



Título: Escaleras
Autor: Juan Fernando Ospina - Fotógrafo
Medellín

Volumen 43, 2025

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e358993>

Recibido: 22/11/2024
Aprobado: 14/05/2025
Publicado: 30/05/2025

Cita:
Ansoleaga E, Villagra B, Soto-Contreras E.
Factores protectores y de riesgo de ideación
suicida en trabajadores de hospitales públicos
en Chile: dimensiones organizacionales y
liderazgos destructivos. Rev. Fac. Nac. Salud
Pública. 2025;43:e358993. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e358993>



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative
Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Factores protectores y de riesgo de ideación suicida en trabajadores de hospitales públicos en Chile: dimensiones organizacionales y liderazgos destructivos*

Elisa Ansoleaga Moreno¹ , Belén Villagra Cantero² , Elena Soto-Contreras³

¹ Doctora en Salud Pública. Universidad Diego Portales. Chile. maria.ansoleaga@udp.cl

² Magíster en Psicología con mención en Psicología del Trabajo y las Organizaciones.
Universidad de Concepción. Chile. bvillagra2018@udec.cl

³ Magíster en Psicología con mención en Psicología del Trabajo y las Organizaciones
Universidad de Concepción. Chile. elenabsoto2016@udec.cl

Resumen

Objetivo: Identificar factores protectores y de riesgo en la relación entre liderazgos destructivos, dimensiones organizacionales e ideación suicida en trabajadores de la salud pública en Chile.

Métodos: Estudio de corte. Se aplicó una encuesta a 1855 trabajadores de hospitales públicos de tres regiones en Chile, entre los meses de enero y mayo de 2023. El muestreo fue probabilístico, estratificado por sexo y estamento. Mediante modelos de regresión logística segmentados por sexo, se analizó la asociación entre estilos de liderazgo (*laissez-faire*, tiránico y constructivo), salud mental (ideación suicida) y dimensiones organizacionales (acoso laboral, demandas emocionales, conflicto de rol, vulnerabilidad laboral, clima de gestión de conflictos).

Resultados: El 6,42 % de la muestra presentó ideación suicida; el 32,94 % reportó liderazgo *laissez-faire*; el 13,42 %, liderazgo tiránico, y el 85,93 %, liderazgo constructivo. Los modelos ajustados mostraron que hombres expuestos a liderazgo *laissez-faire* [ORa = 2,52 (IC 95 %: 1,34-5,76)] y a liderazgo tiránico [ORa = 2,80 (IC 95 %: 1,33-5,87)] tienen casi tres veces mayor posibilidad de presentar ideación suicida que los no expuestos. Un favorable clima de gestión de conflictos es un factor protector para la ideación suicida en la muestra total de trabajadores [ORa = 0,58 (IC 95 %: 0,34-0,98)].

Conclusión: Los liderazgos destructivos constituyen un factor de riesgo para la ideación suicida en hombres. El acoso laboral y las demandas emocionales también actúan como factores de riesgo de ideación suicida en hombres y mujeres, y la vulnerabilidad laboral es un factor de riesgo solo en mujeres. El clima favorable de gestión de conflictos constituye un factor protector de la salud mental en las organizaciones y un posible camino de intervención.

-----**Palabras clave:** liderazgo, salud mental, suicidio, trabajadores de la salud, violencia laboral.

* Este trabajo fue parte del proyecto de investigación titulado “El liderazgo destructivo y la salud mental de las y los trabajadores de la salud pública en Chile: un estudio longitudinal hacia la construcción de un modelo interpretativo/explicativo atendiendo dimensiones organizacionales y de desigualdad social”, financiado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo del Gobierno de Chile, a través del Fondo para el Desarrollo Científico y Tecnológico: FONDECYT: 1220547 (2022-2025).

Protective and risk factors for suicidal ideation in public hospital workers in Chile: organizational dimensions and destructive leadership

Abstract

Objective: To identify protective and risk factors in the relationship between destructive leadership, organizational dimensions, and suicidal ideation in public health workers in Chile.

Methods: A cross-sectional study. A survey was administered to 1,855 public hospital workers from three regions in Chile between January and May 2023. Sampling was probabilistic, stratified by sex and professional category. Using logistic regression models segmented by sex, the association between leadership styles (laissez-faire, tyrannical, and constructive), mental health (suicidal ideation), and organizational dimensions (work harassment, emotional demands, role conflict, work vulnerability, conflict management climate) was analyzed.

Results: 6.42% of the sample presented suicidal ideation; 32.94% reported laissez-faire leadership; 13.42%, tyrannical leadership; and 85.93%, constructive leadership. The adjusted models showed us that men exposed to laissez-faire leadership [ORa = 2.52 (95 % CI: 1.34-5.76)] and tyrannical leadership [ORa = 2.80 (95 % CI: 1.33-5.87)] are almost three times more likely to present suicidal ideation than those not exposed. A favorable conflict management climate is a protective factor for suicidal ideation for the total sample of workers [ORa = 0.58 (95 % CI: 0.34-0.98)].

Conclusion: Destructive leadership is a risk factor for suicidal ideation in men. Work harassment and emotional demands also act as risk factors for suicidal ideation in men and women, and work vulnerability is a risk factor only in women. A favorable conflict management climate constitutes a protective factor for mental health in organizations and a possible avenue for intervention.

-----**Keywords:** leadership, mental health, suicide, health workers, workplace violence.

Fatores de proteção e risco para ideação suicida em trabalhadores de hospitais públicos no Chile: dimensões organizacionais e liderança destrutiva

Objetivo: Identificar fatores de proteção e risco na relação entre liderança destrutiva, dimensões organizacionais e ideação suicida em profissionais de saúde pública no Chile.

Métodos: Estudo seccional. Foi realizada uma pesquisa entre 1.855 trabalhadores de hospitais públicos em três regiões do Chile entre janeiro e maio de 2023. A amostragem foi probabilística, estratificada por sexo e classe social. Utilizando modelos de regressão logística segmentados por sexo, foi analisada a associação entre estilos de liderança (laissez-faire, tirânico e construtivo), saúde mental (ideação suicida) e dimensões organizacionais (assédio moral no local de trabalho, exigências emocionais, conflito de papéis, vulnerabilidade no trabalho e clima de gerenciamento de conflitos).

Resultados: 6,42% da amostra apresentou ideação suicida; 32,94% relataram liderança laissez-faire; 13,42% liderança tirânica e 85,93% liderança construtiva. Os modelos ajustados nos mostraram que homens expostos à liderança laissez-faire [aOR = 2,52 (IC 95%: 1,34-5,76)] e à liderança tirânica [aOR = 2,80 (IC 95%: 1,33-5,87)] têm quase três vezes mais chances de apresentar ideação suicida do que aqueles não expostos. Um clima favorável à gestão de conflitos é um fator de proteção para ideação suicida para a amostra total de trabalhadores [aOR = 0,58 (IC 95%: 0,34-0,98)].

Conclusão: Liderança destrutiva é um fator de risco para ideação suicida em homens. Assédio no local de trabalho e exigências emocionais também atuam como fatores de risco para ideação suicida em homens e mulheres, e a vulnerabilidade no trabalho é um fator de risco apenas em mulheres. Um clima favorável à gestão de conflitos é um fator de proteção à saúde mental nas organizações e uma possível via de intervenção.

-----**Palavras-chave:** liderança, saúde mental, suicídio, profissionais de saúde, violência no local de trabalho.

Introducción

En el sistema de salud chileno, el financiamiento, el aseguramiento y la provisión del servicio se encuentran segmentados en prestadores de salud pública y de salud privada. La salud pública concentra más del 80 % de la población y coincide con la población de más edad y con la más alta carga de enfermedad [1, p. 665]. Así, la salud pública en Chile se halla desafiada por la acelerada transición demográfica y el Estado enfrenta problemas de recursos financieros, humanos y organizativos. En consecuencia, los trabajadores de la salud enfrentan importantes demandas que se traducen en riesgos para su salud, pudiendo afectar también la calidad de la atención. De allí la relevancia de estudiar el trabajo en salud, sus condiciones y organización.

El trabajo en salud es eminentemente una labor desarrollada en el sector servicios. Esto implica que es el propio trabajador quien genera y entrega el servicio, en un proceso interactivo con y para otros, donde la calidad del mismo depende no solo de aspectos técnicos, sino también que está fuertemente permeado por aspectos relacionales [2, p. 184], lo que suele implicar una demanda emocional adicional a la carga física y cognitiva. A su vez, los trabajadores de la salud enfrentan complejos procesos en las tareas que desempeñan, con altos niveles de incertidumbre y desgaste emocional [3, p. 152;4]. Asimismo, se trata de un sector de actividad altamente feminizado; “las mujeres representan el 72,6 % de las personas empleadas; sin embargo, las brechas salariales persisten, así como la segregación vertical”, lo que genera grandes desigualdades sociales en este mercado laboral [5, p. 187].

Las condiciones y la naturaleza emocionalmente desgastante del trabajo en salud han implicado, históricamente, riesgos para el bienestar de los trabajadores sanitarios [6]; sin embargo, la pandemia permitió visibilizar y desnaturalizar las nocivas consecuencias del trabajo en la salud mental de los trabajadores [7]. Cuadros ansiosos, depresivos y trastornos por estrés postraumático han sido ampliamente descritos en la literatura asociados al trabajo en salud [8, p. 531], pero menos sabemos sobre el peor resultado posible cuando hablamos de salud mental: el suicidio.

“A nivel mundial, el comportamiento suicida (ideación, intento, suicidio) ha sido un importante problema de salud pública” [9, p. 565; la traducción es nuestra]. Los estudios epidemiológicos han demostrado que el riesgo de suicidio está determinado por diversos factores individuales, clínicos y sociales [10, p. 254]. La mayoría de los estudios sobre factores de riesgo suicida se han centrado en identificar antecedentes clínicos tales como cuadros de depresión mayor o consumo problemático de sustancias; también se ha caracterizado sociodemográfi-

camente a quienes han tenido comportamientos suicidas: ser hombre, joven, con bajos ingresos económicos, bajo nivel de escolaridad, diagnósticos psiquiátricos previos o con algún suceso vital estresante durante los últimos meses [11]. A pesar de que la literatura científica ha centrado su atención en aspectos individuales y clínicos, el estudio de los factores sociales relacionados con el comportamiento suicida tiene larga data [12]. La *ideación suicida* alude a “pensar, considerar o planificar el suicidio” [13, p. 17; la traducción es nuestra].

Existe creciente evidencia de las relaciones entre unas condiciones y la organización del trabajo patógenas y los efectos en la salud mental de los trabajadores [14]. Al respecto, Howard *et al.* [15] han propuesto un marco conceptual para comprender el vínculo entre el trabajo y el comportamiento suicida. En su modelo, identifican factores de riesgo asociados a un aumento de la ideación suicida, por ejemplo, las altas exigencias laborales, el control insuficiente del trabajo, el desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, el apoyo social inadecuado, la inseguridad laboral y el conflicto de roles [12,16].

A pesar de que son muy escasos los estudios que atienden los factores de protección y el suicidio en el ámbito de la salud mental relacionada con el trabajo, algunos de ellos, realizados en Corea y China, han señalado que un entorno laboral favorable podría desempeñar un papel importante en la reducción de tensiones psicológicas, actuando como un mecanismo de afrontamiento [17-20]. La revisión de Howard *et al.*, de 2022, “mostró un predominio de producción de estudios en Estados Unidos (N = 247), seguidos de Reino Unido (N = 41), Australia (N = 40) y Japón (N = 24) [...]” [15, p. 6], evidenciando una brecha respecto de la producción en América Latina.

El *liderazgo* es una dimensión escasamente estudiada en relación con el comportamiento suicida en las organizaciones laborales; sin embargo, sabemos que ciertos estilos destructivos tienen efectos negativos en el bienestar y la salud mental de los trabajadores, produciendo distrés psicológico, agotamiento emocional, entre otros [21,22], y “que una supervisión abusiva ha sido predictora de ideación suicida” [23, p. 1517; la traducción es nuestra]. El *liderazgo destructivo*, definido como “el comportamiento sistemático y repetido de un líder, supervisor o directivo que vulnera el interés legítimo de la organización al socavar o sabotear los objetivos, las tareas, los recursos y la eficacia de la organización o la motivación, el bienestar o la satisfacción laboral de los subordinados” [24, p. 208; la traducción es nuestra], ha adquirido diversas formas de manifestación, entre ellas, la supervisión abusiva, el liderazgo tiránico y el liderazgo *laissez-faire* [25].

Las *dimensiones organizacionales* aluden a aquellos aspectos de la organización del trabajo que son parte

tanto de las relaciones laborales como de los procesos de trabajo, algunas de los cuales, al ser perjudiciales, pueden generar importantes efectos en la salud mental de los trabajadores.

De este modo, la escasa evidencia sobre la relación entre los liderazgos destructivos y el suicidio, así como su vínculo con dimensiones organizacionales en el contexto de trabajo en salud en América Latina, como el acoso laboral, las demandas emocionales, los conflictos de rol, la vulnerabilidad laboral y el clima de gestión de conflictos, hacen necesario identificar los factores protectores y de riesgo en la relación entre liderazgos destructivos, las dimensiones organizacionales y la ideación suicida en trabajadores de la salud pública en Chile.

Métodos

En esta sección se describe detalladamente el diseño del estudio, el tipo de muestra, el procedimiento de recolección de datos, las variables e instrumentos utilizados, el procedimiento de análisis estadísticos y los aspectos éticos que fueron considerados durante la realización de la investigación.

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue empírico, de corte. El universo estuvo compuesto por todos los trabajadores y las trabajadoras de hospitales de alta complejidad de salud pública en Chile. De este universo se extrajo una muestra representativa de las tres grandes zonas metropolitanas en el país.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: trabajadores de la salud activos (incluyendo profesionales, técnicos, administrativos y personal de apoyo) en hospitales públicos de alta complejidad dentro de las regiones seleccionadas.

La muestra fue representativa, probabilística y estratificada por sexo y estamento (médico, enfermería, otros profesionales de la salud, técnicos, administrativos y auxiliares) para las regiones de Chile —Metropolitana, Valparaíso y Biobío— en donde fue realizado el estudio. Estas concentran el 45,6 % de los funcionarios de hospitales públicos de alta complejidad del país (24,1 %, 8,7 % y 12,8 %, respectivamente).

Considerando un error total muestral estimado de 1,8 %, basados en un intervalo de confianza del 95 %, una varianza de $p = 0,8$ y universo finito con base en datos disponibles del Ministerio de Salud de Chile, se estimó una muestra de 1855 participantes.

Para el reporte de resultados se consideró el uso de la guía para estudios observacionales Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [26,27].

En el marco del estudio se definieron y operacionalizaron las variables principales y covariables, mediante instrumentos validados, los cuales forman parte del diseño metodológico y del procedimiento de recolección de datos. A continuación se describen las variables consideradas —exposición, resultado y covariables— junto con los instrumentos utilizados para su medición y los criterios de categorización aplicados.

Procedimientos

Para la recolección de la información, entre enero y mayo de 2023 se aplicó una encuesta cara a cara a 1855 trabajadores (753 hombres y 1102 mujeres), entre los 18 y los 72 años de edad, de hospitales públicos de alta complejidad, en tres regiones de Chile: Valparaíso ($n = 402$), Metropolitana ($n = 1051$) y del Biobío ($n = 402$). Las personas fueron contactadas en sus lugares de trabajo.

Variables e instrumentos

- Variable de exposición *liderazgo destructivo*: para su medición se utilizó la escala desarrollada por Aasland *et al.* [28], basada en el marco conceptual de Einarsen *et al.* [29], y validada en Chile por González-Santa Cruz y Ansoleaga [30]. El instrumento cuenta con 3 subescalas: liderazgo tiránico (4 ítems), *laissez-faire* (7 ítems) y constructivo (6 ítems), y utiliza una escala de medida tipo Likert con 5 opciones de medida, que va desde 0 (nunca) a 4 (siempre). La confiabilidad de las respectivas subescalas fue: tiránico, $\alpha = 0,73$; *laissez-faire*, $\alpha = 0,72$, y constructivo, $\alpha = 0,82$.

Para determinar la exposición a un liderazgo destructivo se empleó el criterio de Mikkelsen y Einarsen [29, p. 40]. Incluye a quienes indicaron que sus líderes exhibían 2 o más comportamientos destructivos, con una frecuencia de “bastante a menudo”, “casi siempre” o “siempre”.

- Variable de resultado *ideación suicida*: se midió con el ítem: “en los últimos 30 días, ¿ha tenido pensamientos sobre terminar con su vida?” [31], con el formato Likert de 4 puntos, que va desde 1 (para nada) a 4 (muy frecuentemente). Se consideró “con ideación suicida” a aquellos trabajadores que respondieron positivamente a esta afirmación, independiente de la frecuencia señalada.

Covariables organizacionales

- Acoso laboral*: para su medición se utilizó el ítem de autoclasificación contenido en el Cuestionario de Conductas Negativas-Revisado (*Negative Acts Questionnaire-Revised*) [29], validado en Chile por González-Santa Cruz y Ansoleaga [30], cuya pregunta fue: “Si definimos el acoso como una

situación en la que una persona percibe que continuamente es objeto de conductas negativas frente a las cuales tiene dificultades para defenderse, según esta definición, ¿usted ha sido acosado/a durante los últimos seis meses en su trabajo? (Respuesta espontánea: sí o no)” [29].

- *Demandas emocionales*: se utilizó la subescala de demandas emocionales del instrumento SUSESO/ISTAS21 (Superintendencia de Seguridad Social/ Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de Barcelona) [32]. Se han definido las *demandas emocionales* vinculadas a las exigencias psicológicas cuantitativas, emocionales y de esconder emociones, que son parte del trabajo y que exigen a los trabajadores realizar la labor solicitada en un periodo de tiempo disponible, la capacidad de comprender la situación de otras personas que se encuentran experimentando emociones intensas y el esconder distintas emociones básicas en el trabajo por “razones profesionales”.

Contiene 4 ítems en una escala Likert de 5 puntos, que va desde 0 (nunca) a 4 (siempre). Su confiabilidad para esta muestra fue de $\alpha = 0,77$.

Para determinar las altas demandas emocionales se utilizó la mediana como punto de corte, donde los valores mayores a la mediana se identificaron como demandas emocionales elevadas.

- *Conflicto de rol*: corresponde a la “incompatibilidad entre las expectativas de un mismo rol” [33, p. 184; la traducción es nuestra], es decir, aquellas expectativas simultáneas o contradictorias que interfieren entre sí y dificultan la realización de las tareas laborales [33].

Se utilizaron los 3 ítems de conflicto de rol de la Escala de Bowling *et al.* [34], la cual presenta un formato Likert que va desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).

La confiabilidad para esta muestra fue de $\alpha = 0,74$. Se utiliza la mediana como punto de corte. La variable se dicotomizó para establecer con conflicto de rol a aquellos puntajes que estuvieran sobre la mediana.

- *Vulnerabilidad laboral*: asociada al concepto de *inseguridad laboral* —combinación de percepción de amenaza, impotencia e incertidumbre sobre el futuro [35]—, se definió como los “temores que influyen en cómo los trabajadores perciben su propia capacidad para interactuar con empleadores y supervisores” [36, p. 181; la traducción es nuestra].

Se utilizaron 4 ítems de la Escala de Empleo Precario (Employment Precariousness Scale) [37] y 3 ítems de la subdimensión de inseguridad con respecto al contrato de trabajo, del instrumento SUSESO/ISTAS21 [32].

Se consideró “con vulnerabilidad laboral” a quienes declararon 3 o más situaciones de vulnerabilidad laboral. La confiabilidad para esta muestra fue de $\alpha = 0,80$.

- *Clima de gestión de conflictos*: correspondió a las evaluaciones de los empleados sobre los procedimientos y las prácticas de gestión de conflictos de la organización; y sobre cómo se perciben de justas y predecibles las interacciones entre el líder y el trabajador [38,39].

Esta variable fue medida con la escala de Rivlin [38], adaptada por Einarsen *et al.* [39], la cual se compone de 4 ítems en formato Likert de 4 puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). La confiabilidad para esta muestra fue de $\alpha = 0,78$.

Se utilizó la mediana como punto de corte para establecer un adecuado clima de gestión de conflictos.

Covariable de salud mental

- *Uso de psicotrópicos*: consumo regular de hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos con prevalencia de un año y respuesta dicotómica [40]. La pregunta fue: “Durante los últimos 12 meses, ha tomado de manera regular, es decir todos los días o algunas veces por semana, medicamentos para: (a) ¿disminuir la ansiedad o el nerviosismo, tales como ansiolíticos?, (b) ¿ayudar a dormir, tales como hipnóticos?, (c) ¿remontar el ánimo, tales como antidepresivos? Respuesta dicotómica de sí/no” [40, p 597; la traducción es nuestra]. Se estableció “con consumo de psicotrópicos” a aquellos que declararan consumir hipnóticos, ansiolíticos o antidepresivos.
- *Covariables sociolaborales*: edad establecida en tramos (18-35; 36-45; 46-60; > 60); ingresos (se dicotomizó en menores o iguales que 600 000 o mayores o iguales que 600 001 pesos chilenos —CLP—, equivalentes a USD 643); discriminación en el trabajo (medida por contestar afirmativamente al menos a una categoría de la pregunta: “¿en su trabajo, se trata de manera injusta a las personas por: origen social, nacionalidad, diversidad sexual, pueblos indígenas, ser joven, ser adulto mayor, tener una discapacidad, ser mujer, ser hombre, otra?”; suceso vital estresante (mediante un ítem se consultó si en los últimos seis meses ha enfrentado la muerte de algún miembro cercano de su familia, algún accidente grave o fue víctima de una situación violenta dentro o fuera del hogar).

Análisis estadístico

En los análisis se utilizaron las estadísticas descriptiva e inferencial. Se analizó la prevalencia de ideación suicida

en presencia de los estilos de liderazgo, variables sociolaborales, organizacionales y de salud mental según sexo, mediante la prueba de ji cuadrado (χ^2).

Mediante un análisis bivariado de regresión logística se estimó la posibilidad de presentar ideación suicida en presencia de las covariables por sexo (*Odds Ratio* —OR—, intervalo de confianza —IC— del 95 %).

Finalmente, por medio de una regresión logística, se llevó a cabo un análisis multivariado de un modelo ajustado por variables sociolaborales: edad (menores de 35 años), ingresos (menor que CLP 600 000), discriminación (al menos un episodio), suceso vital estresante (un evento en los últimos seis meses) y uso de psicotrópicos.

Todos los análisis fueron estratificados por sexo. Los datos fueron ponderados para asegurar la representatividad del diseño del estudio y se llevaron a cabo con el *software* de análisis estadístico Stata versión 17.0 (StataCorp, College Station, Texas), licencia de los investigadores [41].

Se hizo una revisión exhaustiva de la base de datos, identificando, para la variable de ingresos, valores inconsistentes con la respuesta esperable, por lo que fueron consignados como “perdidos” (11,5 %); sin embargo, esto no constituye una limitación ni reporta sesgos para el estudio, porque no existen diferencias en edad ni sexo entre aquellos que contestaron o no esta variable

del estudio. Por esta razón, los datos perdidos no recibieron ningún tratamiento especial.

Aspectos éticos

Esta investigación contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Diego Portales (Acta 014-2022), con fecha del 13 de mayo de 2022. Este Comité adhiere los postulados contenidos en la Declaración de Helsinki 2013, y cumple con las leyes chilenas 20.120 (Ley de Investigación), 19.628 (protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal) y con la Ley 20.584 (Ley de derechos y deberes de los pacientes), además de las normas institucionales de la Universidad Diego Portales.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado, en el que se establecieron los objetivos del estudio y sus derechos y garantías éticas.

Resultados

La muestra (véase Tabla 1) estuvo compuesta en el 40,59 % por hombres y el 59,41 % por mujeres. De estos, el 54,02 % correspondió a jóvenes de entre 18 y 35 años, el 24,04 % entre 36 y 45, el 19,03 % entre 46 y 60, y el 2,91 % eran mayores de 60 años. Asimismo,

Tabla 1. Descripción de la muestra (n = 1855)

Variables sociolaborales		Hombre	Mujer	Total	valor de p
n (%)		n (%)	n (%)		
Sexo		753 (40,59)	1102 (59,41)	1855 (100)	
Edad	18-35	412 (41,12)	590 (58,88)	1002 (54,02)	0,05
	36-45	176 (39,46)	270 (60,54)	446 (24,04)	
	46-60	134 (37,96)	219 (62,04)	353 (19,03)	
	> 60	31 (57,41)	23 (42,59)	54 (2,91)	
Ingresos económicos (inferiores a CLP 600 000)		396 (36,77)	681 (63,23)	1077 (41,94)	0,000
Suceso vital estresante		187 (39,62)	285 (60,38)	472 (25,44)	0,618
Discriminación		232 (30,81)	390 (35,39)	622 (33,53)	0,040

CLP: pesos chilenos. 1 USD = 933 CLP.

el 41,94 % recibió un ingreso menor que CLP 600 000 (USD 643). Del total de la muestra, el 25,44 % sufrió un suceso vital estresante durante los últimos 6 meses. De igual manera, la prevalencia de discriminación total de la muestra fue de 33,53 %, con el 35,39 % en mujeres y el 30,81 % en hombres.

En cuanto a estilos de liderazgo, el 32,94 % estuvo expuesto a comportamientos de liderazgo *laissez-faire*; el 13,42 %, a comportamientos de liderazgo tiránico, y el 85,93 %, a comportamientos de liderazgo constructivo.

Respecto de las dimensiones organizacionales, el 15,08 % reportó haber sido víctima de acoso laboral en los últimos seis meses; el 49,11 % reportó altas

demandas emocionales; el 43,02 % presentó conflicto de rol; el 49,81 % tuvo una alta vulnerabilidad laboral, y solo el 31,54 % declaró la presencia de un favorable clima de gestión de conflictos en su equipo de trabajo. Finalmente, en cuanto a las variables de salud mental, el 28,46 % informó consumir de manera regular al menos un psicotrópico (ansiolítico, antidepresivo o hipnótico) y el 6,42 % presentó ideación suicida (véase Tabla 2).

Respecto a la prevalencia de la ideación suicida, los menores de 35 años, con un ingreso menor que CLP 600 000, que sufrieron al menos un episodio de discriminación en el trabajo y un suceso vital estresante durante los últimos 6 meses exhibieron una prevalencia mayor de ideación suicida en comparación con quienes no presentaron estas características (véase Tabla 3).

En cuanto a los estilos de liderazgo, aquellos que reportaron que sus jefaturas tenían comportamientos de liderazgo *laissez-faire* y tiránico tuvieron una mayor prevalencia de ideación suicida, 9,98 y 14,46 % respectivamente, al comparárseles con quienes no reportaron estos comportamientos de liderazgos (4,66 y 5,17 % respectivamente). Por otro lado, las personas que reportaron liderazgo constructivo mostraron una prevalencia de ideación suicida menor que los participantes que no reportaron estos comportamientos (5,77 versus 10,34 %) (véase Tabla 3).

Acerca de las dimensiones organizacionales, los trabajadores y las trabajadoras de la salud que reportaron altas demandas emocionales, conflicto de rol y alta vulnerabilidad laboral presentaron mayores prevalencias de ideación suicida que quienes no reportaron estas condiciones laborales (véase Tabla 3). El acoso laboral fue

Tabla 2. Prevalencias de estilos de liderazgo, dimensiones organizacionales y salud mental (n = 1855)

Variables		Hombre	Mujer	Total	valor de p
n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Comportamientos de liderazgo	Liderazgo <i>laissez-faire</i>	232 (31,02)	379 (34,24)	611 (32,94)	0,148
	Liderazgo tiránico	90 (11,95)	159 (14,43)	249 (13,42)	0,124
	Liderazgo constructivo	656 (87,12)	938 (85,12)	1594 (85,93)	0,224
Dimensiones organizacionales	Acoso	103 (13,68)	190 (17,24)	293 (15,80)	0,039
	Demandas emocionales	331 (43,96)	580 (52,63)	911 (49,11)	0,000
	Conflicto de rol	339 (45,02)	459 (41,65)	798 (43,02)	0,150
	Vulnerabilidad laboral	366 (48,61)	558 (50,64)	924 (49,81)	0,391
	Clima de gestión de conflictos	250 (33,20)	335 (30,40)	585 (31,54)	0,202
Dimensiones de salud mental	Uso de psicotrópicos	172 (22,84)	356 (32,30)	528 (28,46)	0,000
	Ideación suicida	46 (6,11)	73 (6,62)	119 (6,42)	0,656

Tabla 3. Prevalencia de la ideación suicida (%) según estilos de liderazgo, variables sociolaborales, organizacionales y de salud mental en hombres y mujeres (n = 1855)

Variables			Hombre	Mujer	Total	valor de p
			n (%)	n (%)	n (%)	
Estilos de liderazgo	Liderazgo <i>laissez-faire</i>	Sí	27 (11,64)	34 (8,97)	61 (9,98)	0,000
		No	19 (3,68)	39 (5,36)	58 (4,66)	
	Liderazgo tiránico	Sí	16 (17,78)	20 (12,58)	36 (14,46)	0,000
		No	30 (4,52)	53 (5,62)	83 (5,17)	
	Liderazgo constructivo	Sí	35 (5,34)	57 (6,08)	92 (5,77)	0,005
		No	11 (11,34)	16 (9,76)	27 (10,34)	

Variables			Hombre n (%)	Mujer n (%)	Total n (%)	valor de p
Variables sociolaborales	Edad	18-35	32 (7,77)	50 (8,47)	82 (8,18)	0,009
		36-45	6 (3,41)	13 (4,81)	19 (4,26)	
		46-60	5 (3,73)	10 (4,57)	15 (4,25)	
		> 60	3 (9,78)	0 (0,00)	3 (5,56)	
	Ingresos	≤ 600 000	31 (7,83)	54 (7,93)	85 (7,89)	0,002
		≥ 600 001	15 (4,20)	19 (4,51)	34 (4,37)	
	Discriminación	Sí	28 (12,07)	40 (10,26)	68 (10,93)	0,000
		No	18 (3,45)	33 (4,63)	51 (4,14)	
Dimensiones organizacionales	Suceso vital estresante	Sí	20 (10,70)	32 (11,23)	52 (11,02)	0,000
		No	26 (4,59)	41 (5,02)	67 (4,84)	
	Acoso laboral	Sí	23 (22,33)	32 (16,84)	55 (18,77)	0,000
		No	23 (3,54)	41 (4,50)	64 (4,10)	
	Demandas emocionales (altas)	Sí	32 (9,67)	57 (9,83)	89 (9,77)	0,000
		No	14 (3,32)	16 (3,07)	30 (3,18)	
	Conflicto de rol	Sí	27 (7,96)	44 (9,59)	71 (8,90)	0,000
		No	19 (4,59)	29 (4,51)	48 (4,54)	
	Vulnerabilidad laboral (alta)	Sí	33 (9,02)	58 (10,39)	91 (9,85)	0,000
		No	13 (3,36)	15 (2,76)	28 (3,01)	
	Clima de gestión de conflictos	Sí	10 (4,00)	12 (3,58)	22 (3,76)	0,002
		No	36 (7,16)	61 (7,95)	97 (7,64)	
Salud mental	Uso de psicotrópicos	Sí	20 (11,63)	43 (12,08)	63 (11,93)	0,000
		No	26 (4,48)	30 (4,02)	56 (4,22)	

la dimensión organizacional con mayor peso, pues casi una de cada cinco personas que reportaron haber sido víctimas de acoso presentó ideación suicida (18,77 %). Asimismo, entre aquellos que declararon utilizar psicotrópicos, el 11,93 % reportó ideación suicida. Finalmente, entre quienes declararon que en sus trabajos existe un favorable clima de gestión de conflictos, la prevalencia de ideación suicida disminuyó considerablemente (3,76 % versus 7,64 %).

Una vez descrita la muestra y presentado el análisis de prevalencia de ideación suicida según sexo y variables de interés, se procedió al análisis estadístico mediante modelos de regresión logística. Estos modelos permitieron estimar la asociación entre la exposición a liderazgo destructivo y la presencia de ideación suicida, controlando por covariables organizacionales relevantes. A continuación se presentan los resultados de los modelos crudos y ajustados, detallando los coeficientes de regresión, sus intervalos de confianza del 95 % y el ajuste de los modelos.

Modelos de regresión logística

Utilizando modelos de regresión logística, se analizó la posibilidad de presentar ideación suicida en presencia de liderazgos tiránicos, *laissez faire* y constructivo (véase Tabla 4).

Modelos crudos

Los análisis muestran que los hombres expuestos a liderazgo *laissez-faire* [OR = 3,44 (IC 95 %: 1,87-6,33)] y liderazgo tiránico [OR = 4,56 (IC 95 %: 2,37-8,76)], que sufrieron acoso laboral [OR = 7,83 (IC 95 %: 4,20-14,61)], altas demandas emocionales [OR = 3,11 (IC 95 %: 1,63-5,94)], alta vulnerabilidad laboral [OR = 2,85 (IC 95 %: 1,47-5,50)] y que consumieron psicotrópicos [OR = 2,80 (IC 95 %: 1,52-5,16)] tuvieron una mayor posibilidad de presentar ideación suicida en comparación con los no expuestos. Además, es importante destacar que la exposición a un estilo de liderazgo constructivo fue un factor protector respecto de la ideación suicida [OR = 0,44 (IC 95 %: 0,21-0,89)] en hombres (véase Tabla 4).

Tabla 4. Asociaciones entre ideación suicida, estilos de liderazgo y dimensiones organizacionales en modelos crudos y ajustados estratificados para hombres y mujeres (n = 1855)

Variables		Modelo crudo			Modelo ajustado*		
		OR [IC 95 %]			OR [IC 95 %]		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Comportamiento de liderazgo	Liderazgo <i>laissez-faire</i>	3,44 [1,87-6,33]	1,74 [1,07-2,80]	2,26 [1,56-3,29]	2,52 [1,34-4,76]	1,20 [0,72-1,99]	1,60 [1,08-2,38]
	Liderazgo tiránico	4,56 [2,37-8,76]	2,41 [1,40-4,16]	3,10 [2,04-4,70]	2,80 [1,33-5,87]	1,62 [0,89-2,94]	1,99 [1,25-3,16]
	Liderazgo constructivo	0,44 [0,21-0,89]	0,59 [0,33-1,07]	0,53 [0,33-0,83]	0,50 [0,22-1,12]	0,75 [0,41-1,40]	0,66 [0,40-1,08]
Dimensiones organizacionales	Acoso	7,83 [4,20-14,61]	4,30 [2,62-7,04]	5,40 [3,67-7,95]	5,63 [2,61-12,13]	2,40 [1,36-4,23]	3,22 [2,05-5,04]
	Demandas emocionales	3,11 [1,63-5,94]	3,44 [1,95-6,08]	3,29 [2,15-5,04]	2,32 [1,15-4,68]	2,59 [1,38-4,85]	2,38 [1,50-3,79]
	Conflicto de rol	1,79 [0,98-3,29]	2,24 [1,38-3,64]	2,05 [1,40-2,99]	1,07 [0,54-2,10]	1,33 [0,77-2,29]	1,22 [0,80-1,86]
	Vulnerabilidad laboral	2,85 [1,47-5,50]	4,09 [2,28-7,31]	3,52 [2,28-5,43]	1,78 [0,85-3,70]	2,63 [1,40-4,93]	2,22 [1,38-3,57]
	Clima de gestión de conflictos	0,54 [0,26-1,10]	0,42 [0,22-0,80]	0,47 [0,29-0,75]	0,74 [0,33-1,67]	0,49 [0,24-0,97]	0,58 [0,34-0,98]
Variable de salud mental	Uso de psicotrópicos	2,80 [1,52-5,16]	3,27 [2,01-5,32]	3,07 [2,11-4,47]			

OR = Odds Ratio; IC 95 % = intervalo de confianza de 95 %.

* Modelo controlado por variables sociolaborales: edad (menores de 35 años), ingresos (menor que 600 000 pesos chilenos), discriminación (al menos un episodio), suceso vital estresante (un evento en los últimos 6 meses) y por variable de salud mental: uso de psicotrópicos.

En el caso de las mujeres, aquellas expuestas a liderazgo *laissez-faire* [OR = 1,74 (IC 95 %: 1,07-2,80)] y liderazgo tiránico [OR = 2,41 (IC 95 %: 1,40-4,16)]; que sufrieron acoso laboral [OR = 4,30 (IC 95 %: 2,62-7,04)], altas demandas emocionales [OR = 3,44 (IC 95 %: 1,95-6,08)], alto conflicto de rol [OR = 2,24 (IC 95 %: 1,38-3,64)], alta vulnerabilidad laboral [OR = 4,09 (IC 95 %: 2,28-7,31)], y que hicieron uso de psicotrópicos [OR = 3,27 (IC 95 %: 2,01-5,32)], tuvieron una mayor probabilidad de presentar ideación suicida al compararse con mujeres no expuestas a estas dimensiones.

En ambos sexos, el clima de gestión de conflictos no fue una variable estadísticamente significativa.

Modelos ajustados

Si bien el grupo total de trabajadores expuestos a liderazgo *laissez-faire* [OR = 1,60 (IC 95 %: 1,08-2,38)] y liderazgo tiránico [OR = 1,99 (IC 95 %: 1,25-3,16)] ha tenido casi dos veces más posibilidad de presentar ideación suicida que los no expuestos, al estratificar por sexo y ajustar por posibles factores de confusión (edad, ingresos, suceso vital estresante y uso de psi-

cotrópicos), esta asociación pierde significancia para las mujeres, mientras que, en hombres, se mantiene la asociación entre liderazgos destructivos e ideación suicida, e incluso aumenta el tamaño del efecto: hombres expuestos a estilos de liderazgo *laissez-faire* [OR = 2,52 (IC 95 %: 1,34-5,76)] y liderazgo tiránico [OR = 2,80 (IC 95 %: 1,33-5,87)] tienen casi tres veces más posibilidad de presentar ideación suicida al compararse con los no expuestos.

En cuanto a la exposición a dimensiones organizacionales, los hombres expuestos al acoso en el lugar de trabajo tienen 5 veces más probabilidad de presentar ideación suicida en comparación con los no expuestos [OR = 5,63 (IC 95 %: 2,61-12,13)]; y los hombres expuestos a altas demandas emocionales tienen 2 veces más probabilidad de presentar ideación suicida [OR = 2,32 (IC 95 %: 1,15-4,68)] al compararse con los no expuestos. En el caso de las mujeres, aquellas expuestas a acoso laboral [OR = 2,40 (IC 95 %: 1,36-4,23)], altas demandas emocionales [OR = 2,59 (IC 95 %: 1,38-4,85)] y vulnerabilidad laboral [OR = 2,63 (IC 95 %: 1,40-4,93)] tienen una probabilidad 2,5 veces mayor de presentar ideación suicida respecto a las trabajadoras no expuestas a estas dimensiones organizacionales.

Resulta interesante destacar que un favorable clima de gestión de conflictos ha sido un factor protector para la ideación suicida tanto para la muestra total de trabajadores [OR = 0,58 (IC 95 %: 0,34-0,98)] como para la muestra de mujeres [OR = 0,49 (IC 95 %: 0,24-0,97)], pero no así para los hombres.

Discusión

El presente estudio se propuso identificar factores protectores y de riesgo en la relación entre liderazgos destructivos, dimensiones organizacionales e ideación suicida en trabajadores de la salud pública en Chile. Si bien la literatura sobre la relación entre los estilos de liderazgos y la ideación suicida es incipiente, estudios previos han logrado demostrar esta asociación [23,42].

El presente estudio muestra que trabajadores y trabajadoras expuestos/as a liderazgo *laissez-faire* y liderazgo tiránico tienen casi dos veces más posibilidad de presentar ideación suicida que los no expuestos. Este hallazgo es consistente con los resultados de Liu *et al.* [23], donde la supervisión abusiva —un tipo de liderazgo destructivo— se identificó como un predictor de la ideación suicida [23].

El hecho de que la significancia de este resultado se mantenga solo para los modelos de hombres y que en esta submuestra aumente el tamaño del efecto a casi tres veces respectivamente, nos confronta con la relevancia del género en la relación entre el trabajo y la salud. El análisis de la salud ocupacional requiere la incorporación de una perspectiva de género y, en especial, si se trata de trabajadores sanitarios, donde el 75 % o más son mujeres. Al igual que, en estudios previos, las trabajadoras sanitarias reportan una mayor exposición a demandas emocionales y peores resultados de salud mental [6,43]. Estas diferencias se deben a que las mujeres ocupan puestos de trabajo diferentes; cuando ocupan el mismo puesto de trabajo, se les demanda que realicen la labor de manera distinta y lo anterior redundará en una exposición diferencial de riesgos para su salud [44, p. 619].

Por lo anterior, resulta clave considerar los efectos de las dimensiones organizacionales en la salud mental de los trabajadores sanitarios de manera diferenciada para hombres y mujeres, así: el acoso laboral, tanto para la muestra total como para el análisis estratificado por sexo, se asocia a la ideación suicida, siendo este hallazgo consistente con la literatura científica previa, que establece una asociación positiva significativa entre el acoso en el lugar de trabajo y la ideación suicida [45].

Asimismo, y en coincidencia con lo reportado por estudios previos realizados con muestras de trabajadores sanitarios chilenos, las demandas emocionales, estrechamente relacionadas con la naturaleza del trabajo en

salud, tienen un efecto importante para la salud mental, como también para el reporte de violencia laboral en trabajadores sanitarios [6,43]. En nuestro estudio, las demandas emocionales, tanto en la muestra total como en el análisis estratificado por sexo, se asocian con la ideación suicida.

Otra dimensión relevante es la vulnerabilidad laboral, que refiere al temor de que empeoren las condiciones laborales actuales. Esta dimensión, identificada en la literatura como inseguridad laboral, o precariedad subjetiva, es un fuerte predictor de problemas de salud mental laboral [46]. En nuestro estudio, las mujeres que reportan una alta vulnerabilidad laboral tienen una mayor posibilidad de presentar ideación suicida, hallazgo que es consistente con un estudio previo, que estableció la inseguridad laboral como un factor predictivo de la ideación suicida en mujeres [12].

En relación con los factores protectores de la ideación suicida, nuestros análisis nos permiten identificar que, en las mujeres, un adecuado clima de gestión de conflictos actúa como un factor protector de la ideación suicida, lo que puede ser comprendido a la luz de lo propuesto por O'Brien *et al.* [47], quienes informan que los líderes pueden desarrollar competencias de manejo de conflictos y crisis para afrontar la ideación suicida en los trabajadores; o por Raschke *et al.* [48], quienes señalan que una mala gestión de conflictos interpersonales se asoció con la ideación suicida en mujeres.

El hecho de que un adecuado clima de gestión de conflictos sea un factor protector de la ideación suicida en las mujeres brinda una pista interesante para ser analizada con mayor profundidad en futuros estudios, pues nos ilumina sobre rutas para la acción preventiva en materia de violencia laboral, liderazgos destructivos y el consecuente impacto en la salud mental.

Por otro lado, la hipótesis de que el liderazgo constructivo actuaría como factor protector en relación con la ideación suicida no puede ser comprobada, lo que nos remite a la teoría ecosocial de la salud de Krieger, donde no son los mismos factores los que nos enferman y los que nos permiten proteger la salud, haciendo hincapié en las dimensiones sociales [49]. También nos hace reflexionar sobre la idea de que los comportamientos de los liderazgos destructivos conviven con comportamientos constructivos y que la ocurrencia de eventos negativos en el trabajo, como la violencia, tiene importantes efectos en la salud mental de las personas [45], pero no necesariamente a la inversa.

La primera limitación de este estudio fue el sesgo del trabajador sano, puesto que la encuesta se realizó en los lugares de trabajo y naturalmente quedaron excluidos de participar quienes estuvieran enfermos. Una segunda limitación fue el carácter transversal de los datos aquí presentados, lo cual impide demostrar causalidad mediante la temporalidad de las asociaciones.

Respecto de la generalización de los datos, las características del muestreo probabilístico y estratificado por sexo y estamento nos permite lograr una buena representatividad de la muestra y reducir sesgos, incorporando a todas las categorías relevantes de trabajadores de la salud. Por ello, si bien los resultados podrían generalizarse a los trabajadores de la salud pública en Chile, la ausencia de datos de trabajadores de la zona norte del país limita esta generalización, aun cuando las zonas demográficas incorporadas concentran casi la mitad de la población del universo estudiado (45,6 %).

Este estudio reviste una alta relevancia para el cuidado y la protección de la salud mental de los trabajadores sanitarios, evidenciando los nocivos efectos que los liderazgos destructivos y ciertas dimensiones organizacionales tienen en la salud mental de los trabajadores, constituyéndose en factores de riesgo o protección de manera diferencial para hombres y mujeres.

En conclusión, los hallazgos del presente estudio muestran que los liderazgos destructivos constituyen un factor de riesgo para la ideación suicida en hombres y refuerzan la importancia de abordar factores organizacionales como el acoso laboral, las demandas emocionales y la vulnerabilidad laboral, que se configuran en factores de riesgo para la ideación suicida tanto para hombres como para mujeres, y con impacto directo en la salud mental de los trabajadores y las trabajadoras.

Asimismo, el clima de gestión de conflictos constituye un factor protector de la salud mental en las organizaciones y especialmente en las mujeres, ofreciendo una oportunidad para la intervención, lo que sugiere que un enfoque preventivo y el fomento de ambientes laborales saludables son claves para reducir la prevalencia de la ideación suicida. De igual modo, la creación de políticas laborales que promuevan un liderazgo constructivo, la equidad y la resolución efectiva de conflictos podría ser un paso fundamental para proteger la salud mental de los trabajadores y las trabajadoras, y prevenir trastornos graves asociados.

Declaración de fuente de financiación

Este trabajo fue financiado por el FONDECYT Regular N. 1220547 (2022-2025) de Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo / Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Chile.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores de este artículo declaran no tener ningún conflicto potencial de interés.

Declaración de responsabilidad

La responsabilidad es exclusiva de los autores y no de las instituciones de los mismos ni del órgano de financiamiento.

Declaración de contribución por autores

Elisa Ansoleaga Moreno: Conceptualización - Conservación de datos - Análisis formal - Investigación - Metodología - Administración del proyecto - Validación - Visualización - Redacción de borrador original - Redacción en términos de revisión y edición.

Belén Villagra Cantero: Conceptualización - Análisis formal - Investigación - Metodología - Validación - Visualización - Redacción de borrador original - Redacción en términos de revisión y edición.

Elena Belén Soto-Contreras: Conceptualización - Análisis formal - Investigación - Metodología - Administración del proyecto - Validación - Visualización - Redacción de borrador original - Redacción en términos de revisión y edición.

Referencias

1. Ociel Moya M, Albala C, Cea-Nettig X. Envejecimiento y vejez: el permanente desafío sociosanitario. *Rev. Méd. Chile.* 2023;151(5):665-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872023000500665>
2. Peiró JM. El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica* [internet]. 2004 [citado 2025 may. 10]; 3(2):179-86. Disponible en: <https://www.integraorg.com/wp-content/docs/El%20sistema%20de%20trabajo%20y%20sus%20implicaciones.pdf>
3. Merhy EE, Macruz Feuerwerker LC, Burg Ceccim R. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva* [internet]. 2006 [citado 2025 may. 10]; 2(2):147-60. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2006.v2n2/147-160/es>
4. Palma A. Dimensiones organizacionales, violencia laboral e indicadores de problemas de salud mental atendiendo a las desigualdades de género: un estudio en tres hospitales chilenos de alta complejidad [tesis doctoral]. [Santiago, Chile]: Universidad Diego Portales; 2019.
5. Bidegain Ponte N, Gúezmes A, Scuro Somma, L. Igualdad de género y sociedad del cuidado. *Rev Cepal* [internet]; 2023 [citado 2025 may. 10]; (141):179-92. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/69119-igualdad-genero-sociedad-cuidado>
6. Palma A, Ansoleaga E. Demandas emocionales, violencia laboral y salud mental según género en trabajadores de hospitales públicos chilenos. *Psicoperspectivas*. 2022;21(2):55-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol21-issue2-fulltext-2258>
7. Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1>

8. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020;89:531-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
9. Younès N, Rivière M, Plancke L, et al. Work intensity in men and work-related emotional demands in women are associated with increased suicidality among persons attending primary care. *J Affect Disord*. 2018; 235:565-73. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.075>
10. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K, The Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13(5):243-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
11. Favril L, Yu R, Uyar A, et al. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evid Based Ment Health*. 2022;25(4):148-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2022-300549>
12. Greiner BA, Arensman E. The role of work in suicidal behavior – uncovering priorities for research and prevention. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(6):419-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.4051>
13. Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements (Version 1.0). Atlanta, GA: CDC, National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Division of Violence Prevention [internet]; 2011 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
14. Gunn V, Kreshpaj B, Matilla-Santander N, et al. Initiatives addressing precarious employment and its effects on workers' health and well-being: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2232. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19042232>
15. Howard MC, Follmer KB, Smith MB, et al. Work and suicide: An interdisciplinary systematic literature review. *J Organ Behav*. 2022;43(2):260-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/job.2519>
16. Wang Y, Xu M, et al. Associations between workplace violence and suicidal ideation among Chinese medical staff: A propensity score matching analysis. *Psychol Health Med*. 2024;29(5):1020-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2023.2254037>
17. Kim SM, Kim HR, Min KJ, et al. Resilience as a protective factor for suicidal ideation among Korean workers. *Psychiatry Investig*. 2020;17(2):147-56. DOI: <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2019.0072>
18. Milner A, Witt K, et al. Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245-53. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104531>
19. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med*. 2017;74(1):72-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103726>
20. Liu Y, Zhang J, Hennessy DA, et al. Psychological strains, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical and non-medical staff in urban china. *J Affect Disord*. 2019;245:22-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.111>
21. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
22. Schyns B, Schilling J. How bad are the effects of bad leaders? A meta-analysis of destructive leadership and its outcomes. *Leadersh Q*. 2013;24(1):138-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2012.09.001>
23. Liu Y, Gul H, Zhang J, et al. Abusive supervision and suicidal ideation: The potential role of meaning in life. *Deviant Behav*. 2021;42(12):1513-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01639625.2020.1757195>
24. Einarsen S, Aasland MS, Skogstad A. Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *Leadersh Q*. 2007;18(3):207-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.leaqua.2007.03.002>
25. Mackey JD, Parker Ellen B III, et al. The dark side of leadership: A systematic literature review and meta-analysis of destructive leadership research. *J Bus Res*. 2021; 132:705-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbusres.2020.10.037>
26. STROBE. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology [internet]. s. f. [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/>
27. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
28. Aasland MS, Skogstad A, Notelaers G, et al. The prevalence of destructive leadership behaviour. *Br J Manag*. 2010;21(2):438-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8551.2009.00672.x>
29. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work Stress*. 2009;23(1):24-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02678370902815673>
30. González-Santa Cruz A, Ansoleaga E. Validación de la Escala de Liderazgo Destructivo y del Cuestionario de Conductas Negativas-Revisado en Chile. *Psykhe*. 2023;32(2):1-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.27999>
31. Nielsen MB, Nielsen GH, et al. Workplace bullying and suicidal ideation: A 3-wave longitudinal Norwegian study. *Am J Public Health*. 2015;105(11):e23-e28. DOI: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2015.302855>
32. Candia M, Pérez Franco JT, González D. Manual del método del cuestionario SUSES/ISTAS21. Superintendencia de Seguridad Social [internet]. 2020 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: https://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_01.pdf
33. Katz D, Kahn RL. The social psychology of organizations. 2.^a ed. Nashville, TN: John Wiley & Sons [internet]; 1978 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://ia601401.us.archive.org/34/items/in.ernet.dli.2015.139013/2015.139013.The-Social-Psychology-Of-Organizations.pdf>
34. Bowling NA, Khazon S, Alarcon GM, et al. Building better measures of role ambiguity and role conflict: The validation of new role stressor scales. *Work Stress*. 2017;31(1):1-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02678373.2017.1292563>
35. Greenhalgh L, Rosenblatt Z. Job insecurity: Toward conceptual clarity. *Acad Manage Rev*. 1984;9(3):438-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.5465/amr.1984.4279673>
36. Casas Becerra L. The effectiveness of sexual harassment law in Chile: From theory to practice [tesis doctoral]. Ottawa: University of Ottawa [internet]; 2016 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://scispace.com/pdf/the-effectiveness-of-sexual-harassment-law-in-chile-from-1p80ra2oy8.pdf>
37. Vives-Vergara A, González-López F, Solar O, et al. Precarious employment in Chile: Psychometric properties of the Chilean

- version of *Employment Precariousness Scale* in private sector workers. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(3):e00156215. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00156215>
38. Rivlin JN. Conflict management climate related to employment litigation [tesis doctoral]. [Atlanta: Georgia]: Institute of Technology [internet]; 2001 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://repository.gatech.edu/entities/publication/78634d8a-84be-4267-b4d6-df667e8eabcf>
 39. Einarsen S, Skogstad A, Rørvik E, et al. Climate for conflict management, exposure to workplace bullying and work engagement: A moderated mediation analysis. *Int J Hum Resour Manag*. 2018;29(3):549-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2016.1164216>
 40. Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., et al. Québec survey on working and employment conditions and occupational health and safety (EQCOTESST): Summary (Sommaire de rapport n° RR-707). INSPQ; ISQ; IRSST. Québec: l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) [internet]; 2011 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://pharesst.irsst.qc.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1336&context=rapports-scientifique>
 41. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 17 [internet]. StataCorp, College Station, TX: StataCorp; 2021 [citado 2025 may. 10]. Disponible en: <https://www.stata.com/manuals17/i.pdf>
 42. Trachik B, Tucker RP, Ganulin ML, et al. Leader provided purpose: Military leadership behavior and its association with suicidal ideation. *Psychiatry Res*. 2020;285:112722. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112722>
 43. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Med Chil*. 2015;143(1):47-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872015000100006>
 44. Messing K, Punnett L, Bond M, et al. Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med*. 2003;43(6):618-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/ajim.10225>
 45. Magnusson Hanson LL, Pentti J, Nordentoft M, et al. Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: A multicohort study and meta-analysis of published data. *Lancet Public Health*. 2023;8(7):e494-e503. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00096-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00096-8)
 46. Ansoleaga E, Ahumada M, González-Santa Cruz A. Association of workplace bullying and workplace vulnerability in the psychological distress of Chilean workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):4039. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16204039>
 47. O'Brien S, Galavan E, O'Shea D. Developing a competency framework for managers to address suicide risk in the workplace. *Hum Resour Dev Q*. 2022;33(2):157-78. DOI: <https://doi.org/10.1002/hrdq.21437>
 48. Raschke N, Mohsenpour A, Aschentrup L, et al. Socioeconomic factors associated with suicidal behaviors in South Korea: Systematic review on the current state of evidence. *BMC Public Health*. 2022;22(1):129. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-022-12498-1>
 49. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc Sci Med*. 1994;39(7):887-903. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90202-x](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-x)