



# **Serie Proyectos de Investigación e Innovación**

Superintendencia de Seguridad Social  
Santiago - Chile

## **INFORME FINAL**

**“Diseño de una estrategia de prevención de la violencia laboral en el trabajo de cuidado de niños, adolescentes y adultos con discapacidad cognitiva y/o vulneración social”**

Andrea Palma

2022



**SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL**

**SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY**

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: [investigaciones@suseso.cl](mailto:investigaciones@suseso.cl).

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendence of Social Security.

For further information, please write to: [investigaciones@suseso.cl](mailto:investigaciones@suseso.cl).

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: [www.suseso.cl](http://www.suseso.cl).

Superintendencia de Seguridad Social  
Huérfanos 1376  
Santiago, Chile.



## **Informe Final Proyecto**

**Diseño de una estrategia de prevención de la violencia laboral en el trabajo de cuidado de niños, adolescentes y adultos con discapacidad cognitiva y/o vulneración social**

**Proyecto SUSESO- ACHS 252-2020**

### **Investigadoras:**

**Andrea Palma Contreras.**

Investigadora Principal.

**Elisa Ansoleaga Moreno.**

Investigadora Alterna.

### **Equipo:**

**Claudia Osses Castro.**

**María José Campero.**

**David Martínez Rojas.**

**Santiago, Chile, Septiembre de 2021**

Este trabajo fue seleccionado en la Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales (2020) de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile), y fue financiado por la Asociación Chilena de Seguridad con recursos del Seguro Social de la Ley N°16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

## **Resumen**

Quienes se desempeñan en instituciones de cuidado realizan labores con características de trabajo en servicios lo que supone estar expuestos a altas demandas emocionales, las que, junto a otros factores psicosociales laborales se han asociado a la violencia laboral. Asimismo, la evidencia ha mostrado asociaciones entre la exposición a violencia laboral y los efectos en la salud mental. Si bien en Chile se ha avanzado en investigar la prevalencia, las formas de manifestación y las dimensiones socioorganizacionales que subyacen a la violencia laboral, existe escasa evidencia respecto a estrategias para prevenir la violencia laboral en sectores específicos, en este caso, focalizada en el personal que realiza trabajos de cuidado. El objetivo de este proyecto fue diseñar una estrategia de prevención de los factores de riesgos de violencia en el trabajo de cuidado de niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de discapacidad mental y/o vulneración social. El diseño del estudio fue empírico, transversal y de carácter mixto. Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica, un análisis de política comparada, encuestas on-line, entrevistas semiestructuradas individuales y grupales y análisis de casos críticos. Se utilizó la aproximación de investigación-acción participativa para la validación de los resultados con actores clave y panel de expertos. El producto final de este proyecto es una estrategia de prevención de factores de riesgos de violencia laboral en trabajo de cuidado.

**Palabras claves: Prevención – Violencia – Discapacidad Cognitiva**

## INDICE

<b>1. Introducción y antecedentes</b>	4
<b>2. Definición del problema y relevancia</b>	7
<b>3. Revisión de literatura</b>	10
<b>4. Metodología</b>	22
<b>5. Resultados</b>	27
1. Identificar los factores que influyen o propician la violencia en personal al cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.	27
2. Identificar buenas prácticas de prevención de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado y evaluar su efectividad.	36
3. Determinar los componentes que debe contener una estrategia para prevenir y/o reducir la violencia en el trabajo de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulnerabilidad social.	41
<b>6. Conclusiones</b>	51
<b>7. Referencias</b>	56

## 1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

En las últimas décadas se aprecia un incremento sostenido de trabajadores que se desempeñan en el sector de servicios (Neffa, 2003). Las ocupaciones de este sector reportan especiales riesgos para la salud de los trabajadores/as a las condiciones de trabajo y las exigencias que plantean. En el trabajo en servicios es el mismo trabajador el que genera un producto o un bien que él mismo entrega al usuario, en un proceso interactivo con y para otros, cuya calidad es el resultado de una combinación de los aspectos técnicos e interpersonales involucrados (Peiró, 2004; Moreno-Jiménez, Gálvez Herrera, Rodríguez-Carvajal & Garrosa, 2010). La relación con el cliente, usuario o consumidor se impone al trabajador, como una carga adicional a las demandas cognitivas y comportamentales: la de tener que gestionar sus estados de ánimo y producir las emociones correctas para interactuar con el usuario (Peiró, 2004).

Resulta importante considerar y distinguir las diferencias entre el trabajo emocional y las demandas emocionales. Mientras el trabajo emocional alude a la necesidad de producir emociones “correctas” para cumplir las tareas o los objetivos de la organización, en el caso de las demandas emocionales, éstas se inscriben en el marco de los riesgos psicosociales del trabajo y suponen un conjunto de requerimientos cualitativos o cuantitativos de la organización del trabajo. A este respecto resulta clave distinguir aquellos aspectos propios de la naturaleza del trabajo (que no son posibles de modificar) de aquellos otros aspectos que pueden ser atendidos y modificados. En ambos casos, existe evidencia que vincula tanto al trabajo emocional como a unas altas demandas emocionales con resultados adversos en la salud mental de las y los trabajadores (Singh & Glavin, 2017; Zapf D. 2002; Kim, et al., 2018).

Según Singh & Glavin (2017), los estudios sobre trabajo emocional pueden ser clasificados entre aquellos que ponen su foco en la expresión emocional y comportamientos de trabajo emocional requeridos por la organización y aquellos cuyo énfasis está en examinar los procesos intrapsíquicos involucrados en el manejo emocional. Los primeros dicen relación con el concepto de actuación superficial de Hochschild (1983), consistente en el cambio de expresión emocional sin que necesariamente exista un cambio de estado emocional interno, mientras que los segundos estudios se alinean con el concepto de actuación profunda y dan cuenta de las modificaciones del sentimiento interno que realizan los trabajadores para expresar las emociones requeridas por la organización.

“Zapf y Holz (2006) indican que el trabajo emocional tiene un carácter ambivalente, con consecuencias positivas tales como: satisfacción laboral, sentimientos de logro personal, sensación de autoeficacia y consecuencias negativas como: agotamiento emocional, despersonalización o dolencias psicosomáticas (Zapf, 2002). En el mismo sentido, algunas

ocupaciones del sector servicios suponen un alto compromiso vocacional de las y los trabajadores. Esto conlleva a la vez un compromiso emocional que trae consecuencias negativas para la salud, según señalan Ansoleaga & Toro, (2014) ambos componentes han sido identificados “como determinantes de la “fatiga por compasión” y de la “satisfacción por compasión” (Palma y Ansoleaga, en revisión, p.3)

En la literatura previa se ha vinculado las demandas emocionales con la violencia laboral (Joo & Rhie, 2017; Lee, 2016), puesto que dichas demandas implican una carga de trabajo adicional caracterizada por lo siguiente: implica relación directa con el paciente, requiere que los trabajadores produzcan un estado emocional en el otro y permite que los empleadores controlen las expresiones emocionales de los funcionarios (Hochschild, 1983), pudiendo transformarse en una fuente de conflictos. En este contexto, la violencia laboral ha sido descrita como “la exposición directa a un comportamiento negativo, sistemático y prolongado en el trabajo” (Notelaers & Einarsen, 2013, p. 671). Esto repercute negativamente en la atención de pacientes y en la salud mental de los trabajadores (Palma, Ahumada y Ansoleaga, 2018).

Finalmente, el trabajo en servicios de cuidado requiere incorporar en el análisis la perspectiva de género. El género se refiere a la “construcción histórico- social de lo femenino y lo masculino y a la forma como se articulan estas construcciones en relaciones de poder” (Matamala, et al. 2012, en Ansoleaga, Artaza y Suárez, 2012, p. 126). El trabajo en servicios de cuidado está fuertemente atravesado por elementos de género, es un trabajo feminizado; “los patrones de empleo, las estructuras sociales y las diferencias biológicas contribuyen a patrones específicos de riesgos de género y riesgos laborales” (ILO, 2013, s.p.) puesto que las desigualdades y discriminaciones de género de la sociedad general son reproducidas al interior de la organización (Díaz, et al., 2017). Por ejemplo, según Matamala et al. (2012), el género construye subjetividades donde lo femenino se relaciona con “ser para otros” lo que genera que las mujeres sintonicen de distinta forma con el sufrimiento de los demás; según Boniol et al. (2019) el sector sanitario posee una división de trabajo tradicional de roles de género donde las mujeres se encuentran en posiciones de subordinación, realizan labores asociadas al cuidado directo, mientras que los hombres realizan tareas de gestión o se encuentran en posiciones jerárquicas más altas; lo anterior podría contribuir a hacer parecer las sutiles discriminaciones como inexistentes o como parte del trabajo debido al cuidado de otros que ejercen (Baby et al., 2014). Además, se deberían hacer análisis diferenciados entre hombres y mujeres en salud ocupacional puesto que hombres y mujeres ocupan puestos de trabajo diferentes, cuando ocupan el mismo difieren las características del trabajo y ello determina situaciones y perfiles de riesgos para la salud que son diferentes (Messing et al 2003).

En Chile existe algo de evidencia sobre demandas emocionales en el trabajo. Ansoleaga (2013) comparó las prevalencias de trabajo emocionalmente desgastante del EQCOTESST

(Encuesta Quebequense sobre condiciones de empleo, trabajo y salud) (IRSST, INSPQ Y ISQ, 2011) con la prevalencia de demandas emocionales en el trabajo en Chile encontrando que las mujeres presentan en ambos contextos mayores demandas emocionales (45% en hombres y 52% mujeres en Quebec y 56% en mujeres v/s 44% en hombres, para Chile). Similar a lo reportado en población canadiense, casi un quinto de los encuestados en Chile reportó un trabajo emocionalmente demandante combinado con una baja latitud decisional (19% Chile y 21% Canadá), lo cual ha sido reconocido como una situación laboral de riesgo para la salud (Ansoleaga, 2013). Cabe señalar que la latitud decisional incluye tres componentes: el nivel de habilidad y creatividad requerido en el trabajo y la flexibilidad para decidir qué habilidad utilizar; las posibilidades mediadas organizativamente para que los trabajadores tomen decisiones sobre su trabajo; y la posibilidad de influir en las cuestiones de la organización y la participación de los sindicatos y grupos de trabajo (Karasek, et al., 1998).

En un estudio realizado en 2018 con trabajadores de hospitales de alta complejidad (Palma & Ansoleaga, en revisión) encontraron que el 90,6% de los encuestados percibe momentos o situaciones que le producen desgaste emocional; el 83,2% considera que el trabajo le produce desgaste emocional; el 80,2% indica que tiene que guardar sus emociones y el 70,4% señala tener que guardar sus opiniones. Las mujeres presentan porcentajes significativamente mayores de respuestas positivas sólo en la primera pregunta (¿Hay en su trabajo momentos y/o situaciones que le producen desgaste emocional?).

Respecto a la asociación entre la exposición a altas demandas emocionales en el trabajo y los problemas de salud mental, se observó que la presencia de altas demandas emocionales aumenta en más de dos veces la chance de presentar Sintomatología Depresiva y en aproximadamente cuatro veces la de presentar Distrés Elevado tanto en hombres como en mujeres, al compararlos con quienes no presentan altas demandas emocionales. Al controlar por violencia laboral, evento estresante, bajo apoyo social, estamento no profesional, atención de público y edad, se pierde el efecto de las altas demandas emocionales en la sintomatología depresiva en hombres y se mantiene para las otras asociaciones. Las altas demandas aumentan la chance de reportar Violencia Laboral (criterio de Mickelsen & Einarsen, 2001) en más de cuatro veces en hombres y mujeres con análisis ajustados comparando con los no expuestos a altas demandas.

Un estudio realizado en el Servicio Médico Legal de Chile (Ansoleaga & Toro, 2014) mostró que un 70% de los participantes señaló que en su trabajo tiene habitualmente contacto directo con el público. De ellos: un 36% vive siempre o muchas veces situaciones de tensión con el público, un 49% señala que algunas veces vive situación de tensión con el público y un 14% nunca vive estas situaciones. La escala completa de demandas emocionales en el trabajo muestra un 41% de los trabajadores reporta en simultáneo las cuatro situaciones de demandas emocionales lo que los ubica en una situación de riesgo para la salud.

La evidencia sobre la presencia de demandas emocionales en trabajos de servicios y sus efectos en la salud mental permiten proyectar que existe una especial relación entre el trabajo de cuidado, la violencia laboral y la salud mental. Por ello, el proyecto de investigación propuesto considera la relevancia de producir conocimiento que contribuya a una estrategia de reducción del número de accidentes en las instituciones que prestan este tipo de servicios.

## **2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y RELEVANCIA**

En Chile, en el contexto de los trabajos de cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social se han observado un volumen significativo de ingresos por accidentes y enfermedades del trabajo, muchos de ellos relacionados a agresiones físicas y psicológicas por parte de los usuarios. Este proyecto surge a partir de la preocupación de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) por el significativo volumen de ingresos por accidentes y enfermedades del trabajo en el contexto de los trabajos de cuidado de niños, adolescentes y adultos con discapacidad cognitiva y/o vulneración social.

En dichas instituciones, el trabajo se inscribe en el denominado “trabajo en servicios” lo que supone: es el mismo trabajador quien genera y entrega el servicio, éste se produce y entrega en el mismo momento, el control de calidad lo garantiza el trabajador que lo produce, la calidad se contrasta luego de haber adquirido el servicio, no es posible planificar un ritmo de trabajo regular ya que el servicio se entrega previa demanda, entre otras (Peiró, 2004) lo que impacta en el nivel de demandas emocionales a las que están expuestos.

En investigaciones chilenas (Palma & Ansoleaga, 2020; Fondecyt 1170239 (2017-2019)) se ha encontrado asociación entre Factores de Riesgos Psicosociales tales como: desbalance entre los esfuerzos realizados en el trabajo y las recompensas (Siegrist, et. al. 2009) y la presencia simultánea de altas demandas psicológicas, baja latitud decisional (Tensión Psíquica) y bajo soporte social (ISOSTRAIN) (Karasek & Theorell, 1990) con Violencia Laboral. También se ha observado asociación de dimensiones organizacionales tales como liderazgo tiránico o autoritario (Aasland, et al., 2010) con Violencia Laboral. Particularmente, existen estudios que han vinculado las demandas emocionales con la violencia (Joo y Rhie, 2017; Lee, 2016).

Por su parte, la evidencia muestra que la violencia laboral tiene consecuencias en indicadores de salud mental como: uso de fármacos antidepresivos y ansiolíticos (Dement, et al., 2014), depresión (Giorgi, et al., 2013; Rugulies, et al., 2012), estrés laboral (Itzhaki, et al., 2015; Magnavita, 2014), entre otros y posee también consecuencias a nivel organizacional (Palma, Ahumada y Ansoleaga, 2018) tales como disminución de la calidad de la atención (Ridenour, et al., 2015; Travetto, et al., 2015;), seguida de la que señala la disminución de productividad (Picakcief, Acar, Colak, y Kilic, 2015; Ridenour, et al., 2015; Travetto, et al., 2015).

A pesar de las graves consecuencias a nivel personal y organizacional de la violencia laboral la evidencia nacional e internacional muestra que el fenómeno es afrontado por los trabajadores de manera pasiva e individual (Palma, Ahumada & Ansoleaga, 2018; Salin, Tenhiälä, Roberge, & Berdahl, 2014), aun cuando diversos autores/as señalan la necesidad de promover estrategias organizacionales para disminuir la VL (Imran, Pervez, Farooq, & Asghar, 2013; Zhao, et al., 2015) puesto que las intervenciones de parte de la institución evidencian mejores resultados en detener exitosamente la Violencia Laboral (Zafar, et al., 2013) y en la reducción de problemas de salud mental (Abu Al Rub, 2004, en Zhao, et al., 2015; Schat, & Kelloway, 2003).

En investigaciones anteriores se ha avanzado en herramientas para medir la violencia, y aun cuando se encuentra en desarrollo un instrumento de prevención e intervención para algunos sectores, existe un vacío respecto a estrategias y protocolos que logren prevenir la violencia laboral en sectores específicos, en este caso, focalizada en el personal que realiza trabajos de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulneradas.

Dada la prevalencia de los accidentes laborales causados por violencia tipo II, la generación de conocimiento en el ámbito de los factores de riesgo y medidas de prevención efectivas es una prioridad en el sector de servicios y, particularmente, para los servicios sociales a cargo del cuidado de personas en situación de discapacidad y condiciones de vulnerabilidad social puesto que la prevalencia de violencia laboral en el trabajo de cuidado es más alta que en otro tipo de ocupaciones y especialmente en la población descrita suele acompañarse de lesiones, por ello, es urgente diseñar -en conjunto con los y las trabajadores/as de instituciones que trabajen con esta población- intervenciones efectivas para prevenir la violencia laboral o bien disminuir su alta prevalencia con resultados negativos en la salud física y mental de los/as trabajadores.

Se requiere información de respecto a estrategias para prevenir la violencia laboral en este sector específico, en este caso, focalizada en el personal que realiza trabajos de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulneradas.

En este marco, las preguntas de investigación de este proyecto fueron: (1) ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia que afecta a los trabajadores/as de instituciones de cuidado?, (2) ¿Qué buenas prácticas pueden ser aplicables y efectivas para prevenir este tipo de violencia laboral?, (3) ¿Qué componentes y medidas preventivas debe contener una estrategia de prevención de la violencia en instituciones de cuidado?

Y de dichas preguntas se derivaron los siguientes objetivos:

**Objetivo general:** Diseñar una estrategia de prevención de los factores de riesgos de violencia en el trabajo de cuidado de niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.

**Objetivos Específicos:**

1. Identificar los factores que influyen o propician la violencia en personal al cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.
2. Identificar buenas prácticas de prevención de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado y evaluar su efectividad.
3. Determinar los componentes que debe contener una estrategia para prevenir y/o reducir la violencia en el trabajo de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulnerabilidad social.

**Producto:** Estrategia de prevención de los factores de riesgos de violencia en el trabajo de cuidado de niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de discapacidad mental y/o vulneración social (en adelante, Estrategia Preventiva).

De esta forma, este proyecto responde a la necesidad de investigación planteada por las instituciones participantes, así como al subsector específico al elaborar una estrategia de intervención, participativamente construida, que permita un mejor manejo de los riesgos y con ello una disminución de las conductas violentas y sus consecuencias en los usuarios y en los/as trabajadores, esto implica cuidado de salud de los trabajadores y la entrega de un mejor servicio a esta población vulnerada.

Se espera que la aplicación de esta estrategia por parte de las instituciones participantes y por otros establecimientos similares tenga un efecto positivo en la reducción del número de accidentes en las instituciones que prestan este tipo de servicios y en la prevención de las consecuencias de la violencia laboral en la salud mental, ampliamente comprobadas en la evidencia previa.

Sumado a lo anterior, en términos de avance del conocimiento, se identificaron factores que anteceden a la violencia en trabajadores que realizan labores de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulnerabilidad social en Chile, aspecto no suficientemente estudiado previamente en el contexto nacional.

### **3. REVISIÓN DE LITERATURA Y ANÁLISIS DE POLÍTICA COMPARADA.**

En este apartado se presenta una síntesis de resultados de dos sub-estudios<sup>1</sup> que fueron parte de esta investigación: (1) revisión sistemática de la literatura científica sobre violencia en el trabajo de trabajadores de cuidado, particularmente, en aquellos que tratan con usuarios adultos mayores o personas con discapacidad intelectual o psíquica; y (2) el análisis de política comparada sobre buenas prácticas en violencia laboral que emerge en la interacción de cuidado entre usuarios y funcionarios a propósito de funciones. Estos resultados se presentan organizados en torno a los objetivos específicos que se intentó responder bajo estas metodologías de investigación.

Cabe mencionar que los artículos seleccionados refieren mayoritariamente a trabajadores que se desempeñan con usuarios de salud mental y/o psiquiatría (72,42%). El interés por estudiar el fenómeno en trabajadores de esta área es algo que se relaciona con que la violencia iniciada por los usuarios tiene una alta prevalencia y los posiciona como una de las poblaciones de mayor riesgo (Fujimoto et al. 2017; Guay, Goncalves & Boyer, 2016; Llor-Esteban et al. 2017). Relacionado con esto, se encuentra el que la mayoría de las investigaciones revisadas (93,1%) estudió violencia laboral procedente de los usuarios o acompañantes.

- 1. Identificar los factores que influyen o propician la violencia en personal al cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.**
  - a. ¿Cuáles son las formas de manifestación de la violencia en las instituciones de cuidado?**

Según la literatura, los trabajadores que realizan labores de cuidado son los más expuestos a violencia laboral (Fujimoto et al. 2017; Llor-Esteban et al. 2017) y sus principales formas de manifestación son la violencia física, psicológica, y sexual (Glambek et al 2014; Andersen et al 2018; Biering et al 2018):

- La violencia física se caracteriza por el uso intencional de la fuerza física para provocar daños a otra persona o grupo (golpes, empujones, intentos de asfixia, tirones de pelo, bofetadas, entre otras) (Al-Omari 2019; Alcover, Martínez, Rodríguez y Domínguez, 2004).
- La violencia psicológica o verbal refiere al uso intencional del poder para provocar daños psicológicos o la posibilidad de otros daños (ej. humillaciones, chantajes, amenazas) (Alcover et al., 2004, p.469). Según la Organización Mundial de la Salud (2002), este tipo de violencia es un comportamiento dañino que incluye

intimidación/acoso laboral, acoso y amenazas contra otra persona o grupo; y puede ser mental, espiritual, social y hasta físicamente dañino para la(s) víctima(s).

- La violencia sexual, considera cualquier conducta de naturaleza sexual, u otros comportamientos basados en el sexo, que afectan la dignidad de las personas en el trabajo, siempre que: (1) la conducta no es deseada por la persona que es destinataria de esa conducta; (2) se integra en las condiciones de trabajo de la víctima y (3) crea un entorno de trabajo hostil, intimidatorio o humillante (ej. proposiciones, alusiones, comentarios o miradas con connotaciones sexuales, contactos físicos intencionales sin consentimiento) (Alcover et al.; 2004, p. 476).

A su vez, según la procedencia de la agresión puede distinguirse entre:

- Violencia laboral interna (Tipo III): es la que se manifiesta entre el personal que presta servicios en el mismo centro o lugar de trabajo, puede ser horizontal (cuando ocurre entre compañeros) o vertical (cuando ocurre entre un superior y un subordinado)
- Violencia externa: (1) Tipo I: los agresores no tienen ninguna relación legítima de trato (comercial o de usuario) con la víctima (ej. Asaltos, robos); (2) Tipo II: existe algún tipo de relación profesional entre el agresor y la actividad profesional del trabajador y se producen habitualmente mientras hay un intercambio de bienes y servicios. que es aquella que puede darse con respecto a personas que no prestan servicios en el centro de trabajo y son clientes o usuarios del mismo. (“Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre Riesgos Psicosociales”, 2012). Es este último tipo de violencia el que interesa a este estudio.

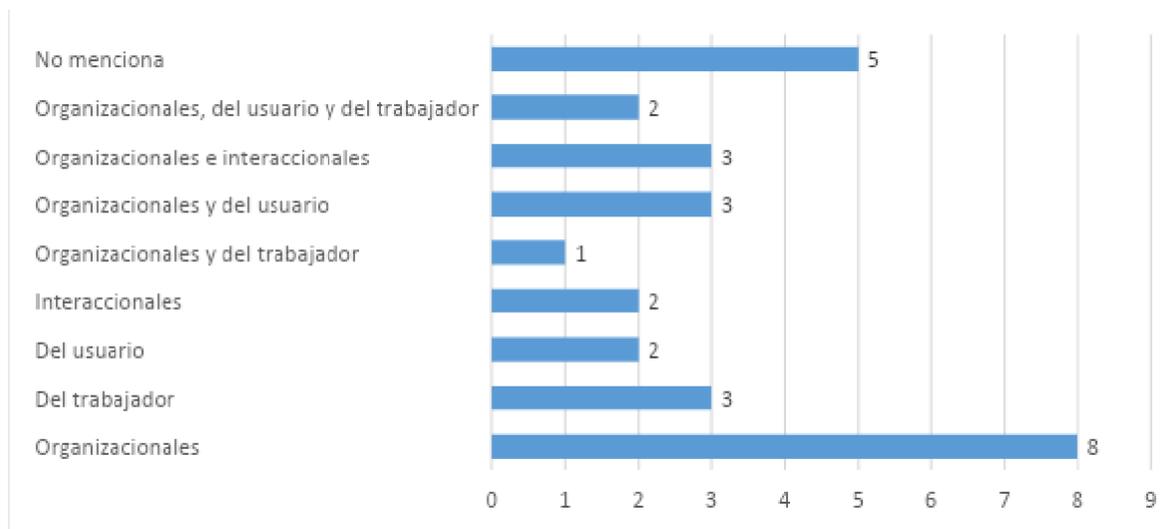
En este contexto, la evidencia destaca la violencia de tipo verbal, ya que muchas veces es declarada como el tipo de violencia más vivida y denunciada por los trabajadores de cuidado (Tonso et al. 2016; Purcell et al., 2017). A su vez, la violencia sexual se sitúa como un fenómeno especialmente importante dentro de las instituciones de cuidado (Vladutiu et al. 2016), particularmente aquella que es ejercida contra las mujeres y mediante la forma de acoso sexual (Wassel 2009; Llor-Esteban 2017; Fujimoto et al. 2017).

#### **b. Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia laboral que afecta a los trabajadores/as de instituciones de cuidado?**

En primer lugar, la revisión sistemática de literatura sobre violencia en el trabajo de cuidado, particularmente, en aquellos trabajadores que tratan con usuarios adultos mayores o personas con discapacidad intelectual o psíquica, dio cuenta de una concentración de estudios referentes al trabajo de cuidado con usuarios de salud mental y/o psiquiatría. Este interés responde a la alta prevalencia de la violencia iniciada por este tipo de usuarios, posicionando a estos funcionarios como una de las poblaciones de mayor riesgo asociado a la violencia laboral (Fujimoto et al. 2017; Guay, Goncalves & Boyer, 2016; Llor-Esteban et al. 2017).

En segundo lugar, como se observa en la Figura 1, los factores de riesgo asociados a la violencia laboral que afecta a los trabajadores/as de instituciones de cuidado, la evidencia se concentra en tres tipos de factores: (1) organizacionales (2) del usuario y del trabajador y (3) interaccionales. Dentro de estas categorías, los factores organizacionales fueron los más aludidos en la literatura revisada. Destacan aquellos factores organizacionales que refieren a los riesgos psicosociales del trabajo, comprendidos como todas las situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, el contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, los cuales tienen la capacidad de afectar, en forma negativa, el bienestar y la salud (física, psíquica y/o social) de las personas y sus condiciones de trabajo (Manual de Implementación, Programa de Vigilancia, Riesgos Psicosociales en el Trabajo, actualización 2020).

**Figura 1.** Distribución de artículos según factores que influyen en el surgimiento de la Violencia Laboral



Respecto a los factores organizacionales, destaca la presencia de una cultura organizacional que normaliza la violencia laboral y favorece la ausencia de consecuencias cuando la agresión es externa (Hogh, Baernholdt & Clausen, 2018; Afriyie-Boateng, Loftus, Weisenfeld, Hunter & Lawson, 2019; Purcell, Shovein, Hebenstreit & Drexler, 2017). Al respecto, se encuentran elementos como una política débil o inexistente contra todas las formas de violencia en la institución o falta de difusión de dicha política; falta de reglas de conducta claramente definidas; incapacidad de las jefaturas para evaluar adecuadamente las amenazas de violencia laboral; prácticas inadecuadas de supervisión; inexistente o débil mecanismo de denuncia de comportamientos violentos o amenazantes y capacitación insuficiente en materia de prevención de la violencia laboral con todos niveles ocupacionales (Clement et al., 2005). Sumado a esto, la evidencia señala la importancia de las altas demandas psicológicas, la sobrecarga laboral y desbalance esfuerzo recompensa (Purcell et al., 2017; Andersen, Hogh,

Biering & Gadagaard, 2018; El-Hneiti et al., 2019; Feijó et al., 2019; López-Cabarcos et al., 2017).

Por su parte, dentro de los factores organizacionales y del usuario se enfatiza la complejidad de la patología psiquiátrica y el no tener tiempo suficiente para entregar atención adecuada (Fujimoto, Hirota, Kodama, Greiner & Hashimoto, 2017); la admisión involuntaria de usuarios que presentan consumo de alcohol y drogas o un historial de violencia, unido a sobrecarga laboral, hacinamiento y falta de actividades terapéuticas (Niu, et al., 2019); las dificultades de salud mental de los usuarios junto a un bajo reconocimiento de la labor de las cuidadoras (Ostaszkiwicz, Lakhan, O'Connell & Hawkins, 2015).

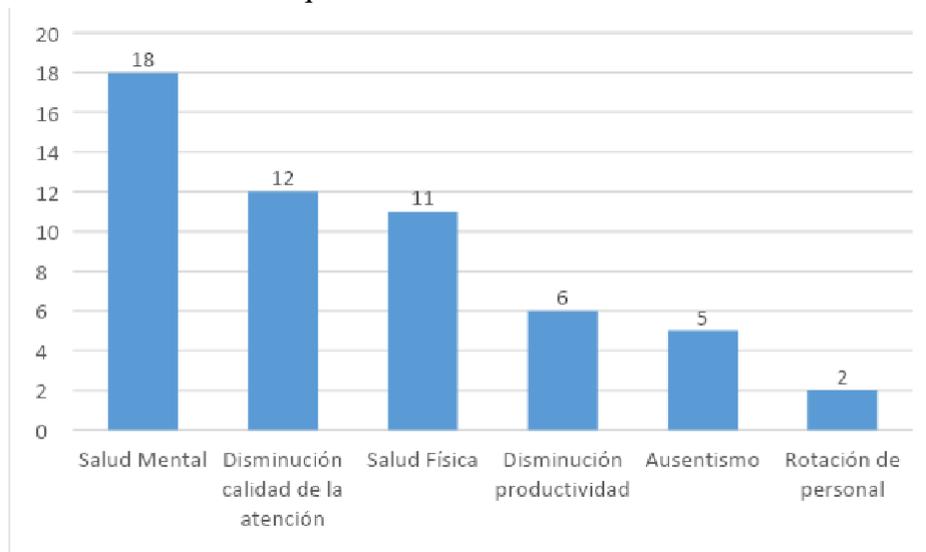
Respecto a los factores interaccionales, estos incluyen ambientes con excesivas restricciones y dificultades relacionales entre los trabajadores y los usuarios tales como problemas comunicacionales (Coneo, Thompson, Parker & Harrison, 2020); las altas demandas psicológicas producto de la naturaleza del trabajo desarrollado y la excesiva cercanía de los trabajadores con los usuarios (Llor- Esteban, Sánchez-Muñoz, Ruiz-Hernández & Jiménez-Barbero, 2017).

### **c. ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia laboral en los trabajadores/as de instituciones de cuidado**

En la revisión sistemática de la literatura, las consecuencias de la violencia refieren principalmente a la salud mental de los trabajadores, seguido de disminución de la calidad de la atención, dificultades en la salud física de los trabajadores y disminución de la productividad (Ver Figura 2).

Respecto a las consecuencias en la salud mental de los trabajadores se encuentra la sintomatología de Trastorno por estrés postraumático (Forté et al., 2017; Afriyie-Boateng et al., 2019; Fujimoto et al., 2017), la sintomatología depresiva (Yang, Stone, Petrini & Morris, 2017; Coneo et al., 2020) y la ansiedad (Afriyie-Boateng et al., 2019; Purcell et al., 2017; Al-Omari et al., 2019). Por su parte, la disminución de la calidad de la atención cuando existe violencia laboral se manifiesta en el deterioro de las relaciones con los usuarios (Lu et al., 2019) y frente a la ocurrencia de un episodio de violencia laboral esta puede tener consecuencias en el largo plazo (aproximadamente durante dos años) (Hogth, Baernholdt & Clausen, 2018). Finalmente, respecto a las consecuencias a nivel de salud física se encuentran el malestar físico generalizado (Niu et al., 2019; Péliissier et al., 2018) y la tensión física (El-Hneiti et al., 2019). Finalmente, la disminución de la productividad, el ausentismo y la rotación repercuten en un preocupante aumento de costos para la organización y para el Estado por los beneficios de licencias médicas y pensiones de discapacidad (Glambek, Skogstad & Einarsen, 2015).

**Figura 2.** Cantidad de artículos que menciona cada consecuencia de violencia laboral.



A su vez, la literatura indica múltiples consecuencias a nivel emocional y conductual en las personas que son víctimas de violencia laboral, dentro de ellas destacan el miedo y la ansiedad (Magnavita, 2012). Esto se vio reflejado en las emociones descritas por los/as trabajadores/as en el análisis de casos críticos, dando cuenta de temor, la impotencia y la sensación de vulnerabilidad. En algunos casos, los entrevistados experimentaron también angustia e incluso pánico, consecuencias emocionales mencionadas en la literatura previa (Purcell et al., 2017; Al-Omari et al., 2019). Sin embargo, las entrevistas dan cuenta que también habría funcionarios que se desentienden de las situaciones de violencia, y se concentran en el cumplimiento de sus funciones y horarios.

Cabe destacar que la literatura indica que la atención psicológica y el apoyo posterior al evento de violencia laboral es prioritaria para reducir el riesgo de que las consecuencias en salud mental de las víctimas y testigos se cronifiquen (Forté et al., 2017). Por lo tanto, las dificultades para asistir a atención temprana post episodio de violencia descritas por los trabajadores (ej. por motivos de transporte, consideración del incidente como menor, falta de personal, entre otras) son relevantes de considerar en este punto.

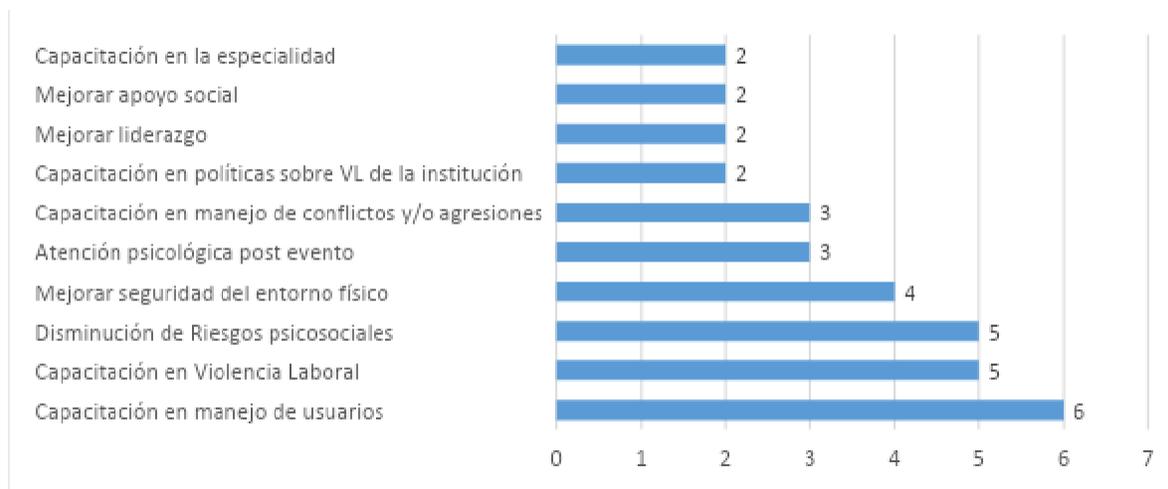
**2. Identificar buenas prácticas de prevención de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado y evaluar su efectividad.**

- a. **¿Qué nos dice la evidencia científica internacional sobre buenas prácticas de prevención y afrontamiento de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado?**

Existe una serie de prácticas de prevención de la violencia laboral que se llevan a cabo en las instituciones que experimentan este fenómeno social, entre ellas se destacan especialmente las estrategias institucionales, individuales y las generadas por los equipos de trabajo (Vladutiu et al., 2016). En ese sentido, las investigaciones señalan la necesidad de que, más allá de las estrategias individuales, existan estrategias organizacionales para disminuir la violencia laboral (Ariza-Montes et al., 2013; Imran et al., 2013), que éstas se den a conocer a los trabajadores (Soares y Da Rosa, 2012); y se eduque a los trabajadores para reconocer los episodios de violencia laboral (Hellemans, Dal Cason y Casini, 2017). Así, los estudios destacan que el apoyo social instrumental e informativo de parte de la organización son los más importantes para moderar los efectos negativos de la violencia (Schat y Kelloway, 2003).

A su vez, la revisión sistemática dio cuenta que la estrategia para la prevención de violencia laboral más recomendada es la realización de capacitaciones a los trabajadores en violencia laboral, manejo de usuarios, manejo de conflictos y/o agresiones y en la especialidad del/la trabajador/a de cuidado que entregue herramientas técnicas para mejorar su trabajo (Ver Figura 3). De esta forma, diversos programas proponen que la prevención de la violencia laboral basada en programas de educación y formación contribuye a mejorar la confianza (aumento en la percepción de competencias), aumentar la tolerancia y cambiar a una actitud más positiva hacia los usuarios, mejorando las relación con ellos y disminuyendo las posibilidades de presentar dificultades relacionales (Geoffrion, Goncalves, Giguère & Guay, 2018; Winokur et al., 2017; Guay et al., 2016)

**Figura 3.** Sugerencias para prevención e intervención de violencia laboral en trabajadores que desempeñan funciones de cuidado con personas mayores o con dificultades intelectuales y/o psíquicas



En esta línea, características imprescindibles de los programas de capacitación serían: contener teoría (sobre violencia en el trabajo), prevención (entregar herramientas para

evaluar el peligro y tomar precauciones), interacción (enseñar a interactuar con personas agresivas) y acciones posteriores al incidente (orientar respecto a procedimientos de denuncia, investigación, asesoramiento y seguimiento) (Beech & Leather, 2006), incluir el reconocimiento de signos verbales y no verbales de agresión, evaluación y manejo de riesgos, tácticas de desescalamiento y apoyo posterior al incidente (Abu Al Rub, Khalifa & Habbib, 2007). Específicamente respecto a las capacitaciones en el manejo de usuarios se sugiere que éstas incluyan temas como: el respeto; el estigma y los estereotipos; la agresión en el lugar de trabajo (causas y signos de agresión en los usuarios); factores desencadenantes de la agresión internos y externos; el ciclo de las crisis; ejercicios prácticos de uso de fuerza razonable; estrategias de desescalada; revisión posterior del incidente; uso del libro de incidentes; entre otros (Coneo et al., 2020). Respecto a esto último, y producto de la normalización de la violencia laboral (Hogh et al., 2018; Afriyie-Boateng et al., 2019; Purcell et al., 2017) las políticas de prevención recomendadas en la literatura sugieren que se tenga “tolerancia cero” a la violencia laboral (Clements, De Ranieri, Clark, Manno & Kuhn, 2005) y se aliente a los trabajadores a reconocer y dejar registro de los incidentes (Greenwald, 2006; Guay, et al., 2016; Gross, Peek-Asa, Nocera & Casteel, 2013).

Por su parte, las prácticas referidas a la disminución de los factores de riesgos psicosociales apuntan a la reducción de las demandas psicológicas y sobrecarga laboral, la mayor participación en las decisiones de la organización, mayor autonomía en el desarrollo del trabajo y mejorar el reconocimiento de la labor, el apoyo social y el liderazgo (Pélissier et al., 2018; Ostaszkiwicz et al., 2015; Ravenswood, Douglas & Haar, 2017; Andersen et al., 2019; Shea et al., 2017; Al- Omari, et al., 2019).

Finalmente, otras prácticas relevantes como la realización de mejoras de seguridad del entorno físico, por ejemplo, el desarrollo de instalaciones cómodas para los usuarios y funcionarios; alarmas de pánico y cámaras de vigilancia (Purcell et al., 2017; Touzet et al. 2019). Se sugiere también la aplicación de protocolos en materia de violencia laboral (Fujimoto et al., 2017) y el conocimiento de éstos por parte de los/as trabajadores/as (Soares y Da Rosa, 2012). Por último, se sugiere la presencia de sistemas de atención psicológica post evento de violencia laboral para las víctimas y los testigos (Forté et al., 2017). Al respecto, los estudios revisados sugieren: aplicar protocolos claros en la materia (Fujimoto et al., 2017); fomentar la realización de denuncias, cuidando que los trabajadores no se vean expuestos a estigmatización por realizarlas (Niu et al., 2019); acompañar la realización de los informes post incidentes y supervisar clínicamente el hecho (Pekurinen et al., 2017)

**b. ¿Qué hacen otros países para prevenir y afrontar la violencia laboral que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado?**

El análisis de políticas y normativas sobre el fenómeno de la violencia ejercida en espacios laborales por usuarios hacia funcionarios de cuidado nos muestra que la normativa y legislación para su regulación en los países seleccionados es, en general, relativamente escasa. A su vez, este análisis permite observar la existencia de avances heterogéneos, que refieren a conceptualizaciones diversas y una contextualización divergente en los distintos escenarios. Estos avances, se construyen fundamentalmente sobre las leyes regulatorias generales, en torno a la protección del empleo y los trabajadores, para luego discurrir en expresiones particulares que dan forma a políticas/ programas/ protocolos/ reglamentos sectoriales particulares.

La selección de los países se realizó, por una parte, considerando países de nivel de desarrollo similar a Chile, siendo estos Costa Rica y Uruguay, y por otra parte, se consideró España y Canadá, asumiendo la posibilidad de encontrar en ellos, mayor desarrollo en el abordaje de la problemática en estudio.

En primer lugar, **Chile** no presenta un avance sustantivo en la generación de normativas legales específicas para la protección de los derechos de los trabajadores, en potenciales escenarios de violencia laboral, resultantes del desarrollo de sus funciones de cuidado a terceros, a excepción de la legislación sobre acoso sexual y psicológico. Sin embargo, existen algunas iniciativas aisladas de distintos organismos privados y públicos, que se han hecho cargo de proponer lineamientos de acción en esta área. En este contexto, el gran marco regulatorio disponible desde la normativa legal es la ley N° 16.744 (1968) que protege en materia de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales en términos amplios. Al respecto, son los empleadores los responsables de proteger la salud de los trabajadores y deben estar afiliados al Instituto de Seguridad Laboral o adheridos a alguna mutualidad de empleadores, quienes deben asegurar la prestación de los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y prestaciones económicas.

Por otro lado, otros sectores como el de salud o el servicio nacional de menores (SENAME), han generado normativas que, pese a no remitir de manera estricta a la regulación de la violencia sufrida en el ejercicio de funciones de cuidados de otros, se operacionalizan en protocolos de acción que contienen orientaciones aplicables a casos de este tipo. Desde el sector Salud, es relevante la ley N° 20.824 (2015) referente al “Sistema de Mejoramiento de la calidad del trato al Usuario de los Establecimientos de Salud”, y la ley 20.584 (2012) que regula los “Derechos y Deberes de los Pacientes”. Ambas normativas incluyen la preocupación por el trato respetuoso no solo con los usuarios de los servicios de salud, sino también con los gremios, funcionarios y colegios profesionales que se desempeñan en el área. En este ámbito, destaca el “Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales laborales”. Por

su parte, SENAME cuenta con un “Protocolo de Actuación en Situación de Crisis y/o Conflictos” donde se considera situaciones de violencia hacia el personal de cuidado desde los niños, niñas y adolescentes (NNA) o adultos- familiares de los NNA.

En segundo lugar, respecto a los países con desarrollos similares al chileno, tanto Costa Rica como Uruguay forman parte de los países latinoamericanos, en donde no existe normativa específica para la protección de trabajadores que sufran violencia laboral producto del desarrollo de sus funciones de cuidado a terceros. Sin embargo, presentan marcos legislativos más amplios en los cuales esta preocupación puede situarse.

En **Costa Rica** la protección de los trabajadores se encuentra en su Constitución Política, donde se establece el trabajo como un derecho de todos los individuos y una obligación de éstos para con la sociedad. En este marco, el Código del Trabajo de Costa Rica, establece que todo patrono tiene la obligación de adoptar en los lugares de trabajo, las medidas necesarias para la higiene y la seguridad ocupacional de los trabajadores, además de asegurarlos con un Seguro de Riesgos de Trabajo que se registrará por las disposiciones establecidas en dicho Código. En este escenario, el Instituto Nacional de Seguros es la única compañía aseguradora con garantía estatal en el país, quien emite la “Norma Técnica del Seguro de Riesgos de Trabajo” (2016). Esta norma contiene una definición conceptual de accidente de trabajo lo suficientemente abarcativa para incluir la violencia a consecuencia de los trabajos de cuidado. Sumado a esto, la Política Nacional de Salud Ocupacional (2014) estipula que todas las dependencias públicas e Instituciones del Estado, están obligadas a implementar las medidas para garantizar la salud ocupacional de las personas trabajadoras, así como prestar la colaboración al Consejo de Salud Ocupacional por su condición de Órgano Rector en Salud Ocupacional.

En **Uruguay** los trabajadores están protegidos por normativas generales que emanan de lo dispuesto en la Ley N° 16.074 (1989) del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, que regula el seguro obligatorio de accidentes laborales y enfermedades profesionales. Este último es gestionado por el Banco de Seguros del Estado (BSE), que garantiza la asistencia médica y el pago de sus indemnizaciones. A su vez, frente a los eventuales accidentes o enfermedades profesionales que sufran sus trabajadores, con ocasión del desarrollo de su trabajo, esta ley establece la responsabilidad civil en el empleador, además de posibles sanciones toda vez que haya incumplido normas de seguridad y prevención para sus trabajadores. Sumado a esto, Uruguay fue el primer país latinoamericano que ratificó el Convenio 190 de la OIT (2019) contra la Violencia en el Trabajo, dando cuenta de una preocupación particular por atender la temática.

Respecto de la focalización en accidentes de trabajo, producto de la violencia ejercida al interior de los espacios laborales, la evidencia uruguaya muestra una focalización en temas de acoso sexual y moral. En este ámbito Uruguay cuenta con la Ley N° 18.561: “Acoso

Sexual, Normas para su prevención y sanción en el ámbito laboral y en las relaciones docente-alumno” (2009). Algunas instituciones relevantes en este ámbito son INMUJERES dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP). Si bien ambas instituciones levantan políticas institucionales frente al acoso laboral, moral o sexual, el foco se posiciona en las relaciones entre los/as funcionarios/as de las instituciones, no considerándose la posibilidad de que estas acciones surjan desde la interacción con los usuarios de los servicios.

Finalmente, Uruguay cuenta con la Ley N° 19.353, que creó el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) (2015) con el objetivo de promover el desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia. Dentro de sus principios, esta ley declara buscar la calidad integral de los servicios, donde las normas y protocolos de actuación, respeten y promuevan los derechos de los destinatarios y trabajadores del cuidado. Sin embargo, este principio declarado no es operacionalizado en la ley. En ese sentido, la calidad integral asociada al respeto de los derechos de los trabajadores de cuidado es una tarea aún pendiente.

En tercer lugar, **España** es uno de los países estudiados que da cuenta de un mayor desarrollo en términos de ordenamiento jurídico y prácticas regulatorias de temáticas vinculadas a la presencia de violencia en los espacios laborales. Esta preocupación se encuentra expresada en su constitución y es abordado en la Ley N°31 de “Prevención de Riesgos Laborales” (1995) donde se orienta la normativa de salud y seguridad de los trabajadores, considerando para ello la implementación de medidas preventivas que anticipen riesgos en las condiciones materiales y contextuales de desempeño de las funciones de los trabajadores. El control y vigilancia activa del cumplimiento de esta norma, corresponde a la Inspección del Trabajo y Seguridad Social.

Sumado a esto, se ha actualizado el Criterio Técnico 34/2003, en lo que refiere a acoso y violencia laboral, ampliando su espectro de acción desde las situaciones de acoso moral a todas aquellas que implican violencia psicológica en el trabajo y extendiendo las manifestaciones de violencia física interna. A su vez, destaca la “Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre Riesgos Psicosociales”, en donde se identifican factores de riesgo para funcionarios que ejercen tareas de cuidado, por ejemplo, auxiliares de clínicas de residencias de ancianos. Al respecto, se prevén como posibles factores de riesgo la elevada carga de trabajo; la escasa autonomía para adoptar decisiones sobre el modo y forma de trabajar; la falta de apoyo de mandos y supervisores; la violencia externa de pacientes, usuarios o sus familiares.; y la fatiga por trabajo nocturno o a turnos o falta de descanso entre jornadas. Finalmente, España también cuenta con aproximaciones a la temática desde otros sectores, como la Federación de Asociaciones de Protección del Maltrato donde se cuenta con un manual que incorpora la preocupación por las condiciones laborales que pueden provocar desgaste en los equipos de cuidado y por tanto afectar su salud

mental y la atención a usuarios. Sin embargo, este manual da cuenta de un enfoque preventivo y no refiere a acciones o procedimientos de abordaje de hechos de violencia laboral.

En **Canadá (Québec)**, se identificaron dos aproximaciones a la problemática. Por una parte, orientaciones generales para el enfrentamiento de violencias en espacios laborales; y por otra, avances orientados fundamentalmente al abordaje del acoso psicológico, moral o sexual en el trabajo.

Respecto a la primera aproximación, en Canadá, cualquiera sea el origen del accidente laboral los trabajadores están protegidos por la legislación vigente, tal como lo establecen las Normas Laborales de Canadá (Canada Labour Code). A su vez, Canadá cuenta con diferentes organismos vinculados a avanzar recursos y normativas en el ámbito de la violencia laboral, entre estos destacan:

- WorkSafe BC: Entidad independiente creada por ley, que cuenta con un Banco de Publicaciones comprometido con la difusión de temáticas de interés en relación a salud y trabajo; así como una Línea de Información Telefónica, destinada a responder dudas sobre salud y seguridad en el espacio de trabajo, y para servir como canal, para el reporte de accidentes laborales.
- “Understanding Violence”: Centro de Estudios del Trauma, asociado a la Universidad de Montréal, que ha generado importantes aportes para la comprensión del fenómeno de la violencia en el trabajo y a partir de ello, la determinación de variables intervinientes y algunas propuestas de acción.
- El Centro Canadiense de Salud y Seguridad Ocupacional (CCOHS: Canadian Centre for Occupational Health and Safety) que propone un “Programa de Prevención de la Violencia” donde los empleadores del cuidado de la salud deben promover una política de prevención de la violencia.
- La Federación Canadiense de Sindicatos de Enfermeras (CFNU: Canadian Federation of Nurses Unions): centro en línea de recursos, investigación, información, herramientas y recolección de buenas prácticas, relacionadas con la violencia en los lugares de trabajo de atención médica.

Respecto a la segunda aproximación, un hito importante es la promulgación de la ley “Actuar respetando las Normas Laborales”, donde se establece la prohibición y penalización de las conductas de acoso moral en el trabajo en Quebec, reforzando el compromiso de la provincia con la regulación preventiva y compensatoria en estas temáticas. Es la Comisión de Normas del Trabajo (CNT) la encargada de asesorar el cumplimiento de los derechos y responsabilidades de trabajadores y empresarios en relación al acoso psicológico en el trabajo. Por ejemplo, se establece la necesidad de que el empleador publique en un lugar visible de la empresa, la política que ésta posee frente al acoso y los procedimientos a los cuales pueden acceder los trabajadores para hacer sus denuncias ante los encargados dentro de la organización. A su vez, respecto a esta temática, Canadá cuenta con diferentes guías con modelo procedimentales flexibles, que cuentan con la capacidad de adecuarse a distintos

escenarios. Estas guías buscan asegurar que el lugar de trabajo promueva el bienestar físico y psicológico, la integridad de las personas y protección de su dignidad. Por lo general, la implementación de estas estrategias está a cargo de los empleadores en cada lugar de trabajo.

#### 4. METODOLOGÍA

El marco metodológico de la investigación consideró un diseño mixto, tanto empírico como teórico con metodologías de carácter cualitativo y cuantitativo. Específicamente, se emplearon las siguientes metodologías:

- a. Revisión sistemática de la literatura científica sobre violencia en el trabajo de trabajadores de cuidado
- b. Análisis de política comparada sobre buenas prácticas en violencia laboral que emerge en la interacción entre usuarios y funcionarios a propósito de funciones de cuidado
- c. Revisión de procesos/procedimientos de actuación frente a incidentes que pueden provocar situaciones de violencia.
- d. Entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a funcionarios/as
- e. Análisis de casos/incidentes críticos
- f. Encuesta on-line a una muestra representativa de trabajadoras/es

Finalmente, se adoptó un enfoque de investigación participativa (Colmenares, 2012) para la validación de los resultados mediante talleres de validación con funcionarios/as y expertos/as en el área.

Se trabajó con dos instituciones de cuidado, y un total de tres centros residenciales pertenecientes a dichas instituciones. Por un lado, en la Institución 1 se consideraron dos contextos residenciales: Centro 1 (Adulto Mayor) y Centro 2 (Discapacidad Mental). Por su parte, en la Institución 2 se consideró un solo centro, el Centro 3, donde se realizan labores de cuidado para personas con discapacidad intelectual y psíquicas de distintos niveles.

A continuación, se detallan cada una las técnicas de levantamiento de datos descritas<sup>2</sup>.

##### ***METODOLOGÍA DE REVISIÓN DOCUMENTAL***

**i. Revisión sistemática de la literatura científica:** Consistente en un “diseño de investigación observacional y retrospectiva, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones primarias” (Beltrán, 2015, p. 60). La revisión sistemática tuvo carácter descriptivo y de enfoque mixto. Se llevó a cabo una revisión con técnicas cualitativas donde se establecieron subcategorías a partir de variables preestablecidas con las que se levantó la información de la literatura seleccionada. Posteriormente, se realizó una síntesis de la distribución de las subcategorías mediante técnicas cuantitativas. Se realizó una búsqueda de la literatura revisando estudios publicados en revistas especializadas e indexadas, en inglés y español, con el fin de describir y analizar evidencia científica publicada entre los años 2015 a 2019 sobre violencia ocupacional en estudios empíricos que hacen referencia a violencia

ocupacional interna o externa en contextos laborales que implican trabajo de cuidado con usuarios: personas mayores, personas con discapacidad intelectual o psíquica.

**ii. Análisis de política comparada:** Se realizó una revisión documental de buenas prácticas nacionales e internacionales. Se buscó identificar buenas prácticas frente a la violencia de usuarios sufrida por trabajadores que desarrollan labores de cuidado; reglamentación frente al tema, contenida en la legislación vigente de cada país, políticas, decretos, manuales y/o protocolos; acciones preventivas o de tratamiento desarrolladas si es que existen; y la responsabilidad de supervisión del cumplimiento de cada una de estas normativas y su vínculo con organizaciones externas a la organización, si es que es posible de determinar (aseguradoras de enfermedades o accidentes profesionales privadas o estatales, según sea el caso). Los países seleccionados para el análisis fueron cinco: Chile, España, Canadá, Costa Rica y Uruguay.

**iii. Revisión documental de procesos y/o procedimientos de actuación.** Se desarrolló una revisión exhaustiva de los protocolos, procedimientos y procesos de actuación instalados en la institucionalidad o la cultura organizacional que permiten determinar los cursos de acción, frente a los incidentes que podrían constituirse o provocar situaciones de violencia laboral hacia los funcionarios, a partir del ejercicio de sus funciones en el trabajo cuidado. Esta tarea de revisión concentró su atención en los ámbitos que dichos protocolos regulan; las recomendaciones que sugieren para el accionar de los equipos y la operacionalización de los protocolos, considerando mecanismos y canales de difusión y/o socialización, así como su aplicabilidad. A su vez, este análisis documental se complementó con cinco entrevistas a actores claves de cada una de las instituciones (COANIL y Hogar de Cristo), que permitieron profundizar el análisis de los nudos críticos de dichos procedimientos.

### **METODOLOGÍA EMPÍRICA**

**i. Entrevistas semiestructuradas:** Esta metodología permite abordar el tema explorado a partir de la reconstrucción de las prácticas y sentido que los actores involucrados le otorgan a sus experiencias (Flick 2002), utilizando para ello una descripción densa de los fenómenos (Geertz 1973). Para seleccionar a los sujetos de estudio se realizó una muestra no probabilística e intencional (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La pauta de entrevista y de análisis fue diseñada en función de los antecedentes obtenidos durante el levantamiento de información inicial y en función de investigar los factores de riesgo de violencia laboral y buenas prácticas de prevención y afrontamiento. Es decir, se utilizaron categorías de tipo deductivo (Cho & Lee, 2014) las que fueron contrastadas con los datos obtenidos para obtener las categorías finales que se aprecian en los resultados. El total de la muestra estuvo compuesta por 26 trabajadores pertenecientes a los 3 centros bajo estudio. Se entrevistó individualmente a un total de 6 trabajadores, tanto representantes de los trabajadores (n=4), como miembros del equipo directivo de la institución (n=2). A su vez, se entrevistó grupalmente a un total de 20 trabajadores, los cuales pertenecen a diversos estamentos de las

instituciones: equipo técnico (n=5); equipo de trato directo (n=5); operativos (n=3); profesionales (n=4) y administrativos (n=3).

**ii. Análisis de casos: técnica de incidentes críticos:** Esta técnica “posibilita la investigación de hechos identificados por los propios sujetos como significativos. Su objetivo es lograr el entendimiento de los incidentes (o situaciones) desde la perspectiva de los propios individuos, tomando en consideración los elementos cognitivos, afectivos y de comportamiento” (Chell, 2004, en Peña Fredes, Weinstein Cayuela y Raczynski, 2018, p. 4). Esta técnica se centra en la experiencia subjetiva y busca analizar, cuantificar y categorizar las conductas (Yañez-Gallardo, y Valenzuela, 2012, en Peña Fredes et al., 2018). De esta forma, el objetivo fue determinar las prácticas laborales más y menos efectivas. Se trabajó con funcionarios de los tres centros, separados por estamento (equipo técnico y trato directo). El entrevistador/a presentó una situación de violencia laboral (incidentes críticos) relatada en las entrevistas de funcionarios del mismo espacio laboral, para generar un estímulo temático, y posteriormente se desarrolló una discusión grupal sobre este caso. El análisis de la información se realizó con análisis de contenido (Bardín, 1996). Para cada centro se analizaron: las reacciones emocionales y conductuales de los involucrados frente a la situación de violencia laboral relatada, causas del episodio relatado, recomendaciones para la prevención e intervención en situaciones similares a las descritas.

**iii. Encuesta on-line:** Se realizó un estudio empírico analítico, cuantitativo, no experimental, y transversal. Se aplicó un cuestionario de auto reporte autoadministrado. Dicho cuestionario incluyó diferentes dimensiones de la organización del trabajo: demandas psicológicas; apoyo social de pares y superiores, control sobre el trabajo; desbalance esfuerzo-recompensas, tipos de liderazgo, satisfacción laboral, demandas emocionales, atención de público, screening de distrés psicológico; exposición a situaciones de violencia laboral (física, psicológica o sexual)<sup>3</sup>. Se logró una muestra total de 157 funcionarios pertenecientes a los tres centros bajo estudio. Esta muestra total corresponde al 67% de la dotación total de dichos centros - según el universo entregado por cada uno de los centros. Se realizaron análisis con estadística descriptiva y bivariada con pruebas de chi cuadrado (NC=95%). Con esto, se buscó comprender de qué manera se relacionan las variables de riesgo psicosocial, estilos de liderazgo y de control con la violencia laboral, el distrés y la satisfacción laboral. A su vez, se elaboraron tres modelos de regresión logística binomial para la violencia laboral, el distrés y la satisfacción laboral (NC=95%). Es decir, se estimaron modelos multivariados de regresión logística para predecir: (i) la chance de ocurrencia de la violencia laboral en función de factores de riesgos psicosociales y los estilos de liderazgo considerando variables de control; (ii) problemas de salud mental (distrés) en función de violencia laboral y de todas

---

<sup>3</sup> El cuestionario original fue modificado debido a la necesidad de contar con un instrumento más breve que permitiera lograr una mejor participación (tasa de respuesta) de los trabajadores. En concreto implicó la eliminación de algunas dimensiones de riesgo psicosocial que estaban en el diseño original: Apoyo social y Desbalance Esfuerzo Recompensa.

las variables mencionadas; y (iii) satisfacción laboral en función de violencia laboral y de todas las variables mencionadas. Se utilizó odds ratio como medida de asociación (IC 95%) porque lo que interesa es comparar grupos expuestos y no expuestos en función de un factor. En los modelos se incluyeron todas las variables independientes que resultaban teóricamente relevantes, que no implican colinealidad y que en las pruebas bivariadas resultaron estadísticamente significativas en su asociación con violencia laboral, distrés y/o satisfacción laboral.

### ***VALIDACIÓN DE RESULTADOS***

El proceso de validación consistió en someter a un análisis colectivo, los principales resultados y hallazgos encontrados, en donde los participantes involucrados/as, así como expertos en la temática, evaluaron y se pronunciaron respecto a su pertinencia y validez. Con este fin se elaboraron dos productos teniendo en consideración los antecedentes levantados en las etapas anteriores de este proyecto, y posteriormente los resultados de la validación.

En primer lugar, se elaboró la Matriz de Resultados, donde se sistematizaron los factores de riesgos, medidas de prevención y/o mitigación para la prevención de la violencia laboral en el trabajo de cuidado de niños, adolescentes y adultos con discapacidad cognitiva y/o vulneración social. En segundo lugar, en base a los ajustes realizados a la Matriz de Resultados señalada se desarrolló el primer borrador de la Estrategia preventiva. En este contexto, el proceso consideró tres instancias: (1) Validación Matriz de Resultados con Actores/as clave, (2) Validación Matriz de Resultados por Panel de Expertos, y (3) Validación Estrategia de Prevención con actores clave y expertos. A continuación, se describe la metodología específica de cada una de estas instancias:

**i Validación Matriz de Resultado con Actores/as clave:** Considerando que los funcionarios son actores privilegiados para describir y evaluar la efectividad o no de las prácticas de prevención de la violencia que se implementan en las instituciones, contar con sus percepciones y opiniones es fundamental para mejorar la efectividad de las propuestas. Esta perspectiva se alinea con los fundamentos de la investigación-acción participativa (IAP) en donde se realizan análisis críticos que incluyen la participación activa de los grupos y actores implicados (Ander Egg, 2003). A su vez, también se reconoce la utilidad de este tipo de metodologías para concienciar y motivar a los involucrados, caracterizar y analizar los problemas que les afectan y las soluciones que se proponen (Egg, 2003). Se utilizó como referencia la estrategia de investigación participativa “Taller participativo” el cual consiste en un “evento local que permite lograr un consenso mediante el intercambio de conocimiento, percepciones y opiniones hasta llegar a conclusiones y consensos dentro del grupo” (DGIP-MEF, 2005). Sin embargo, esta técnica se extendió más allá de la búsqueda de consensos, esperando explorar si existía información complementaria que incluir, e identificar en qué aspectos existían mayores matices o disensos y donde era necesario profundizar. Siguiendo

estas premisas, la Matriz de Resultados fue validada por funcionarios (n=8) y directivos (n=8) de las dos instituciones bajo estudio.

**ii Validación Matriz de Resultados por Panel de Expertos:** Esta técnica tiene por objetivo la obtención de un consenso basado en la discusión entre expertos sobre algún tema. Se seleccionó a expertos/as principalmente según la experiencia y expertise en la temática de violencia laboral, grados académicos, publicaciones, reputación en la comunidad y disponibilidad y motivación para participar. El panel quedó compuesto por siete participantes de diversos ámbitos: representantes del Instituto de Seguridad Laboral, Instituto de Salud Pública, académicos nacionales e internacionales, además de los miembros del equipo de investigación. El análisis consideró que los/as expertos/as evaluaran y se pronunciaran sobre tres aspectos: contenidos del modelo presentado en la guía, pertinencia contextual y aspectos de forma y modos de comunicar la información. Se generó un documento donde se sistematizaron los comentarios, impresiones y acuerdos generados en torno a la matriz.

**iii Validación de Estrategia preventiva con actores claves y expertos:** Al igual que en la validación anterior se trabajó desde una perspectiva que se alinea con los fundamentos de la investigación-acción participativa (Ander-Egg, 2003).

Se realizó una reunión a la que asistieron: 4 académicos de universidades nacionales, 3 profesionales expertos de la contraparte técnica del proyecto (ACHS) y 11 trabajadores/as de ambas instituciones. A todos/as los convocados/as se les envió la versión en borrador de la estrategia antes de la reunión y durante la reunión se expusieron los puntos principales de ella. Posteriormente, se realizaron las siguientes preguntas orientadoras del trabajo: ¿Qué les parece esta estrategia?; ¿Creen que es realista respecto a los contextos de trabajo?; ¿Creen que hay algún aspecto que ser enfatizado?; ¿Creen que hay algún aspecto que falte? y; ¿Cree que hay algo que no corresponde o deba ser eliminado?

## 5. RESULTADOS

Este apartado reúne la síntesis de los resultados, lo cuales se articulan en torno a los objetivos específicos, las preguntas de interés para responder a ellos y sus productos asociados.

### 1. Identificar los factores que influyen o propician la violencia en personal al cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.

#### a. ¿Cuáles son las formas de manifestación de la violencia en las instituciones de cuidado bajo estudio?

En primer lugar, los resultados de la encuesta online dan cuenta que en todos los centros de cuidado estudiados se reporta exposición a violencia laboral (VL) (según criterio de Mikkelsen y Einarsen, 2011), específicamente un 23,5% (36) de los encuestados reportan VL. A su vez, el reporte de violencia laboral es significativamente mayor entre hombres (47,1%) en comparación a las mujeres (20,6%) (Ver Tabla N°1). En ese sentido, se rechaza la hipótesis de que las mujeres estarían más expuestas a violencia laboral en comparación a los hombres. Sin embargo, para evaluar la significancia de diferencias por sexo es importante tener en cuenta el bajo número de hombres en la muestra (N=17) y se podría hipotetizar que reportan menos maltrato porque lo naturalizan más que los varones.

Tabla N°1. Prevalencia de variables de Violencia Laboral según sexo, centro e institución (N=157)

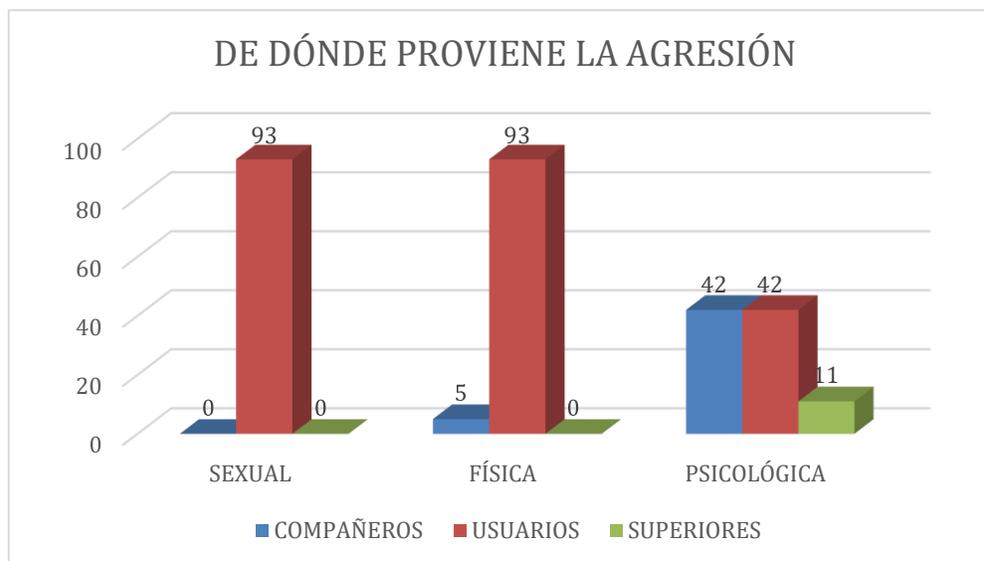
	Sexo		P (x <sup>2</sup> )	Institución 1		Total Instit 1	Institución 2		P (x <sup>2</sup> )	P(x <sup>2</sup> ) Instit	Muestra total
	Mujer	Hombres		Centro 1	Centro 2		Centro 3				
<b>Conductas negativas (VL)</b>	20,6% (28)	47,1% (8)	<b>0,015</b>	6,4% (3)	17,6% (6)	11,1% (9)	37,5% (27)	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,000</b>	23,5% (36)
<b>Acoso laboral</b>	11,6% (16)	23,5% (4)	0,166	4,0% (2)	14,7% (5)	8,3% (7)	18,1% (13)	9	0,07		12,8% (20)
<b>Acoso psicológico</b>	13,3% (18)	6,7% (1)	0,461	6,4% (3)	12,1% (4)	8,8% (7)	16,9% (12)	0,24	0,132		12,6% (19)
<b>Agresión física</b>	26,9% (36)	40,0% (6)	0,284	6,5% (3)	21,2% (7)	12,7% (10)	45,1% (32)	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,000</b>	28,0% (42)
<b>Acoso sexual</b>	9,1% (12)	20,0% (3)	0,186	0,0% (0)	3,0% (1)	1,3% (1)	20,3% (14)	<b>0,00</b>	<b>1</b>	<b>0,000</b>	10,1% (15)

Fuente: Elaboración propia

Tal como se observa en la tabla N°1, respecto a los diferentes tipos de **manifestación de violencia**, en los últimos 12 meses, un 28% reporta haber sufrido agresión física, un 12,6% acoso psicológico y un 10,1% acoso sexual. En cuanto al acoso psicológico no hay diferencias por sexo, centro o institución. Sin embargo, la agresión física en el Centro 3 alcanza un 45,1%, descendiendo a un 21,2% en el Centro 2 y a un 6,5% en el Centro 1.

Asimismo, el acoso sexual también es mayor en el Centro 3: un 20,3% reporta acoso sexual, cifra que desciende a un 3,0% en el Centro 2 y a un 0,0% en el Centro 1. En cuanto a la frecuencia de estas agresiones y acosos, un 35,7% señala que las agresiones físicas con seguidas o muy seguidas, cifra que desciende a un 31,6% para el acoso psicológico y que asciende a un 46,7% para el acoso sexual.

Tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico respecto a la **dirección de la agresión**, un 50% señala que los agresores son los compañeros de trabajo, un 35% señala que son los usuarios y un 15% señala a los superiores. Sin embargo, la distribución de estas cifras varía significativamente de acuerdo al tipo de violencia: un 92,9% de quienes reportan agresión física señalan que ésta es ejercida por los usuarios, un 4,8% indica a los compañeros y un 2,4% a los subalternos. En cambio, un 42,1% de quienes reportan acoso psicológico indican a los compañeros como responsables, un 42,1% a los usuarios, un 10,5% a los superiores y un 5,3% a los subalternos. Finalmente, un 93,3% de quienes reportan acoso sexual indican que los agresores son los usuarios. No se observan diferencias significativas por centro.



En cuanto a las variables de control y las condiciones laborales de los trabajadores/as del estudio, ni el rango etario, ni el estamento declarado, ni atender a público, ni supervisar a otros trabajadores, ni la antigüedad en la institución se relacionaron con el reporte de violencia laboral. Ahora, el estamento según cargo sí muestra una relación con la violencia laboral, específicamente: los profesionales; los trabajadores con mayor nivel educacional y los trabajadores que llevan menos años en su cargo reportan mayor violencia laboral.

Por su parte las entrevistas cualitativas dan cuenta de experiencias similares a las descritas en la literatura, así como algunas particularidades específicas a sus contextos:

- *Violencia física:* Cubre un amplio espectro de manifestaciones (ej. combos, empujones, mordidas, escupos, lanzamiento de excrementos y/o objetos contundentes). Esta sería ejercida mayormente por los usuarios y dirigida a los funcionarios, a otros usuarios y hacia la infraestructura de los centros. Se describe en menor medida la violencia de los trabajadores a los usuarios. Además, este tipo de violencia se presentaría especialmente cuando los funcionarios deben aplicar procedimientos de rutina (ej. cambios de turno). A su vez algunos entrevistados, afirmaron que violencia física es parte de la vida cotidiana dentro de la institución y que por lo tanto se ven exigidos/as a estar en un estado de constante alerta ante posibles agresiones de parte de los usuarios.
- *Violencia psicológica:* Se manifiesta especialmente de manera verbal y en muchas ocasiones, se presentaría como manifestación previa a la violencia física. Este tipo de violencia sería una constante en las experiencias de cuidado de los entrevistados, y ocurriría de manera más uniforme en diferentes direcciones: de usuarios a funcionarios, de funcionarios a usuarios y entre usuarios. Respecto a esto último, el *bullying* entre los usuarios sería una de sus formas más claras y recurrentes. Por último, algunos entrevistados tienden a la normalización de este tipo de violencias, mientras otros dan cuenta de la carga psicológica y emocional que esto provoca y la escasa contención que ofrece la institución.
- *Violencia sexual:* Este tipo de violencia es el que presenta mayor divergencia en los datos. Por lo general, en las entrevistas cualitativas no se tematiza este tipo de violencia, encontrando solo una excepción en uno de los tres centros bajo estudio. Sin embargo, las alusiones son escasas y por lo general se describe como tema considerado “tabú”. Las escasas referencias describen agresiones sexuales especialmente de los usuarios hacia las usuarias, incluyendo la mención de una violación. A su vez, los entrevistados explican este fenómeno en torno a la discapacidad psicológica y social, manifestándose especialmente cuando los usuarios sufrían “desajustes”. Sumado a esto, una de las entrevistadas refiere un largo y complejo trabajo para ser respetada por un usuario que es reconocido por ejercer violencia sexual.

Pese a la evidencia observada en las encuestas online, donde la violencia física es la mayormente reportada, existe divergencia en la importancia atribuida a cada tipo de violencia en los diferentes centros estudiados. En uno de los centros bajo estudio la violencia física es referida como uno de los temas más presentes y problemáticos, en particular la violencia física de y entre los usuarios es la más frecuente y puede presentarse en actos graves que incluso ponen en riesgo la vida de los trabajadores. Por su parte, en otros centros se describe la violencia de tipo verbal o psicológica como la manifestación más común de la violencia laboral, y en segundo lugar la de tipo física. Referente a la violencia sexual, esta solo es

tematizada en las entrevistas cualitativas en uno de los centros, lo que se condice con el bajo reporte encontrado en las encuestas online, pero es contradictorio con la alta frecuencia reportada. Esto podría ser un reflejo de la caracterización de la violencia sexual como tema “tabú” como fue señalado en las entrevistas cualitativas.

Finalmente, las entrevistas dan cuenta de una generalizada normalización de la violencia laboral cuando proviene de los usuarios, al considerarla como parte del trabajo de cuidado. Esto aparece en los relatos de los trabajadores de todos los centros bajo estudio, tanto por parte del equipo técnico como en los del equipo de trato directo.

**b. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia laboral que afecta a los trabajadores/as de instituciones de cuidado?**

Las experiencias de los entrevistados en este estudio muestran correspondencia con lo descrito en la literatura. Así, los factores de riesgos detectados por los entrevistados incluyen: (1) Factores organizacionales (ej. vinculados a deficiencias en la infraestructura, a la sobrecarga de trabajo, bajo apoyo de pares superiores, cultura organizacional disfuncional y altas demandas emocionales); (2) Interaccionales (relacionados con el vínculo entre usuarios y funcionarios) y (3) individuales (del usuario, del funcionario). Destaca en estos resultados la importancia otorgada a las características de los usuarios/as, específicamente lo que refiere a la presencia de condiciones psiquiátricas; la existencia o no de condiciones previas de encierro y la involuntariedad del ingreso. Esto se condice con la literatura, donde se da cuenta que en instituciones de salud mental y en muchos hospitales, son los usuarios quienes protagonizan la mayor parte de actos violentos contra los funcionarios de estas instituciones (Llor-Esteban et al. 2017; Al-Omari et al. 2019). En segundo lugar, los trabajadores consideran un factor de riesgo central la deficiente habilidad para manejar situaciones de violencia producto de escasas posibilidades de capacitación. Esto se corresponde con la evidencia sobre la falta de competencias o capacitación de los trabajadores como el principal factor de riesgo para el surgimiento de la violencia laboral (Winokur, Loucks & Rutledge, 2017; Forté, Lanctot, Geoffrion, Marchand & Guay, 2017).

Por su parte, como se muestra en la Tabla N°2, el análisis de las encuestas cuantitativas, da cuenta que una proporción relevante de encuestados reporta exposición a los factores de riesgo estudiados. De esta forma, se observa que:

- Más de la mitad de los trabajadores/as reporta altas demandas emocionales (53,2%) y altas demandas psicológicas (54,9%), mientras un menor porcentaje de trabajadores reporta baja latitud decisional (28,9%). Como resultado de la baja latitud decisional y la presencia de altas demandas psicológicas se observa que un 19% de los trabajadores presenta una alta tensión psíquica (JobStrain). A su vez, se observa que una mayor proporción de profesionales reportan altas demandas psicológicas en comparación a los trabajadores operativos y de trato directo. Ahora, una mayor proporción de trabajadores operativos y de trato directo reporta una baja latitud

decisional y una mayor tensión psíquica en comparación a los profesionales. Vale considerar que la muestra contó con una baja proporción de trabajadores profesionales.

- Respecto a los estilos de liderazgo, la mayoría de los encuestados señala estar expuesto a un liderazgo constructivo (84,4%), el que es mayormente reportado en la Institución 1 (91% versus 76,8% en la Institución 2). En lo que refiere a los liderazgos destructivos, se observa un mayor reporte de liderazgos laissez faire (54,4%) que de liderazgos autoritarios (10,8%), sin mostrar diferencias significativas por centro.
- Finalmente, respecto a la presencia de prácticas preventivas, más de la mitad de los trabajadores/as declara haber recibido alguna formación respecto de las situaciones de maltrato y violencia en el trabajo (52,5%), sin mostrar diferencias significativas por centro. Por su parte, un mayor porcentaje (61,9%) de los/as trabajadores/as declara conocer procedimientos para denunciar en situaciones de maltrato y violencia en el trabajo, lo que es mayormente reportado en la Institución 2 (72,5% versus el 51,4% de la Institución 1).

Es interesante notar que no se observan diferencias significativas por sexo para ninguno de los factores de riesgo estudiados. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis de que las mujeres estarían más expuestas a factores de riesgo psicosocial y al liderazgo autoritario, pues, no se observa una relación significativa entre aquellas variables y el sexo. Sin embargo, las mayores diferencias se presentan entre centros, por lo que se hipotetiza que se encuentran estrechamente vinculadas con el tipo de población que atienden y con la sobrecarga laboral que ello representa, así, atender usuarios con patologías mentales severas podría representar mayor riesgo que atender usuarios que son personas mayores.

Tabla N°2. Prevalencia de variables independientes según sexo, centro e institución (N=157)

	Sexo			Institución 1			Institución 2			Muestra total
	Mujer	Hombres	P (x <sup>2</sup> )	Centro 1	Centro 2	Total Instit 1	Centro 3	P (x <sup>2</sup> )	P(x <sup>2</sup> ) Instit	
<b>Alta demanda emocional</b>	51,8% (72)	64,7% (11)	0,314	38,0% (19)	67,6% (23)	50,0% (42)	56,9% (41)	<b>0,019</b>	0,386	3,2% (3)
<b>Alta demanda psicológica</b>	52,6% (72)	75,0% (12)	0,088	34,0% (16)	67,6% (23)	48,1% (39)	62,5% (45)	<b>0,002</b>	<b>0,075</b>	54,9% (84)
<b>Baja latitud decisional</b>	28,4% (38)	35,3% (6)	0,553	14,6% (7)	41,2% (14)	25,6% (21)	32,9% (23)	<b>0,02</b>	0,326	28,9% (44)
<b>Alta tensión psíquica</b>	17,3% (23)	31,3% (5)	0,177	0,0% (0)	32,4% (11)	13,9% (11)	24,3% (17)	<b>0,000</b>	0,106	18,8% (28)
<b>Liderazgo Laissez-Faire</b>	55,0% (71)	50,0% (8)	0,703	55,8% (24)	48,5% (16)	52,6% (40)	56,5% (39)	0,732	0,639	54,5% (79)
<b>Liderazgo autoritario</b>	9,1% (12)	25,0% (4)	0,053	4,3% (2)	12,1% (4)	7,6% (6)	14,5% (10)	0,221	0,178	10,8% (16)
<b>Liderazgo constructivo</b>	85,5% (112)	75,0% (12)	0,275	93,3% (42)	87,9% (29)	91,0% (71)	76,8% (53)	<b>0,049</b>	<b>0,018</b>	84,4% (124)
<b>Formación</b>	54,5% (67)	37,5% (6)	0,201	43,2% (16)	45,5% (15)	44,3% (31)	60,9% (42)	0,145	0,05	52,5% (73)
<b>Protocolo</b>	61,8% (76)	62,5% (10)	0,956	48,6% (18)	54,5% (18)	51,4% (36)	72,5% (50)	<b>0,034</b>	<b>0,011</b>	61,9% (86)

Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, los análisis bivariados y multivariado de las encuestas dan cuenta que la exposición a algunos factores de riesgos psicosociales y a formas de liderazgo destructivo aumenta la probabilidad de reportar violencia laboral. Al respecto, destacan las siguientes conclusiones.

En primer lugar, existe una relación significativa entre las **demandas** psicológicas y la violencia laboral (NAQ M&E) y entre las demandas emocionales y la violencia laboral. Por su parte, no se evidencia una relación entre la latitud decisional y la violencia laboral. Sin embargo, sí se observa una relación significativa entre la **tensión psíquica** (*JobStrein*) y la violencia laboral. De esta forma, el modelo multivariado ajustado indica que los trabajadores expuestos a una alta tensión psíquica tienen cinco veces (OR=4,829; IC= [1,522 - 15,322]) más chance de presentar VL.

En segundo lugar, en cuanto a los **estilos de liderazgo**, el análisis bivariado muestra un mayor reporte de violencia laboral entre quienes están expuestos a un liderazgo autoritario, y menor en aquellos que están expuestos a liderazgo laissez-faire. Por su parte, no se evidencian diferencias significativas respecto al reporte de violencia entre quienes están expuestos a liderazgo constructivo. Sin embargo, al incorporar ambos estilos de liderazgo en el modelo multivariado, la asociación entre el liderazgo autoritario y violencia laboral pierde significancia y se mantiene solo para el liderazgo laissez-faire. De esta forma, quienes están expuestos a liderazgo laissez-faire tienen tres veces (OR=2,525; IC= [1,09 - 5,845]) más chance de presentar violencia laboral al comparar con quienes no están expuestos a este estilo de liderazgo.

En tercer lugar, se rechaza la hipótesis de que la presencia de las **prácticas preventivas** de violencia laboral estudiadas se relaciona negativamente con la violencia laboral, pues no hay relación significativa entre las variables utilizadas (formación y protocolo) y violencia laboral. De hecho, a nivel descriptivo -pero no significativo-, un mayor porcentaje de quienes han sido formados y quienes conocen protocolos reportan más violencia laboral en comparación a quienes no han recibido formación y quienes no conocen los procedimientos. Este asunto puede ser interpretado por factores culturales tales como la naturalización de la violencia laboral. De este modo, la presencia de prácticas preventivas puede desnaturalizar las conductas violentas y con ello aumentar el reporte de la misma o dicho de otro modo, la naturalización se relaciona con la subnotificación de violencia laboral.

De este modo, la hipótesis respecto al rol de los factores de riesgo psicosocial, se acepta parcialmente, ya que el rol del liderazgo autoritario pierde significancia al ajustar el modelo por las demás variables de interés. Además, como se mencionó, en el análisis bivariado la latitud decisional no se relaciona con la violencia laboral. A su vez, se planteó que los trabajadores de trato directo y operativos estarían más expuestos a factores de riesgos psicosocial, a liderazgo autoritario y a violencia laboral que los trabajadores profesionales.

Sin embargo, no se evidencia relación entre estamento y estilos de liderazgo. Además, si bien se observa una relación entre estamento y violencia laboral, ésta es inversa a la esperada; una mayor proporción de profesionales reportan violencia laboral en comparación a los operativos y de trato directo. En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, una mayor proporción de profesionales reportan altas demandas psicológicas en comparación a los trabajadores operativos y de trato directo. Ahora, una mayor proporción de este último grupo reporta una baja latitud decisional y una mayor tensión psíquica en comparación a los profesionales. Vale considerar que la muestra contó con una baja proporción de trabajadores profesionales. De hecho, la relación entre estamento y violencia laboral pierde significancia en los modelos ajustados.

**c. ¿Cuáles son las consecuencias de la violencia laboral en los trabajadores/as de instituciones de cuidado**

Los resultados de las encuestas online son coherentes con las experiencias reportadas de manera cualitativa. De esta forma, como se observa en la Tabla N°3, se comprueba que la exposición a VL se relaciona positivamente con la presencia de distrés psicológico y de insatisfacción laboral. A su vez, se comprueba que algunos factores de riesgos psicosociales y la exposición a liderazgos destructivos (laissez-Faire y autoritario) se relacionan positivamente con el distrés psicológico y la insatisfacción laboral.

Tabla N°3. Relación entre factores de riesgo psicosociales y estilos de liderazgo con la violencia laboral, distrés y satisfacción laboral en trabajadores/as cuidadores/as (N=153)

	Violencia Laboral - MyE			Distrés elevado			Insatisfacción laboral		
	N	%	P (x <sup>2</sup> )	N	%	P (x <sup>2</sup> )	N	%	P (x <sup>2</sup> )
<b>Violencia Laboral-MyE</b>									
0 o 1 a la semana				22	21,8%		27	24,1%	
2 o más a la semana				17	51,5%	<b>0,001</b>	25	73,5%	<b>0,000</b>
<b>Demandas psicológicas</b>									
Baja demanda	1	1,4%		10	17,9%		14	20,3%	
Alta demanda	35	41,2%	<b>0,000</b>	31	38,8%	<b>0,009</b>	40	49,4%	<b>0,000</b>
<b>Demandas emocionales</b>									
Baja demanda	6	8,3%		7	11,7%		16	22,5%	
Alta demanda	30	37,0%	<b>0,000</b>	32	43,2%	<b>0,000</b>	36	46,8%	<b>0,002</b>
<b>Latitud decisional</b>									
Alta latitud	23	21,5%		23	25,3%		28	26,9%	
Baja latitud	12	26,7%	0,489	16	38,1%	0,131	24	55,8%	<b>0,001</b>
<b>Tensión psíquica</b>									
Baja tensión	23	18,7%		27	25,5%		33	27,5%	
Alta tensión	12	42,9%	<b>0,006</b>	12	46,2%	<b>0,038</b>	19	73,1%	<b>0,000</b>
<b>Liderazgo Laissez-Faire</b>									
No	10	14,7%		19	30,6%		19	27,9%	
Si	24	30,0%	<b>0,028</b>	22	28,9%	0,828	35	43,2%	0,053
<b>Liderazgo Autoritario</b>									
No	27	20,1%		30	24,4%		43	31,9%	
Si	7	43,8%	<b>0,033</b>	11	73,3%	<b>0,000</b>	11	68,8%	<b>0,004</b>
<b>Liderazgo constructivo</b>									
No	9	37,5%		11	47,8%		15	62,5%	
Si	25	20,0%	0,061	30	26,1%	<b>0,037</b>	39	31,0%	<b>0,003</b>
<b>Formación</b>									
No	13	19,1%		22	33,3%		26	37,7%	
Si	21	28,4%	0,275	19	26,4%	0,373	28	37,8%	0,072
<b>Protocolo</b>									
No	12	21,8%		19	35,2%		22	40,0%	
Si	22	25,3%	0,579	22	26,2%	0,259	32	36,4%	0,065
<b>Edad</b>									
18 a 30 años	15	30,0%		16	34,0%		15	31,3%	
31 a 45 años	15	26,3%		17	33,3%		23	41,8%	
46 a 59 años	5	12,8%	0,156	7	21,2%	0,443	15	37,5%	0,290
60 o más años	1	9,1%		1	14,3%		1	11,1%	
<b>Nivel educacional</b>									
Sin educación o básica	0	0,0%		0	0,0%		0	0,0%	
Media o técnica incompleta	11	13,4%		18	24,0%		26	31,7%	
Técnica completa o universitaria incompleta	15	30,0%	<b>0,006</b>	12	30,0%	0,066	15	33,3%	0,071
Univ. completa o postgrado	10	45,5%		11	52,4%		13	59,1%	
<b>Estamento según cargo</b>									
Trato Directo (HdC) / Operativo (Institución 2)	28	20,9%		29	25,2%		42	32,6%	
Profesional	8	44,4%	<b>0,035</b>	10	55,6%	<b>0,009</b>	10	55,6%	0,056
<b>Antigüedad cargo</b>									
Menos de un año	8	23,5%		6	20,0%		9	28,1%	
1 año	12	33,3%		15	44,1%		9	25,0%	
2 a 4 años	12	30,8%	<b>0,029</b>	12	32,4%	0,110	18	47,4%	0,165
5 o más años	4	8,5%		8	21,6%		18	39,1%	
<b>Antigüedad institución</b>									
Menos de un año	7	23,3%		6	23,1%		8	28,6%	
1 año	13	34,2%		14	38,9%		11	29,7%	
2 a 4 años	10	27,0%	0,084	11	31,4%	0,482	15	40,5%	0,512
5 o más años	6	11,8%		10	25,0%		20	41,7%	
<b>Atiende a público</b>									
Si	23	25,0%		32	36,0%		41	44,1%	
No	11	22,0%	0,689	9	18,4%	<b>0,031</b>	13	26,0%	<b>0,033</b>
<b>Supervisa a otros</b>									
Si	18	32,7%		23	43,4%		25	44,6%	
No	16	18,6%	0,056	18	21,4%	<b>0,006</b>	29	33,7%	0,190

Respecto a la salud mental, un 29,1% de las personas encuestadas reporta distrés elevado. A su vez, las mujeres, los/as profesionales, quienes atienden público y quienes supervisan a otros trabajadores reportan distrés elevado en mayor medida que los hombres, los operativos, quienes no atienden público y quienes no supervisan a otros trabajadores, respectivamente. Por otro lado, también se observan diferencias entre los centros, encontrando mayor reporte de distress en los trabajadores del Centro 3 (36,8%) que en el Centro 1 y 2 (21,2%). En este contexto, se evidencia una relación significativa entre la violencia laboral (NAQ M&E) y el distrés elevado de los trabajadores. Específicamente un 51,1% de quienes perciben violencia laboral muestran distrés elevado, cifra que desciende a un 18% entre quienes no perciben violencia laboral.

En segundo lugar, respecto a la satisfacción laboral, un 64,9% de los trabajadores encuestados declara estar satisfecho laboralmente y un 35,1% reporta estar insatisfecho, sin observar diferencias por sexo ni estamento. Sí se observa mayor insatisfacción laboral entre quienes atienden público, respecto a quienes no lo hacen; y no se observa una relación significativa entre la supervisión a otros trabajadores y la insatisfacción laboral. A su vez, se observan diferencias por centro: un 47,8% de los encuestados del Centro 3 estaría insatisfecho, cifra que desciende a un 45,5% en el Centro 2 y a un 8,7% en el Centro 1.

En este caso, también se evidencia una relación significativa entre la violencia laboral (NAQ según criterio de Mikkelsen & Einarse, 2011) y la insatisfacción laboral: un 73,5% de quienes perciben violencia laboral están insatisfechos, cifra que desciende a un 24,1% entre quienes no perciben violencia laboral.

Respecto a los factores de riesgo asociados a la violencia laboral, y particularmente aquellos referidos a los trabajos de cuidado, como las altas demandas psicológicas y emocionales, muestran una relación positiva significativa con el reporte de distrés elevado y con la insatisfacción laboral. Sin embargo, no se evidencia una relación significativa entre la latitud decisional y el distrés elevado, pero sí entre la latitud decisional y la insatisfacción laboral. De igual forma, haber recibido algún tipo de formación respecto a situaciones de violencia y conocer algún procedimiento o protocolo para denunciar situaciones de violencia no tiene relación significativa ni con el distrés ni con la insatisfacción laboral.

Sumado a esto, se observa relación entre una alta tensión psíquica y el distrés elevado; y entre una alta tensión psíquica y la insatisfacción laboral. A su vez, se observa una relación significativa entre el liderazgo autoritario y el distrés elevado, y entre el liderazgo autoritario y insatisfacción laboral. Sin embargo, no existen diferencias significativas en el reporte de distrés elevado ni de insatisfacción laboral entre quienes trabajan bajo un liderazgo laissez-faire y quienes no trabajan bajo este liderazgo. En oposición, trabajar bajo un liderazgo de estilo constructivo actúa como factor protector con relación a reportar distrés elevado.

Finalmente, ni el rango etario, ni el nivel educacional, ni la antigüedad en el cargo y/o en la institución muestran relación con el distrés ni con la insatisfacción laboral.

**2. Identificar buenas prácticas de prevención de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado y evaluar su efectividad.**

**a. ¿Cuáles son las prácticas de prevención y afrontamiento de la violencia laboral que realizan los trabajadores/as de cuidado en los centros estudiados? ¿Cuál es la percepción de efectividad de dichas prácticas desde la perspectiva de estos trabajadores/as?**

Las prácticas de prevención que realizan y/o visualizan los entrevistados, se agrupan en tres tipos de estrategias: (1) institucionales, (2) grupales y (3) individuales. Algunos ejemplos de cada una de estas son los siguientes:

- *Estrategias institucionales:* instauración de la “no violencia” como principio; priorización de la prevención; incorporación de especialistas (ej. en el cuidado del adulto mayor); capacitación sobre cómo advertir y prevenir signos y actos de violencia; identificación y sensibilización de los derechos de personas con discapacidad; evaluación psiquiátrica previa al ingreso de los usuarios/as; flujo oportuno de información respecto a los antecedentes y conductas de los usuarios/as; definición de protocolos; mejoras en la infraestructura, entre otras.
- *Estrategias grupales:* acompañamiento de otros profesionales para trabajar con usuarios más violentos; colaboración para evitar la sobrecarga laboral; identificación de señales e índices que suelen prever un acto de violencia y comunicarlo de manera efectiva al resto del equipo de trabajo; ejecución de talleres de convivencia con los mismos usuarios; desarrollo de actividades, tareas o ejercicios que mantengan a los usuarios/as ocupados. A su vez, ante la presencia de un hecho de violencia, los equipos de trabajo buscarían operar de manera coordinada siguiendo protocolos de actuación sucesiva y concatenada de distintos profesionales, según el tipo de evento que tengan que afrontar. En ese sentido, los entrevistados valoran el aporte de equipos multidisciplinarios que trabajen con las consecuencias de la violencia en los funcionarios y no solo con los usuarios/as.
- *Estrategias individuales:* aproximación afectiva al usuario (ej. favorecer el diálogo, la contención emocional y el refuerzo positivo), precaución ante casos que tienen un historial de violencia; informar oportunamente la sobrecarga laboral a la jefatura, contención farmacológica en casos de reiterada violencia, comunicación oportuna de procedimientos a realizar con los usuarios; autocuidado de los funcionarios; seguimiento de protocolos para evaluación de organismo asegurador.

En general, pese a que los/as trabajadores/as reconocen la importancia y responsabilidad de las estrategias a nivel institucional, los entrevistados destacan las prácticas preventivas del equipo como las más utilizadas. Esta perspectiva es compartida por funcionarios de distintos estamentos (ej. equipo técnico, de trato directo, profesionales, etc) y que atienden a diferentes poblaciones (ej adultos mayores o personas con discapacidad psíquica). Esto se condice con la literatura especializada donde se destaca la importancia del trabajo en equipo y el apoyo social de los/as compañeros/as de trabajo como un medio para prevenir, y facilitar una mejor evolución posterior a una situación de violencia laboral (Andersen et al., 2019; Shea et al., 2017; Al. Omari et al., 2019). Sumado a esto, los/as trabajadores/as destacan el apoyo y acompañamiento de parte de la jefatura. Esto se vincula con lo recomendado por autores como Keller et al. (2018) quienes señalan que cuando hay jefaturas y compañeros que apoyan frente a situaciones de violencia éstas disminuyen, al igual que sus consecuencias en la salud mental de las víctimas. Además, lo referido por los trabajadores se vincula con la sugerencia de disminuir riesgos psicosociales como la sobrecarga laboral (Pélissier et al., 2018; Ostaszkiwicz et al., 2015; Ravenswood et al., 2017). Por último, el trabajo en equipo se entiende como una estrategia fundamental para el traspaso de información respecto a antecedentes y conductas de los usuarios, lo que se condice con lo señalado en la literatura respecto a la importancia del conocimiento de los usuarios (Gross et al. 2013).

Finalmente, la centralidad que los entrevistados otorgan a las capacitaciones también se condice con la literatura (Winokur et al., 2017; Forté et al., 2017; Geoffrion et al., 2018; Guay et al., 2016). Sin embargo, y como se mencionó anteriormente, las encuestas online de este estudio evidencian que no hay una relación significativa entre la violencia laboral reportada por los trabajadores y el haber participado de algún tipo de formación respecto a situaciones de violencia.

### **¿Cuál es la percepción de efectividad de estas prácticas según los/as trabajadores/as?**

Respecto de la efectividad de las prácticas de prevención, los entrevistados señalan que esta efectividad depende en gran medida de la persona que está siendo atendida y, por tanto, está sujeta a las características particulares de cada caso. Desde esta perspectiva, una entrevista refiere a la efectividad de realizar un conjunto de acciones que involucran diversos actores, que van desde la definición de perfiles de ingreso hasta las interacciones cotidianas con los usuarios.

En este contexto, las estrategias consideradas más eficaces por los entrevistados incluyen: buen liderazgo y colaboración en los equipos; presencia y contacto con profesionales especializados, asesoría, capacitaciones y formación permanente; protocolos de denuncia, consideración de la situación de salud de los usuarios y la posibilidad de que reciban un tratamiento adecuado, actividades de convivencia, actividades para mantener a los usuarios ocupados, y el autocuidado. Por su parte, como medidas de afrontamiento, se describe la

contención ambiental, farmacológica y emocional como las medidas más efectivas para controlar la violencia ejercida por los usuarios, así como el acceso a capacitación y a atención psicológica para funcionarios.

A su vez, en uno de los centros bajo estudio, los entrevistados destacan la generación de espacios de reflexión y conversación grupal para analizar los episodios de violencia laboral en conjunto con el equipo y las jefaturas. Estos espacios permitirían comunicar y compartir los aprendizajes de la situación, facilitando la toma de decisiones conjuntas para evitar eventos similares. Esto es recomendado en la literatura especializada que sugiere la supervisión clínica de los hechos de violencia laboral (Pekurinen et al., 2017).

### **¿Cuáles son las mayores limitantes para la efectividad de estas prácticas?**

Algunos entrevistados refieren a la importancia de considerar las limitaciones institucionales. Por un lado, estas limitaciones refieren a las prohibiciones que se les asignan a los trabajadores, disminuyendo su autonomía en la toma de decisiones, impidiendo su intervención y reduciendo la eficacia de muchas prácticas que los trabajadores/as consideran efectivas, por ejemplo la contención farmacológica. Esto se condice con la literatura especializada, donde la participación en las decisiones de la organización y la autonomía en el desarrollo del trabajo son considerados factores protectores frente a la violencia laboral (Pélissier et al, 2010; Ostaszkiwicz et al., 2015; Ravenswood et al., 2017).

Por otro lado, se menciona la deficiente coordinación con otras instancias involucradas en el afrontamiento de la violencia, por ejemplo, con carabineros y/o ambulancias. De manera similar, los entrevistados dan cuenta de un insuficiente acceso a atención de salud por parte de los usuarios, lo que se hace especialmente urgente en los casos de usuarios con patologías psiquiátricas complejas que son reconocidos por diversos autores con mayor riesgo de protagonizar acciones violentas (Fujimoto et al., 2017; Ostaszkiwicz et al., 2015; Niu et al., 2019; Arnetz et al., 2018; Ridenour et al., 2015). De hecho, algunos participantes del estudio señalaron que una buena medida para disminuir la violencia sería identificar y derivar a otras instituciones a usuarios que presentan un perfil complejo, ya que la institución no está en condiciones de satisfacer sus necesidades y, sobre todo, porque este tipo de usuarios de patologías psiquiátricas graves y descompensadas influyen negativamente en el resto de los usuarios y actores que deben interactuar con ellos.

Finalmente, estas limitaciones incluyen las condiciones materiales de los centros, especialmente aquello referido a su infraestructura y la falta de recursos humanos. Respecto a la infraestructura, los entrevistados refieren a la falta de áreas protegidas a las que no tengan acceso los usuarios, condiciones de hacinamiento, falta de privacidad en los baños, acceso a materiales peligrosos en las instalaciones, entre otros. Esto coincide con la evidencia revisada en donde se da cuenta que la inseguridad del espacio físico hace que los trabajadores se vean

más expuestos a episodios de violencia laboral (Fujimoto et al. 2019; Purcell et al., 2017). Por otro lado, respecto a la falta de recursos humanos, los trabajadores describen la sobrecarga laboral a la que se ven expuestos, aspecto ampliamente vinculado con la aparición de violencia dado que repercute en la calidad de la atención, deteriorando las relaciones con los usuarios (Wei et al., 2016).

### **¿Cuál es el aporte de los protocolos como prácticas de prevención y afrontamiento de la violencia laboral?**

De manera complementaria, se obtienen conclusiones relevantes de la revisión documental de protocolos y procedimientos de acción para la prevención y enfrentamiento de situaciones de violencia hacia trabajadores, junto a las entrevistas a actores claves de cada una de las instituciones. Estas conclusiones incluyen las siguientes:

- 1) La creación e instalación de estos protocolos responden más bien a intereses de gestión particulares de cada institución, que a ordenamientos jurídicos o regulatorios del sistema de políticas en el sector.
- 2) Los trabajadores evalúan positivamente los protocolos existentes, reconociendo en ellos un esfuerzo por entregar lineamientos de acción coordinados y eficientes, para el enfrentamiento de las problemáticas asociadas a la violencia laboral. Sin embargo, y como se mencionó anteriormente, las encuestas online de este estudio evidencian que no hay una relación significativa entre la violencia laboral reportada por los trabajadores y conocer algún procedimiento o protocolo para denunciar situaciones de violencia.
- 3) Pese a dicha evaluación positiva, los entrevistados dan cuenta de un desajuste con las realidades particulares de cada residencia, evidenciando una falta de focalización en la población en que se espera sean aplicados, lo que finalmente obstaculiza las posibilidades de aplicación. De esta forma, se señalan modos diversos en que cada residencia, desde su particularidad, lee, articula e implementa estos protocolos.
- 4) Ligado a lo anterior, las entrevistas dan cuenta de insuficiencias en las condiciones necesarias para la aplicación de los protocolos. Por una parte, las medidas protocolares refieren a acciones específicas a realizar, pero no consignan responsables, ni procedimientos de actuación que visibilicen ese quehacer y no están asociadas a asignaciones horarias y presupuestarias para esas tareas, por lo que resultan de mucho más complejo abordaje. Por otra parte, existiría una escasez de recursos presupuestarios, de infraestructura y fundamentalmente de recursos humanos que imposibilita el cumplimiento de los protocolos. Respecto a esto último, destacan como problemas: conformación de equipos profesionales, técnicos y de trato directo más bien pequeños, la alta rotación de estos equipos y la escasa especialización y profundización en contenidos y habilidades necesarias para el desarrollo de sus funciones.

- 5) En línea con dichos desajustes e insuficiencias, los entrevistados demandan la retroalimentación y estandarización de los mecanismos de registro y monitoreo, a partir de las acciones emprendidas y las evaluaciones realizadas en el enfrentamiento de situaciones de violencia. Esto implica, mejorar y estandarizar los procesos de supervisión técnica, que permitan un manejo eficiente de la información que surge de la experiencia de los mismos equipos, logrando sistematizar y retroalimentar los protocolos existentes.
- 6) Por último, otra debilidad descrita por los entrevistados refiere a los mecanismos de difusión con que estos protocolos y sus contenidos son socializados con el personal. Al respecto, destaca la inducción como el mecanismo por excelencia, a través del cual los trabajadores tienen ocasión de conocer los protocolos. Sin embargo, este proceso es efectuado al inicio de la trayectoria laboral de los trabajadores en la institución, y los protocolos de acción frente a situaciones de violencia, forman parte de un número importante de otros protocolos e informaciones de procedimientos que el nuevo trabajador debe internalizar para el buen desempeño de sus funciones. Sin embargo, este ejercicio de revisión conjunta no vuelve a realizarse y ello incide en la desactualización de dicho conocimiento para los funcionarios que extienden su permanencia en la institución.

### **3. Determinar los componentes que debe contener una estrategia para prevenir y/o reducir la violencia en el trabajo de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulnerabilidad social.**

El objetivo de la estrategia es contribuir a la prevención y mitigación de los efectos de la violencia laboral en instituciones de cuidado de personas mayores, niños/as y adolescentes, con discapacidad psíquica o cognitiva y/o vulneración social.

Esta estrategia va dirigida a directivos, prevencionistas de riesgos, directores del área de personas y equipos que tienen trabajadores a cargo en las instituciones y centros, puesto que son ellos los principales responsables de velar por la prevención de la violencia que tiene serias consecuencias para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento de la organización.

Además, se busca que esta estrategia esté a disposición de profesionales expertos de los Organismos Administradores de la Ley contra accidentes y enfermedades profesionales que requieran asesorar a instituciones que desarrollan trabajo de cuidado de NNA y Adultos con discapacidad y/o vulneración social.

Sin embargo, esta estrategia debe ser adecuada al contexto de cuidado, tener en cuenta sus particularidades y respetar el marco legal y las condiciones que permiten intervenciones en el fenómeno.

Cabe señalar que esta estrategia fue realizada considerando las voces de los propios trabajadores y directivos de centros de cuidado y pone el foco en la violencia de la que son víctimas los funcionarios en el contexto laboral

Para responder al objetivo número 3 cabe señalar que la estrategia propuesta posee los siguientes componentes:

1. *Antecedentes:* donde se describe el marco legal, los principales resultados de la revisión de la experiencia comparada, las particularidades del trabajo de cuidado, los resultados de la revisión sistemática de la literatura sobre violencia laboral y trabajo de cuidado y los principales resultados de la encuesta realizada a los/as trabajadores/as.

2. *La metodología utilizada para elaborar la estrategia:* Donde se establece con detalles el modo en que se realizaron todas las técnicas que contribuyeron al producto final, ellas son: revisión sistemática de la literatura sobre violencia laboral en trabajadores de cuidado, análisis de política comparada entre países sobre violencia laboral entre usuarios y funcionarios, entrevistas individuales a actores institucionales claves, revisión de protocolos y procedimientos de acción para la prevención y enfrentamiento de situaciones de violencia hacia trabajadores de cuidado, entrevistas grupales con trabajadores/as, análisis de casos mediante la técnica de incidentes críticos, encuesta a trabajadores/as de ambas instituciones, validación de matriz de riesgos y validación de la estrategia de prevención.

3. *La estrategia propuesta:* se compone de las condiciones que permiten intervenir en el fenómeno, los impulsores claves, las fases estratégicas y los niveles en que debe ser abordada la prevención.

4. *Sugerencias para el seguimiento y evaluación de la estrategia:* aquí se establece que se entenderá el impacto de la estrategia no como causalidad, sino que como un cambio sostenido en el tiempo, aunque se trate de una consecuencia indirecta o accidental de la intervención (Weber et al., 2021). Se sugiere el diseño con controles reflexivos para evaluar el impacto porque no es posible aleatorizar las intervenciones y tampoco conformar grupos de control con personas que no recibieron las intervenciones sugeridas.

Siguiendo la sugerencia de Weber et al., (2021) se propone una metodología de evaluación mixta en que se realicen entrevistas individuales y grupales a los actores involucrados (directivos y trabajadores) y se replique la aplicación del instrumento cuantitativo aplicado para la elaboración de esta estrategia. Así, las preguntas que guiarían la evaluación serían ¿Cómo influye la implementación de las acciones sugeridas en la estrategia en la conducta de los trabajadores y directivos? ¿Cómo influye dicha intervención en los niveles de violencia laboral reportados?

Los indicadores cualitativos (productos, resultados e impacto) serían los cambios conductuales de los trabajadores y directivos reportados en base a entrevistas individuales y grupales y su percepción de aumento o disminución de episodios de violencia laboral mientras que los indicadores cuantitativos serían las variaciones establecidas en los diversos instrumentos incluidos en la encuesta realizada a los trabajadores antes y después de las intervenciones (pre test y post test), además del examen de la cantidad de incidentes de violencia laboral reportados.

Para profundizar en el contenido de la estrategia se sugiere leer el Documento: Estrategia de prevención de la violencia laboral en el trabajo de cuidado de niños, niñas y adolescentes y adultos con discapacidad cognitiva y/o vulneración social.

En este apartado se expondrá lo relacionado con los componentes de la estrategia propuesta, es decir, las condiciones que permiten intervenir en el fenómeno, los impulsores claves, las fases estratégicas y los niveles en que debe ser abordada la prevención.

En primer lugar, cabe señalar que esta estrategia adhiere al respeto por los derechos humanos puesto que parte de la base de que en la relación laboral el trabajador es portador de derechos fundamentales que deben garantizarle la posibilidad de desempeñar su actividad laboral de manera digna y justa, donde pueda desarrollar sus habilidades y recibir remuneraciones que le permitan a él y su familia un estándar de vida digno (Ugarte, s.f.). En este contexto, la violencia en el lugar de trabajo constituiría un atentado contra el derecho a la vida, integridad física y psíquica (Artículo 19 número 1, Decreto 100, 2005) y es responsabilidad de la organización la prevención de ella y mitigación de sus efectos en la salud mental puesto que es el empleador quien tiene obligación de proteger la vida y salud de los trabajadores (Artículo 184, Código del Trabajo, 2018). Por lo tanto, es fundamental atender que a las y los trabajadores le asistan derechos y estándares legales mínimos que deben ser considerados en torno a los actos relacionados con la violencia en el trabajo.

Cabe señalar que para elaborar un plan de erradicación de la violencia laboral en instituciones que realizan trabajo de cuidado, es necesario considerar distintos niveles de las normas al interior de las instituciones, creando en primer lugar una política que establezca tolerancia cero al fenómeno. Para concretar dicha política es necesario tener rutas de acción y una estrategia de implementación.

Para desarrollar dicha estrategia fue necesario definir sus componentes: condiciones habilitantes, impulsores, fases y contenidos a nivel individual, de equipos y organizacional.

### **1. Condiciones que permiten intervenciones en violencia laboral**

Según el National Standard of Canada (2013) para la protección de la salud psicológica y la seguridad en el lugar de trabajo existen seis condiciones para realizar gestiones al respecto, las que resultan ser útiles para la realización de intervenciones en violencia laboral en las organizaciones:

- 1) Participación activa de los trabajadores de la institución: El compromiso, liderazgo y participación efectiva de todos los actores involucrados son cruciales para el éxito de las intervenciones. Así, se sugiere que haya una declaración explícita de adhesión a la estrategia en que se describa el compromiso de todas las partes con el desarrollo de un enfoque sistemático para combatir la violencia laboral.
- 2) Claridad de los deberes de cada una de las partes de la organización: “Involucrar a las partes interesadas y fundamentalmente a los representantes de los trabajadores en un diálogo activo y permanente” (National Standard of Canada, 2013, en Ansoleaga, 2020, p. 26)
- 3) Necesidades específicas de los distintos grupos dentro de la organización: Dado que existen grupos con necesidades únicas y diversas al interior de la organización, es importante solicitar información a todos y tomar las medidas necesarias teniendo en cuenta las particularidades que pueden implicar vincularlos no sólo con los recursos internos, sino también con la comunidad u otros recursos cuando sea necesario.
- 4) Seguimiento, revisión y gestión del cambio: Se recomienda establecer un proceso para evaluar la efectividad de la estrategia en conjunto con todos los involucrados e implementar cambios según sea necesario. Esto implica una revisión del modo de funcionar a intervalos planificados de tiempo con el fin de mejorar continuamente.
- 5) Educación, sensibilización y comunicación sobre violencia en el trabajo: La organización debe establecer y mantener procesos para proporcionar información sobre los factores del lugar de trabajo que contribuyen al surgimiento de violencia laboral y, más específicamente, sobre cómo reducir dichos peligros y riesgos que potencialmente pueden generarla. Además, debe comunicar las políticas existentes y apoyos disponibles; asegurar la educación, conciencia y comprensión respecto a la naturaleza y dinámica de la violencia laboral de tal forma de evitar el estigma de las víctimas y, asegurar la comunicación durante todo el proceso de implementación, monitoreo y revisión.
- 6) Confidencialidad: La organización debe establecer y mantener procesos que respeten y protejan los derechos de confidencialidad y privacidad.

## 2. Impulsores Claves

Según Ansoleaga et al. (2013, en Ansoleaga, 2020) para desarrollar planes y programas de protección de los trabajadores/as trabajadoras se necesita pensar el sistema/organización completo. Proponer estos objetivos requiere recursos que se pueden conseguir en alianza con otras instituciones y se necesita tener en cuenta las condiciones particulares del contexto en que se implementa. Por esto, según el Ansoleaga et al. (2013, en Ansoleaga, 2020) se deben atender a los siguientes impulsores claves:

- **Constitución de un Comité Institucional:** en el cual participan directivos, representantes de los/as trabajadores/as y profesionales del ámbito de la seguridad y salud laboral. Este comité puede ser apoyado tanto por asesores/as del sistema de mutualidades o ISL como por consultores externos. Se sugiere entregar esta tarea a los comités de aplicación del protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales del trabajo y contar con la participación de la dirección del establecimiento cuando se aborde este tema.
- **Alianza Estratégica:** considerar que los recursos son escasos en ocasiones y se pueden conseguir mediante alianzas con otras organizaciones.
- **Intervención Participativa:** en la identificación de necesidades y búsqueda de soluciones, pone en el centro las percepciones, opiniones e iniciativas de los trabajadores.
- **Perspectiva de Sustentabilidad:** se orienta a revisar, mejorar e institucionalizar prácticas saludables

## 3. Fases estratégicas

Según lo indicado por Ansoleaga et al., 2013 (en Ansoleaga, 2020) las fases para llevar a cabo un plan de acción en violencia laboral tienen carácter circular y ellas son: estrategia comunicacional, estrategia de intervención, institución del cambio, sustentar el cambio y, evaluación y monitoreo continuo.

Las estrategias comunicacionales deben transmitir lo que la organización considera prioritario para la protección de los trabajadores y mantener canales multidireccionales, permanentes y diversos para trabajar en la prevención de la violencia.

Las estrategias de intervención deben obedecer al contexto y ser levantadas de forma participativa. Además, requieren ser evaluadas en tiempo y en una fase de institucionalización, se debe acoplar al sistema institucional existente, considerando los atributos de la organización. De esta manera se busca sustentar el cambio, proyectando una cultura preventiva sobre el problema. (Ansoleaga, 2020, p. 27)

## 4. Niveles en que se abordará la prevención de la violencia laboral: organizacional, interaccional o de equipos e individual.

### A) Nivel organizacional

#### 4.A.1 *Infraestructura ética de la organización*

Para prevenir la ocurrencia de violencia laboral se debiera partir por crear o fortalecer lo que Einarsen et al. (2019) llamaron infraestructura ética de la organización, que es la que establece qué conductas son inaceptables, qué consecuencias existen cuando se traspasan

esos límites y establece sistemas formales e informales para gestionar episodios de violencia (Einarsen et al., 2019).

Teniendo como marco el concepto de infraestructura ética se propone que las organizaciones:

- Diseñen y desarrollen programas de intervención adecuados a las particularidades de cada institución que permitan que sean proactivas en la prevención y abordaje de la violencia laboral.
- Se supere la cultura e impronta “sacrificial”, prevalente en las instituciones de cuidado.
- Exista claridad en las comunicaciones de la organización respecto a las políticas, normas éticas y medidas frente a episodios de violencia (Ansoleaga, 2020).
- Perfeccionen los protocolos para situaciones de riesgo de violencia, que éstos sean elaborados en conjunto con trabajadores/as y sean flexibles.

#### *4.A.2. El rol del liderazgo*

El rol del liderazgo ha recibido atención en la prevención de la violencia laboral y mitigación de sus efectos donde los estilos de liderazgo autoritario y laissez faire se relacionan con la aparición y mal manejo de los episodios de violencia (Hoel et al., 2010). Se propone que las organizaciones capaciten a las personas a cargo de la gestión haciendo énfasis en la relevancia de:

- Comunicar claramente las metas.
- Evitar dejar a los trabajadores en situaciones de incertidumbre o sin apoyo.
- Regular la carga de trabajo de manera conjunta con los trabajadores que llevan a cabo las tareas.
- Evitar los favoritismos y actuar con ecuanimidad en el tratamiento de las diferencias.
- Señalar con claridad qué comportamientos son apropiados y cuáles no, tanto de parte de los usuarios como de los trabajadores.
- Reconocer la relevancia de las tareas y aporte de cada miembro del equipo ya sea a nivel verbal, simbólico o económico.
- Entregar cuotas de autonomía creciente para la toma de decisiones cotidianas.
- Fomentar el trabajo horizontal y los espacios de diálogo donde se valore la opinión y sugerencias de todos los miembros del equipo para mejorar el trabajo -especialmente en temas relativos a violencia y casos complejos- donde los funcionarios tengan participación en decisiones organizacionales.
- Revisar las situaciones de violencia y planear cursos de acción en episodios futuros.
- Conocer y preparar la implementación de protocolos en caso de situaciones de violencia.

#### *4.A.3. Riesgos Psicosociales en el trabajo*

Un aspecto relevante a nivel organizacional para prevenir la violencia laboral es la organización del trabajo donde se destacan aspectos cuantitativos (carga de trabajo) y cualitativos (condiciones de trabajo pobre y poco significativo) (Franco, 2019).

Resulta imprescindible que las organizaciones busquen vías conjuntas con los representantes de los trabajadores para disminuir riesgos psicosociales tales como: sobrecarga de trabajo, falta de autonomía para monitorear y controlar su propio trabajo, demandas y expectativas no compatibles de roles y tareas (Franco, 2019; Péliissier et al., 2018; Ostaszkiwicz et al., 2015; Ravenswood et al., 2017).

Finalmente, se propone que la organización permita mayor autonomía para que los trabajadores elijan el mejor manejo de las rutinas y protocolos, de tal forma que puedan modificar un ambiente excesivamente normado para usuarios que provienen de ambientes que no lo son, decidir en equipo cuándo se puede flexibilizar o modificar algunas rutinas, y redistribuirse las actividades, entre otros.

#### *4.A.4. Coordinación con redes externas*

Una tarea a realizar desde los líderes de las instituciones es la mejora en las coordinaciones con instituciones externas que operan en red con la organización tales como carabineros y red de salud (ambulancia, atención de urgencia, horas médicas espaciadas temporalmente de forma óptima, etc.) que permitan prevenir una escalada de violencia y mitigar sus posibles consecuencias.

#### *4.A.5. Aseguramiento de capacitación y entrenamiento adecuado.*

La falta de competencias o capacitación sobre el trabajo es un factor identificado para que surja violencia laboral externa en trabajos de cuidado (Winokur et al., 2017; Forté et al., 2017). En este sentido, se considera responsabilidad de la organización proveer de ella a los trabajadores y entregar el tiempo necesario para que asistan.

En coincidencia con Coneo et al. (2020) se propone que las capacitaciones en manejo de usuarios incluyan, entre otros, temas tales como:

- El respeto a los usuarios el estigma y los estereotipos.
- La agresión en el lugar de trabajo (causas y signos de agresión en los usuarios).
- Factores desencadenantes de la agresión internos y externos donde se traten también los factores predictores de violencia y agresión.
- El ciclo de las crisis.
- Manejo de conflictos y estrategias de desescalada.

En coincidencia con OSHA (2004, en Vladutiu et al., 2016) se propone también la formación en los siguientes tópicos:

- Políticas y métodos para denunciar el evento violento.
- Métodos verbales para disuadir la conducta agresiva.
- Características de los pacientes y familiares agresivos mediante la identificación de conductas que puedan dar cuenta de riesgo de agresión prematuramente
- Recursos disponibles para víctimas de violencia laboral.
- Maniobras físicas para evitar la conducta agresiva y defensa propia si la acción preventiva no funciona.
- Capacitación en la especialidad (personas mayores, discapacidad intelectual y psíquica).

- Capacitación en estilos de liderazgo funcionales.
- Realización de capacitación interna donde se traspasen experiencias entre los/as trabajadores/as.

#### *4.A.6. Acceso a atenciones de salud mental para trabajadores/as y usuarios/as*

Es una responsabilidad de la organización contar con especialistas en salud mental que tengan un manejo especializado. Esto se propone tanto para la atención de usuarios como para que dicten capacitaciones y/o hagan contención una vez ocurridos los episodios de violencia con los trabajadores. Lo primero es parte de la prevención secundaria (Tukaram, 2014) ya que la atención inmediata de los usuarios por parte de especialistas en salud mental podría evitar el paso de violencia de menor intensidad a episodios de mayor gravedad. Lo segundo formaría parte de la prevención terciaria (Tukaram, 2014) porque tener atención psicológica y apoyo posterior al evento de violencia laboral de manera contingente es prioritario para reducir el riesgo de que las consecuencias en la salud mental de víctimas y testigos se manifiesten o cronifiquen (Forté et al., 2017).

#### *4.A.7. Aspectos del entorno físico*

Los diversos métodos de análisis de información para elaborar esta estrategia arrojaron como relevante el cuidado de un entorno físico seguro puesto un ambiente inadecuado constituye un factor de riesgo relevante para la aparición de episodios de violencia (Fujimoto et al., 2019; Purcell et al., 2017).

En este sentido, se propone que las organizaciones aborden problemas de infraestructura mediante medidas tales como el resguardo de espacios que garanticen la privacidad de los usuarios, espacios protegidos para los trabajadores, e, idealmente el aumento de metros cuadrados disponibles por personas

### **B) Nivel Interaccional o de equipos**

#### *4.B.1. Superación de la lógica manicomial en la interacción trabajador-usuario.*

Para esto se propone como alternativa seguir el modelo de interacción con los usuarios propuestos por el modelo europeo de comunidades terapéuticas que trabajan con los usuarios sobre la base de “principios como: responsabilidad compartida, horizontalidad en las relaciones, democracia en la toma de decisiones y respeto mutuo” (CORDES, s.f. párr. 1).

Así, resulta relevante que los funcionarios en su relación con los trabajadores tengan en consideración aspectos como los recomendados por el Programa Chile Cuida (s.f) dentro de los que se encuentran:

- Un trato respetuoso y amable hacia las personas con dependencia.
- Evitar la sobreprotección e infantilización.
- Tener en cuenta a la persona con discapacidad cuando está acompañada por otros (por ej. dirigirse a ella cuando esté acompañada de un familiar y no hablar a éste invisibilizando a la persona con discapacidad).

- Reforzar el uso de las capacidades que los usuarios poseen, no hacer actividad que pueden realizar por sí mismos.
- Tener en consideración las preferencias de los usuarios al realizar las actividades de la vida diaria.
- Promover actividades agradables o significativas para los usuarios estimulando el movimiento físico, contacto emocional y habla.
- Dar a elegir a los usuarios respecto al vestuario, el orden en que desean hacer las actividades, etc. utilizando preguntas sencillas.
- No referirse a la discapacidad con descalificaciones ni juicios.

#### *4.B.2. Apoyo Social*

Este concepto incluye tanto conductas del supervisor como de los compañeros de trabajo que implican apoyo para realizar las tareas y para tramitar emociones (Candia et al., 2016).

En este sentido, se propone que, para prevenir episodios de violencia, los equipos:

- Realicen trabajo colaborativo, especialmente con los usuarios que tienen más riesgo de tener conductas agresivas
- Contribuyan a la comunicación entre turnos mediante el traspaso de información respecto a antecedentes y conductas de los usuarios.
- Compartan conocimiento respecto al manejo del perfil e historial de los usuarios.
- Acuerden medidas de manejo adaptadas a las características de los usuarios y a la realidad de la institución.
- Identifiquen señales de violencia de los usuarios y las comuniquen a sus compañeros/as
- Desarrollen actividades que mantengan a los usuarios ocupados.
- Desarrollen talleres de convivencia con los usuarios.
- Tomen decisiones de manejo adaptadas a las características de los/as usuarios/as, teniendo especial precaución con los usuarios que tienen antecedentes de conductas violentas.

#### *4.B.3. Manejo de conflictos*

Se sugiere que los trabajadores se encuentren entrenados y apliquen maneras constructivas, abiertas y cooperativas para manejar los conflictos tanto con los usuarios -en la medida en que sus posibilidades lo permitan- como a nivel de equipos, evitando resoluciones más arbitrarias e inhibitorias de los comportamientos de la contraparte (Franco, 2019).

#### *4.B.4. Propuestas Interaccionales particulares para el trabajo de cuidado*

Se proponen las siguientes medidas de prevención de la violencia que emergen de las particularidades de este tipo de trabajo:

- Evitar poner metas cuantitativas excesivas para medir el rendimiento de los/as trabajadores/as o estandarizar rígidamente el estilo de relación con los usuarios. Se propone que la interacción trabajador-usuario sea basada en el respeto de ambos como sujetos de derecho y en la afectividad que emerge de esa interacción.

- Acordar colectivamente estrategias para el manejo de las altas demandas emocionales a las que se encuentran expuestos.
- Mejorar el reconocimiento mutuo de la importancia y las altas exigencias que implica el trabajo de cuidado y que es invisible mientras no falla.
- Generar espacios de tiempo para que circule la palabra entre los/as trabajadoras de tal forma que se puedan tramitar emociones, trabajar narrativas de cuidado, conversar sobre experiencias de violencia y también traspasar conocimientos y experiencias.
- Confiar en los relatos y opiniones de los/as trabajadores que se dedican al cuidado de otros y considerar sus aportes para mejorar el servicio.

### **C) Nivel Individual**

Las propuestas a nivel individual se dividen en aquellas que dicen relación con factores provenientes del usuario y provenientes del trabajador/a.

#### *4.C.1. Factores provenientes del usuario*

Respecto a las características de los usuarios que facilitan la emergencia de violencia laboral se encuentran la complejidad de la patología psiquiátrica, el tratarse de usuarios admitidos involuntariamente o que presentan consumo de alcohol, drogas o antecedentes de violencia previos.

Las medidas que se sugieren para prevenir episodios de violencia relacionadas con las características de los usuarios son:

- Transparentar con los trabajadores el historial de violencia de los usuarios para prevenir futuros episodios.
- Implementar evaluación psiquiátrica previa al ingreso de los/as usuarios/as a la institución, contar con diagnósticos claros y actualizados de los usuarios que permitan considerar la oportuna adecuación de tratamientos y cuidar la adecuación del perfil de ingreso.
- Mejorar el acceso de los usuarios a atención de salud y de servicios sociales mediante la realización acciones destinadas a sensibilizar a funcionarios y trabajadores de otros organismos respecto a los usuarios con el fin de disminuir el estigma e idealmente conseguir atención preferente en servicios sociales y de salud.
- Realizar una aproximación cálida y empática centrada en un trato afectivo y diálogo que se adapte a los diferentes niveles de discapacidad que existen en los centros.
- Tener posibilidades explícitas de manejo de los usuarios con conductas más violentas tales como contención farmacológica o aislamiento relativo de usuarios que están sometiendo a un acto de violencia al grupo.

#### *4.C.2. Factores provenientes del trabajador*

A nivel de las acciones que pueden desarrollar los funcionarios para prevenir episodios de violencia laboral se encuentran:

- Autoevaluar la carga laboral e informar oportunamente a los líderes cuando exista sobrecarga.

- Contribuir a una mayor preparación profesional y técnica de los trabajadores.
- Entrenar sus habilidades para identificar adecuadamente señales e indicadores que preceden a los episodios de violencia
- Aplicar una escala de prácticas o conductas para manejar la situación que vaya desde el manejo personal con el usuario y donde el último paso es informar a jefatura cuando ya no se puede manejar al usuario.
- Trabajar desde el principio de “no violencia” y respeto a los usuarios como sujetos de derechos porque esto colabora en aspectos como el respeto por sus preferencias. lo que impide por ejemplo una escala de agresiones.

## 6. CONCLUSIONES

Para concluir este informe es necesario reiterar que el trabajo de cuidado tiene las características del trabajo en servicios -es el mismo trabajador quien genera y entrega el servicio, éste se produce y entrega en el mismo momento, el control de calidad lo garantiza el trabajador que lo produce, la calidad se contrasta luego de haber adquirido el servicio, no es posible planificar un ritmo de trabajo regular, entre otras (Peiró, 2004)- lo que expone a los trabajadores a altas demandas emocionales y a un mayor nivel de violencia laboral , particularmente de parte de los usuarios.

Por otra parte, en investigaciones chilenas (Palma & Ansoleaga, 2020; Fondecyt 1170239, 2017-2019) se ha encontrado asociación entre Factores de Riesgos Psicosociales tales como: desbalance entre los esfuerzos realizados en el trabajo y las recompensas (Siegrist, et. al. 2009) y la presencia simultánea de altas demandas psicológicas, baja latitud decisional (Tensión Psíquica) y bajo soporte social (Karasek & Theorell, 1990) con Violencia Laboral. También se ha observado asociación de dimensiones organizacionales tales como liderazgo tiránico o autoritario (Aasland, et al., 2010) con Violencia Laboral. Particularmente, existen estudios que han vinculado las demandas emocionales con la violencia (Joo y Rhie, 2017; Lee, 2016). Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio se propuso diseñar una estrategia de prevención de los factores de riesgos de violencia en el trabajo de cuidado de niños, niñas, adolescentes y adultos en situación de discapacidad mental y/o vulneración social. Para ello se establecieron tres objetivos específicos cuyos resultados más relevantes se exponen a continuación:

### **1. Identificar los factores que influyen o propician la violencia en personal al cuidado de personas en situación de discapacidad mental y/o vulneración social.**

En la revisión de la literatura se identificaron factores organizacionales, del usuario e interaccionales.

Respecto a los factores organizacionales, destaca la presencia de una cultura organizacional que normaliza la violencia laboral y favorece la ausencia de consecuencias cuando la agresión es externa (Hogh, Baernholdt & Clausen, 2018; Afriyie-Boateng, Loftus, Weisenfeld, Hunter & Lawson, 2019; Purcell, Shovein, Hebenstreit & Drexler, 2017). Sumado a esto, la evidencia señala la importancia de las altas demandas psicológicas, la sobrecarga laboral y desbalance esfuerzo recompensa (Purcell et al., 2017; Andersen, Hogh, Biering & Gadagaard, 2018; El-Hneiti et al., 2019; Feijó et al., 2019; López-Cabarcos et al., 2017).

Por su parte, dentro de los factores organizacionales y del usuario se enfatiza la complejidad de la patología psiquiátrica y el no tener tiempo suficiente para entregar atención adecuada (Fujimoto, Hirota, Kodama, Greiner & Hashimoto, 2017); la admisión involuntaria de usuarios que presentan consumo de alcohol y drogas o un historial de violencia, unido a sobrecarga laboral, hacinamiento y falta de actividades terapéuticas (Niu, et al., 2019); las dificultades de salud mental de los usuarios junto a un bajo reconocimiento de la labor de las cuidadoras (Ostaszkiwicz, Lakhan, O'Connell & Hawkins, 2015).

Respecto a los factores interaccionales, estos incluyen ambientes con excesivas restricciones y dificultades relacionales entre los trabajadores y los usuarios tales como problemas comunicacionales (Coneo, Thompson, Parker & Harrison, 2020); las altas demandas psicológicas producto de la naturaleza del trabajo desarrollado y la excesiva cercanía de los trabajadores con los usuarios (Llor- Esteban, Sánchez-Muñoz, Ruiz-Hernández & Jiménez-Barbero, 2017).

El análisis de políticas y normativas sobre el fenómeno de la violencia ejercida en espacios laborales por usuarios hacia funcionarios de cuidado muestra que la normativa y legislación para su regulación en los países seleccionados es, en general, relativamente escasa, lo que puede ser también interpretado como un factor que favorece la mantención de la violencia laboral y que debe ser mejorado.

En la encuesta realizada a los/as trabajadores/as se encontró una relación significativa entre las demandas psicológicas y la violencia laboral (según criterio de Mikkelsen & Einarsen, 2011); entre las demandas emocionales y la violencia laboral; y entre tensión psíquica (JobStrein) y la violencia laboral. Además, se encontró que los trabajadores con mayor nivel educacional, los profesionales y los trabajadores que llevan menos años en su cargo reportan mayor violencia laboral. En cuanto a los estilos de liderazgo, el análisis bivariado muestra un mayor reporte de violencia laboral entre quienes están expuestos a un liderazgo autoritario en comparación a aquellos que están expuestos a liderazgo laissez-faire. Sin embargo, al incorporar ambos estilos de liderazgo en el modelo multivariado, la asociación entre el liderazgo autoritario y violencia laboral pierde significancia y se mantiene solo para el liderazgo laissez-faire.

En las entrevistas los/as trabajadores reportan como factores de riesgo de violencia laboral aspectos organizacionales vinculados a deficiencias en la infraestructura; sobrecarga de trabajo; bajo apoyo de pares y superiores; y altas demandas emocionales; aspectos interaccionales relacionados con el vínculo entre usuarios y funcionarios; y factores individuales que dicen relación con **características del usuario** tales como: condiciones psiquiátricas, la no existencia experiencias previas de encierro y la involuntariedad del ingreso; y **características del funcionario** tales como la deficiente habilidad para manejar situaciones de violencia producto de las escasas posibilidades de capacitación.

## **2. Identificar buenas prácticas de prevención de la violencia que experimentan los trabajadores/as en el trabajo de cuidado y evaluar su efectividad.**

Las prácticas de prevención que realizan y/o visualizan los/as participantes de la investigación, se agrupan en tres tipos de estrategias: (1) institucionales, (2) grupales y (3) individuales.

- Estrategias institucionales: instauración de la “no violencia” como principio; priorización de la prevención; incorporación de especialistas; capacitación sobre cómo advertir y prevenir signos y actos de violencia; identificación y sensibilización de los

derechos de personas con discapacidad; evaluación psiquiátrica previa al ingreso de los usuarios/as; flujo oportuno de información respecto a los antecedentes y conductas de los usuarios/as; definición de protocolos; mejoras en la infraestructura, entre otras.

- Estrategias grupales: acompañamiento de otros profesionales para trabajar con usuarios más violentos; colaboración para evitar la sobrecarga laboral; identificar señales e índices que suelen prever un acto de violencia y comunicarlo de manera efectiva al resto del equipo de trabajo; talleres de convivencia con los mismos usuarios; desarrollar actividades, tareas o ejercicios que mantengan a los usuarios/as ocupados; actuar de manera coordinada siguiendo protocolos de actuación sucesiva y concatenada de distintos profesionales, según el tipo de evento que tengan que afrontar. En ese sentido, los entrevistados valoran el aporte de equipos multidisciplinarios que trabajen con las consecuencias de la violencia en los funcionarios y no solo con los usuarios/as.
- Estrategias individuales: aproximación afectiva al usuario; precaución ante casos que tienen un historial de violencia; informar oportunamente a su jefatura cuando existe sobrecarga laboral, contención farmacológica en casos de reiterada violencia, comunicación oportuna de procedimientos a realizar con los usuarios; autocuidado de los funcionarios; seguimiento de protocolos para evaluación de organismo asegurador.

Las estrategias consideradas más eficaces por los entrevistados incluyen: buen liderazgo y colaboración en los equipos; presencia y contacto con profesionales especializados, asesoría, capacitaciones y formación permanente; protocolos de denuncia y tramitación de situaciones de violencia; consideración de la situación de salud de los usuarios y la posibilidad de que reciban un tratamiento adecuado; actividades de convivencia, mantener a los usuarios ocupados, y el autocuidado. Por su parte, como medidas de afrontamiento, se describe la contención ambiental, farmacológica y emocional como las medidas más efectivas para controlar la violencia ejercida por los usuarios; así como el acceso a capacitación y a atención psicológica para funcionarios, y la generación de espacios de reflexión grupal para analizar los episodios de violencia laboral en conjunto con el equipo y las jefaturas para compartir los aprendizajes de la situación, facilitando la toma de decisiones conjuntas para evitar eventos similares.

### **3. Determinar los componentes que debe contener una estrategia para prevenir y/o reducir la violencia en el trabajo de cuidado de personas en situación de discapacidad y/o vulnerabilidad social.**

La estrategia propuesta posee los siguientes componentes:

3.1. Antecedentes: donde se describe el marco legal, los principales resultados de la revisión de la experiencia comparada, las particularidades del trabajo de cuidado, los resultados de la revisión sistemática de la literatura sobre violencia laboral y trabajo de cuidado y los principales resultados de la encuesta realizada a los/as trabajadores/as.

3.2. La metodología utilizada para elaborar la estrategia: se establece con detalles el modo en que se realizaron todas las técnicas que contribuyeron al producto final, ellas son: revisión

sistemática de la literatura sobre violencia laboral en trabajadores de cuidado, análisis de política comparada entre países sobre violencia laboral entre usuarios y funcionarios, entrevistas individuales a actores institucionales claves, revisión de protocolos y procedimientos de acción para la prevención y enfrentamiento de situaciones de violencia hacia trabajadores de cuidado, entrevistas grupales con trabajadores/as, análisis de casos mediante la técnica de incidentes críticos, encuesta a trabajadores/as de ambas instituciones, validación de matriz de riesgos y validación de la estrategia de prevención.

3.3. La estrategia propuesta, se encuentra compuesta por:

3.3.1. Las condiciones que permiten intervenir en el fenómeno: participación activa de trabajadores de la institución; claridad de los deberes de cada una de las partes de la organización; tener en cuenta las necesidades específicas de los distintos grupos de la organización; seguimiento, revisión y gestión del cambio; educación sensibilización y comunicación sobre violencia en el trabajo y confidencialidad (National Standard of Canada, 2013)-.

3.3.2. Los impulsores claves: constitución de un comité institucional; alianzas estratégicas con otras organizaciones; intervenciones participativas y perspectiva de sustentabilidad (Ansoleaga et al., 2013 en Ansoleaga, 2020).

3.3.3. Las fases estratégicas: estrategia comunicacional; estrategia de intervención; y evaluación y monitoreo continuo (Ansoleaga et al., 2013 en Ansoleaga, 2020).

3.3.4 Los niveles en que debe ser abordada la prevención son: 1) Nivel organizacional: se sugieren medidas para prevenir violencia laboral desde el concepto de infraestructura ética (Einarsen et al., 2019); fortalecer el ejercicio de liderazgos constructivos; disminuir riesgos psicosociales; mejorar la coordinación con redes externas; asegurar la capacitación y entrenamiento adecuado de los/as trabajadores/as; acceso a atenciones de salud mental para trabajadores/as y usuarios; y mejora de aspectos del entorno físico donde se desarrolla el trabajo. 2) Nivel interaccional o de equipos: superación de la lógica manicomial en la interacción trabajador-usuario; mejoras en el apoyo social y manejo de conflictos; y propuestas específicas para el trabajo de cuidado. 3) Nivel individual: se proponen acciones preventivas respecto a factores provenientes del usuario y del/la trabajador/a.

**4.** Sugerencias para el seguimiento y evaluación de la estrategia: aquí se establece que se entenderá el impacto de la estrategia no como causalidad, sino que como un cambio sostenido en el tiempo, aunque se trate de una consecuencia indirecta o accidental de la intervención (Weber et al., 2021). Se sugiere el diseño con controles reflexivos para evaluar el impacto porque no es posible aleatorizar las intervenciones y tampoco conformar grupos de control con personas que no recibieron las intervenciones sugeridas.

Siguiendo la sugerencia de Weber et al., (2021) se propone una metodología de evaluación mixta en que se realicen entrevistas individuales y grupales a los actores involucrados (directivos y trabajadores) y se replique la aplicación del instrumento cuantitativo aplicado para la elaboración de esta estrategia. Así, las pregunta que guiarían la evaluación serían ¿Cómo influye la implementación de las acciones sugeridas en la estrategia en la conducta

de los trabajadores y directivos? ¿Cómo influye dicha intervención en los niveles de violencia laboral reportados?

Los indicadores cualitativos (productos, resultados e impacto) serían los cambios conductuales de los trabajadores y directivos reportados en base a entrevistas individuales y grupales y su percepción de aumento o disminución de episodios de violencia laboral mientras que los indicadores cuantitativos serían las variaciones establecidas en los diversos instrumentos incluidos en la encuesta realizada a los trabajadores antes y después de las intervenciones (pre test y post test), además del examen de la cantidad de incidentes de violencia laboral reportados.

## 7. REFERENCIAS

- Aasland, M. Skogstad, A., Notelaers, G., Nielsen, M. y Einarsen, S. (2010). The Prevalence of Destructive Leadership Behaviour. *British Journal of Management*, 21, 438-452. doi: 10.1111/j.1467-8551.2009.00672.x
- Abu Al Rub, R. F., Khalifa, M. F. & Habbib, M. B. (2007). Workplace Violence Among Iraqi Hospital Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(3), 281-288. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00181.x
- Afriyie-Boateng, M., Loftus, C., Wiesenfeld, L., Hunter, M. y Lawson, A. (2009). Proactive Psychiatry Intervention Using a Nurse-Led Behavioral Response Model for Hospitalized Patients With Behavioral Disturbances. *Journal for Healthcare Quality* 41 (5), 267-273. doi: 10.1097/JHQ.0000000000000208
- Al-Omari, H., Abu Khait, A., Al-Modallal, H., Al-Awabdeh, E., & Hamaideh, S. (2019). Workplace violence against nurses working in psychiatric hospitals in Jordan. *Archives of psychiatric nursing*, 33(5), 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.002>
- Alcover, C., Martínez, D., Rodríguez, F. & Domínguez, R. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. McGraw-Hill.
- Ander-Egg, E. (2003). *Repensando la investigación, acción participativa: Comentarios, críticas y sugerencias*. Buenos Aires: Lumen.
- Andersen, L. P., Hogh, A., Biering, K. & Gadegaard, Ch. A. (2018). Work-related threats and violence in human service sectors: The importance of the psycho-social work environment examined in a multilevel prospective study. *Work (Reading, Mass.)*, 59(1), 141-154. doi: 10.3233/WOR-172654
- Andersen, L. P., Hogh, A., Elklit, A., Andersen, J. H., & Biering, K. (2019). Work-related threats and violence and post-traumatic symptoms in four high-risk occupations: short- and long-term symptoms. *International archives of occupational and environmental health*, 92(2), 195–208. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1369-5>
- Ansoleaga, E. (2013). *Sintomatología Depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: un asunto pendiente en salud pública*. Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública.
- Ansoleaga, E. & Toro, J.P. (2014). Salud Mental y Naturaleza del Trabajo: Cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(2), 180-189. Recuperado de: <http://submission->

[pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index](https://pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index)

Ansoleaga, E. (2020). Violencia Laboral: Aportes para su reconocimiento, prevención e intervención. Trabajo seleccionado en Convocatoria de Proyectos de Investigación e Innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades Profesionales 2020 de la Superintendencia de Seguridad Social (Chile). <https://pepet.udp.cl/modelo-de-intervencion-integral-de-la-violencia-en-el-trabajo/>.

Ariza-Montes, A., Muniz, N. M., Montero-Simo, M. J., y Araque-Padilla, R. A. (2013). Workplace Bullying among Healthcare Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(8), 3121-3139. doi: 10.3390/ijerph10083121

Arnetz, J., Hamblin, L., Sudan, S. y Arnetz, B. (2018). Organizational Determinants of Workplace Violence Against Hospital Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(8), 693–699. doi:10.1097/JOM.0000000000001345.

Bardin, L. (1996) *Análisis de contenido*. Madrid: Akal Ediciones.

Beech, B., Leather, P. (2006). Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 27-43

Biering, K., Andersen, L., Høgh, A., & Andersen, J. H. (2018). Do frequent exposures to threats and violence at work affect later workforce participation? *International archives of occupational and environmental health*, 91(4), 457–465. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1295-6>

Boniol, M., McIsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. & Campbell, J. (2019). Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. World Health Organization. Recuperado de: [https://www.who.int/hrh/resources/gender\\_equity-health\\_workforce\\_analysis/en/](https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/)

Candia, M., Pérez-Franco, J.M. & González, D. (2016). *Manual del Método del Cuestionario SUSES0/ISTAS21. Versiones completa y breve*. Superintendencia de Seguridad Social. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Unidad de Medicina del Trabajo. [http://www.suseso.cl/606/articles-19640\\_archivo\\_03.pdf](http://www.suseso.cl/606/articles-19640_archivo_03.pdf)

Clements, P. T., DeRanieri, J. T., Clark, K., Manno, M. S., & Kuhn, D. W. (2005). Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nursing Economic*, 23(3), 119-124. Recuperado de: <https://search-proquest-com.pucdechile.idm.oclc.org/docview/236938901?pq-origsite=primo>

Código del Trabajo (2018). Dirección del Trabajo de Chile.  
[https://dt.gob.cl/portal/1626/articles-95516\\_recurso\\_1.pdf](https://dt.gob.cl/portal/1626/articles-95516_recurso_1.pdf)

Coneo, A.M.C., Thompson, A. R., Parker, K., & Harrison, G. (2019). The outcome of a training programme (RESPECT) on staff's attitudes towards causes and management of aggression in a Regional Referral Hospital of northern Uganda. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(1), 25-40. doi: 10.1111/jpm.12549

CORDES (s.f). CORDES, Corporación Tesi Huneus, es una iniciativa pionera en Chile en materia de salud mental comunitaria. <https://cordescorporacion.cl/quienes-somos/nuestra-historia/>

Cho, J., & Lee, E. (2014) Reducing Confusion about Grounded Theory and Qualitative Content Analysis: Similarities and Differences. *The Qualitative Report*, 19(64), 1-20. Recuperado de: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol19/iss32/2/>

Decreto 100 (2005). Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la Republica de Chile

Dement, J., Lipscomb, H., Schoenfisch, A. y Pompeii, L. (2014). Impact of Hospital Type II Violent Events: Use of Psychotropic Drugs and Mental Health Services. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(6), 627-639. doi: 10.1002/ajim.22306

DGIP-MEF. (2005, May 13). Orientaciones para la aplicación de herramientas participativas en los proyectos de inversión pública. Perú.  
<http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/per150682anx1.pdf>

Díaz, X., Mauro, A., Ansoleaga, E. & Toro J. (2017). Violencia de género en el trabajo en Chile. Un campo de estudio ignorado. *Ciencia & Trabajo*, 19(58): 42-48.  
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-24492017000100042&lng=es&nrm=i&tlng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-24492017000100042&lng=es&nrm=i&tlng=es)

Einarsen, K., Salin, D., Einarsen, S.V. & Mykletun, J.R. (2019) Antecedents of ethical infrastructures against workplace bullying. The role of organizational size perceived financial resources and level of high-quality HRM practices. *Personnel Review*, 48 (3), 672-690. <https://doi.org/10.1108/PR-10-2017-0303>

El-Hneiti, M., Shaheen, A. M., Bani Salameh, A., Al-Dweeri, R. M., Al-Hussami, M., Alfaouri, F. T., & Ahmad, M. (2019). An explorative study of workplace violence against nurses who care for older people. *Nursing open*, 7(1), 285–293. <https://doi.org/10.1002/nop2.389>

- Feijó, F. R., Gräf, D. D., Pearce, N., Fassa, A. G., Feijó, F. R., Gräf, D. D., Pearce, N., & Fassa, A. G. (2019). Risk factors for workplace bullying: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1945. <https://doi.org/10.3390/ijerph16111945>
- Flick, U. (2002). Qualitative Research - State of the Art. *Social Science Information* 41(1), 5-24.
- Forté, L., Lanctôt, N., Geoffrion, S., Marchand, A., & Guay, S. (2017). Experiencing violence in a psychiatric setting: Generalized hypervigilance and the influence of caring in the fear experienced. *Work (Reading, Mass.)*, 57(1), 55–67. <https://doi.org/10.3233/WOR-172540>
- Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C., & Hashimoto, T. (2017). Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(8), 638–647. <https://doi.org/10.1111/jpm.12412>
- Franco, S. (2019). Poder y constreñimiento en las organizaciones: el caso de la violencia psicológica en el trabajo. *Intervenciones posibles*. En Franco, S. y Escudero, E. (2019) Eds. *El presente del futuro del Trabajo II. Psicología de la Organización del Trabajo XVII*, Psicolibro, pp. 717-737.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York, Basic Books.
- Geoffrion, S., Goncalves, J., Giguère, Ch-É., & Guay, S. (2018). Impact of a Program for the Management of Aggressive Behaviors on Seclusion and Restraint Use in Two High-Risk Units of a Mental Health Institute. *Psychiatric Quarterly*, 89(1), 95-102. Doi: 10.1007/s11126-017-9519-6
- Giorgi, G., Ando, M., Arenas, A., Shoss, M. K., y Leon-Perez, J. M. (2013). Exploring personal and organizational determinants of workplace bullying and its prevalence in a Japanese sample. *Psychology of Violence*, 3(2), 185-197. doi:10.1037/a0028049
- Glabek, M., Skogstad, A., & Einarsen, S. (2015). Take it or leave: a five-year prospective study of workplace bullying and indicators of expulsion in working life. *Industrial health*, 53(2), 160–170. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2014-0195>
- Greenwald, J. (2006). Prevention is key in fight against workplace violence. *Business Insurance*, 40(5), 17-18. Recuperado de: <https://search-proquest-com.pucdechile.idm.oclc.org/docview/233539660?pq-origsite=primo>

- Gross, N., Peek-Asa, C., Nocera, M. & Casteel, C. (2013). Workplace violence prevention policies in home health and hospice care agencies. *Online Journal of Issues in Nursing*, 18(1), 1. <http://web.ebscohost.com.pucdechile.idm.oclc.org/ehost/detail/detail?vid=2&sid=64b208b1-66e1-4177-b72c-c41843e83ab1%40pdv-sessionmgr04&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=85342801&db=asn>
- Guay, S., Goncalves, J., & Boyer, R. (2016). Evaluation of an Education and Training Program to Prevent and Manage Patients' Violence in a Mental Health Setting: A Pretest-Posttest Intervention Study. *Healthcare (Basel)*, 4(3), 49. doi: 10.3390/healthcare4030049
- Hellemans, C., Dal Cason, D. y Casini, A. (2017). Bystander Helping Behavior in Response to Workplace Bullying. *Swiss Journal of Psychology*, 76, 135-144. doi: 10.1024/1421-0185/a000200
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación 6° Edición*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hochschild, AR (1983). *The managed heart*. Berkeley, EEUU: University of California Press.
- Hogh, A., Baernholdt, M. & Clausen, T. (2018) Impact of workplace bullying on missed nursing care and quality of care in the eldercare sector. *Int Arch Occup Environ Health* 91, 963–970. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1337-0>
- ILO. (2013). *10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice – Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health*. Ginebra, Suiza: International Labour Office. Recuperado de: [http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS\\_324653/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_324653/lang--en/index.htm)
- Imran, N., Pervez, M. H., Farooq, R., y Asghar, A. R. (2013). Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: a preliminary investigation. *Khyber Medical University Journal*, 5(4), 179-184. Recuperado de: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=4f977865-0f344253-83c3-28843ad5498f%40sessionmgr104&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#AN=98900637&db=a9h>
- Imran, N., Pervez, M., Farooq, R., y Asghar, A. (2013). Aggression and violence towards medical doctors and nurses in a public health care facility in Lahore, Pakistan: a preliminary investigation. *Khyber Medical University Journal* 5(4), 179-184.

Recuperado de: <https://www.kmu.kmu.edu.pk/article/view/11811>

IRSST, INSPQ y ISQ (2011). Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Québec. Recuperado de: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-691.pdf>

Itzhaki, M., Peles- Bortz, A., Kostisky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403-412. doi: 10.1111/inm.12151

Joo, Y. & Rhie, J. (2017). The relationship between emotional labor status and workplace violence among toll collectors. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*; 29(1): 34- 42. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28815051>

Karasek, R., Brisson, Ch., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. y Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristic. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322

Karasek, R., y Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and there construction of working life*. New York, EEUU: Basic Books.

Keller, R., Allie, T. & Levine, R. (2019). An evaluation of the “BE NICE Champion” programme: A bullying intervention programme for registered nurses. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 758-764. Doi: 10.1111/jonm.12748

Kim, G., Lee, H., Jung, S., Lee, J., Lee, J., Lee, K. y Kim, J. (2018) Emotional labor, workplace violence and depressive symptoms in female bank employees: a questionnaire survey using the K-ELS and K- WVS. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*; 30, 17-23. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5848577/>

Lee, (2016). The effect of emotional labour, workplace violence, and organizational management system there of on symptoms of depression and insomnia. *Occupational and Environmental Medicine* September; 73(1): A210. [https://oem.bmj.com/content/73/Suppl\\_1/A210.2](https://oem.bmj.com/content/73/Suppl_1/A210.2)

Lopez-Cabarcos, M., Vazquez-Rodriguez, P., y Gieure, C. (2017). Gender and age differences in the psychosocial risk factors of workplace bullying. *Psychology & Marketing*, 34(11), 1023- 1030. doi: 10.1002/mar.21041

- Lu, L., Lok, K. I., Zhang, L., Hu, A., Ungvari, G. S., Bressington, D. T., Cheung, T., An, F. R., & Xiang, Y. T. (2019). Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(5), 68-72. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.07.002>
- Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J., & Jiménez-Barbero, J. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology App*
- Magnavita, N. (2014). Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of Nursing Scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 46(5), 366-376. doi: 10.1111/jnu.12088.
- Magnavita, N., Fileni, A., Pescarini, L. & Magnavita, G. (2012). Violence against radiologists. I: prevalence and preventive measures. *Radiología Médica* 117(6). 1019-1033. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11547-012-0825-7>.
- Matamala, M., Eguiguren, P., Gálvez, T., Núñez, S., De Ferrari, I., Gómez, E. & Güida, C. (2012) Género y calidad de vida de las trabajadoras y trabajadores de la salud. En: Ansoleaga E, Artaza O, Suárez J, editores. *Personas que cuidan personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago: OPS/OMS; 2012. p. 126- 45.
- Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. & De Grosbois, S. (2003). Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American Journal of Industrial Medicine*, 43(6), 618- 629. doi: 10.1002/ajim.10225
- Mikkelsen E., & Einarsen S. (2011). Bullying in Danish worklife: Prevalence and health correlates. *European Journal of Workand Organizational Psychology*, 10(4), 393–413. Doi: 10.1080/13594320143000816
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2012). *Guía de actuaciones de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social sobre Riesgos Psicosociales*. Madrid: Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado el 15 de noviembre de 2019 [https://www.laboral-social.com/files-laboral/Guia\\_psicosociales.pdf](https://www.laboral-social.com/files-laboral/Guia_psicosociales.pdf)
- Moreno- Jiménez, B., Gálvez, M., Rodríguez- Carvajal, R. & Garrosa, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo “trabajo emocional” y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 63-73. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puc.cl/ehost/detail/detail?vid=0&sid=40b87d50->

ecf4-474e-87f0-  
bc0dabfcd5f6%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl  
#AN=49390082&db=a9h

National Standard of Canada (2013). Psychological health and safety in the workplace — Prevention, promotion, and guidance to staged implementation. <https://www.csagroup.org/article/canca-sa-z1003-13-bnq-9700-803-2013-r2018/>

Navarro, H., King, K., Ortegón, E. & Pacheco, J. F. (2006). Pauta metodológica de evaluación de impacto ex-ante y ex-post de programas sociales de lucha contra la pobreza. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5489/S0501023\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5489/S0501023_es.pdf)

Neffa, J. (2003). El trabajo humano: Contribuciones al estudio de un valor que permanece. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Lumen Hvmánitas.

Niu, S-F., Kuo, S-F., Tsai, H-T., Kao, C-C., Traynor, V. & Chou K-R. (2019) Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. PLoS ONE 14(1): e0211183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211183>

Notelaers, G. & Einarsen, S. (2013). The world turns at 33 and 45: Defining simple cutoff scores for the Negative Acts Questionnaire–Revised in a representative sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(6), 670-682, doi: 10.1080/1359432X.2012.690558

Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B. & Hawkins, M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International nursing review*, 62(4), 506–516. <https://doi.org/10.1111/inr.12180>

Palma, A. & Ansoleaga, E. (2020). Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental relacionados con la violencia laboral en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cad. Saúde Pública*, 36(3), e00084219. doi:10.1590/0102-311x00084219.

Palma, A. & Ansoleaga, E. (En Revisión). Demandas Emocionales, Violencia Laboral y Salud Mental según género en Trabajadores de Hospitales Públicos chilenos. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Palma, A., Ahumada, M. & Ansoleaga, E. (2018). ¿Cómo afrontan la violencia laboral los trabajadores/as chilenos/as? *Psicoperspectivas*, 17(3), 1-13. doi: 10.5027/psicoperspectivas-vol17-issue3-fulltext-1288.

- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica*, 3(2), 179-186. Recuperado de: [http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N204sistema\\_trabajo.pdf](http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N204sistema_trabajo.pdf)
- Pekurinen, V.; Willman, L.; Virtanen, M.; Kivimäki, M.; Vahtera, J. & Välimäki, M. (2017) Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 1245.
- Pélissier, C., Charbotel, B., Fassier, J. B., Fort, E., & Fontana, L. (2018). Nurses' Occupational and Medical Risks Factors of Leaving the Profession in Nursing Homes. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1850. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091850>
- Programa Chile Cuida (s.f.). Trato respetuoso y promoción de la autonomía de las personas en Situación de Dependencia. <https://www.chilecuida.gob.cl/yo-cuido/trato-respetuoso-y-promocion-de-la-autonomia-de-las-personas-en-situacion-de-dependencia/>
- Purcell, N., Shovein, E., Hebenstreit, C. & Drexler, M. (2017). Violence in a U.S. Veterans Affairs healthcare system: Worker perspectives on prevalence, causes, and contributors. *Policy and Practice in Health and Safety*, 15(1), 38-56. doi:10.1080/14773996.2016.1266439
- Ravenswood, K., Douglas, J. & Haar, J. (2017) Physical and verbal abuse, work demands, training and job satisfaction amongst aged-care employees in the home and community sector. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 27(4), 302-318. Doi: 10.1080/10301763.2018.1427846
- Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. y Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work - a Journal of Prevention Assessment & Rehabilitation*, 51(1), 19-28. doi: 10.3233/WOR-141894.
- Rugulies, R., Madsen, I., Hjarsbech, P., Hogh, A., Borg, V., Carneiro, I., y Aust, B. (2012). Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female elder care workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(3), 218- 227. doi: 10.5271/sjweh.3278.
- Salin, D., Tenhiälä, A., Roberge, M-E. y Berdahl, J. (2014). 'I wish I dad...': Target reflections on responses to workplace mistreatment. *Human relations*, 67(10) 1189-1211. doi: 10.1177/0018726713516375

- Schat A. C., & Kelloway E. K. (2003). Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: the buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(2), 110-122. doi:10.1037/1076-8998.8.2.110
- Shea, T., Sheehan, C., Donohue, R., Cooper, B., & De Cieri, H. (2017). Occupational Violence and Aggression Experienced by Nursing and Caring Professionals. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 49(2), 236–243. <https://doi.org/10.1111/jnu.12272>
- Siegrist, J., Wege, N., Pühlhofer, F. y Waherendorf, M. (2009). A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *International Archives of Occupational & Environmental Health*, 82(8), 1005-1013. doi: 10.1007/s00420-008-0384-3.
- Singh, D. & Glavin, P. (2017). An Occupational Portrait of Emotional Labor Requirements and Their Health Consequences for Workers. *Work and Occupations*; 44 (4), 424–466. Recuperado de: <https://journals-sagepub-com.pucdechile.idm.oclc.org/doi/pdf/10.1177/0730888417726835>
- Soares, T. y Da Rosa, S. (2012). Políticas y prácticas de prevención y combate al acoso moral en una universidad brasileña. *Salud de los trabajadores*, 20(1), 61-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839299005>.
- Tonso, M. A., Prematunga, R. K., Norris, S. J., Williams, L., Sands, N. & Elsom, S. J. (2016). Workplace Violence in Mental Health: A Victorian Mental Health Workforce Survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 444-451. doi:10.1111/inm.12232
- Touzet, S., Occelli, P., Denis, A., Cornut, P.L., Fassier, J.-B., Le Pogam, M.-A., Duclos, A. & Burillon, C. (2019). Impact of a comprehensive prevention programme aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a French ophthalmic emergency department: An interrupted time-series study. *BMJ Open*, 9(9), E031054. Doi:10.1136/bmjopen-2019-031054
- Travetto, C., Daciuk, N., Fernández, S., Ortiz, P., Mastandueno, R., Prats, M., Flichtentrei, D., Tajer, C. (2015). Agresiones hacia profesionales en el ámbito de la salud. *Rev. Panam. Salud Pública*, 38(4), 307-315. Recuperado de: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892015000900007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000900007&lng=en&tlng=es).
- Ugarte, J.L. (s.f.). Derechos humanos en la relación de trabajo: el caso del acoso moral. <https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2020/12/Cap-10-DDHH-en-relacion-de-trabajo-caso-del-acoso-moral.pdf>

- Vladutiu, C. J., Casteel, C., Nocera, M., Harrison, R., & Peek-Asa, C. (2016). Characteristics of workplace violence prevention training and violent events among home health and hospice care providers. *American Journal of Industrial Medicine*, 59(1), 23-30. doi:10.1002/ajim.22543
- Weber, R., Castro, C., Suárez, F., Santana, S. & Blaset, F. (2021). Evaluación de las acciones que componen una estrategia preventiva en salud y seguridad ocupacional ACHS 226-2020 68INV20ACHS. [https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/256-2020\\_UChile\\_RWeber\\_Evaluacion\\_Estrategia\\_Preventiva\\_Informe\\_final\\_250621.pdf](https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/256-2020_UChile_RWeber_Evaluacion_Estrategia_Preventiva_Informe_final_250621.pdf)
- Wei-Quan, L., Jiang, W., Le-Xin, Y., Sheng-Chao, Z., Meng-Juan, J., Hui-Shan, Z., Jia-Li, L., Yi-Xiong, L. y Pei-Xi, W. (2015). Workplace Violence and Job Performance among Community Healthcare Workers in China: The Mediator Role of Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(11), 14872-14886. doi: 10.3390/ijerph121114872
- Winokur, E. J., Loucks, J., & Rutledge, D. N. (2017). Effect of Concentrated Psychiatric Education on Perceived Competence to Care for Behavioral Health Patients. *Journal of emergency nursing*, 43(5), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.02.002>
- Yang, B.X., Stone, T.E., Petrini, M.A., Morris, D.L. (2018). Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. *Archives Psychiatric Nursing* 32(1), 31-38. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.013.
- Zafar, W., Siddigui, E., Ejaz, K., Shehzad, M., Khan, R., & Jamali, S. (2013). Health care personnel and workplace violence in the emergency departments of a volatile metropolis: Results from Karachi, Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine*, 45(5), 761-772. doi:10.1016/j.jemermed.2013.04.049
- Zapf, D. (2002) Emotion work and psychological well-being. A review of the literatura and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review* 12 (2): 237–268. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1053482202000487>
- Zhao S., Qu L., Liu H., Gao L., Jiao M., Liu J., Liang, L., Zhao, Y. y Wu, Q. (2016). Coping with Workplace Violence against General Practitioners and Nurses in Heilongjiang Province, China: Social Supports and Prevention Strategies. *PLoS ONE*, 11(6), e0157897. doi: 10.1371/journal.pone.0157897