Pinto Soto J, Mendoza Ponce N, López-Alegría F. Violencia en el trabajo hacia los profesionales de enfermería en los servicios de emergencias: revisión integrativa. Rev

Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [citado 12 dic 2025];44:e173.

Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53140>

116. Kafle S, Paudel S, Thapaliya A, Acharya R. Workplace violence against nurses: a narrative review. J Clin Transl Res [Internet]. 2022 [citado 12 dic 2025];8(5):421–424. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9536186/>
117. Ma PF, Thomas J. Workplace Violence in Healthcare. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592384/>
118. Hou Y, Corbally M, Timmins F. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. J Nurs Manag [Internet]. 2022 [citado 12 dic 2025];30(6):1688–1699. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13721>
119. Kibunja BK, Musembi HM, Kimani RW, Gatimu SM. Prevalence and Effect of Workplace Violence against Emergency Nurses at a Tertiary Hospital in Kenya: A Cross-Sectional Study. Saf Health Work [Internet]. 2021 [citado 12 dic 2025];12(2):249–254. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791121000056>
120. Ministerio de Salud. Norma General Administrativa N°28: Agresiones al personal de atención en establecimientos de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2018 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.hospitalcoquimbo.cl/wp->

[content/uploads/2024/09/NORMA-GENERAL-ADMINISTRATIVA-N%C2%B0-28.pdf](https://hospitalpuertomontt.gob.cl/wp-content/uploads/2024/09/NORMA-GENERAL-ADMINISTRATIVA-N%C2%B0-28.pdf)

121. Servicio de Salud del Reloncaví. Protocolo de actuación frente a agresiones al personal de atención en establecimientos de salud [Internet]. Puerto Montt (Chile): Servicio de Salud del Reloncaví; 2020 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://hospitalpuertomontt.gob.cl/wp-content/uploads/2022/08/Protocolo-de-actuacion-frente-a-agresiones-al-personal-de-atencion-de-salud.pdf>
122. Moreira A. La preocupante instalación de la violencia en los recintos de salud [Internet]. Santiago (Chile): FALMED; 2022 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.falmed.cl/revista-falmed/la-preocupante-instalacion-de-la-violencia-en-los-recintos-de-salud>
123. Zúñiga Ríos D. Salud bajo amenaza: ¿Cómo cuidamos a quienes nos cuidan? Revista Vida Médica (Colegio Médico de Chile) [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://revista.colegiomedico.cl/salud-bajo-amenaza-como-cuidamos-a-quienes-nos-cuidan/>
124. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review [Internet]. Int J Environ Res Public Health. 2021 ago 10;18(16):8459. doi:10.3390/ijerph18168459 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8392011/>

125. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis AJ, Smith P. A Systematic Review: Effectiveness of Interventions to De-escalate Workplace Violence against Nurses in Healthcare Settings [Internet]. *Saf Health Work*. 2021 sep;12(3):289-295. doi:10.1016/j.shaw.2021.04.004 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791121000354>
126. Okubo CVC, Martins JT, Malaquias TSM, Galdino MJQ, Haddad MCFL, Cardelli AAM, Silveira RCCP. Efectividad de las intervenciones contra la violencia laboral que sufren los profesionales de la salud y de apoyo: metanálisis. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2022 [citado 12 dic 2025];30:e3640. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QHZhsXn3GFVnT4fgmWtd5kw/?lang=es>
127. Agu AP, Azuogu BN, Una AF, Ituma B, Eze II, Onwe FI, et al. Management staff's perspectives on intervention strategies for workplace violence prevention in a tertiary health facility in Nigeria: a qualitative study [Internet]. *Front Public Health*. 2023 ago 15;11:1210571. doi:10.3389/fpubh.2023.1210571 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1210571/full>
128. Sandoval Carmona C. Síndrome de Burnout en el Personal Profesional del Hospital de Yumbel. *Cuadernos Médico Sociales* [Internet].

2006 [citado 12 dic 2025];46(4):268–273. Disponible en:
<https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/729>

129. Rosales-Cortés C, Contreras-Sepúlveda F, Oliva-Moresco P. Síndrome de Burnout y su relación con variables sociodemográficas y laborales de trabajadores del Cesfam de Ñipas [Internet]. Rev Chil Salud Pública. 2024 dic 28;28:e72874. doi:10.5354/0719-5281.2024.72874 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:
<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/72874>
130. Jiménez RE. Caracterización de la salud laboral, común y riesgo de accidentes laborales de los trabajadores que cubren turnos urgencia en Chile: informe final [Internet]. Santiago (Chile): Superintendencia de Seguridad Social; 2017 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:
https://www.suseso.cl/619/articles-672272_archivo_01.pdf
131. Roca Edelman SG, Durán Viveros N, Fernandez Garcia JM. Síndrome de Burnout en Personal de Salud y Factores Asociados [Internet]. Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano. 2024 dic 18;5(4):1723-1737. doi:10.61368/r.s.d.h.v5i4.422 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://revistavitalia.org/index.php/vitalia/article/view/422>
132. Carlotto MS, Pizzinato A, Bones Rocha K, de Oliveira-Machado R. Prevalencia y factores asociados al síndrome de burnout en profesionales de centros de atención básica a la salud. Cienc Trab [Internet]. 2013 [citado 12 dic 2025];15(47):76–80. Disponible en:

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492013000200007

133. Olivares S, Olmos C, Ruiz-Tagle J, Campaña G. Prevalencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en una clínica privada de Chile [Internet]. Rev Med Chil. 2022 oct;150(10):1342-1350. doi:10.4067/S0034-98872022001001342 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://researchers.unab.cl/es/publications/prevalencia-del-s%C3%ADndrome-de-burnout-en-profesionales-de-la-salud-/>
134. Paravic T. Prevalencia de violencia laboral y factores asociados en los/las trabajadores/as de los servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. Provincia de Concepción, Chile [Internet]. Santiago (Chile): Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO); 2017 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.suseso.cl/619/w3-article-672179.html>
135. Shormi A, Rahman E, Ratna TT, Biswas S, Rahman A, Ansari RS, et al. Prevalence and determinants of workplace violence experienced by physicians in Bangladesh. Discov Public Health [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];22:564. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12982-025-00953-4>
136. Berger S, Grzonka P, Frei AI, Hunziker S, Baumann SM, Amacher SA, et al. Violence against healthcare professionals in intensive care units:

a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures [Internet]. Crit Care. 2024 feb 26;28:61. doi:10.1186/s13054-024-04844-z [citado 12 dic 2025].

Disponible en:

<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-024-04844-z>

137. Xie R, Timmins F, Zhang M, Zhao J, Hou Y. Emergency Department crowding as contributing factor related to patient-initiated violence against nurses—A literature review. J Adv Nurs [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];81(8):4500–4518. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39846503/>

138. O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention - a narrative review. EClinicalMedicine [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];72:102641.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537024002207>

139. Aljohani B, Burkholder J, Tran QK, Chen C, Beisenova K, Pourmand A. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Public Health. 2021 jul;196:186-197. doi:10.1016/j.puhe.2021.02.009 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246105/>

140. Cannizzaro D, Saguatti I, Caleffi D, Rovesti S, Ferri P. Physical and psychological consequences on nurses affected by workplace violence: a scoping review protocol. *BMJ Open* [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];15(7):e105171. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/15/7/e105171>
141. Sung J, Lee N. Post-Traumatic Stress, Workplace Violence, Resilience, and Burnout: A Path Analysis Among Korean Paramedics. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];13(19):2519. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/19/2519>
142. Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M, Luengo-Machuca L. Acoso laboral y factores asociados en trabajadores de servicios de emergencias [Internet]. *Index Enferm*. 2018 oct-dic;27(4):201-205 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962018000300005&script=sci_arttext
143. Koinis A, Papathanasiou IV, Kouroutzis I, Papathanasiou I, Anagnostopoulou D, Androutsakos I, et al. The Effect of Workplace Mobbing on Positive and Negative Emotions: The Mediating Role of Psychological Resilience Among Nurses. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];13(15):1915. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/15/1915>
144. Zhou JZ, Liu X, Ye GJ. The impact of workplace bullying on depression among clinical nurses in China: A comparative analysis

[Internet]. *Medicine* (Baltimore). 2025 ene 10;104(2):e41246. doi:10.1097/MD.00000000000041246 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11729269/>

145. Piri S, Jalali R, Khatony A. Consequences of Workplace Bullying From Nurses' Perspectives: A Qualitative Descriptive Study in Iran. *Nurs Open* [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];11(10):e70060. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.70060>
146. Al Omar M, Salam M, Al-Surimi K. Workplace bullying and its impact on the quality of healthcare and patient safety [Internet]. *Hum Resour Health*. 2019 nov 28;17(1):89. doi:10.1186/s12960-019-0433-x [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31779630/>
147. Machul M, Krasucka KN, Pelc D, Dziurka M. Impact of Workplace Bullying on Nursing Care Quality: A Comprehensive Review. *Med Sci Monit* [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];30:e944815. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38915191/>
148. Guo L, Ryan B, Leditschke IA, Haines KJ, Cook K, Eriksson L, et al. Impact of unacceptable behaviour between healthcare workers on clinical performance and patient outcomes: a systematic review [Internet]. *BMJ Qual Saf*. 2022 sep;31(9):679-687. doi:10.1136/bmjqs-2021-013955 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://qualitysafety.bmj.com/content/31/9/679>

149. Ajuwa MEPE, Veyrier CA, Cousin Cabrolier LC, Chassany O, Marcellin F, Yaya I, et al. Workplace violence against female healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* [Internet]. 2024 [citado 12 dic 2025];14(8):e079396. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/14/8/e079396>
150. Kahsay WG, Negarandeh R, Dehghan Nayeri N, Hasanpour M. Sexual harassment against female nurses: a systematic review [Internet]. Berlin (Germany): Springer Pflege; 2020 dic 1 [citado 12 dic 2025]. doi:10.1186/s12912-020-00450-w. Disponible en: <https://www.springerpflege.de/sexual-harassment-against-female-nurses-a-systematic-review/50627482>
151. Bernardes MLG, Karino ME, Martins JT, Okubo CVC, Galdino MJQ, Moreira AAO. Workplace violence among nursing professionals. *Rev Bras Med Trab* [Internet]. 2020 [citado 12 dic 2025];18(3):250–257. Disponible en: <https://www.rbmt.org.br/details/1543/en-US/workplace-violence-among-nursing-professionals>
152. Barned C, Nwafor A, Anderson M. The Hidden Realities of Discrimination from Patients: A Scoping Review of Healthcare Workers' Experiences [Internet]. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*. 2025 abr 30;8(1-2):74-106. doi:10.7202/1117871ar [citado 12 dic 2025]. Disponible en:

<https://www.erudit.org/en/journals/bioethics/2025-v8-n1-2-bioethics010012/1117871ar/>

153. Draucker CB. Responses of Nurses and Other Healthcare Workers to Sexual Harassment in the Workplace. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2019 [citado 12 dic 2025];24(1):Manuscript 3. Disponible en: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-24-2019/number-1-january-2019/responses-healthcare-workers-sexual-harassment-workplace/>
154. European Institute for Gender Equality. Under-reporting of sexual harassment [Internet]. Vilnius (Lithuania): European Institute for Gender Equality; 2020 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/sexism-at-work-handbook/part-1-understand/under-reporting-sexual-harassment?language_content_entity=en
155. Song Ch, Wang G, Wu H. Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China. Int J Nurs Sci [Internet]. 2020 [citado 12 dic 2025];8(1):65–70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7859538/>
156. Spencer C, Sitarz J, Fouse J, DeSanto K. Nurses' rationale for underreporting of patient and visitor perpetrated workplace violence: a systematic review [Internet]. BMC Nurs. 2023 abr 23;22:134.

doi:10.1186/s12912-023-01226-8 [citado 12 dic 2025]. Disponible en:

<https://link.springer.com/article/10.1186/s12912-023-01226-8>

157. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 [citado 12 dic 2025];381(18):1741–1752. Disponible en:

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1903759>

158. Thomas-Hawkins Ch, Flynn L, Zha P, Ando S. The effects of race and workplace racism on nurses' intent to leave the job: The mediating roles of job dissatisfaction and emotional distress [Internet]. *Nurs Outlook*. 2022 jul-ago;70(4):590-600. doi:10.1016/j.outlook.2022.03.001 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554%2822%2900023-9/abstract)

[6554%2822%2900023-9/abstract](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554%2822%2900023-9/abstract)

159. Christianson J, Aiyeku K, Keller A. Examining racial and ethnic disparities in nurse burnout, intent to leave, and student debt burden: a cross-sectional study. *Am J Nurs* [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];125(10):e1–e6. Disponible en:

https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2025/10000/examining_racial_and_ethnic_disparities_in_nurse.34.aspx

160. Organización Internacional del Trabajo. Una OIT libre de acoso sexual: un derecho y nuestra responsabilidad común [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Internacional del Trabajo; 2020 [citado 12 dic 2025].

Disponible en: <https://www.ilo.org/es/publications/una-oit-libre-de-acoso-sexual-un-derecho-y-nuestra-responsabilidad-comun>

161. Subsecretaría de Previsión Social. Ley Karin [Internet]. [s. f.] [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://previsionsocial.gob.cl/ley-karin/>
162. Instituto de Seguridad Laboral. Ley Karin [Internet]. Santiago (Chile): Instituto de Seguridad Laboral; 2024 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.isl.gob.cl/ley-karin/>
163. Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales: F. Obligaciones en materia de acoso laboral, sexual y violencia en el trabajo [Internet]. [s. f.] [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.suseso.cl/613/w3-propertyvalue-726760.html>
164. Kumari A, Ranjan P, Sarkar S, Chopra S, Kaur T, Baitha U. Identifying Predictors of Workplace Violence Against Healthcare Professionals: A Systematic Review [Internet]. Indian J Occup Environ Med. 2022;26(4):207-224. doi:10.4103/ijoem.ijoem_164_21 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10077728/>
165. Chen F-L, Hou W-H, Chen J-H, Tung T-H, Wu J-C. Organizational Factors Are Key Predictors of Physicians' Confidence in Handling Workplace Violence. Healthcare (Basel) [Internet]. 2022 [citado 12 dic 2025];10(4):637. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/4/637>

166. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales; Chile. Ministerio de Desarrollo Social. Subsecretaría de Evaluación Social. Guía para la presentación de proyectos: Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR) [Internet]. Santiago (Chile): Ministerio de Salud; Ministerio de Desarrollo Social; 2015 feb [citado 12 dic 2025]. Disponible en: https://sni.gob.cl/storage/docs/Gui%CC%81a-Metodolo%CC%81gica_SAR_10-02-2015.pdf
167. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria de Salud. Orientación técnica administrativa: servicios de atención primaria de urgencia (SAPU). Santiago (Chile): Ministerio de Salud; 2020
168. Sahebi A, Golitaleb M, Moayedi S, Torres M, Sheikhbardsiri H. Prevalence of workplace violence against health care workers in hospital and pre-hospital settings: An umbrella review of meta-analyses. Front Public Health [Internet]. 2022 [citado 12 dic 2025];10:895818. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.895818/full>
169. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Occup Environ Med. 2019 dic;76(12):927-937. doi:10.1136/oemed-2019-105849 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31611310/>

170. Önal Ö, Evcil FY, Batmaz K, Çoban B, Doğan E. Systematic review and meta-analysis of verbal and physical violence against healthcare workers in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2023 [citado 12 dic 2025];29(10):819–830. Disponible en: <https://www.emro.who.int/emhj-volume-29-2023/volume-29-issue-10/systematic-review-and-meta-analysis-of-verbal-and-physical-violence-against-healthcare-workers-in-the-eastern-mediterranean-region.html>
171. Benning L, Teepe GW, Kleinekort J, Thoma J, Röttger MC, Prunotto A, et al. Workplace violence against healthcare workers in the emergency department - a 10-year retrospective single-center cohort study [Internet]. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2024 sep 16;32(1):88. doi:10.1186/s13049-024-01250-w [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11403778/>
172. Nagle E, Griskevica I, Rajevska O, Ivanovs A, Mihailova S, Skruzkalne I, et al. Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual models: scoping review [Internet]. *BMC Psychol*. 2024 nov 7;12:637. doi:10.1186/s40359-024-02130-9 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://bmcpyschology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-024-02130-9>
173. Shoman Y, El May E, Marca SC, Wild P, Bianchi R, Bugge MD, et al. Predictors of Occupational Burnout: A Systematic Review [Internet]. *Int*

J Environ Res Public Health. 2021 ago 31;18(17):9188. doi:10.3390/ijerph18179188 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9188>

174. Aiken LH, Lasater KB, Sloane DM, Pogue CA, Fitzpatrick Rosenbaum KE, Muir KJ, et al. Physician and Nurse Well-Being and Preferred Interventions to Address Burnout in Hospital Practice: Factors Associated With Turnover, Outcomes, and Patient Safety. JAMA Health Forum [Internet]. 2023 [citado 12 dic 2025];4(7):e231809. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2807049>

175. Zamora RJ, Badano S, Aufiero M, Martinez P, Marconi A. Burnout en trabajadores de la salud. Una comparación entre médicos, enfermeras, cargos administrativos y técnicos [Internet]. Rev Colomb Salud Ocup. 2022 abr 5;12(1):e-7597. doi:10.18041/2322-634X/rcso.1.2022.7597 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/7597

176. Chou LP, Li CY, Hu SC. Job stress and burnout in hospital employees: comparisons of different medical professions in a regional hospital in Taiwan. BMJ Open [Internet]. 2014 [citado 12 dic 2025];4(2):e004185. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004185>

177. Cheung T, Lee PH, Yip PSF. Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [citado 12 dic 2025];14(8):879. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/8/879>
178. Kumari A, Ranjan P, Sarkar S, Chopra S, Kaur T, Baitha U. Identifying Predictors of Workplace Violence Against Healthcare Professionals: A Systematic Review [Internet]. *Indian J Occup Environ Med*. 2022 oct-dic;26(4):207-224. doi:10.4103/ijoem.ijoem_164_21 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37033752/>
179. Weldehawaryat HN, Weldehawariat FG, Negash FG. Prevalence of workplace violence and associated factors against nurses working in public health facilities in Southern Ethiopia. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2020 [citado 12 dic 2025];13:1869–1877. Disponible en: <https://www.dovepress.com/prevalence-of-workplace-violence-and-associated-factors-against-nurses-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>
180. Jiménez RE, Bachelet VC, Gomolán P, Lefio LÁ, Goyenechea M. Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study [Internet]. *Int Emerg Nurs*. 2019 nov;47:100792. doi:10.1016/j.ienj.2019.100792 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X1930078>

181. Rossi MF, Beccia F, Cittadini F, Amantea C, Aulino G, Santoro PE, et al. Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health* [Internet]. 2023 [citado 12 dic 2025];221:50–59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37406450/>
182. O'Brien CJ, van Zundert AAJ, Barach PR. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention - a narrative review [Internet]. *EClinicalMedicine*. 2024 may 27;72:102641. doi:10.1016/j.eclinm.2024.102641 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370%2824%2900220-7/fulltext>
183. Çakır O, Akkoç İ, Arun K, Diğrak E, Ulurmak Ünlüeroğlugil HS. The Complex Dynamics of Violence and Burnout in Healthcare: A Closer Look at Physicians and Nurses. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2025 [citado 12 dic 2025];72(3):e70075. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12272327/>
184. Wang F, Zhang M, Xiong N, Huang Y, Tang Y, He C, et al. Workplace Violence and Burnout among Health Workers Two Years after the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China: The Chain Mediation Effect of Sleep Disturbance and Work Ability [Internet]. *Healthcare*. 2024 sep

23;12(18):1903. doi:10.3390/healthcare12181903 [citado 12 dic 2025].

Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/18/1903>

185. Vincent-Höper S, Stein M, Nienhaus A, Schablon A. Workplace Aggression and Burnout in Nursing—The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 12 dic 2025];17(9):3152. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/9/3152>
186. Kim S, Mayer C, Jones CB. Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety [Internet]. *J Res Nurs*. 2021 mar;26(1-2):35-46. doi:10.1177/1744987120960200 [citado 12 dic 2025]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8894792/>
187. Gedik Ö, Ülke Şimdi R, Kıbrıs Ş, Kara Sivuk D. The relationship between workplace violence, emotional exhaustion, job satisfaction and turnover intention among nurses during the COVID-19 pandemic. *J Res Nurs* [Internet]. 2023 [citado 12 dic 2025];28(6-7):448–466. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10741263/>
188. Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Physicians' Experiences With Mistreatment and Discrimination by Patients, Families, and Visitors and Association With Burnout [Internet]. *JAMA Netw Open*. 2022 may 19;5(5):e2213080. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.13080 [citado 12

dic 2025]. Disponible en:

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792386>

189. Hennein R, Bonumwezi J, Nguemini Tiako MJ, Tineo P, Lowe SR.

Racial and Gender Discrimination Predict Mental Health Outcomes among Healthcare Workers Beyond Pandemic-Related Stressors: Findings from a Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021

[citado 12 dic 2025];18(17):9235. Disponible en:

<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/17/9235>

190. Wang F, Zhang M, Xiong N, Huang Y, Tang Y, He C, et al.

Workplace violence and burnout among health workers two years after the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: the chain mediation effect of sleep disturbance and work ability [Internet]. *Healthcare (Basel)*. 2024 sep 23;12(18):1903. doi:10.3390/healthcare12181903 [citado 12 dic 2025].

Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11431534/>

191. Chen Z, Peng K, Liu X, Yang J, Long L, Liu Y, et al. Association

between high burn-out and workplace violence among healthcare workers in China: a WeChat-based survey. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [citado 12

dic 2025];12(11):e064729. Disponible en:

<https://bmjopen.bmj.com/content/12/11/e064729>

Anexos

Anexo 1: Definición nominal y operacional de variables.

Variables de estudio:

Variables dependientes:

Síndrome de burnout

Definición nominal: Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Definición operacional: La información será aportada por los participantes del estudio a través del Inventario Burnout de Maslach, ampliamente utilizado y validado, en el que se evalúan las 3 dimensiones mencionadas, traducido al español.

Agotamiento emocional:

Definición nominal: Sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional que se producen como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos, así como con los usuarios.

Definición operacional: La información será aportada por los participantes del estudio a través de 9 preguntas del Inventario Burnout de Maslach, con respuestas en escala tipo Likert del 0 al 6, donde 0 = Nunca y 6 = Diariamente.

Despersonalización:

Definición nominal: Desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.

Definición operacional: La información será aportada por los participantes del estudio a través de 5 preguntas del Inventario Burnout de Maslach, con respuestas en escala tipo Likert del 0 al 6, donde 0 = Nunca y 6 = Diariamente.

Reducción de la realización personal:

Definición nominal: Pérdida de confianza en la realización personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado, muchas veces inadvertido, de las situaciones ingratas.

Definición operacional: La información será aportada por los participantes del estudio a través de 8 preguntas del Inventario Burnout de Maslach, con respuestas en escala tipo Likert del 0 al 6, donde 0 = Nunca y 6 = Diariamente.

Variables independientes:

i. Variables sociodemográficas:

Edad:

Definición nominal: tiempo en años cumplidos desde el nacimiento de enfermeros y técnicos paramédicos hasta la aplicación del cuestionario

Definición operacional: se pregunta edad en años

Nivel de medición: Cuantitativa discreta

Identidad de género:

Definición nominal: Percepción interna, profundamente sentida y experimentada que una persona tiene sobre su propio género. Esta identidad puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer, y se manifiesta en cómo una persona se siente y se identifica en relación con categorías de género.

Definición operacional: Se categoriza en:

- Femenino
- Masculino
- Transgénero
- No-binario
- Género fluido
- Otro

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Situación de pareja

Definición nominal: Vínculo afectivo no legal, en el que dos personas se relacionan mutuamente con un fin común.

Definición operacional: se categoriza en:

- con pareja
- sin pareja

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Inmigrante

Definición nominal: Persona que llega desde otro país al lugar donde trabaja actualmente.

Definición operacional: la variable se categoriza en

- No llegó de otro país
- Si llegó de otro país

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Tiempo de inmigración

Definición nominal: Tiempo desde que la persona llegó desde otro país al lugar donde trabaja actualmente.

Definición operacional: la variable se categoriza en

- Hace 11 meses o menos
- 1 a 5 años
- 6 años o más

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Grupo étnico

Definición nominal: características de personas que poseen ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales.

Definición operacional: la variable se categoriza en

- Perteneciente a una mayoría étnica
- Perteneciente a una minoría étnica

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Representante gremial

Definición nominal: Persona que actúa en nombre de un gremio, sindicato o asociación de trabajadores, defendiendo los intereses y derechos de sus miembros.

Definición operacional: la variable se categoriza en

- Sí (Soy representante gremial).
- No (No es representante gremial).

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica.

ii. **Características del trabajo**

Ubicación del establecimiento

Definición nominal: Disposición geográfica del establecimiento donde la o el trabajador desempeña sus funciones.

Definición operacional: Se clasificarán las encuestas en donde hayan sido aplicadas.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Tipo de establecimiento

Definición nominal: Establecimiento donde el o la trabajadora desempeña sus funciones.

Definición operacional: la variable se categorizará en:

- SAR
- SAPU

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Categoría laboral

Definición nominal: clase o grupo que comparten título profesional o técnico.

Definición operacional: el atributo se categoriza en:

- Enfermero/a
- Médico/a
- Técnico
- Conductor de ambulancia

- Guardia
- Administrativo
- Auxiliar
- Tecnólogo/a médico
- Kinesiólogo/a

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Experiencia laboral

Definición Nominal: Tiempo en años cumplidos desde que comienza su desempeño laboral hasta la aplicación del cuestionario

Definición operacional: se categoriza como

menos de un año

- 1-5 años
- 6-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- más de 20 años

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Jornada laboral

Definición nominal: duración del trabajo diario de las personas

Definición operacional: se categoriza como

- Tiempo completo
- Tiempo parcial
- Temporalmente

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Trabajo en turnos

Definición nominal: Orden según el cual se suceden varias personas en el desempeño del trabajo, pudiendo trabajar de noche.

Definición operacional: se categoriza en:

- Si
- No

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Contacto físico con pacientes

Definición nominal: Relación física o trato que se da entre la persona que ofrece un servicio y quien lo recibe, de manera rutinaria y directa.

Definición operacional: se categoriza en

- No tiene contacto directo
- Si tiene contacto directo

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Etapas del ciclo vital del paciente atendido más frecuentemente

Definición nominal: Usuarios o pacientes que poseen características similares a lo largo de la vida y que son receptores de la atención de salud.

Definición operacional: La variable se categoriza en:

- Recién nacidos
- Lactantes
- Niños
- Adolescentes (10 a 18 años)
- Adultos
- Personas mayores

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Sexo del paciente habitual

Definición nominal: Condición biológica y genética de una persona determinada por la presencia de caracteres sexuales que diferencian al hombre y mujer, que recibirán mayormente atención de salud prehospitalaria.

Definición operacional: se categoriza por:

- Hombre
- Mujer

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Trabajo secundario

Definición nominal: Actividad laboral que se desempeña como segundo trabajo.

Definición operacional: la variable se categoriza en:

- Servicios Ambulatorios
- Medicina general
- Cirugía general
- Emergencia
- Pabellón
- Cuidados intensivos
- Gerencia/administración
- Subunidad especializada (ejemplo: pediatría, ortopedia, radiología)
- Servicios técnicos (laboratorio, esterilización)
- Servicios de apoyo (cocina , mantención)
- Unidades de rescate móvil
- Centro de salud
- Cuidados domiciliarios
- Hospicios/ casas de reposo
- Hogar para el anciano/ asilo
- Centro de rehabilitación/hogar de convalecencia
- otro, por favor especifique_____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Número de compañeros de trabajo

Definición nominal: Corresponde a la cantidad de personas con las cuales se interactúa durante la jornada laboral.

Definición operacional: Se mide a través de

- Ninguno
- 1 a 5
- 6 a 10
- 11 a 15
- más de 15

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Preocupación del trabajador o trabajadora por violencia laboral

Definición nominal: Interés o atención que presta la o el trabajador a conductas violentas en el lugar de trabajo

Definición operacional: se mide a través de escala Likert, donde 1 significa “no está preocupado” a 5 que significa “muy preocupado”

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Procedimientos de denuncia de violencia laboral

Definición nominal: Método o sistema estructurado que permite denunciar actos violentos en el trabajo

Definición operacional: la variable se categoriza en:

- Si existen procedimientos
- No existen procedimientos

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Conocimiento en el uso de procedimientos de denuncia de violencia laboral

Definición nominal: Ejercicio o práctica general en el sistema de denuncia laboral

Definición operacional: la variable se categoriza en

- No sabe usarlos
- Si sabe usarlos

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Incentivación por denunciar violencia laboral

Definición nominal: estímulo que mueve a declarar el acto agresivo a las entidades superiores en el lugar de trabajo

Definición operacional: se categoriza en

- No está motivado por denunciar
- Si está motivado por denunciar

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Persona y/o asociación que incentiva la denuncia de violencia laboral

Definición nominal: Individuo que estimula a realizar la declaración de acto violento.

Definición operacional: la variable se categoriza en:

- Gerencia/empleador colegas
- Sindicato
- Asociación
- Propia familia/amistades
- Otro, por favor especifique: _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

iii. Violencia laboral

Definición nominal: La violencia laboral se entenderá como toda violencia que ocurre con ocasión del trabajo, pudiendo ser durante su jornada laboral o en el trayecto desde el domicilio hacia el lugar de trabajo. Esta puede presentarse como violencia física o violencia psicológica en diferentes formas, que usualmente se dan de forma simultánea. Las diferentes formas de violencia serán definidas a continuación:

- Violencia física: Uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, incluye patadas, golpes, cachetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordiscos y/o pellizcos.

- Violencia psicológica: Uso intencional de poder, incluyendo amenazas de fuerza física, contra otra persona o grupo, que puede resultar/ocasionar daño al desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. (incluye, abuso verbal, bullying/mobbing, acoso racial).
- Violencia sexual: cualquier comportamiento no deseado, no recíproco, y no bienvenido, de naturaleza sexual, y que sea ofensivo para la persona envuelta, y que causa que esa persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada.

Definición operacional: se medirán las diversas dimensiones física, psicológica y sexual, a través de los respectivos ítems del cuestionario Workplace violence in the health sector. Country Case studies research Instruments, propuesto por International Labour Office (ILO), International Council of Nurses (ICN), World Health Organization (WHO), Public Services International (PSI), traducido al español.

iv. **Variables asociadas al incidente violento**

Uso de arma en el incidente violento

Definición nominal: Empleo de instrumento destinado hacia otra/s persona/s con el fin de generar daño físico

Definición operacional: La variable se categoriza en

- Uso de arma en el incidente violento
- No uso de arma en el incidente violento

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Incidente rutinario en el lugar de trabajo

Definición nominal: Suceso de carácter violento que ocurre frecuentemente en el trabajo

Definición operacional: se categoriza en

- Si es rutinario
- No es rutinario

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Agresor:

Definición nominal: Quien comete actos violentos o agresivos

Definición operacional: Se mide a través de

- Paciente/cliente
- Miembro del equipo
- Parientes del paciente

- Colega o trabajador externo
- Público en general
- Otro especifique

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Lugar del incidente

Definición nominal: sitio en el cual se produce el acto violento

Definición operacional: Se categoriza en

- Dentro de una institución de salud
- En la casa del paciente
- Afuera (Vía pública)

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Horario del incidente:

Definición nominal: tiempo durante el cual se desarrolla un acto violento

Definición operacional: se mide en

- 08:01 a 20:00 hrs
- 20:01 a 8:00 hrs
- 8:01 a 14:00 hrs
- 14:01 a 20:00 hrs
- No recuerda

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Día del incidente violento

Definición nominal: Momento de la semana en que se produce el acto agresivo

Definición operacional: se categoriza

- Lunes
- Martes
- Miércoles
- Jueves
- Viernes
- Sábado
- Domingo

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Respuestas al incidente violento

Definición nominal: Reacción de la víctima frente al acto agresivo

Definición operacional: se categoriza en

- No hice nada
- Hice como si nunca hubiese ocurrido
- Le dije a la persona que parara
- Le conté a amigos/familia
- Le conté a un colega
- Lo reporte a un miembro mayor del equipo
- Busque consejería profesional
- Pedí ayuda al sindicato

- Pedí ayuda a la asociación/colegio de enfermeras
- Me transferí a otra posición
- Hice un reporte de incidente/accidente
- Entable demandas legales
- Hice una demanda por compensación
- Otro: _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Prevención del incidente violento

Definición nominal: Evitar la aparición de actos violentos

Definición operacional: la variable se categorizó en

- Pudo haberse evitado
- No pudo haberse evitado

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Consecuencias del incidente violento

Definición nominal: Acontecimiento que resulta del acto agresivo

Definición operacional: la variable se categorizó en

- No salió herido
- Si salió herido

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Atención de las heridas

Definición nominal: Procedimiento destinado a la curación de heridas

Definición operacional: la variable se categorizó en:

- Si recibió tratamiento
- No recibió tratamiento

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Respuestas a experiencias estresantes

Definición nominal: Corresponde a un acontecimiento que provoca estrés

Definición operacional: Se mide a través de una escala likert (en nada, un poco, moderadamente, mucho y extremo) para:

- Recuerdos, pensamientos o imágenes inquietantes que se repiten
- Evitar pensar o hablar acerca del ataque o evitar tener sentimientos relacionados a él.
- Estar súper atento, vigilante o en guardia
- Sentir que todo lo que hizo o hace fue o es un esfuerzo

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Ausencia laboral por violencia laboral

Definición nominal: ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo a causa de incidentes violentos.

Definición operacional: se categoriza en:

- Si se ausentó
- No se ausentó

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Número de días de ausencia laboral

Definición nominal: Número de días de inasistencia al trabajo a causa de actos agresivos laborales.

Definición operacional: se categoriza en:

- Un día
- 2 a 3 días
- Una semana
- 2 a 3 semanas
- 1 mes
- 2 a 6 meses
- 7 a 12 meses
- No tiene

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Investigación del incidente violento

Definición nominal: Poner en funcionamiento una serie de medidas destinadas a la investigación del acto violento

Definición operacional: se categoriza en

- Si se investigó
- No se investigó
- No sabe

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Persona o institución que decide investigar incidente violento

Definición nominal: Individuo/s o establecimiento que lleva a cabo la investigación del acto violento

Definición operacional: la variable se categoriza en

- Gerencia/empleador
- Sindicato - Asociación
- Grupo comunitario
- Policía
- Otro, por favor especifique: _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Consecuencias para el agresor

Definición nominal: Acontecimientos que recibe el victimario a causa de una agresión

Definición operacional: Se categoriza en

- Ninguna
- Se emitió advertencia verbal
- Fue reportado a la policía
- Agresor fue acusado judicialmente
- Otro especifique
- No lo sabe

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Ayuda del empleador frente al incidente violento

Definición nominal: Tipo de auxilio que presta quien da trabajo a un empleado que sufre un acto violento

Definición operacional: la variable se categorizó en sí y no para

- Consejería profesional
- Opción de hablar o reportar el incidente
- Otro apoyo

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Satisfacción en el manejo del incidente violento

Definición nominal: Gusto por la forma en que se repara el daño u ofensa

Definición operacional: se mide a través de escala Likert, donde se califica 1 “muy disconforme” a 5 que significa “muy satisfecho”.

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Motivo por no reportar incidente violento

Definición nominal: Causa o razón por la cual la víctima no realiza la denuncia de o los actos agresivos laborales

Definición operacional: se categoriza en

- No fue importante
- Me sentí culpable
- Me sentí avergonzado
- Asustado de las consecuencias negativas
- No sabía a quién reportarlo
- Otro especifique

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Testigo de incidentes violentos en el último año hacia compañeros de trabajo

Definición nominal: ha presenciado de actos violentos en el último año hacia compañeros de trabajo

Definición operacional: la variable se categoriza en:

- Si ha sido testigo
- No ha sido testigo

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Frecuencia de incidentes violentos en el último año hacia compañeros de trabajo

Definición nominal: Número de actos violentos ocurridos durante el último año hacia compañeros de trabajo

Definición operacional: La variable se categoriza en:

- Una vez
- 2-4 veces
- 5-10 veces
- Muchas veces al mes
- Una vez por semana
- Diariamente

Nivel de medición: Cuantitativa ordinal

Reporte de incidente violencia física en el último año

Definición nominal: Informe realizado de actos violentos en el último año

Definición operacional: la variable se categorizó en:

- No reporta incidente
- Reporta incidente

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

Castigo recibido por reportar incidentes de violencia física en el último año

Definición nominal: Sanción otorgada por informar sobre actos violentos en el lugar de trabajo

Definición operacional: la variable se categorizó en.

- No recibe castigo
- Si recibe castigado

Nivel de medición: Cualitativa dicotómica

iii. Características del ambiente laboral

Políticas desarrolladas por el empleador para prevenir violencia laboral

Definición nominal: Reglas relacionados con evitar actos violentos en el lugar de trabajo.

Definición operacional: la variable se mide en si, no, no sé para las siguientes categorías:

- Salud y seguridad
- Violencia física en el trabajo
- Abuso verbal

- Acoso sexual
- Acoso racial
- Bullying/mobbing
- Amenazas

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Medidas existentes en el trabajo para lidiar con violencia laboral

Definición nominal: Tipos de acciones existentes en el lugar de trabajo para combatir la violencia laboral.

Definición operacional: La variable se categoriza en presente o ausente para:

- Medidas de seguridad (ejemplo: guardias, alarmas, teléfonos portátiles)
- Mejoras del entorno (ejemplo: iluminación, ruido, calor, acceso a la comida, limpieza, privacidad)
- Acceso público restringido
- Análisis previo de pacientes (para registrar y estar consciente de algún comportamiento agresivo previo)
- Protocolos para los pacientes (ejemplo: procedimientos de control y contención, transporte, medicación, actividades. Programación, acceso a información.)
- Restringir el intercambio de dinero en el trabajo (ejemplo: pagos de pacientes)
- Aumentar el equipo

- Procedimientos de registro para el equipo (especialmente para los cuidados en el hogar)
- Equipamiento y vestimenta especial (ejemplo: uniforme o ausencia de el)
- Cambios de turno (ejemplo: horas de trabajo)
- Periodos reducidos de trabajo solitario
- Entrenamiento
- Aptitudes comunicacionales, resolución de conflictos, autodefensa
- Inversión en desarrollo de recursos humanos (entrenamiento para ascender profesionalmente, retiros, recompensas por logros, promover un ambiente saludable)
- Ninguno de estos
- Otros: _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Importancia de las medidas de ayuda para lidiar con violencia laboral

Definición nominal: Grado en que las medidas de ayuda son beneficiosas, a juicio del trabajador, para combatir la violencia laboral

Definición operacional: la variable se mide en escala Likert (mucho, moderado, poco o nada) para las siguientes categorías:

- Medidas de seguridad
- Mejoras del entorno
- Acceso público restringido

- Análisis previo de pacientes
- Protocolos para los pacientes
- Restringir el intercambio de dinero en el trabajo
- Aumentar el equipo
- Procedimientos de registro para el equipo
- Equipamiento y vestimenta especial
- Cambios de turno
- Periodos reducidos de trabajo
- No trabajar solo/a
- Entrenamiento
- Desarrollo de recursos humanos
- Otros: _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Medidas de cambio en el lugar de trabajo efectuadas en los dos últimos años

Definición nominal: Acciones de modificación del ambiente laboral en los últimos dos años

Definición operacional: La variable se categorizó en:

- Ninguno
- Reestructuración/Reorganización
- Reducción del equipo

- Aumento del equipo
- Restricción de recursos
- Recursos adicionales
- Otros: _____
- No lo se

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Impacto de los cambios en el lugar de trabajo

Definición nominal: Impresión de las modificaciones que se han generado en el lugar de trabajo en los últimos dos años

Definición operacional: la variable se categorizó en:

- Ninguno
- La situación laboral del equipo empeoró
- La situación laboral del equipo mejoró
- La situación de los pacientes/clientes empeoró
- La situación de los pacientes/clientes mejoró
- No lo sé
- Otro _____

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Factores que contribuyen a la violencia laboral

Definición nominal: causas que favorecen la violencia física y psicológica en el lugar de trabajo.

Definición operacional: se realiza pregunta abierta

¿Cuáles son los tres factores más importantes que contribuyen a la violencia física/psicológica (no física) en su ambiente laboral?

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Medidas de ayuda sugeridas para lidiar con violencia laboral

Definición nominal: Estimaciones de posibles medidas que podrían reducir la violencia laboral a juicio de los trabajadores.

Definición operacional: se realiza pregunta abierta

¿Cuáles son las tres medidas más importantes que pudiesen reducir la violencia laboral en su ambiente laboral?

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Anexo 2: Cantidad total de funcionarios SAR y SAPU comuna de Concepción



Concepción, 12 de junio de 2024.

DE: . DRA DANNIA PINCHEIRA GONZALEZ
JEFA SAR CESFAM DR. VÍCTOR MANUEL FERNÁNDEZ

A: DRA. VILMA RAZMILIC BONAIZIC
MÉDICA DIRECTORA CESFAM DR. VÍCTOR MANUEL FERNÁNDEZ

Asunto: Solicitud de información sobre el personal del SAR Víctor Manuel Fernández, Portal de Transparencia.

Junto con saludar, puedo informar respecto a solicitud presentada por medio de Portal de Transparencia, respecto a “*número total de funcionarios (..) de personal que forme parte del equipo del SAR Víctor Manuel Fernández*”, efectuado por Sr Pablo Evert, a la fecha de 01 de Junio de 2024, contamos con 64 funcionarios, los cuales se detalla en cantidad por estamento en la siguiente distribución.

CATEGORIA FUNCIONARIOS	CANTIDAD DE FUNCIONARIOS
MÉDICOS	23 FUNCIONARIOS
ENFERMEROS UNIVERSITARIOS	6 FUNCIONARIOS
TENS	21 FUNCIONARIOS
CHOFERES	5 FUNCIONARIOS
ADMINISTRATIVOS	9 FUNCIONARIOS
TOTAL DE FUNCIONARIOS	64 FUNCIONARIOS SAR VMF

Cabe destacar que se excluye de esto, personal de aseo y guardias de seguridad, puesto que corresponden a funcionarios de empresas externas, las cuales prestan servicio a nuestro establecimiento, no siendo considerados parte del equipo SAR.

Se despide cordialmente de usted,
DRA DANNIA PINCHEIRA GONZALEZ
JEFA SAR CESFAM DR. VÍCTOR MANUEL FERNÁNDEZ

ORD : N° 458 /



ANT.: Portal Transparencia
MU061T0007395
Decreto N°898-2020 Delegación de firma
Administrador Municipal (07.12.2020)
ORD.4644-2024 DAS

MAT.: Respuesta Solicitud de Información
Ley 20.285

CONCEPCIÓN, 04 JUL 2024

DE: ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)

A: PABLO EVERT PÉREZ

Junto con saludarlo, a través del presente, entrego respuesta a vuestra Solicitud de Información, ingresada a través del Portal de Transparencia, No.MU061T0007395, de fecha 24 de Junio de 2024, según Ley 20.285 Sobre Acceso a la Información Pública, relativa a;

...¹ *Materia: Solicitud de información sobre el personal de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción.*

Fecha de emisión o período de vigencia del documento: Información actualizada al último mes disponible.

Origen o destino: Municipalidad de Concepción, Dirección de atención en salud.

Soporte: Formato digital (PDF o Excel).

Descripción de la solicitud: Solicitud información sobre la cantidad total de funcionarios de los Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) de la comuna de Concepción.

Específicamente, requiero conocer el número de funcionarios en las siguientes categorías: Médicos Enfermeras Personal administrativo Auxiliares Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) Guardias Choferes Otros (especificar si corresponde)...*

Cabe señalar, que La Ley N°20.285, Sobre Acceso a la Información Pública, dispone en su Artículo 5°... *"En virtud del principio de transparencia de la función pública, los actos y resoluciones de los órganos de la Administración del Estado, los documentos que les sirvan de sustento o complemento directo y esencial, y los procedimientos que se utilicen para su dictación, son públicos, salvo las excepciones que establece esta ley y las previstas en otras leyes de quórum calificado"...*; en este sentido, es dable señalar también: *... "que la obligación de los órganos requeridos es proporcionar la documentación que poseen o generan en su función, y no producir información a petición de particulares"...* (Causa Rol 6143-2010, fojas 18, Ilustrísima Corte de Apelaciones de Santiago)

A razón de lo anterior, la Directora de Administración de Salud Municipal doña Rosario Bustos Lira, mediante ordinario N°4644, de fecha 03 de Julio de 2024, conforme información disponible, otorga respuesta a vuestra solicitud de información.

Se despide atentamente de usted,

POR ORDEN DEL ALCALDE




ADOLFO MUÑOZ ESTRADA
ADMINISTRADOR MUNICIPAL (S)
MUNICIPALIDAD DE CONCEPCIÓN

Distribución:

- Don Pablo Evert Pérez. Con Antecedentes que Indica.
- Copia ADMUN
- Unidad de Transparencia (Carpeta-Archivo)

AME/ccs/rop



ORD.: N° 4644 = 24'

ANT.: Solicitud N° MU061T0007395 Ley de Transparencia.

MAT.: Envía Respuesta a solicitud SAI 77395.

CONCEPCIÓN, 03 JUL 2024

DE: ROSARIO BUSTOS LIRA
DIRECTORA ADMINISTRACION DE SALUD

A: SRA. CLAUDIA CARVAJAL VEJAR
ENCARGADA UNIDAD DE TRANSPARENCIA I.M.C.

1) Junto con saludar cordialmente, vengo en enviar a Ud. información requerida para contestar Transparencia N° MU061T0007395, esto es:

a) Solicito información sobre la cantidad total de funcionarios de los Servicios de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolutividad (SAR) y los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) de la comuna de Concepción. Específicamente, requiero conocer el número de funcionarios en las siguientes categorías: Médicos Enfermeras Personal administrativo Auxiliares Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) Guardias Choferes Otros (especificar si corresponde).

2) De este modo y en respuesta a lo requerido se envía información solicitada a junio 2024, según los siguientes cuadros:

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS	ESTABLECIMIENTO	CARGO	JORNADA	TIPO CONTRATO
POR TURNOS		MEDICOS	LLAMADA	HONORARIOS
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		2		
		AUX.DE SERVICIO	34	PLAZO FIJO
		AUX.DE SERVICIO	34	INDEFINIDO
		2		
		CHOFER	34	INDEFINIDO
		CHOFER	34	INDEFINIDO
		2		
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
5				
11	SAPU CESFAM JUAN SOTO FERNANDEZ		TOTAL DE HORAS 374	

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS	ESTABLECIMIENTO	CARGO	JORNADA	TIPO CONTRATO
POR TURNOS		MEDICOS	LLAMADA	HONORARIOS
		AUX.DE SERVICIO	34	INDEFINIDO
		AUX.DE SERVICIO	34	REEMPLAZO
		AUX.DE SERVICIO	34	INDEFINIDO
		3		
		CHOFER	34	PLAZO FIJO
		CHOFER	34	PLAZO FIJO
		2		
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		6		
11	SAPU CESFAM LZO.ARENAS		TOTAL DE HORAS 374	

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS POR TURNOS	ESTABLECIMIENTO	CARGO	JORNADA	TIPO CONTRATO
		MEDICOS	LLAMADA	HONORARIOS
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		ADMINISTRATIVO	34	REEMPLAZO
		3		
		AUX.DE SERVICIO	34	PLAZO FIJO
		AUX.DE SERVICIO	34	PLAZO FIJO
		AUX.DE SERVICIO	34	REEMPLAZO
		3		
		CHOFER	34	PLAZO FIJO
		CHOFER	34	PLAZO FIJO
		2		
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO
TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO		
TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO		
TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO		
TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO		
14	SAPU CESFAM OHIGGINS	6		
				TOTAL DE HORAS 476

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS POR TURNOS	ESTABLECIMIENTO	CARGO	JORNADA	TIPO CONTRATO
		MEDICOS	LLAMADA	HONORARIOS
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		ADMINISTRATIVO	34	PLAZO FIJO
		2		
		AUX. PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		1		
		AUX.DE SERVICIO	34	INDEFINIDO
		AUX.DE SERVICIO	34	PLAZO FIJO
		2		
		CHOFER	34	PLAZO FIJO
		CHOFER	34	INDEFINIDO
		2		
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO
TECNICO PARAMEDICO	34	PLAZO FIJO		
10	SAPU CESFAM STA. SABINA	3		
				TOTAL DE HORAS 340

CANTIDAD DE FUNCIONARIOS POR TURNOS	ESTABLECIMIENTO	CARGO	JORNADA	TIPO CONTRATO
		MEDICOS	LLAMADA	HONORARIOS
		ADMINISTRATIVO	42	REEMPLAZO
		ADMINISTRATIVO	42	INDEFINIDO
		ADMINISTRATIVO	42	INDEFINIDO
		3		
		AUX.DE SERVICIO	42	INDEFINIDO
		AUX.DE SERVICIO	42	PLAZO FIJO
		AUX.DE SERVICIO	42	INDEFINIDO
		3		
		CHOFER	42	INDEFINIDO
		CHOFER	42	REEMPLAZO
		CHOFER	42	INDEFINIDO
		CHOFER	42	INDEFINIDO
		4		
		ENFERMERA(O)	42	INDEFINIDO
		ENFERMERA(O)	42	INDEFINIDO
		ENFERMERA(O)	42	PLAZO FIJO
		ENFERMERA(O)	42	INDEFINIDO
		4		
		TECNICO PARAMEDICO	42	REEMPLAZO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	42	REEMPLAZO
		TECNICO PARAMEDICO	42	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	42	PLAZO FIJO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO		
TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO		
TECNICO PARAMEDICO	34	INDEFINIDO		

		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNICO PARAMEDICO	42	INDEFINIDO
		17		
		TECNICO ADMINISTRATIVO	42	PLAZO FIJO
		1		
		TECNOLOGO MEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNOLOGO MEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNOLOGO MEDICO	42	INDEFINIDO
		TECNOLOGO MEDICO	4	REEMPLAZO
36	SAR TUCAPEL		TOTAL, DE HORAS 1604	

Atentamente,

Saluda atentamente a usted,



RBL/JPP/ARG/arg
Distribución

- La Indicada
- Encargada Gestión de Personas.
- Archivo RR.HH.

Anexo 3: Encuesta “Workplace Violence in The Health Sector” (Versión español):

Instrucciones: Por favor lea atentamente cada una de las preguntas que se presentan a continuación y complete el cuestionario marcando la o las celdas, y escribiendo en los espacios designados. Por favor no deje preguntas sin contestar, si usted no sabe alguna respuesta o ésta es negativa, continúe con la pregunta siguiente. Recuerde que sus respuestas serán **ANÓNIMAS**

Y CONFIDENCIALES

DATOS PERSONALES Y DEL LUGAR DE TRABAJO

PD1 ¿Cuál es su edad:

--

PD0 ¿Es usted representante gremial?

	Sí
	No

PD2 Indique su identidad de género

	Femenino		Transgénero		No-binario
	Masculino		Género fluido		Otro, especifique:

PD3 ¿Cuál es su situación de pareja? :

	Soltero/a		Con pareja		Sin pareja
	Casado/a		Con pareja		Sin pareja
	Viudo/a		Con pareja		Sin pareja
	Divorciado/a Anulado/a		Con pareja		Sin pareja
	Convive		Con pareja		Sin pareja

PD4 Llego usted de otro país al lugar donde trabaja actualmente?

	Si
	No

Si contesto no, por favor vaya a la pregunta **PD5**

4.1 Si contesto Si, ¿cuándo llegó?

	Hace 11 meses o menos		1 a 5 años		6 años o más
--	-----------------------	--	------------	--	--------------

PD5 Por favor indique su usted pertenece a una:

Escenario	Mayoría étnica	Minoría étnica
En el país		
En su comunidad		
En su trabajo		

PD6.- ¿A cuál estamento pertenece usted?:

	Enfermero/a		Médico/a
	Técnico/a		Conductor/a de ambulancia
	Guardia		Administrativo/a
	Auxiliar		Tecnólogo/a médico
	Kinesiólogo/a		Otro, especifique: _____

PD7.- ¿Cuantos años de experiencia laboral tiene en el área de la salud?:

	Menos de 1 año		1 a 5 años
	6 a 10 años		11 a 15 años
	16 a 20 años		Más de 20 años

PD8.- ¿Su trabajo principal pertenece al sector?:

	Público		Privado		Municipal
--	---------	--	---------	--	-----------

PD9 .- En el SAR o SAPU , usted trabaja:

	Tiempo completo		Tiempo parcial		Temporalmente/ Reemplazos
--	-----------------	--	----------------	--	------------------------------

PD10.- ¿Usted trabaja en turnos?

	Si
	No

PD11.- ¿Tiene usted contacto físico directo de rutina (volteando, levantando) con los pacientes/clientes?

	Si
	No

Si contesta **no** vaya a pregunta **PD12**

11.1.- ¿Cuál es el tipo de paciente que le ha tocado atender en el último mes? Marque 2 celdas

	Recién nacidos		Lactantes
	Niños		Adolescentes (10 a 18 años)
	Adultos		Personas mayores (>65 años)

11.2.- En el último año, ¿le ha tocado atender más?:

	Mujeres
	Hombres

PD12:- Si usted trabaja en otro lugar, además del SAR/SAPU ¿cuál es el área de trabajo que lo describe mejor?:

	Ambulatorio		Medicina general
	Cirugía general		Emergencia
	Pabellón		Cuidados Intensivos
	gerencia		Ambulancia
	Servicios técnicos (laboratorio, esterilización)		Unidad especializada (pediatría, ortopedia, radiología)
	Servicios de apoyo (cocina, mantención)		Comunidad (Ejemplo cuidados domiciliarios)
	Hospicios		Hogar de ancianos/asilo
	Centro de rehabilitación		Otro:

Por favor especifique: _____

PD13.- ¿La cantidad de personas presentes en el SAR/SAPU durante su jornada laboral son?:

	Ninguno		1 a 5
	6 a 10		11 a 15
	Más de 15		

PD14.- ¿Cuán preocupado está usted respecto a la violencia en su lugar de trabajo? (Por favor, califique: 1 = no esta preocupado; 5 = muy preocupado)

1	2	3	4	5

PD15.- ¿Existen procedimientos para reportar la violencia en su lugar de trabajo actual?

	Si
	No

Si contesta **no**, vaya a la pregunta **PD16**

15.1 Si contesta **si**, ¿sabe como usarlos?

	Si
	No

PD16.- ¿Se incentiva reportar la violencia en su lugar de trabajo?

	Si
	No

Si contesta no, vaya a la siguiente sección **VIOLENCIA FÍSICA**

16.1.- Si contesta si, ¿quién la incentiva?

	Empleador, jefe		Colegas
	Sindicato		Asociación
	Propia familia/ amistades		Otro

Por favor especifique _____

VIOLENCIA FISICA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Violencia física se refiere al uso de la fuerza física contra otra persona o grupo, que resulte en daño físico, sexual o Psicológico. Puede incluir golpes, patadas, cachetadas, puñaladas, disparos, empujones, mordiscos y/o pellizcos, entre otros.

PV1.- En los últimos 12 meses, usted ¿ha sido atacado físicamente en su lugar de trabajo?

	Si	Por favor conteste las preguntas 1.1 – 1.15
	No	Por favor vaya a la pregunta PV2. Página 10 del cuestionario

1.1 Si contesto si, recuerde la última vez en que fue atacado/a físicamente en su lugar de trabajo. ¿Cómo describiría este incidente?

	Violencia física sin un arma
	Violencia física con un arma de fuego o arma blanca

1.2.- ¿Considera usted que este es un incidente de violencia típico en su lugar de trabajo ?

	Si
	No

1.3.- ¿Quién lo/a atacó?

	Paciente/cliente		Parientes del paciente/cliente
	Miembro del equipo de trabajo		Supervisor, jefe
	Colega/trabajador externo		Público en general
	Otro		

Por favor especifique: _____

1.4.- ¿Dónde ocurrió el incidente?

	Dentro de una institución de salud		En la casa del paciente/cliente		afuera (en la vía pública)
--	------------------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------------

1.5.- ¿A qué hora ocurrió?

	08:01 a 20:00 hrs		20:01 a 08:00 hrs
	08:01 a 14:00 hrs		14:01 a 20:00 hrs
	No recuerda		

1.6 ¿Qué día de la semana ocurrió?

	Lunes		Martes
	Miércoles		Jueves
	Viernes		Sábado
	Domingo		No recuerda

1.7.- ¿Cómo respondió usted al incidente de violencia física? Por favor marque las celdas que correspondan

	No hice nada
	Hice como si nunca hubiese ocurrido
	Le dije a la persona que parara
	Le conté a amigos/familia
	Le conté a un colega
	Lo reporte a un miembro mayor del staff
	Busqué consejería profesional
	Pedí ayuda al sindicato
	Pedí ayuda a la asociación
	Me transferí a otra posición
	Hice un reporte de incidente/accidente
	Entable demandas legales
	Hice una demanda por compensación
	Otro:

Por favor especifique: _____

1.8.- ¿Piensa usted que el incidente pudo haberse evitado?

	Si
	No

1.9.- ¿Usted salió herido como resultado del incidente de violencia?

	Si
	No

Si contesta NO, por favor vaya a la pregunta **1.10**

1.9.1.- Si contesta SI, ¿recibió tratamiento formal por las heridas?

	Si
	No

1. 10.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue atacado/a. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo atacaron, cuan ansioso ha estado por:	Nada	Un Poco	Moderada mente	Mucho	Extrem o
Recuerdos, pensamientos imágenes inquietantes que se repiten.					
Evitar pensar o hablar acerca del ataque o evitar tener sentimientos relacionados a él.					
Estar "súper atento" o vigilante y en guardia					
Sentir que todo lo que hizo/hace fue /es un esfuerzo					

1.11. ¿Tuvo que tomarse un tiempo fuera del trabajo después de ser atacado?

	Si
	No

Si contesta **NO**, por favor vaya a la pregunta **1.12.**

1.11.1. Si contesta si, por cuanto tiempo:

	Un día		2 a 3 días
	Una semana		2 a 3 semanas
	1 mes		2 a 6 meses
	7 a 12 meses		

1.12.- ¿Se tomaron medidas para investigar las causas del incidente?

	Si		No		No lo sé
--	----	--	----	--	----------

Si contesta **NO o no lo sé**, por favor vaya a la pregunta **1.13**

1.12.1. Si contesta SI, ¿quién las tomó?

	Médico jefe SAR/SAPU		Enfermera coordinadora SAR/SAPU
	Asociación (fenats-fenpruss)		Grupo comunitario
	Carabineros		Otro:

Por favor especifique: _____

1.12.2. Que consecuencias sufrió el atacante /agresor?

	Ninguna		Se emitió advertencia verbal
	Fue reportado a carabineros		Agresor fue acusado judicialmente
	No lo sabe		Otro

Por favor especifique: _____

1.13.- Su empleador, supervisor, jefe le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de hablar o reportarlo		
Otro apoyo		

Especifique: _____

1.14. ¿Cuán satisfecho esta con la forma en que se trató el incidente?

(Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

1.15.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las celdas relevantes)

<input type="checkbox"/>	No fue importante	<input type="checkbox"/>	Me sentí avergonzado/a
<input type="checkbox"/>	Me sentí culpable	<input type="checkbox"/>	Asustado/a de consecuencias negativas
<input type="checkbox"/>	No sirve de nada	<input type="checkbox"/>	No sabía a quien reportarlo
<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>	

Por favor especifique: _____

PV2 .- En los últimos 12 meses, ¿ha sido testigo de incidentes de violencia física en su lugar de trabajo ?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

Si contestó que **no**, por favor vaya a pregunta **PV3**

2.1.- Si contestó si, ¿Cuán a menudo ha ocurrido en los últimos 12 meses?

	Una vez		2 a 4 veces
	5 a 10 veces		Muchas veces al mes
	Una vez por semana		Diariamente

PV3.- ¿Ha reportado un incidente de violencia física laboral en los últimos 12 meses?

(observado o sufrido)

	Si
	No

Si contestó **no**, por favor vaya a la sección: **VIOLENCIA PSICOLÓGICA.**

3.1.- ¿Si contestó si, lo/a han castigado por reportar un incidente de violencia laboral?

	Si		No
--	----	--	----

VIOLENCIA PSICOLÓGICA LABORAL/EN EL LUGAR DE TRABAJO (ABUSO EMOCIONAL)

La violencia psicológica se define como : uso intencional de poder, e incluye amenazas de fuerza física, en contra de otra persona o grupo, y que puede causar daño al desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. La Violencia psicológica incluye el abuso verbal ,bullying/mobbing, acoso, y amenazas.

Cada forma de violencia psicológica será tratada separadamente con las mismas preguntas. Esto es crucial para obtener un entendimiento detallado de la violencia laboral que usted experimentó. **Por favor conteste al menos la primera pregunta de cada sección** . En caso de contestar “no”, continúe con la siguiente sección.

C.I. ABUSO VERBAL

VA 1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido abuso verbal en su trabajo ?

	Si	Por favor conteste las siguientes preguntas
	No	Por favor vaya a la sección CII.- Bullyng/Mobbing Página 15

VA 2 .- ¿Cuán a menudo ha sufrido abuso verbal en los últimos 12 meses ?

	Todo el tiempo		A veces
	Una vez		

VA 3.- Por favor, acuérdesese de la última vez en que fue abusado verbalmente en su trabajo.

¿Quien abuso verbalmente de usted?

	Paciente/cliente		Parientes del paciente/cliente
	Miembro del equipo de trabajo		Supervisor, jefe
	Colega/trabajador externo		Público en general
	Otro		

VA 4.- ¿Considera usted que este fue un incidente de abuso verbal típico de los que ocurren en su lugar de trabajo?

	Si
	No

VA 5.- ¿Adonde/donde se llevo a cabo el abuso verbal?

	Dentro de una institución de salud		En la casa del paciente/cliente		afuera (vía pública)
--	------------------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------

VA 6.- ¿Cómo respondió al abuso verbal ? Por favor marque las celdas que correspondan

	No hice nada
	Hice como si nunca hubiese ocurrido
	Le dije a la persona que parara
	Le conté a amigos/familia
	Le conté a un colega
	Lo reporte a un miembro senior del staff
	Busqué consejería profesional
	Pedí ayuda al sindicato
	Pedí ayuda a la asociación
	Me transferí a otra posición
	Hice un reporte de incidente/accidente
	Entable demandas legales
	Hice una demanda por compensación
	Otro:

VA 7 Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue abusado/a. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo abusaron, cuan Ansioso/a ha estado por	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremo
Recuerdos, pensamientos imágenes inquietantes del abuso que se repiten.					
Evitar pensar o hablar acerca del abuso o evitar tener sentimientos relacionados a él.					
Estar "súper atento" o vigilante y en guardia					
Sentir que todo lo que hizo/hace Fue /es un esfuerzo					

VA 8.- Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

VA 9.- Se tomaron medidas para investigar las causas del abuso verbal ?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

Si contesta no o no lo se, por favor vaya a la pregunta **VA 10**

9.1. Si contesta si, ¿Quién las tomó ? (por favor marque las celdas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico jefe SAR/SAPU	<input type="checkbox"/>	Enfermera coordinadora SAR/SAPU
<input type="checkbox"/>	Asociación (fenats-fenpruss)	<input type="checkbox"/>	Grupo comunitario
<input type="checkbox"/>	Carabineros	<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor especifique _____

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias sufrió el atacante /agresor?

	Ninguna		Se emitió advertencia verbal
	Fue reportado a carabineros		Agresor fue acusado judicialmente
	No lo sabe		Otro

Especifique: _____

VA 10.- Su empleador, supervisor, jefe, le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de hablar o reportarlo		
Otro apoyo		

VA 11.- ¿Cuán satisfecho esta con la forma en que se trató el incidente?

Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

VA 12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (por favor marque las celdas relevantes)

	No fue importante		Me sentí avergonzado/a
	Me sentí culpable		Asustado/a de consecuencias negativas
	No sirve de nada		No sabía a quien reportarlo
	Otro:		

C.II. BULLYING/MOBING

Bullying/mobbing corresponde a un comportamiento ofensivo y repetido en el tiempo a través de acciones vengativas, crueles o maliciosas destinadas a humillar o socavar a una persona o grupo de empleados/as.

BM 1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sufrido bullying/mobbing en su trabajo ?

	Si	Por favor conteste las siguientes preguntas
	No	Por favor vaya a la sección C III Acoso sexual Página 19

BM 2.- ¿Cuán a menudo ha sufrido bullying/mobbing en los últimos 12 meses ?

	Todo el tiempo		A veces
	Una vez		

BM 3.- Por favor, acuérdesse de la última vez en que fue víctima de bullying/mobbing en su trabajo. ¿Quién le hizo bullying/mobbing ?

	Paciente/cliente		Parientes del paciente/cliente
	Miembro del equipo de trabajo		Jefe, supervisor
	Colega/trabajador externo		Público en general
	Otro		

BM 4.- Considera usted ¿Qué este fue un incidente de bullying/mobbing típico de los que ocurren en su lugar de trabajo?

	Si
	No

BM 5.- ¿Dónde se llevó a cabo el bullying/mobbing?

	Dentro de una institución de salud		En la casa del paciente/cliente		afuera (vía pública)
--	------------------------------------	--	---------------------------------	--	----------------------

BM 6.- ¿Cómo respondió al bullying/mobbing ? Por favor marque las celdas que correspondan

	No hice nada
	Hice como si nunca hubiese ocurrido
	Le dije a la persona que parara
	Le conté a amigos/familia
	Le conté a un colega
	Lo reporte a un miembro senior del staff
	Busqué consejería profesional
	Pedí ayuda al sindicato
	Pedí ayuda a la asociación
	Me transferí a otra posición
	Hice un reporte de incidente/accidente
	Entable demandas legales
	Hice una demanda por compensación
	Otro:

BM 7.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue bullying/mobbing. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que le hicieron bullying/mobbing, cuan Ansioso ha estado por	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremo
Recuerdos, pensamientos, imágenes inquietantes del abuso que se repiten.					
Evitar pensar o hablar acerca del abuso o evitar tener sentimientos relacionados a él.					
Estar "super atento" o vigilante y en guardia					
Sentir que todo lo que hizo/hace fue /es un esfuerzo					

BM 8.- ¿Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

BM 9.- ¿Se tomaron medidas para investigar las causas del bullying/mobbing ?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

Si contesta no o no lo se, por favor vaya a la pregunta **BM 10**

9.1. Si contesta si, ¿Quien las tomó? (por favor marque las celdas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico jefe SAR/SAPU	<input type="checkbox"/>	Enfermera coordinadora SAR/SAPU
<input type="checkbox"/>	Asociación(fenats-fenpruss)	<input type="checkbox"/>	Grupo comunitario
<input type="checkbox"/>	Carabineros	<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor especifique _____

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias sufrió el que le hizo bullying/mobbing?

	Ninguna		Se emitió advertencia verbal
	Fue reportado a carabineros		Agresor fue acusado judicialmente
	No lo sabe		Otro

Por favor especifique: _____

BM 10.- Su empleador o supervisor le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de hablar o reportarlo		
Otro apoyo		

BM 11.- ¿Cuán satisfecho está con la forma en que se trató el incidente?

(Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

BM 12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las celdas relevantes)

	No fue importante		Me sentí avergonzado/a
	Me sentí culpable		Asustado/a de consecuencias negativas
	No sirve de nada		No sabía a quien reportarlo
	Otro:		

C III. ABUSO SEXUAL

Acoso sexual corresponde a cualquier comportamiento no deseado, no recíproco, y no bienvenido, de naturaleza sexual, y que sea ofensivo para la persona envuelta, y que causa que esa persona se sienta amenazada, humillada o avergonzada.

SH 1.- En los últimos 12 meses, ¿ha sido acosada/o sexualmente en su trabajo?

	Si	Por favor conteste las siguientes preguntas
	No	Por favor vaya a la sección C IV Acoso racial/étnico Página 23

SH 2.- ¿Cuán a menudo ha sido acosado/a sexualmente en los últimos 12 meses?

	Todo el tiempo		A veces
	Una vez		

SH 3.- Por favor, acuérdesse de la última vez en que fue acosado/a sexualmente en su trabajo. ¿quién lo/a acoso sexualmente?

	Paciente/cliente		Parientes del paciente/cliente
	Miembro del equipo de trabajo		Jefe /supervisor
	Colega/trabajador externo		Público en general
	Otro		

SH 4.- ¿Considera usted que este fue un incidente de acoso sexual típico de los que ocurren en su lugar de trabajo?

	Si
	No

SH 5.- ¿A dónde/dónde se llevó a cabo el acoso sexual?

	Dentro de una institución de salud		En la casa del paciente/cliente			afuera (vía pública)
--	------------------------------------	--	---------------------------------	--	--	----------------------

SH 6.- ¿Como respondió al acoso sexual? Por favor marque las celdas que correspondan

	No hice nada
	Hice como si nunca hubiese ocurrido
	Le dije a la persona que parara
	Le conté a amigos/familia
	Le conté a un colega
	Lo reporte a un miembro senior del staff
	Busqué consejería profesional
	Pedí ayuda al sindicato
	Pedí ayuda a la asociación
	Me transferí a otra posición
	Hice un reporte de incidente/accidente
	Entable demandas legales
	Hice una demanda por compensación
	Otro:

SH 7.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue acosado/a sexualmente. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo acosaron sexualmente, cuan ansioso ha estado por:	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremo
Recuerdos, pensamientos, imágenes inquietantes del abuso que se repiten.					
Evitar pensar o hablar acerca del abuso o evitar tener sentimientos relacionados a él.					
Estar "súper atento" o vigilante y en guardia					
Sentir que todo lo que hizo/hace fue /es un esfuerzo					

SH 8.- ¿Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

SH 9.- ¿Se tomaron medidas para investigar las causas del acoso sexual?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

Si contesta no o no lo sé, por favor vaya a la pregunta **SH 10**

9.1. Si contesta si, ¿quién las tomó? (por favor marque las celdas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico jefe SAR/SAPU	<input type="checkbox"/>	Enfermera/o coordinadora SAR/SAPU
<input type="checkbox"/>	Asociación (fenats-fenpruss)	<input type="checkbox"/>	Grupo comunitario
<input type="checkbox"/>	Carabineros	<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor especifique _____

9.2. Si contesta si, ¿qué consecuencias sufrió el que le hizo abuso sexual?

	Ninguna		Se emitió advertencia verbal
	Fue reportado a carabineros		Agresor fue acusado judicialmente
	No lo sabe		Otro

Especifique: _____

SH 10.- Su empleador o supervisor le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de hablar o reportarlo		
Otro apoyo		

SH 11.- ¿Cuán satisfecho está con la forma en que se trató el incidente ?

(por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

SH 12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las celdas relevantes)

	No fue importante		Me sentí avergonzado/a
	Me sentí culpable		Asustado/a de consecuencias negativas
	No sirve de nada		No sabía a quien reportarlo
	Otro:		

IV. ACOSO RACIAL/ÉTNICO

Acoso racial corresponde a cualquier conducta amenazante que se base en raza, color, idioma, nacionalidad, religión, asociación con una minoría, nacimiento u otro estatus que no sea recíproco o no deseado y que afecte la dignidad de hombres y mujeres en el trabajo.

RH 1.- En los últimos 12 meses, ha sido acosada/o racialmente en su trabajo?

	Si	Por favor conteste las siguientes preguntas
	No	Por favor vaya a la sección D Página 27

RH 2.- Cuan a menudo ha sido acosado/a racialmente en los últimos 12 meses ?

	Todo el tiempo		A veces
	Una vez		

RH 3.- Por favor, acuérdesse de la ultima vez en que fue acosado/a racialmente en su trabajo. ¿quien lo/a acoso racialmente ?

	Paciente/cliente		Parientes del paciente/cliente
	Miembro del equipo de trabajo		Jefe/supervisor
	Colega/trabajador externo		Público en general
	Otro		

RH 4.- Considera usted que este fue un incidente de acoso racial tipico de los que ocurren en su lugar de trabajo ?

	Si
	No

RH 5.- ¿Adonde/donde se llevo a cabo el acoso racial?

	Dentro de una institución de salud		En la casa del paciente/cliente			afuera (vía pública)
--	------------------------------------	--	---------------------------------	--	--	----------------------

RH 6.- ¿Como respondió al acoso racial? Por favor marque las celdas que correspondan

	No hice nada
	Hice como si nunca hubiese ocurrido
	Le dije a la persona que parara
	Le conté a amigos/familia
	Le conté a un colega
	Lo reporte a un miembro mayor del staff
	Busqué consejería profesional
	Pedí ayuda al sindicato
	Pedí ayuda a la asociación
	Me transferí a otra posición
	Hice un reporte de incidente/accidente
	Entable demandas legales
	Hice una demanda por compensación
	Otro:

RH 7.- Abajo aparece una lista de problemas y reclamos que la gente a veces tiene en respuesta a experiencias estresantes de la vida tal como el incidente que le ocurrió a usted. Para cada ítem, por favor indique cuan molesta o cuanto le han afectado estas experiencias desde que fue acosado/a racialmente. Por favor marque una opción por pregunta.

Desde que lo acosaron, cuan Ansioso ha estado por:	Nada	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Extremo
Recuerdos, pensamientos imágenes inquietantes del abuso que se repiten.					
Evitar pensar o hablar acerca del abuso o evitar tener sentimientos relacionados a él.					
Estar "super atento" o vigilante y en guardia					
Sentir que todo lo que hizo/hace fue /es un esfuerzo					

RH 8.- ¿Cree usted que el incidente pudo haberse evitado/prevenido?

<input type="checkbox"/>	Si
<input type="checkbox"/>	No

RH 9.- ¿Se tomaron medidas para investigar las causas del acoso racial?

<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No lo sé
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----------

Si contesta no o no lo sé, por favor vaya a la pregunta **RH 10**

9.1. Si contesta si, ¿Quién las tomó? (por favor marque las celdas que correspondan)

<input type="checkbox"/>	Médico jefe SAR/SAPU	<input type="checkbox"/>	Enfermera coordinadora SAR/SAPU
<input type="checkbox"/>	Asociación (fenats, fenpruss)	<input type="checkbox"/>	Grupo comunitario
<input type="checkbox"/>	Carabineros	<input type="checkbox"/>	Otro:

Por favor especifique _____

9.2. Si contesta si, ¿Qué consecuencias sufrió el/la que lo/a acoso?

	Ninguna		Se emitió advertencia verbal
	Fue reportado a carabineros		Agresor fue acusado judicialmente
	No lo sabe		Otro

RH 10.- Su empleador o supervisor le ofreció:

	SI	NO
Consejería profesional		
Opción de hablar o reportarlo		
Otro apoyo		

RH 11.-¿Cuán satisfecho está con la forma en que se trató el incidente ?

(Por favor califique: 1 = muy disconforme 5 = muy satisfecho)

1	2	3	4	5

RH 12.- Si usted no le contó o reportó el incidente a otros, ¿Por qué no lo hizo? (Por favor marque las celdas relevantes)

	No fue importante		Me sentí avergonzado/a
	Me sentí culpable		Asustado/a de consecuencias negativas
	No sirve de nada		No sabía a quien reportarlo
	Otro:		

D. EMPLEADOR DEL AREA DE LA SALUD

HE 1.- Su empleador ha desarrollado políticas/reglas específicas para:

REGLAS	SI	NO	NO LO SÉ
Salud y Seguridad			
Violencia física en el trabajo			
Abuso verbal			
Acoso sexual			
Acoso racial			
Bullyng/mobbing			
Amenazas			

HE 2.- ¿Que medidas existen en su trabajo para lidiar con la violencia laboral? Por favor marque cada celda que corresponda

	Medidas de seguridad (ejemplo: guardias, alarmas, teléfonos portátiles)
	Mejoras del entorno (ejemplo: iluminación, ruido, calor, acceso a la comida, limpieza, privacidad)
	Acceso publico restringido
	Análisis previo de pacientes (para registrar y estar consciente de algún comportamiento agresivo previo)
	Protocolos para los pacientes (ejemplo: procedimientos de control y contención, transporte, medicación, actividades. Programación, acceso a información.)
	Restringir el intercambio de dinero en el trabajo (ejemplo : pagos de pacientes)
	Aumentar el equipo
	Procedimientos de registro para el equipo (especialmente para los cuidados en el hogar)
	Equipamiento y vestimenta especial (ejemplo: uniforme o ausencia de el)

	Cambios de turno (ejemplo: horas de trabajo)
	Periodos reducidos de trabajo solitario
	Entrenamiento
	Aptitudes comunicacionales, resolución de conflictos, autodefensa.
	Inversión en desarrollo de recursos humanos (entrenamiento para ascender profesionalmente, retiros, recompensas por logros, promover un ambiente saludable)
	Ninguno de estos
	Otros:

HE 3.- ¿Hasta que punto cree usted que estas medidas serian de ayuda en su ambiente de trabajo?

Medidas	Mucho	Moderado	Poco	Nada
Medidas de seguridad				
Mejoras del entorno				
Acceso publico restringido				
Análisis previo de pacientes				
Protocolos para los pacientes				
Restringir el intercambio de dinero en el trabajo				
Aumentar el equipo				
Procedimientos de registro para el equipo				
Equipamiento y vestimenta especial				
Cambios de turno				
Periodos reducidos de trabajo				
No trabajar solo/a				
Entrenamiento				

Desarrollo de recursos humanos				
Otros				

HE 4.- ¿Cuál de los siguientes cambios, si es que han habido, han ocurrido en los últimos 2 años?

	Ninguno		Reestructuración/reorganización
	Reducción del equipo		Aumento del equipo
	Restricción de recursos		Recursos adicionales
	Otros:		No lo sabe

HE 5.- En su opinión, ¿que impacto han tenido los cambios mencionados arriba, en su trabajo? Por favor marque las celdas que correspondan:

	Ninguno
	La situación laboral del staff empeoro
	La situación laboral del staff mejoro
	La situación de los pacientes/clientes empeoro
	La situación de los pacientes/clientes mejoro
	No lo sé
	Otro

O1.- En su opinión, ¿cuáles son los tres factores más importantes que contribuyen a la **violencia física** en su ambiente laboral?

O2.- En su opinión, ¿cuáles son los tres factores mas importantes que contribuyen a la **violencia sicológica (no física)** en su ambiente laboral?

O3 .- En su opinión, ¿cuáles son las tres medidas mas importantes que pudiesen reducir cualquier tipo de violencia en su ambiente laboral?

Muchas gracias por sus respuestas y colaboración

Anexo 4: Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS)

INSTRUCCIONES

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

Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma: Nunca: 0, Pocas veces al año o menos: 1, Una vez al mes o menos: 2, Algunas veces al mes: 3, Una vez a la semana 4, Pocas veces a la semana: 5, Diariamente: 6.

Items del cuestionario	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.							
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mi como si fuesen objetos impersonales.							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.							
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.							
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.							
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado por el trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.							
16. Siento que trabar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.							

Anexo 5: Aprobación comité ético Facultad de Enfermería



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción, 29 agosto 2024

Ref: Resolución N°20-24

Sr. Pablo Evert Pérez
Investigador Responsable
Presente.

Estimado Investigador:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por Mónica Burgos M., Maritza Espinoza V., Luis Luengo M., y Adriana Ribeiro A., en reunión el día 26 de agosto del presente año, ha revisado la segunda versión del proyecto de investigación titulado: **“Burnout y nivel de Violencia Laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío”**.

El proyecto es **Aprobado**, sin embargo, es recomendable que incorpore las siguientes observaciones antes del envío a las otras instancias de revisión ética científica:

- a) La Asociación Colaborativa debe considerar el compromiso del investigador de realizar devolución de los resultados a las instituciones de manera anonimizada, aspecto que debe incorporarlo en la carta de apoyo.
- b) Con respecto al punto b de la Validez científica que fue observado en la resolución anterior, si bien la acoge, mencionando en la matriz de cambios: *“Se establece una pregunta para los objetivos 5 y 6”*, sin embargo, no se evidencia este cambio en el proyecto (punto 1.3 Problema de investigación).
- c) Aún falta detallar el nivel de medición de las variables principales en el Anexo 1. Esta información es relevante dado que orienta el tipo de análisis estadístico.
- d) Debe detallar como *“el investigador aplicará el instrumento”*, página 44. Será autoadministrado o de administración guiada por el investigador.
- e) Revisar el análisis estadístico referido al sexto objetivo específico: *“Análisis de la Relación entre Características Sociodemográficas y Laborales con el Nivel de Violencia Laboral”* del punto 2.4 Procesamiento y análisis de los datos. Para las

respuestas dicotómicas de la variable Violencia laboral considere una Regresión logística binomial. Asimismo, debe explicar lo que respecta a “*violencia laboral medida por la escala de la OMS puede ser categorizada en diferentes niveles (bajo, medio, alto)*”. Esta la descripción debería incluirse en el punto 2.3.3 Instrumento recolector de datos, página 41 y en el anexo 1.

- f) El consentimiento informado, presenta la “*firma del encuestador*”, debe aclarar si lo considerará.
- g) Dado que modificó el nombre de la población en el título del proyecto, debe cautelar su modificación en todas las partes donde se identifique a la población de estudio.

Aspectos de forma:

- Para la tabla que incorpora en esta versión, página 42, debe incorporar numeración, título y fuente.
- Corregir el lenguaje inclusivo “*La/el trabajador*”, en página 40,

En caso de surgir alguna duda, este comité queda a su disposición.

Atentamente,


Mónica Burgos M.
Secretaría CEC
Facultad Enfermería


Maritza Espinoza V.
Presidenta CEC
Facultad Enfermería



Anexo 6: Aprobación comité ético vicerrectoría de investigación y desarrollo



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 1784-2024

Concepción, octubre de 2024.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado y evaluado el **PROYECTO DE TESIS** titulado **“BURNOUT Y NIVEL DE VIOLENCIA LABORAL EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS DE UNA COMUNA DEL BIOBÍO”**, presentado por el Enfermero **SR. PABLO ANDRÉS EVERT PÉREZ**, en calidad de Investigador Responsable, alumno regularmente inscrito en el Programa de Magíster en Enfermería, junto a su Profesora Guía, la **DRA. VARINIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ CAMPO**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y principios éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para investigación que involucra personas.

En el Proyecto de Tesis que se revisa se propone relacionar el síndrome de Burnout y el nivel de violencia laboral en el personal que trabaja en los Servicios de Atención de Urgencia de Alta Resolutividad (SAR) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) de la comuna de Concepción, Chile, para el año 2024.

El desarrollo de la investigación se estructura en 06 (seis) objetivos específicos, a saber. Inicialmente, propone describir las características sociodemográficas y laborales de las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2024; después, determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y violencia laboral entre las poblaciones de estudio para, a continuación, identificar y categorizar los tipos de violencia laboral mayormente reportados por las y los trabajadores de interés y determinar quiénes son los principales agresores por ellos notificados. Con los resultados de las actividades anteriores, pretende analizar la relación entre las características sociodemográficas y laborales con la prevalencia del síndrome de Burnout en las y los trabajadores de los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile, en el año 2024 para, finalmente, examinar la relación entre las características sociodemográficas y laborales con el nivel de violencia laboral estas poblaciones de interés.

El abordaje metodológico de este estudio es cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional y de corte transversal.

El tipo de muestreo será censal, conformado por 147 funcionarios/as, siendo la o el trabajador guardia, técnico/a, enfermero/a, médico/a, tecnólogo/a, auxiliar, conductor/a, administrativo/a que se desempeñen en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile.

La participación de cada sujeto estará basada en el proceso de Consentimiento Informado, que será documentado conforme modelo presentado a este Comité institucional, y regularmente aplicado y firmado, aceptando sus términos.

Para la medición de la violencia laboral, los datos se obtendrán mediante la encuesta *Workplace Violence in the Health Sector*, traducida y validada para su uso en Chile en el año 2014; para el síndrome de Burnout la medición será con el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, inventario de Burnout de Maslach, instrumento ampliamente utilizado para medir este síndrome en distintos contextos, adaptado al español y validado para su uso en Chile en los años 2004 y 2014.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

Cabe destacar que habrá una prueba piloto. De acuerdo con el diseño del estudio y su objetivo, las/ los participantes no serán incluidos en la muestra del estudio principal, pero los datos obtenidos de esta etapa serán incluidos en el resultado final del estudio.


Para el análisis de los datos se utilizará pruebas estadísticas adecuadas para obtener el resultado que busque dar respuesta a la pregunta planteada, estando todo debidamente indicado en el proyecto.

La custodia de la información y de los resultados de los estudios enmarcados en el Proyecto de Tesis, serán de responsabilidad del Enfermero Sr. Pablo Andrés Evert Pérez.

La ejecución de las actividades descritas en este proyecto asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el proyecto presentado observa los derechos y principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las normas éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución Política de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana, la Ley N° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada", la Ley N° 20.393, que establece la responsabilidad penal de las personas jurídicas en los delitos que indica, y Ley N° 21.369, que Regula el Acoso Sexual, la Violencia y la Discriminación de Género en el ámbito de la Educación Superior. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el el **PROYECTO DE TESIS** titulado "**BURNOUT Y NIVEL DE VIOLENCIA LABORAL EN TRABAJADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIAS DE UNA COMUNA DEL BIOBÍO**", presentado por el Enfermero **SR. PABLO ANDRÉS EVERT PÉREZ**, en calidad de Investigador Responsable, alumno regularmente inscrito en el Programa de Magíster en Enfermería, junto a su Profesora Guía, la **DRA. VARINIA RODRÍGUEZ CAMPO**, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación que considera la participación de personas, así como también pautas éticas y bioéticas rectoras de nuestra Institución Universitaria los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (Resolución Exenta N° 157, de 2013, CONICYT) y las normas relativas adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confirmando el presente Certificado.


DRA. MARÍA ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
María Andrea Rodríguez Tastets -andrea@udec.cl-
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799

Anexo 7: Aprobación comité ético científico del Servicio de Salud Concepción



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA RES. N° 2308482467_13 dic 2023

Concepción, 26 de mayo 2025

EU. Pablo Evert P.
Investigador Responsable
Presente.

Ref: Burnout y nivel de violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío
Código CEC-SSC: 25-03-26

Estimado investigador

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión de fecha 20 de mayo 2025 tomó conocimiento y evaluó respuestas a observaciones planteadas por el comité en reunión de fecha 08 de abril 2025.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 20 de mayo 2025

Q: 06 / 08

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Claudio Bustos	Psicólogo	Integrante permanente / externo
Felipe León M.	Abogado / SSC	Integrante permanente / Abogado / Vice presidente
Nelson Pérez T	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Presidente
María Cristina Fellay	Bióloga	Integrante permanente / Representante comunidad
Francisco Guede R.	Kinesiólogo / UNAB	Integrante permanente / externo
Ricardo Saldías	Ingeniero comercial /HGG	Integrante permanente / Secretario

Excusas: Eliana Eriz_ Catalina Márquez

Este informe se refiere a la revisión que el comité hizo de los siguientes documentos recepcionados:

- Protocolo de estudio: Burnout y nivel de violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío. Cuarta versión, mayo 2025
 - Anexo 1: Definición nominal y operacional de variables.
 - Anexo 2: Cantidad total de funcionarios SAR y SAPU comuna de Concepción
 - Anexo 3: Encuesta "Workplace Violence in The Health Sector" (Versión español):
 - Anexo 4: Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS)
 - Anexo 5: Cartas de apoyo
 - Anexo 6: Consentimiento libre e informado prueba piloto
 - Anexo 7: Consentimiento informado
 - Anexo 8: Carta Gantt

CONCLUSION: Con fecha 20 de mayo 2025, el Comité aprueba el estudio y procede a timbrar los siguientes documentos:

- Protocolo de estudio: Burnout y nivel de violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío. Cuarta versión, mayo 2025
 - Anexo 1: Definición nominal y operacional de variables.
 - Anexo 2: Cantidad total de funcionarios SAR y SAPU comuna de Concepción
 - Anexo 3: Encuesta "Workplace Violence in The Health Sector" (Versión español):
 - Anexo 4: Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS)
 - Anexo 5: Cartas de apoyo
 - Anexo 6: Consentimiento libre e informado prueba piloto

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1
ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



ACTA DE EVALUACIÓN COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO


COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA R. EX N°2444 / 14.08.2012
RE ACREDITADO POR LA SEREMI SALUD DEL BIOBIO EN CONFORMIDAD A LA RES. N° 2308482467_13 dic 2023

- Anexo 7: Consentimiento informado
- Anexo 8: Carta Gantt
- Consentimiento libre e informado prueba piloto. Tercera versión, marzo 2025
- Consentimiento libre e informado protocolo. Tercera versión, marzo 2025
- Flyer de reclutamiento

Además, este Comité solicita que:

1. El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
2. El Investigador responsable debe cumplir con el adecuado manejo de la información, asegurando la no utilización de datos que pueda identificar a los participantes.
3. Las enmiendas, reportes de eventos adversos y desvíos de protocolo se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto.
4. Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
5. La validez de esta aprobación es por un año.
6. Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
7. Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio
8. En toda futura correspondencia hacer referencia al número de código asignado
9. Cumplir con la normativa y protocolos de seguridad del establecimiento y/o centro de investigación.
10. Para iniciar el estudio debe tener la autorización del Director del centro

Atentamente,


Ing. Ricardo Saldías Cerda
Secretario CEC-SSC

CC: CEC-SSC




Dr. Nelson Pérez Terán
Presidente CEC-SSC

Anexo 8: Cartas de aprobación comités de factibilidad de cada CESFAM



CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

Concepción, 29 de 01 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAM O'Higgins
declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a Pablo Andrés Evert Pérez

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,



Patricio Aroldo Ramírez
Médico de Familia
25 67.303-5
NOMBRE
SERVICIO + FIRMA+ TIMBRE

CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

Concepción, 15 de mayo 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

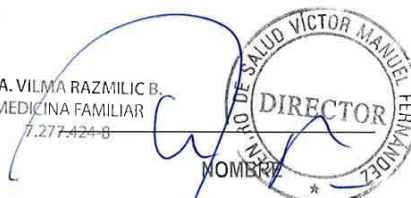
En mi calidad de Director(a) del CESFAM Victor Manuel Fernandez declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a Pablo Andrés Evert Pérez

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Etico Científico para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

DRA. VILMA RAZMILIC B.
MEDICINA FAMILIAR
7.277.424-B



SERVICIO + FIRMA+ TIMBRE

CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

Concepción, 04 de 02 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
P R E S E N T E

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAM Santo Salvo, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a Pablo Andrés Evert Pérez

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Etico Científico para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

M^a Eugenia Osorio Puente
Enfermera

RUT: 12.923.228-5



NOMBRE

SERVICIO + FIRMA+ TIMBRE





UNIDAD DE
INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO
CLÍNICO

CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA
LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN

Concepción, 21 de Enero 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAM Juan Soto Fernández, declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a Pablo Andrés Evert Pérez

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Etico Científico para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,


NOMBRE

SERVICIO + FIRMA+ TIMBRE



**CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA
LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN**

Concepción, 22 de Oct. 2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAM TUCAPEL,
declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral
en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos
anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a
Pablo Andrés Evert Pérez

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Ético Científico para su revisión/aprobación.
- (Señale cualquier otra información que usted considere importante que sea relevante para la evaluación).

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,



Pablo Andrés Evert Pérez
NOMBRE

SERVICIO + FIRMA+ TIMBRE



**CARTA DE RESPALDO DEL JEFE DE SERVICIO O SITIO PARA
LA PRESENTACION DE PROYECTO AL CEC SS CONCEPCIÓN**

Concepción, 31..de marzo..2025

Sr. Nelson Pérez Terán
Presidente Comité Ético Científico
Servicio de Salud Concepción
PRESENTE

REF: Carta Apoyo Presentación Protocolo/ Proyecto de Investigación

Estimado Sr. Nelson Pérez:

En mi calidad de Director(a) del CESFAMLORENZO ARENAS....., declaro conocer el protocolo/proyecto de investigación titulado: "Burnout y nivel de Violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencia de una comuna del Biobío" y sus documentos anexos, el cual autorizo para que sea presentado a evaluación / aprobación por el CEC por el Sr/Dr/a **Pablo Andrés Evert Pérez**

A este respecto:

- Certifico que Don Pablo Andrés Evert Pérez tiene la experiencia y conocimientos necesarios para ser el Investigador Responsable de este proyecto de investigación.
- Declaro que el Investigador Responsable tiene la competencia suficiente para asumir las tareas inherentes a esta función.
- Certifico que este protocolo/proyecto no contraviene las guías de buenas prácticas vigentes en este servicio.
- Declaro que existe infraestructura y recursos humanos que permiten desarrollar este protocolo/proyecto
- Conoce las responsabilidades de cumplimiento de Protocolo local pre y post investigación.
- En consecuencia, doy el apoyo para la realización de dicho protocolo/proyecto en nuestro Servicio y estoy de acuerdo a que sea presentado al Comité Etico Científico para su revisión/aprobación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,




PATRICIA HENRIQUEZ SANHUEZA
DIRECTOR CESFAM LORENZO ARENAS



DE: PATRICIA HENRÍQUEZ SANHUEZA . DIRECTOR CESFAM LORENZO ARENAS.

A: PABLO EVERT PEREZ. ENFERMERO. INVESTIGADOR

Como director del CESFAM Lorenzo Arenas y considerando la determinación del Comité de factibilidad de Investigación (CFI) **APRUEBO** la solicitud de realizar la investigación en nuestro establecimiento del siguiente estudio:

Título: "Burnout y nivel de Violencia Laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias de una comuna del Biobío",

Investigador: Pablo Andrés Evert Pérez. Enfermero.

Se extiende el presente documento para ser presentado para aprobación al Comité de ética científico correspondiente.



Patricia Henríquez Sanhueza
Director

"Para dar inicio a la investigación en nuestro establecimiento, se debe presentar ante el Comité de Factibilidad de estudio local, el documento de aprobación del Comité de ética"

Concepción, 31 marzo 2025

Anexo 9: Consentimiento libre e informado prueba piloto



Consentimiento Libre e Informado

N°:

Estimado(a) participante:

Usted ha sido invitado/a a participar de la prueba piloto para el estudio “Burnout y nivel violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias una comuna del biobio”, investigación dirigida a trabajadores activos de SAR o SAPU de la comuna de Concepción y conducida por Pablo Andrés Evert Pérez, enfermero y tesista del programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, con correo electrónico pabloevert@udec.cl y número de contacto +56957449317.

Se ha comprobado que la violencia en el trabajo repercute negativamente en la salud de los funcionarios, pudiendo generar el síndrome de los quemados o “Burnout” en inglés, caracterizado por apatía, depresión y desconexión emocional, pudiendo impactar significativamente en la calidad de la atención de los cuidados entregados. En nuestro país ha sido estudiado principalmente en ambientes intrahospitalarios y en algunos casos en atención primaria, pero no se han encontrado datos sobre lo que ocurre en los servicios de atención primaria de urgencia.

Conocer lo que ocurre en estos entornos permitirá generar datos útiles para visibilizar la situación de los SAR y SAPU y contribuir a los programas existentes para prevenir la violencia en su entorno laboral.

El objetivo de este estudio es relacionar el síndrome de burnout y el nivel de violencia laboral en el personal que trabaja en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile.

El objetivo de la prueba piloto es obtener datos que permitan mejorar el proceso de aplicación de encuestas en otros establecimientos similares.

Para participar usted debe encontrarse trabajando activamente en un SAR o SAPU de la comuna por un periodo de al menos 6 meses,

Considere que usted **no** puede participar si actualmente se encuentre en proceso de sumario relacionado a violencia en el trabajo, si no se encuentra laboralmente activo durante el periodo de estudio o si ha retornado dentro de los últimos 6 meses de una ausencia prolongada (mayor a 6 meses)

Su participación consistirá en responder un instrumento compuesto por dos encuestas, lo que tomará aproximadamente 40 minutos. Las encuestas son:

1. **Workplace Violence in the Health Sector:** Diseñada para medir distintos tipos de violencia laboral, cubriendo un amplio espectro de conductas, comportamientos y prácticas consideradas como expresiones de violencia laboral. También incluye preguntas sobre quiénes son los(as) responsables de las situaciones mencionadas netamente para identificar si el acoso es descendente, ascendente u horizontal.

2. **Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS):** Diseñado para medir la presencia del síndrome de burnout a través de preguntas dirigidas a tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Estas encuestas son anónimas y no requieren su nombre. Los centros donde se realicen no serán publicados. Las encuestas serán aplicadas por el investigador en horario laboral, en un lugar dentro de su trabajo donde usted se sienta cómodo(a) y seguro(a) para responder.

Todos los datos recopilados serán guardados y custodiados por el investigador, manteniendo su confidencialidad. Los datos serán utilizados exclusivamente para este estudio y serán eliminados al cabo de 15 años. Los resultados podrán ser divulgados en congresos y revistas científicas, siempre resguardando su anonimato y confidencialidad. Si desea conocer los resultados que se publicarán de esta investigación, puede solicitarlos al correo antes mencionado.

Información importante que usted debe considerar:

- No existen respuestas correctas o incorrectas.
- Sólo puede ser respondido una vez por persona.
- Su participación es **libre y voluntaria**, usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones, y esto no tendrá ningún perjuicio para usted.
- Existe el riesgo de que, al recordar eventos pasados relacionados con situaciones de violencia en el trabajo, pueda experimentar malestar. Si esto sucede, puede comunicarse con el investigador, quien está capacitado para brindar primeros auxilios psicológicos y podrá guiarlo a su prestador de salud para recibir ayuda.
- Participar no presenta ningún costo ni beneficio directo o inmediato para usted, pero permitirá la generación de datos útiles para visibilizar la situación en los SAR y SAPU y contribuir a los programas existentes para prevenir la violencia en su entorno laboral.
- Se garantiza su anonimato a través de dos mecanismos: 1) No se registrará su nombre, ni divulgará el establecimiento al cual pertenece, y 2) los datos que se divulgarán corresponderán a una base de datos del total de establecimientos participantes de la investigación, por lo tanto, tampoco podrá ser identificado indirectamente.

Si tiene alguna duda de esta investigación puede contactarse con el investigador responsable al correo electrónico mencionado previamente.

Si requiere información respecto al proceso de denuncia de violencia laboral en su lugar de trabajo, el investigador le podrá orientar acerca de los canales disponibles que tiene para emitir su denuncia, conforme a la ley n°21.643 (Ley Karin).

Si tiene alguna duda acerca de su participación y respectivos derechos en este estudio, podrá comunicarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, dirección; Avda. Roosevelt 1582, Concepción-Chile, teléfono: +56 41 3270869, correo: ceci@ssconcepcion.cl

Si acepta estos términos puede participar en este estudio de manera libre y voluntaria. Usted recibirá una copia de este documento.



Pablo Andrés Evert Pérez
Investigador responsable

Anexo 10: Consentimiento libre e informado

Consentimiento Libre e Informado

N°:

Estimado(a) participante:

Usted ha sido invitado/a a participar de la investigación titulada “Burnout y nivel violencia laboral en trabajadores de atención primaria de urgencias una comuna del biobio”, dirigida a trabajadores activos de SAR o SAPU de la comuna de Concepción y conducida por Pablo Andrés Evert Pérez, enfermero, tesista del programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, con correo electrónico pabloevert@udec.cl y número de contacto +56957449317.

Se ha comprobado que la violencia en el trabajo repercute negativamente en la salud de los funcionarios, pudiendo generar el síndrome de los quemados o “Burnout” en inglés, caracterizado por apatía, depresión y desconexión emocional, pudiendo impactar significativamente en la calidad de la atención de los cuidados entregados. En nuestro país ha sido estudiado principalmente en ambientes intrahospitalarios y en algunos casos en atención primaria, pero no se han encontrado datos sobre lo que ocurre en los servicios de atención primaria de urgencia.

Conocer lo que ocurre en estos entornos permitirá generar datos útiles para visibilizar la situación de los SAR y SAPU y contribuir a los programas existentes para prevenir la violencia en su entorno laboral.

El objetivo de este estudio es relacionar el síndrome de burnout y el nivel de violencia laboral en el personal que trabaja en los SAR y SAPU de la comuna de Concepción, Chile.

Para participar usted debe encontrarse trabajando activamente en un SAR o SAPU de la comuna por un periodo de al menos 6 meses,

Considere que usted **no** puede participar si actualmente se encuentre en proceso de sumario relacionado a violencia en el trabajo, si no se encuentra laboralmente activo durante el periodo de estudio o si ha retornado dentro de los últimos 6 meses de una ausencia prolongada (mayor a 6 meses)

Su participación consistirá en responder un instrumento compuesto por dos encuestas, lo que tomará aproximadamente 40 minutos. Las encuestas son:

1. **Workplace Violence in the Health Sector:** Diseñada para medir distintos tipos de violencia laboral, cubriendo un amplio espectro de conductas, comportamientos y prácticas consideradas como expresiones de violencia laboral. También incluye preguntas sobre quiénes son los(as) responsables de las situaciones mencionadas netamente para identificar si el acoso es descendente, ascendente u horizontal.

2. **Inventario Burnout de Maslach (MBI-HSS):** Diseñado para medir la presencia del síndrome de burnout a través de preguntas dirigidas a tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

Tercera versión, marzo 2025



1

Estas encuestas son anónimas y no requieren su nombre. Los centros donde se realicen no serán publicados. Las encuestas serán aplicadas por el investigador en horario laboral, en un lugar dentro de su trabajo donde usted se sienta cómodo(a) y seguro(a) para responder.

Todos los datos recopilados serán guardados y custodiados por el investigador, manteniendo su confidencialidad. Los datos serán utilizados exclusivamente para este estudio y serán eliminados al cabo de 15 años. Los resultados podrán ser divulgados en congresos y revistas científicas, siempre resguardando su anonimato y confidencialidad. Si desea conocer los resultados que se publicarán de esta investigación, puede solicitarlos al correo antes mencionado.

Información importante que usted debe considerar:

- No existen respuestas correctas o incorrectas.
- Sólo puede ser respondido una vez por persona.
- Su participación es **libre y voluntaria**, usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones, y esto no tendrá ningún perjuicio para usted.
- Existe el riesgo de que, al recordar eventos pasados relacionados con situaciones de violencia en el trabajo, pueda experimentar malestar. Si esto sucede, puede comunicarse con el investigador, quien está capacitado para brindar primeros auxilios psicológicos y podrá guiarlo a su prestador de salud para recibir ayuda.
- Participar no presenta ningún costo ni beneficio directo o inmediato para usted, pero permitirá la generación de datos útiles para visibilizar la situación en los SAR y SAPU y contribuir a los programas existentes para prevenir la violencia en su entorno laboral.
- Se garantiza su anonimato a través de dos mecanismos: 1) No se registrará su nombre, ni divulgará el establecimiento al cual pertenece, y 2) los datos que se divulgarán corresponderán a una base de datos del total de establecimientos participantes de la investigación, por lo tanto, tampoco podrá ser identificado indirectamente.

Si tiene alguna duda de esta investigación puede contactarse con el investigador responsable al correo electrónico mencionado previamente.

Si requiere información respecto al proceso de denuncia de violencia laboral en su lugar de trabajo, el investigador le podrá orientar acerca de los canales disponibles que tiene para emitir su denuncia, conforme a la ley n°21.643 (Ley Karin).

Si tiene alguna duda acerca de su participación y respectivos derechos en este estudio, podrá comunicarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción, dirección; Avda. Roosevelt 1582, Concepción-Chile, teléfono: +56 41 3270869, correo: cec@ssconcepcion.cl

Si acepta estos términos puede participar en este estudio de manera libre y voluntaria. Usted recibirá una copia de este documento.



Pablo Andrés Evert Pérez
Investigador responsable

Acta de firma

Confirmando y dejando constancia de que he leído y recibido una copia de este documento y la información que proporciona, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas, cumplo con los requisitos y acepto participar libre y voluntariamente en esta investigación, entendiéndolo que tengo el derecho a abandonarla en cualquier momento sin dar explicaciones ni que me afecte de alguna manera.

Nombre participante	Firma	Fecha
---------------------	-------	-------

Nombre Investigador que toma el consentimiento	Firma	Fecha
--	-------	-------

Director del Centro o delegado	Firma	Fecha
--------------------------------	-------	-------

