

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

Violencia en el entorno sanitario: un análisis teórico y metodológico

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Rubén Blanco Escribano

DIRECTOR

Juan Vicente Beneit Montesinos

Madrid



U N I V E R S I D A D
COMPLUTENSE
M A D R I D

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y
PODOLOGIA

TESIS DOCTORAL

**Violencia en el entorno sanitario: un
análisis teórico y metodológico**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

Presentada por:

Rubén Blanco Escribano

Director:

Juan Vicente Beneit Montesinos

Madrid, 2020



U N I V E R S I D A D
COMPLUTENSE
M A D R I D

*Facultad de Enfermería, Fisioterapia y
Podología*

Agradecimientos

Realizar un trabajo de este calibre no es posible sin las personas que tenemos alrededor.

Por ello, en primer lugar, quería dar mi más sincero agradecimiento a Juan Beneit, tutor y director de esta Tesis, por su confianza, por su sabia orientación, dirección y por el apoyo que me ha brindado desde que comencé esta andadura.

Fuimos varios los que comenzamos esta aventura en el Máster y hemos llegado hasta aquí, a todos ellos gracias por el continuo apoyo recibido durante todos estos años.

Dicen que los amigos son la familia que elegimos, y yo no podría estar más de acuerdo con esta afirmación. Me siento muy afortunado de esa familia que he elegido, con la que siempre puedo contar, que ha estado pendiente durante estos años sobre el avance de este trabajo, con la que cada día disfruto más y sobre todo con la que me empuja en los momentos de flaqueza.

Me siento también muy afortunado por la familia que tengo, siempre ha sido, y lo sigue siendo por supuesto, una parte clave en mi vida, y se ha volcado desde el momento en que comencé esta Tesis en animarme y apoyarme para que no desistiera de mi objetivo cuando aparecían los ya conocidos altibajos típicos a los que nos enfrentamos todos los que realizamos una tesis doctoral. Quería hacer especial mención y dar un especial agradecimiento a mis primos, con los que los problemas desaparecen y me llenan de energía para afrontar retos como este.

Por último y más importante para mí, quería dar las gracias a mis padres, soy quién soy y he llegado donde estoy gracias a ellos. Son piezas esenciales e imprescindibles en mi

vida, y han sido un pilar básico en la elaboración de esta Tesis, la cuál no habría podido realizar sin su ayuda, apoyo, ánimo y dedicación. No puedo estar más agradecido.

Resumen

La violencia ha sido un acontecimiento omnipresente en la historia humana y sigue estando presente en muchos de los escenarios en los que se desenvuelve la vida diaria de las personas. Uno de estos escenarios es el entorno laboral, y más concretamente, el entorno sanitario. Cuando hablamos de violencia en este entorno nos estamos refiriendo a acciones físicas o verbales intencionalmente dirigidas contra personas en el desempeño de su trabajo y que atentan contra su seguridad, su salud y su bienestar, poniendo al mismo tiempo en peligro el adecuado funcionamiento de la organización.

En esta Tesis, hemos optado por un estudio y reflexión teórica en torno a la violencia que se comete en los entornos sanitarios contra los profesionales de la salud. Asimismo, se aborda uno de los problemas a los que se ha enfrentado la investigación contra la violencia de los profesionales de la salud, el de la metodología para su estudio.

Abstract

Violence has been an omnipresent event in human history and is still present in many environments in people's daily lives. One of these environments is the work environment, and more specifically, the healthcare system. When we talk about violence in this environment we are referring to physical or verbal actions intentionally directed against people in the performance of their work and that

threaten their safety, health and well-being, while putting at risk the proper functioning of the organization.

In this Thesis we have developed a theoretical reflection on the violence committed in healthcare environments against healthcare professionals. Furthermore, we have reviewed one of the problems faced by the research against the violence of healthcare professionals: the methodology for its study.

Índice

- Introducción.....15
- Hipótesis y Objetivos.....26
 - Objetivo general.....28
 - Objetivos específicos.....28
- Metodología.....29
- Parte 1: El marco intergrupar e intercategorial de la violencia intencional.
 - Introducción.....7
 - La lógica Intergrupar.....11
 - La intención de causar daño.....26
 - Los mecanismos a pequeña escala.....32
 - El fondo ideológico.....49
 - Conclusiones.....58
 - Referencias.....59
- Parte 2: Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector.
 - Abstract.....1
 - Introduction.....2
 - Main text
 - The need to clarify the concept of violence.....2
 - Method.....4
 - Findings.....5

•	The scope of the problem.....	5
•	Damage to health: the main issue.....	6
▪	Discussion.....	8
•	Challenge to professional nursing and challenge to the health organization.....	8
•	Cultural differences and intercultural coincidences..	9
▪	Recommendations.....	10
○	Conclusions.....	11
○	Declarations.....	11
○	References.....	12
•	Parte 3: La investigación de la violencia en el entorno sanitario: el problema del método.	
○	El (infructuoso) empeño en disponer de un cuestionario propio.....	5
○	Cuestionarios estandarizados.....	9
○	Conclusiones.....	22
○	Referencias bibliográficas.....	26
•	Parte 4: La violencia en el entorno sanitario: Un modelo para su estudio.	
○	Tipología de la violencia en el entorno sanitario.....	3
○	La violencia, un ataque a la dignidad de las personas.....	12
○	La violencia en el sector sanitario: la dimensión del problema.....	16
○	Bases teóricas para el estudio de la violencia en el sector sanitario...41	
○	Personas en el desempeño de su rol.....	47
○	Personas en el contexto organizacional.....	54
•	Discusión.....	1

- Conclusiones.....15
- Posibles líneas de investigación futuras.....19
- Referencias bibliográficas.....23

Índice de cuadros, tablas y figuras

- Parte 1: El marco intergrupar e intercategorial de la violencia intencional.
 - Cuadro 1.1. La violencia colectiva.....10
 - Cuadro 1.2. Tipología de la violencia colectiva (adaptado de Tilly, 2007).....18
 - Cuadro 1.3. Indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos.....21
 - Cuadro 1.4. Procesos sociales destructivos.....25
 - Cuadro 1.5. Registro Único de Víctimas.....27
 - Cuadro 1.6. El daño, el atributo básico de la violencia.....28
 - Cuadro 1.7. Las distintas modalidades del daño.....30
 - Cuadro 1.8. Impactos y daños del conflicto armado según género y edad.....31
 - Cuadro 1.9. Procesos que crean las condiciones para las masacres autorizadas.....40
 - Cuadro 1.10. Mecanismos de desconexión moral (Albert Bandura)....42
 - Cuadro 1.11. Argumentos y creencias legitimadoras de la violencia política.....57,

- La violencia en el entorno sanitario: Un modelo para su estudio.
 - Cuadro 1. Tipología de la violencia ocupacional (Wassel, 2009, p.1050).....7
 - Cuadro 2. Tipología de la violencia en el entorno sanitario (ILO, WHO, ICN Y PSI, 2002, p.332).....11
 - Figura 1. Dimensiones de la violación de la dignidad (Khademi, Mohammadi y Vanaki, 2012, p.3).....13
 - Tabla 1. Violencia en el lugar de trabajo (European Working Condition Survey –EWCS-).....19
 - Cuadro 3. Conductas violentas en el trabajo (Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011, p.37).....22
 - Cuadro 4. Factores ocupacionales y situacionales de riesgo (elaboración propia a partir de Chappell y Di Martino, 2006).....26
 - Tabla 2. Dimensión de la violencia contra profesionales de enfermería en distintos países (Camerino, et al., 2004, p.39).....28
 - Tabla 3. Exposición a diversas modalidades de violencia (Spector, Zhou y Che, 2014, p.76).....32
 - Tabla 4. Exposición a la violencia en distintos departamentos sanitarios (Spector, Zhou y Che, 2014, p.76).....32
 - Tabla 5. Exposición a la violencia por regiones (Spector, Zhou y Che, 2014, p.77).....33
 - Cuadro 5. Componentes de la realidad cotidiana.....43
 - Tabla 6. Factores precipitantes de acuerdo al tipo de violencia (Hobbs, 1991, p.331).....45
 - Figura 2. La violencia en el entorno sanitario.....47

○ Cuadro 6. Componentes del potencial de violencia por parte de los pacientes y/o acompañantes (Luck, Jackson y Usher, 2007, p.15).....	51
○ Cuadro 7. Características de la persona y del ambiente en el comportamiento violento (Dunbar y Blanco, 2015, p.379).....	55
○ Figura 3. Modelo interactivo (Chappel y Di Martino, 2006, p.123).....	60
○ Figura 4. La violencia en el entorno sanitario.....	61
○ Figura 5. El espacio intersubjetivo cotidiano de la violencia en el entorno sanitario.....	66
○ Figura 6. Modelo de razonamiento causal de la conducta nociva (Martinko, Grundlach y Douglas, 2002, p.43).....	67
○ Figura 7. La mediación emocional en las conductas violentas (Fox y Spector, 1999, p.918).....	71
○ Figura 8. Modelo predictivo de la conducta violenta en el entorno ocupacional (Hershcovis, et al., 2007, p.230).....	79
○ Cuadro 8. Circunstancias organizacionales que contribuyen a la presencia de violencia.....	81
○ Figura 9. Liderazgo transformacional, clima de seguridad y permanencia en el trabajo (Liang, et al., 2016, p.3070).....	85
○ Figura 10. Modelos de la violencia ocupacional en los entornos sanitarios.....	87

INTRODUCCIÓN

Era una noche como cualquier otra en la amplia sala de urgencias de un hospital universitario de los EEUU. Stanley Johnson, enfermero con una experiencia a sus espaldas de casi dos décadas, acompaña a un joven intoxicado de unos 20 años de edad al teléfono para que pueda llamar a su madre para ir a recogerlo. El joven agarra el teléfono e inmediatamente golpea a Johnson en la cara con él. A pesar de lo que pueda parecer, Johnson ha sido afortunado. En la sala de espera de urgencias de otro hospital, el Bronx-Lebanon Hospital Center en Nueva York, un hombre irrumpe llevando un arma escondida. Una vez entra en la sala de espera, empieza a disparar a la multitud que allí se encuentra hiriendo a una enfermera y a un guarda de seguridad. En el estado de Texas, el hijo de 22 años de edad de un paciente irrumpió con un cuchillo de sierra en el Ambulatory Surgical Center of Good Sheperd Medical Center apuñalando en el pecho y dando muerte a una enfermera e hiriendo a otras cuatro (Nelson, 2014). El 3 de septiembre de 2006, Wayne Fenton, un eminente psiquiatra y por aquel entonces Director Asociado del prestigioso Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano (NIMH), fue encontrado muerto en su despacho. Pocos días después uno de sus pacientes, un joven de 19 años diagnosticado de esquizofrenia, confesó ante la policía haber golpeado a Fenton hasta causarle la muerte.

Aunque, por fortuna, no son los más frecuentes en el lugar de trabajo, lo más inquietante de estos incidentes es que no son hechos únicos y aislados. En el transcurso de dos meses de 2003, por ejemplo, doce empresas norteamericanas compartieron la misma trágica experiencia: uno de sus empleados fue asesinado o gravemente herido a manos de un cliente o de un compañero de trabajo, bien actual o antiguo (Bruce y Nowlin, 2011). En un estudio más reciente llevado a cabo en 65 servicios de urgencias hospitalarias en Estados Unidos, se constató una preocupante cantidad de armas confiscadas a los enfermos, la ausencia de un detector en más de la mitad de los servicios

de urgencias y la ausencia de programas de entrenamiento para poder afrontar los numerosos actos de violencia contra los profesionales (Benham, Tillotson, Davis y Hobbs, 2011, p. 573). El “Bureau of Labor Statistics” (BLS) de Estados Unidos indicaba en una de sus publicaciones que en el transcurso de diez años (1992-2001) se produjeron alrededor de 9000 homicidios en el lugar de trabajo (Chappell y Di Martino, 2006, p. 43).

Los datos procedentes de la Cuarta Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo recogidos a partir de 30.000 entrevistas con trabajadores de 31 países, muestran los siguientes resultados: a) el 2% de los trabajadores (10 millones) han sido objeto de violencia física por parte de personas pertenecientes a su entorno laboral; b) un 4% de (20 millones) se ha visto expuestos a violencia por parte de personas ajenas a su entorno laboral; c) el 2% (10 millones) ha sufrido acoso sexual; d) un 25% (25 millones) han sufrido experiencias de intimidación. Todo ello con notables diferencias entre los países, siendo los del Norte de Europa, en comparación con los del Sur (España, Italia y Portugal), donde se dan las tasas más altas de violencia física, especialmente en Irlanda y en el Reino Unido Eufound, 2007).

Las revisiones sistemáticas llevadas a cabo en el marco laboral sanitario (Cornaggia, Beghi, Pavone y Barale, 2011; Edward et al., 2015; Hahn, et al., 2008; Hills y Joyce, 2013; Pompeii, et al., 2013; Spector, Zhou y Che, 2014, y Taylor y Rew, 2010) han arrojado varios datos de interés. Tres son los que nos interesa señalar de manera especial en este momento: a) la violencia en el entorno sanitario es más frecuente que en cualquier otro escenario laboral; b) dentro de este escenario, es el personal de enfermería el más expuesto a este tipo de acciones, y c) en los últimos años se ha producido un incremento en los comportamientos violentos contra el personal sanitario, sobre todo en el entorno hospitalario. En el caso español, el Informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud del 14 de febrero de 2014, ofrece datos

preocupantes: el número de profesionales agredidos pasó de 2230 en 2008 a 4865 en 2012 (Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, 2014, p. 18).

No van desencaminados, pues, Bruce y Nowlin (2011, p. 293) cuando advierten que los incidentes violentos en el lugar de trabajo ocurren tanto en grandes empresas como en pequeñas organizaciones, en hospitales generales (ver, entre otros, Arnetz, et al., 2015; Magin, et al., 2008; Hahn, et al., 2010; Wells y Bowers, 2002; Winstanley y Whittington, 2002; Zampieron, Galeazzo, Turra y Buja, 2010;) como en centros de salud especializados (ver, entre otros, Agervold y Andersen, 2006; Evers, Tomic y Brouwers, 2002; Flannery, et al., 2011; Palmstierna y Barredal, 2006; Poster, 1996; Sato, et al., 2013; Sullivan, 1993; Whittington y Wykes, 1992, 1994; Zeller, et al., 2012), en grandes ciudades como Londres (Naish, et al., 2002), Alberta (Hesketh et al., 2003), Beijing (Qi y Xiang, 2014), Queensland (Hegney, Plank y Parker, 2003) y en pequeños núcleos rurales (May y Grubbs, 2002; McCullough, et al., 2012; Tolhurst, et al., 2003), en el sector público (Khalil, 2009; Mangavita y Heponiemi, 2012; Roche, et al., 2010; Swain, Gale y Greenwood, 2014) y en el privado (Baron y Neuman, 1996; Hegney, et al., 2006), en profesionales ya consagrados como en aprendices (Coverdale, Gale y Turbott, 2001; Fernst y Meerabeau, 2008; Mangavita y Heponiemi, 2011; McKenna, et al., 2003), de los pacientes hacia los profesionales, como entre los profesionales (Farrell, 1997, 1999; Farrell, et al., 2006) lo que da lugar a una violencia horizontal a la que no se le ha prestado la debida atención.

Lo que todas estas investigaciones ponen de manifiesto de manera clara es que la violencia en el entorno laboral en general, y particularmente en los diversos entornos sanitarios, ha sido un hecho recurrente desde siempre. Quedan lejos aquellos tiempos en los que se minimizaba el problema, se negaba que los ataques sobre el personal de enfermería fueran frecuentes, e incluso se culpaba a la propia víctima (Lanza, 1985). Aun

así, y a pesar de estos datos, la tasa actual de agresiones es probablemente mucho mayor que la que está actualmente publicada debido a la falta de registros pertinentes. “Se cree que del 70 al 80% de agresiones nunca son registradas” dice Lesley Bell, una consultora del International Council of Nurses en Ginebra. “A menudo no se hace nada para ayudar a las personas que han sido atacadas, y los hospitales pueden incluso disuadir a los trabajadores de que lo hagan. Como colectivo, los profesionales de Enfermería son, normalmente, los que más agresiones sufren, hasta el punto que, en algunos casos, muchos de ellos pueden llegar a verlas como parte de su trabajo. “Las agresiones físicas son uno de los hechos que históricamente han sido aceptados como parte del trabajo de los enfermeros. En salud comunitaria, por ejemplo, se espera que los enfermeros vayan a zonas donde la policía nunca iría”, dice Bell. Además, gran parte del colectivo cree que tomar medidas legales en contra del atacante, sea quien sea, puede hacerle perder su trabajo. En el año 2011, una encuesta realizada por la Emergency Nurses Association in the USA mostró que la mayoría de los enfermeros no rellenaban un registro formal cuando eran agredidos, pero que sí lo comunicaban. La encuesta también mostró que en casi la mitad de los casos de violencia física, no se tomaba ninguna medida contra el agresor. Los enfermeros tampoco recibían respuesta del propio hospital sobre la agresión en el 70% de los casos (Arnetz, Aranyos, Ager y Upfal, 2011).

Esta postura refuerza la tendencia, muy sostenida a lo largo del tiempo, a no informar o denunciar los eventos violentos por parte de los profesionales de la salud. Se trata de un serio problema ampliamente documentado en investigaciones llevadas a cabo en Turquía (Eker, et al., 2012), Japón (Sato, et al., 2013; Hibino, Ogino e Inagaki, 2006), Israel (Natan, Hanukayev y Fares, 2011), Reino Unido (Walsh y Clarke, 2003); Estados Unidos (Lanza, 1985; Gerberich, et al., 2004; May y Grubbs, 2002; Zelnick, et al., 2013), Australia (Hegney, Plank y Parker, 2003; Hesketh, et al., 2003; Jackson, Hutchinson,

Luck y Wilkes, 2013), Nueva Zelanda (McKenna, et al., 2003), Italia (Zampieron, Galazzo, Turra y Buja, 2010), por mencionar tan solo unos pocos ejemplos. Detrás de este hecho existen algunas creencias bastante compartidas desde el punto de vista transcultural. Marilyn Lanza, una pionera en el estudio de la violencia contra los profesionales de Enfermería con una tesis doctoral defendida en la Universidad de Boston en 1982, pone sobre el tapete dos hechos: primero, la alta tasa de ataques por parte de los pacientes (el 58% del personal de enfermería había sufrido entre 1-3 ataques y el 13% entre 4 y 6 a lo largo de un año en un gran hospital de Boston), y después, y junto a ello, la baja tasa de denuncias debido a las siguientes razones: a) el esfuerzo requerido; b) la adaptación a los pacientes violentos; c) la percepción de que los actos de violencia significan un fallo en el desempeño de sus tareas, y d) miedo a la investigación subsiguiente; el 45% de las víctimas no esperaba recibir apoyo por parte de la institución (Lanza, 1985, p. 8). No ha sufrido grandes variaciones el panorama descrito por Lanza. En la panorámica general que ofrecen Mayhew y Chappell (2007, p. 331), dejan apuntado un dato preocupante: tan solo el 10% de los eventos violentos en el lugar de trabajo son formalmente informados y/o denunciados. Pareciera que determinados actos de violencia, sobre todo aquellos que no van acompañados de un componente físico, forman parte del trabajo y son resignadamente aceptados como tal (Gates, et al., 2006, p. 335): no parece haber necesidad de dar cuenta de los ataques mientras no haya una evidencia palpable (daño físico). A ello May y Grubbs (2002) añaden la desconfianza de los profesionales respecto a las medidas que puedan adoptar los directivos de los centros de salud y el tiempo que requieren los trámites administrativos cuando se denuncia.

Como acabamos de ver, la violencia es una constante que ha estado y sigue estando presente en las relaciones interpersonales e intergrupales de diversas maneras y en diversas modalidades, que van desde el simple insulto o humillación (violencia

interpersonal) a las guerras, genocidios o masacres (violencia colectiva). “Nadie consagrado a pensar sobre la Historia y la Política puede permanecer ignorante del enorme papel que la violencia ha desempeñado siempre en los asuntos humanos”, decía Hannah Arendt, una de las pensadoras más influyentes del pasado siglo (Arendt, 2005, p. 16), al que ella misma consideraba el siglo más cruel de la historia. Charles Tilly, el más cualificado investigador sobre la violencia política, ha cuantificado la dimensión de esa crueldad: cien millones de combatientes y otros tantos de civiles murieron a consecuencia de las acciones violentas a lo largo del siglo (Tilly, 2007, p. 55). No cabe duda, pues, de que la violencia ha sido, y sigue siendo, el acontecimiento que más sufrimiento y más destrucción ha causado al ser humano a lo largo de la historia.

Como cualquiera otro de los escenarios en los que están presentes las relaciones interpersonales, los escenarios laborales no están libres de acciones violentas. De hecho, estas acciones han formado siempre parte de la vida laboral y han llegado a convertirse en “un problema global que ha traspasado fronteras, escenarios laborales y grupos ocupacionales” convirtiéndose al mismo tiempo en “una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto” en el interior de los escenarios laborales (Organización Internacional del Trabajo – OIT-, Consejo Internacional de Enfermería – CIE-, Organización Mundial de la Salud –OMS-, y la Internacional de Servicios Públicos - ISP- 2002, p. 1). En la que puede ser considerada como una obra de obligada referencia, Chappell y Di Martino (2006, p. 10) definen la violencia en el entorno laboral como cualquier acción o incidente en el que la persona es atacada, amenazada, herida en el transcurso de su desempeño laboral o como resultado directo de su trabajo, y señalan hasta 30 modalidades de violencia en estos entornos, que van desde el homicidio hasta el silencio deliberado, pasando por agresiones físicas, amenazas, insultos, bullying, intimidación, etc. Estas acciones pueden adquirir una doble modalidad: a) violencia

ocupacional interna: aquella que tiene lugar entre los trabajadores, incluyendo mánagers y supervisores (violencia horizontal), y b) violencia externa: la que acontece entre los trabajadores y cualquier otra persona presente en el entorno de trabajo, como son con mucha frecuencia, como tendremos ocasión de ver a lo largo de esta tesis los propios enfermos y/o sus familiares en los entornos sanitarios. Desde el estudio de la violencia en el entorno sanitario, esta definición admite al menos una importante precisión que alude a la que puede ser considerada como su consecuencia más importante: el daño que causa tanto a las personas como a la organización sanitaria propiamente dicha. Cabe destacar, que la violencia en los centros sanitarios difiere significativamente de la de otros lugares de trabajo, como la de los comercios, por ejemplo, en los que la agresión se relaciona más a menudo con el robo. En centros sanitarios, la violencia procede generalmente de los usuarios y, en algunas ocasiones, de sus allegados. Asimismo, estas agresiones tienen cierto grado de incoherencia al ir dirigidas a los profesionales de la sanidad cuyas principales funciones son la prevención y promoción de la salud de todos los ciudadanos (Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, 2014).

No es pues de extrañar, la preocupación mostrada por instituciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Conferencia Internacional de Enfermería (CIE) y los Servicios Públicos Internacionales (PSI) a la que acabamos de aludir. Durante mucho tiempo un tema "olvidado", la violencia en el trabajo ha ganado ímpetu en los últimos años y ahora es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo (ILO; WHO, ICN y PSI, 2002, p. 1).

Por tanto, podemos adelantar que, para los propósitos de esta Tesis, cuando hablamos de violencia en el entorno sanitario nos estamos refiriendo a acciones físicas o verbales intencionalmente dirigidas contra personas en el desempeño de su trabajo y que atentan contra su seguridad, su salud y su bienestar, poniendo al mismo tiempo en peligro el adecuado funcionamiento de la organización.

Esta tesis está organizada de la siguiente manera: La primera parte trata sobre los principales supuestos teóricos de la violencia colectiva, que es la que corresponde a la violencia ocupacional dentro de la cual se inscribe la violencia contra los profesionales de la salud. Esta parte ha sido publicada en 2018, forma parte de un libro colectivo y sienta las bases teóricas para el desarrollo de programas de intervención dirigidos a reparar el daño causado por la violencia. La segunda parte aborda de manera directa la violencia en el entorno sanitario y lo hace intentando recuperar las principales aproximaciones hechas al propio concepto de violencia desde diversas disciplinas. El objetivo de esta parte es clarificar el propio concepto de violencia debido a las inconsistencias encontradas en su utilización en las investigaciones llevadas a cabo en el entorno sanitario. Esta parte corresponde con un artículo publicado en 2019 la revista “Heliyon”. Partiendo de las consideraciones de las dos primeras partes, se desarrollan las bases para proponer un modelo teórico a partir del cual poder desarrollar investigaciones capaces de ofrecernos pautas para la intervención, que debería ser el principal objetivo a perseguir en el futuro. Ese modelo parte de dos principales premisas: la violencia en el entorno sanitario hay que verla como el fruto de la relación entre la persona y las características del contexto en el que esta desarrolla su conducta. Y, por otra parte, el daño que causa la violencia perpetrada en los entornos sanitarios no solo afecta a las personas, sino a la propia organización. Finalmente, en la tercera parte se aborda el tema de la metodología utilizada en la investigación sobre la violencia en el entorno sanitario

bajo una sencilla premisa: es necesario utilizar instrumentos de recogida de información que respondan a las exigencias y requerimientos de la metodología científica, condición esta que no siempre se ha tenido en cuenta. Este es un requerimiento para poder confiar en la fiabilidad y validez de los datos, condición imprescindible para poder elaborar programas eficaces de intervención.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

La violencia perpetrada en el entorno sanitario no solo afecta a las personas, sino también a la propia organización, y hay que verla como el fruto de la relación entre la persona y las características del contexto en el que esta desarrolla su conducta, por lo que es necesario utilizar instrumentos de recogida de información que respondan a las exigencias y requerimientos de la metodología científica para poder confiar en la fiabilidad y validez de los datos.

Objetivo general:

Establecer un marco teórico sobre la violencia al personal sanitario y analizar el problema metodológico existente a la hora de investigar dicha violencia

Objetivos específicos:

- Observar si el sexo es un factor predisponente a la hora de sufrir un episodio violento.
- Diferenciar qué categorías sufren más agresiones.
- Observar si la experiencia profesional está relacionada con el riesgo de sufrir una agresión.
- Determinar las consecuencias de una agresión al profesional sanitario y a la organización a la que este pertenece.
- Esclarecer las verdaderas causas que impulsan a la violencia.
- Determinar quién es el principal actor del acto violento.
- Observar la cantidad de denuncias que se registran tras las agresiones.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica de la literatura existente para asentar las bases de la Tesis con las que trabajar.
- Análisis de los problemas encontrados en la revisión bibliográfica.
- Establecer un marco teórico y analizar los problemas metodológicos encontrados en la literatura revisada.
- Una vez realizado este trabajo, se desarrollan los artículos para su publicación en revistas científicas.
- Se realiza un informe con los resultados obtenidos y analizados, con su consiguiente discusión y conclusiones.

INTERVENIR PARA REPARAR

RECUPERACIÓN DE LA DIGNIDAD Y LA SALUD MENTAL
EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA

INTERVENIR PARA REPARAR

RECUPERACIÓN DE LA DIGNIDAD Y LA SALUD MENTAL
EN CONTEXTOS DE VIOLENCIA

María Amarís Macías
Camilo Madariaga Orozco
(Compiladores)

Amalio Blanco Abarca
María Amarís Macías
Camilo Madariaga Orozco
Rubén Blanco Escribano
Marcela Valle Amarís
Estefany Acuña Reyes
Valentina Giraldo Ospina
Lorena Artuz Julio
Sandra Quintero González

Área metropolitana
de Barranquilla (COLOMBIA), 2018

 **UNIVERSIDAD
DEL NORTE**
Editorial

María Amarís Macías, Camilo Madariaga Orozco, María Amarís Macías, Amalio Blanco Abarca, Rubén Blanco Escribano, Marcela Valle Amarís, Estefany Acuña Reyes, Valentina Giraldo Ospina, Lorena Artuz Julio, Sandra Quintero González.

Intervenir para reparar: Recuperación de la dignidad y la salud mental en contextos de violencia -- Barraquilla: Editorial Universidad del Norte, 2018.

198 p. ; 16 x 24 cm.

ISBN 978-958-741-179-9 (impreso/pasta blanda)

ISBN 978-958-741-186-7 (PDF)

ISBN 978-958-741-414-1 (ePub)

Incluye referencias bibliográficas (210-112 p.)

1. Psicoterapia existencial. I. García Chacón, Guillermo. II. Tít.



Vigilada Mineducación

www.uninorte.edu.co

Km 5, vía a Puerto Colombia, A.A. 1569

Área metropolitana de Barranquilla (Colombia)

© Universidad del Norte, 2018

María Amarís Macías, Camilo Madariaga Orozco, Amalio Blanco Abarca, Rubén Blanco Escribano, Marcela Valle Amarís, Estefany Acuña Reyes, Valentina Giraldo Ospina, Lorena Artuz Julio, Sandra Quintero González.

Coordinación editorial

Zoila Sotomayor O.

Asistente editorial

María Margarita Mendoza.

Diseño y diagramación

Álvaro Carrillo Barraza

Diseño de portada

Joaquín Camargo Valle

Revisión de textos

Henry Stein

Impreso y hecho en Colombia

La Imprenta Editores (Bogotá)

Printed and made in Colombia

© Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio reprográfico, fónico o informático así como su transmisión por cualquier medio mecánico o electrónico, fotocopias, microfilm, *offset*, mimeográfico u otros sin autorización previa y escrita de los titulares del *copyright*. La violación de dichos derechos constituye un delito contra la propiedad intelectual.

Contenido

PRESENTACIÓN.	1
-----------------------	---

PARTE I | REFERENTES CONCEPTUALES BÁSICOS

1 | EL MARCO INTERGRUPAL E INTERCATEGORIAL DE LA VIOLENCIA INTENCIONAL

Amalio Blanco Abarca, Rubén Blanco Escribano

Introducción	7
La lógica intergrupala	11
La intención de causar daño	26
Los mecanismos a pequeña escala	32
El fondo ideológico	49
Conclusiones	58
Referencias.	59

2 | VIOLENCIA DE GÉNERO: EL DOMINIO DEL HOMBRE SOBRE LA MUJER

María Amarís Macías, Valentina Giraldo Ospina, Estefany Acuña Reyes

Introducción	65
Definición y características de la violencia contra la mujer. . .	66
Teorías explicativas y tipos de violencia	67
Identidad y sexismo ambivalentes	70
El ciclo de violencia contra la mujer	75
Conclusiones	77
Referencias	78

3 | LA SALUD COMO UN ESTADO DE BIENESTAR

Rubén Blanco Escribano, Amalio Blanco Abarca

Introducción	81
Las víctimas como objeto de conocimiento	82
La salud como un estado de bienestar	89
El bienestar subjetivo: experiencias emocionales y salud	95
El bienestar psicológico: la salud como crecimiento personal	106
El bienestar social: la salud como reflejo del orden social	121
Conclusiones	132
Referencias	133

4 | EL MODELO DEL ESTADO COMPLETO DE SALUD (MECS) Y EL TRAUMA PSICOSOCIAL

Amalio Blanco Abarca, Rubén Blanco Escribano

Introducción	139
Hacia una concepción psicosocial del trauma.	141
El modelo del estado completo de salud (mecs).	160
El MCES: las investigaciones en Colombia	167
El modelo del estado completo de salud y el trauma psicosocial	183
Conclusiones	202
Referencias	203

5 | FUNDAMENTOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Camilo Madariaga Orozco, Marcela Valle Amarís,
Sandra Quintero González

Introducción	211
Fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención	213
Experiencias de intervención psicosocial en víctimas de violencia	219
Un modelo de intervención psicosocial para la recuperación de la salud mental en contextos de violencia	224
Conclusiones	230
Referencias	231

PARTE II | DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SOCIOPOLÍTICA Y DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Introducción 239

6 | PERFIL PSICOSOCIAL DE LA SALUD MENTAL DE LAS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA EN COLOMBIA

María Amarís Macías, Marcela Valle Amarís,
Valentina Giraldo Ospina y Estefany Acuña Reyes

Perfil psicosocial de la salud mental de las víctimas de violencia sociopolítica	241
Perfil psicosocial de la salud mental mujeres víctimas de violencia de pareja	254
Conclusiones	268
Referencias	268

7 | MODELO DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS

María Amarís Macías, Camilo Madariaga Orozco,
Marcela Valle Amarís, Estefany Acuña Reyes,
Valentina Giraldo Ospina, Lorena Artuz Julio,
Sandra Quintero González

Introducción	273
Premisas y criterios para la aplicación de los programas.	274
Estrategias para la intervención	278
Procedimiento metodológico para la aplicación del programa	299
Sistema de evaluación de los programas	305
Referencias	311

8 | RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

María Amarís Macías, Camilo Madariaga Orozco,
Marcela Valle Amarís, Estefany Acuña Reyes,
Valentina Giraldo Ospina, Lorena Artuz Julio,
Sandra Quintero González

Descripción de resultados del programa de intervención psicosocial dirigido a víctima de violencia de género en la promoción de su salud mental: Renevas	314
--	-----

Descripción de resultados del programa de intervención
psicosocial dirigido a víctima de violencia sociopolítica
en la promoción de su salud mental: renovar para renacer . . . 349
Resultados cualitativos. 385
Referencias. 420

9 | LECCIONES APRENDIDAS

Bibliografía general. 433

PARTE 1

**REFERENTES
CONCEPTUALES
BÁSICOS**

1

EL MARCO INTERGRUPAL E INTERCATEGORIAL DE LA VIOLENCIA INTENCIONAL

Rubén Blanco Escribano

Amalio Blanco Abarca

INTRODUCCIÓN

Sea esta o no la época más pacífica de la historia¹, la violencia ha sido un acontecimiento ubicuo en la historia de la humanidad que se ha desplegado en todas y cada una de las actividades desarrolladas por el ser humano, desde el intento por arrebatar un territorio hasta, paradójicamente, en los escenarios en los que se cuida de nuestra propia salud (la violencia en el entorno sanitario contra los profesionales de la salud). Recientemente un grupo de paleantropólogos detectó la existencia, ya en el Pleistoceno Medio (entre 700 000 y 130 000 años atrás), de acciones violentas (severas fracturas craneales en la región frontal) encaminadas a causar la muerte (Sala et al., 2015). Se trata del caso más antiguo de agresión deliberada y letal encontrado hasta el momento en un registro fósil. Estamos, concluyen los autores, ante una conducta humana muy antigua (p. 9). Ya lo había advertido Gordon Allport en el primer párrafo de esa obra incombustible al paso del tiempo que es *La naturaleza del prejuicio*: el ser humano ha logrado dominar distintos aspectos de la naturaleza; hemos conseguido avances importantes en

† A la memoria de Gerardo Marín, colombiano de origen, atento y comprometido siempre con los problemas y causas de los latinos en Estados Unidos, docente e investigador ejemplar, y, sobre todo, amigo entrañable.

¹ En su pormenorizado estudio sobre la violencia Steven Pinker (2012) sostiene que la época en la que nos encontramos es la más pacífica de la historia: “aunque parezca mentira – y la mayoría de la gente no lo crea–, la violencia ha descendido durante prolongados períodos de tiempo, y en la actualidad quizás estemos viviendo en la época más pacífica de la existencia de nuestra especie” (p. 19). Ello es debido, matiza el autor, a la existencia de “cambios en el medio cultural y material que han dado ventaja a nuestra tendencia pacífica” (p. 22).

el campo médico, pero “en lo que atañe al manejo de las relaciones humanas es como si todavía viviéramos en la Edad de Piedra” (Allport, 1962, p. 7). Valga como introducción tan solo un ejemplo: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, el 40,7 % de los niños y el 29,8 % de las niñas colombianas entre 7 y 11 años presentan comportamientos violentos, y el 30,8 y 25,5 % comportamientos de retaliación violenta (Minsalud, 2015, p. 108).

Para el tema objeto de estudio en este trabajo revisten mayor interés los resultados obtenidos por otro grupo internacional de arqueólogos y antropólogos (Mirazón-Lehr et al., 2016) que han documentado un caso de violencia intergrupar acaecido alrededor del Holoceno (aproximadamente 12 000 años atrás)² y cuyas víctimas fueron un grupo de cazadores-recolectores de Nataruk (Kenia). Esta masacre, en la que perdieron la vida 12 personas, nos ofrece además una valiosa información sobre las condiciones que definieron aquel ataque mortal: la lucha por alimento, por un territorio rico en recursos, y por el apareamiento sexual. Además de su indiscutible valor historiográfico, este episodio de violencia entre aquellos grupos tiene también un innegable interés teórico, en la medida que sirve de apoyo a la teoría realista del conflicto (TRC), formulada por Muzaffer Sherif a raíz de aquellas célebres investigaciones en un campamento de verano con 24 muchachos de 12 años edad provenientes de familias de clase media-baja, buenos estudiantes y sin problemas de conducta: las principales causas del conflicto intergrupar es la disputa por recursos limitados, la interferencia en la consecución de metas, la rivalidad de intereses (Sherif y Sherif, 1953). Es el interés por el “acaparamiento de oportunidades”, del que habla Charles Tilly, que acaba generando desigualdades y frustraciones que pueden desembocar en respuestas violentas.

² Juan Luis Arsuaga, renombrado paleoantropólogo, codirector del equipo de investigación de la Sierra de Atapuerca, sugiere, sin datos tan precisos como los de Nataruk, una hipótesis algo más arriesgada: “en Atapuerca hemos aprendido mucho acerca de lo que ocurrió en el último millón de años de nuestra evolución, sobre todo gracias a los yacimientos de la Gran Dolina y de la Sima de los Huesos. En el primero de ellos se han encontrado los restos de unos humanos comidos por otros hace casi un millón de años. No parece tratarse de un ritual, sino de un caso de violencia, quizás entre grupos rivales, seguida de consumo de las víctimas. Son ya unos diez, y probablemente se encontrarán más en el futuro, los esqueletos identificados en este yacimiento, lo que parece descartar la anécdota y apunta hacia un comportamiento caníbal sistemático. Sin duda un duro golpe para el ‘buenismo’ de Rousseau y su idea de la virtud natural del hombre” (Arsuaga, 2007, p. 17).

No puede resultar extraño, pues, que Hannah Arendt (2005), una de las más reconocidas pensadoras del pasado siglo, señalara que “nadie consagrado a pensar sobre la historia y la política puede permanecer ignorante del enorme papel que la violencia ha desempeñado siempre en los asuntos humanos” (p. 16); sobre todo, cabría añadir, en los dos ámbitos que constituyen el objetivo de los programas de intervención que describimos en la segunda parte de este libro: el de las decisiones políticas y el de las relaciones interpersonales e intergrupales.

Por lo que respecta a la Psicología, no solo no se puede permitir el lujo de permanecer ajena ante este hecho, sino que debería mostrar un especial interés en su estudio, porque ningún otro acontecimiento ha causado tanto daño personal, tanta destrucción social, tanta ruina económica y tantos estragos políticos como la violencia, sobre todo cuando esta se hace fuerte en un determinado escenario social, como ha ocurrido en Colombia. Creemos necesario destacar este último matiz (el enquistamiento de la violencia) como un rasgo especialmente distintivo de la historia colombiana para diferenciar la violencia que golpea en un momento puntual de aquella otra que se ha adueñado durante generaciones de un determinado colectivo, sea una población, un grupo, una comunidad o de toda una sociedad. Es importante esta distinción, primero, para delimitar sus factores de riesgo y, después, para analizar sus consecuencias, de lo cual nos ocuparemos en el capítulo 4. Respecto a estos dos temas conviene ser cautos a la hora de aplicar a la situación colombiana los parámetros que se pueden utilizar para analizar, por ejemplo, los atentados del 11-S de 2001 en Estados Unidos, los del 11-M de 2004 en Madrid, o los del 15 de noviembre de 2015 en París. Convendría en este sentido no pasar por alto la advertencia de Johan Galtung (1990) en torno a la variabilidad cultural, estructural y situacional que muestran las distintas manifestaciones de la agresión³ (p. 296). Este sen-

³ A lo largo de este capítulo utilizaremos siempre el término “violencia”, entendiéndolo, en línea con la tradición teórica más consolidada, que la violencia es un producto primordialmente humano y, de manera particular, un producto sociocultural, una suerte de agresión extrema, que tiene en el daño, el control, la fuerza, el dominio, etc., su rasgo más distintivo. “La *violencia* es una agresión que tiene entre sus objetivos causar daño físico extremo, como una herida o la muerte. Cuando un niño empuja a otro es un acto de agresión, pero no de violencia. Cuando una persona golpea, patea, dispara o apuñala intencionalmente a otra estamos ante un acto de violencia. Todos los actos violentos son agresivos, pero no

cillo razonamiento lo utiliza como contrapeso a las hipótesis biologicistas, que remiten la violencia a la existencia de un impulso agresivo (un instinto, en los términos que defendió en su momento Konrad Lorenz) inserto en la naturaleza humana comparable al impulso sexual o al de supervivencia.

Ese contrapeso lo había enunciado con anterioridad Martín-Baró en la que puede ser considerada como una de las más sólidas y fructíferas aproximaciones al estudio de la violencia política (su marco de referencia fue la guerra de El Salvador). No hay que descartar, de entrada, una apertura humana a la violencia y a la agresión apoyada en una base biológica o psicofisiológica, pero que esta se materialice o no “dependerá de las circunstancias sociales en las que se encuentren los individuos y las exigencias particulares que cada persona tenga que confrontar en su propia vida” (Martín-Baró, 1983, p. 405), conformando así el siguiente planteamiento:

Cuadro 1.1. La violencia colectiva

Ecuación personal	Contexto posibilitador	Elaboración social	Fondo ideológico
<p>Rasgos y características psicológico-individuales que definen la acción.</p> <p><i>Todo acto de violencia remite, en alguna medida, al carácter personal del sujeto que lo emite.</i></p>	<p>Contexto social que estimula y/o permite y justifica la violencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Represión política. • Polarización social. • Exclusión y discriminación. • Conflictos raciales, étnicos, religiosos. • Lucha de clases. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor instrumental. • Aprendizaje y socialización en la cultura de la violencia. • Modelos sociales que tienden a transmitir y a reforzar patrones de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad de la violencia: <i>todo acto de violencia está acompañado de su justificación.</i> • Estrategias legitimadoras: <i>marco de valores y normas, formales o informales, que acepta la violencia como una forma de comportamiento posible e incluso la requiere.</i> • Sentido social y político de la violencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de Martín-Baró (1983).

todo acto agresivo puede ser considerado como violento (solo aquellos que tienen la intención de causar un daño físico extremo) (Bushman, B. y Huesman, R. (2010). Aggression. En S. Fiske, D. Gilbert y G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 833-834). Nueva York: John Wiley & Sons.

LA LÓGICA INTERGRUPAL

Lo que la masacre de Nataruk tiene en común con lo que miles de años después ocurrió en aquel campamento de verano organizado por Muzaffer Sherif, es que los sucesos acaecidos en ambos escenarios tienen como protagonistas a personas pertenecientes a grupos (“Red Devils” y “Bulldogs” en la investigación de Sherif, y grupos rivales en Nataruk). Tanto en un caso como en otro nos encontramos frente a acciones insertas dentro de una lógica intergrupal, es decir, acciones en las que las personas interactúan, a veces hasta la muerte, en términos de su pertenencia grupal, prescindiendo de la persona a la que se ataca, se insulta, se agrede, etc., porque ella es objeto de nuestra ira no a título personal, sino debido a su pertenencia grupal o categorial. Ese solo hecho convierte en culpable a una persona cuando en razón de esa pertenencia pasa a formar parte de la “condición de enemigo” (Blanco, 2008) y deja expedito el camino para la desconexión moral, de la que nos ocuparemos en el último epígrafe de este mismo capítulo. Esa es la razón por la que en muchos casos estas acciones —lo veremos con más detalle en el capítulo cuarto— no solo lastiman a las víctimas en su dimensión personal, sino que dañan su identidad social, atacan, desprecian y humillan su sentimiento de pertenencia grupal o categorial.

Solomon Asch (1962), un sabio psicólogo social⁴, adelantó, con su lucidez característica, una original idea: los acontecimientos psicológicos y socialmente

⁴ Aunque no sea el principal objeto de esta monografía, sería necesario salir al paso de algunas afirmaciones poco respetuosas con el desarrollo histórico de la Psicología social y con quienes fueron sus principales inspiradores. Bertha Lucía Castaño, por ejemplo, afirma que “el término psicosocial surge entonces en América Latina vinculado de manera estrecha a situaciones de conflicto, como la guerra, y tiene connotaciones políticas, en esa medida no es un término neutral” (Castaño, 2004, p. 188). De acuerdo con este caprichoso criterio, el bueno de Asch, uno de los teóricos más brillantes en toda la historia de la Psicología social, quedaría relegado al ostracismo. Aunque no importe demasiado dónde nace un determinado concepto, ni su paternidad (el mito de los orígenes hace tiempo que ha pasado a un segundo plano en el seno de las ciencias sociales), sería bueno recordar que la perspectiva psicosocial comienza a gestarse en Alemania alrededor del primer tercio del siglo XIX de la mano de un poskantiano, John F. Herbart, y su *Psychologie als Wissenschaft*, publicada en 1825. La publicación de la revista *Psicología de los Pueblos y Ciencias del Lenguaje* en 1860, a cargo de Moritz Lazarus y Herman Steinthal, significó otro paso adelante en la construcción del pensamiento psicosocial, al que posteriormente se uniría la extensa obra de Wundt sobre Psicología de los pueblos. Todo apunta a que el término “Psicología

más importantes son los que ocurren entre las personas (p. 148). En el caso de la violencia colectiva (el acontecimiento socialmente más importante debido a sus devastadoras consecuencias), esos eventos, estrictamente hablando, no suceden entre personas a título individual, sino desde sus respectivas pertenencias grupales o categoriales, es decir, prescindiendo de las respectivas características individuales de los interlocutores, que así es como Henri Tajfel (1984) define las relaciones intergrupales. Pero Tajfel, referente imprescindible en este campo, añade dos consideraciones que resultan especialmente oportunas en nuestro caso. En la primera de ellas advierte que las relaciones entre los grupos “es uno de los problemas sociales fundamentales de nuestro tiempo”. En el caso de Colombia, a pesar de una impostada invisibilidad promovida principalmente desde las instancias políticas, no cabe duda de que ha sido el problema fundamental en los últimos sesenta años⁵. Baste para ello un ejemplo: en el estudio llevado a cabo por Médicos Sin Fronteras (MSF) a partir de los 4455 pacientes atendidos por profesionales de la Psicología a lo largo de 2012 (74 % mujeres y 26 % hombres, en su mayoría –72 %– mayores de 18 años) en diversas zonas de Colombia (Cauca, Nariño, Putumayo) detectaron que la violencia aparece como el evento vital más significativo al que han estado expuestos, y que la violencia doméstica “aparece como el factor de riesgo más recurrente” (MSF, 2013, p.

social” aparece por primera vez como tal en la obra de un discípulo de Herbart, Gustav Adolf Lindner, publicada en 1871 (*Ideen zur Psychologie der Gesellschaft als Grundlage der Sozialwissenschaft*). Pero ese no deja de ser un detalle anecdótico. Lo que realmente importa para desmentir afirmaciones tan carentes de fundamento como la de Bertha Lucía Castaño es que el término “psicosocial” era de uso común al menos desde 1900, gracias a las obras e investigaciones de Franz Eulenburg, Gabriel Tarde, Karl Lamprech, Edward A. Ross, William McDougall, a los que seguirían las de Emory Bogardus y Floyd Allport en la década de los años veinte, y un sinfín a partir de entonces. Unir el nacimiento de la Psicología social con los conflictos latinoamericanos carece del más elemental rigor histórico. Todo esto vale también para matizar la gratuita expresión de John Alexander Bermúdez de que “la palabra psicosocial es relativamente nueva, en cierta manera insuficiente y aún polémica” (Bermúdez, 2004, p. 219).

⁵ En el prólogo a ¡“BASTA YA!” Gustavo Sánchez, el director del Centro Nacional de Memoria Histórica, alude a este hecho en los siguientes términos: “Colombia apenas comienza a esclarecer las dimensiones de su propia tragedia. Aunque sin duda la mayoría de nuestros compatriotas se sienten habitualmente interpelados por diferentes manifestaciones del conflicto armado, pocos tienen una conciencia clara de sus alcances, de sus impactos y de sus mecanismos de reproducción. Muchos quieren seguir viendo la violencia actual una simple expresión delincinencial o de bandolerismo y no una manifestación de problemas de fondo en la configuración de nuestro orden político y social” (GMH, 2013, p. 13).

7). Tajfel (1984) concluye su reflexión en unos términos psicosocialmente muy pertinentes: “en una infinita variedad de situaciones”, sentimos, pensamos y actuamos al paso de nuestra identidad social, aquella que deviene de los grupos a los que pertenecemos (p. 52). En las situaciones de violencia prácticamente solo sentimos, pensamos y actuamos siguiendo esa senda. De hecho, esa es la razón por la que la violencia colectiva no puede ser considerada como “la agresión individual ampliada”, sino como un acontecimiento, o una concatenación de ellos, “significativamente afectado por vínculos, estructuras y procesos sociales”. Ese es el planteamiento de Charles Tilly (2007), el referente por excelencia en el estudio de la violencia colectiva (p. 4). Lo acaba de decir Gustavo Sánchez (ver nota 5): la violencia que ha sufrido Colombia en los últimos sesenta años no es la consecuencia de meros actos delictivos perpetrados por personas particulares, sino un acontecimiento en el que están presentes unos modelos de relación insertos dentro de una estructura social (de la configuración del orden político y social, en palabras de Gustavo Sánchez) en cuya definición ha jugado un papel decisivo la pertenencia a determinados grupos.

A esa lógica intergrupala no son en absoluto ajenas las relaciones de poder: “poder y violencia, aunque son distintos fenómenos, normalmente aparecen juntos” (Arendt, 2005, p. 72). El poder está presente en la práctica totalidad de las relaciones humanas. Si cambiamos el gentilicio, podríamos aplicar a Colombia lo que Martín-Baró (1989, p. 91) decía de El Salvador: “resulta imposible comprender lo que los salvadoreños [colombianos] son y lo que los salvadoreños [colombianos] hacen sin tomar en cuenta la realidad omnipresente del poder”; sobre todo de esa modalidad de poder que, en términos weberianos, intenta imponer la propia voluntad aun en contra de toda resistencia o, más aun, utiliza la fuerza y la coacción para doblegar hasta el extremo la conducta de las personas con el propósito de conseguir determinadas metas, que es la situación que caracteriza la violencia colectiva.

El Informe de la Comisión de la Verdad de El Salvador corrobora, punto por punto, la idea de Max Weber:

La violencia ha formado parte de la práctica del poder oficial, directamente orientado por funcionarios del Estado. Esto se ha reflejado en la persistencia, a lo largo de la historia del país, dentro del Estado y grupos de poder, de una conducta de uso de la violencia como instrumento de control de la sociedad civil (Naciones Unidas, 1993, p. 182).

Otro tanto se desprende del capítulo II del Informe elaborado por el Grupo de Memoria Histórica en Colombia (GMH, 2013):

Durante el siglo XIX y buena parte del siglo XX, los partidos políticos tradicionales recurrieron a la violencia para dirimir las disputa por el poder y, en particular para lograr el dominio del aparato estatal, a tal punto que este accionar puede considerarse como una constante histórica de varias décadas (p. 112).

La esencia del poder es la eficacia en la consecución de resultados, y la violencia se emplea como una de las principales estrategias para su logro. Pero Arendt introduce un matiz que viene a reforzar de manera especialmente oportuna la lógica intergrupal de la violencia colectiva: el poder es una propiedad perteneciente a un grupo más que a un individuo particular⁶: el poder “nunca es propiedad de un individuo; pertenece a un grupo y sigue existiendo mientras el grupo se mantenga unido”; de suerte que “estar en el poder” no es otra cosa que tener la legitimidad de actuar en nombre de un conjunto de personas. En realidad, continua Arendt, la cuestión política crucial es, ayer como hoy, tan simple como “¿quién manda a quién?” (p. 60). Esta ha sido la lógica en el campo de batalla entre los distintos actores armados en Colombia, como antes lo ha sido, y lo es en la actualidad, de tantos y tantos otros actores: el deseo de “imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aun contra toda resistencia” (Weber, 1964, p. 43).

En el caso de la violencia contra la mujer, “el género describe un escenario de relaciones de poder en el que masculinidad indica autoridad, estatus, competencia, influencia social y poder, y feminidad va asociada a falta de autoridad, bajo estatus, incompetencia, y escaso poder e influencia” (Stewart y McDermott, 2004, p. 521).

⁶ Cuando hablamos del poder atribuido a una persona estamos hablando, más bien, de “potencia”. Cuando hablamos de un “hombre poderoso”, o de una “poderosa personalidad”, sostiene Arendt, estamos empleando la palabra “poder” en términos metafóricos, porque a lo que realmente nos estamos refiriendo es a “potencia”. La “potencia” es, pues, “una propiedad inherente a un objeto o persona y pertenece a su carácter, que puede demostrarse a sí mismo en relación con otras cosas o con otras personas, pero es esencialmente independiente de ellas” (Arendt, 2005, p. 61).

La declaración de Beijing de 1995 es igualmente explícita al respecto:

Violencia de género y poder

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (Naciones Unidas, 2004, p. 52).

Resulta bastante lógico y coherente pensar que la violencia colectiva y la violencia de género encajen dentro de un escenario intergrupalo, ya que, en opinión de Henri Tajfel (1984), es una guía imprescindible para navegar en el campo de las relaciones intergrupales, cualquier encuentro y relación entre dos personas está impregnado, aunque solo sea “en un grado mínimo, por la asignación mutua de los protagonistas a diversas categorías sociales acerca de las cuales existen en la mente algunas expectativas generales concernientes a sus características y a su conducta” (p. 275). Esas expectativas insertas en nuestra mente tienen nombre propio: son las creencias grupales⁷, los estereotipos, que en una de las modalidades de violencia que nos ocupan en este libro tienen un apellido especialmente destacado: estereotipos de género (ver capítulo 2).

Quienes han dedicado su esfuerzo al estudio de la violencia colectiva (mayormente politólogos e historiadores) han destacado de manera casi unánime

⁷ Fue Daniel Bar-Tal (1996), a raíz de sus numerosos trabajos sobre el conflicto entre Israel y Palestina, quien habló de creencias grupales como “convicciones que los miembros de un grupo son conscientes de compartir y a las que consideran definitorias de su pertenencia grupal” (p. 256). Esas creencias: a) “sirven como base para la existencia del grupo” (p. 279) y para su cohesión; b) ayudan a organizar las creencias personales; c) dibujan la línea que separa y diferencia a un grupo de otro; d) dan respuesta a la necesidad de claridad cognitiva; e) marcan la pauta de acción tanto hacia el interior como hacia el exterior del grupo (hacia las relaciones intergrupales): “las creencias grupales deben considerarse como una fuente importante para entender el comportamiento grupal”.

su naturaleza intergrupale (ver, entre otros, Gould, 1999; Gurr, 1970; Hobsbawm, 1983; Tilly, 2007). Los seres humanos se han rebelado desde hace miles de años contra sus gobernantes, afirma Ted Gurr en la introducción a su célebre monografía sobre la violencia colectiva. Son los “rebeldes primitivos” (anarquistas andaluces, bandoleros sicilianos, sectas obreras, etc.) que luchan “contra la opresión y la pobreza; un grito de venganza contra el rico y los opresores” (Hobsbawm, 1983, p. 15), conformando un escenario de confrontación en el que las personas expresan y manifiestan su hostilidad haciendo visible de manera especial las fronteras grupales (Gould, 1999). Charles Tilly es, en este contexto, un autor de obligada referencia. Su punto de partida, ya lo hemos comentado, avala el argumento de la lógica intergrupale: lo mismo que ocurre entre el sabotaje a las cosechadoras en Malasia y las masacres de Ruanda, la violencia perpetrada por actores armados en cualquier parte del mundo (en Colombia, sin ir más lejos) comparte tres rasgos: a) ambas causa daños inmediatos a personas y objetos; b) implica, por lo menos dos actores, y c) es consecuencia, al menos en parte, de la coordinación, de las transacciones entre personas y grupos, de los “mecanismos relacionales” que existen entre ellos. Es precisamente en esta última propiedad en la que, de acuerdo con Tilly, reside la clave de la violencia colectiva, y en la que, según nuestro punto de vista, se produce el punto de conexión con la violencia de género:

Las divisiones étnicas, raciales, religiosas, de género o de nacionalidad refuerzan la explotación y el acaparamiento de oportunidades. Por su parte, la explotación y el acaparamiento de oportunidades [los dos principales mecanismos relacionales] establecen el lugar que ocupan todas esas diferencias debido a que proporcionan recompensas mucho mayores a los miembros de la categoría ostensiblemente superior (Tilly, 2007, p. 10).

En definitiva, entre las tres opciones teóricas en torno a las que según Tilly se han agrupado los estudiosos de la violencia (los partidarios de las ideas, los partidarios de la conducta y los partidarios de la relación), él toma partido por esta última: para los partidarios de la relación, “la violencia colectiva equivale a un tipo de conversación, por muy brutal o parcial que esta pueda ser” (p. 6)⁸

⁸ De cara a la intervención, que trataremos en el capítulo 5, convendría prestar la máxima atención a una observación que no dudamos en calificar como clave: de acuerdo con el enfoque de la interacción, a la hora de intentar poner freno a la violencia resulta menos eficaz

entre personas, en cuanto que pertenecientes a grupos o categorías sociales claramente diferenciadas, en las que la activación de divisorias se pone en marcha de una manera saliente y exclusiva ocultando el resto de la realidad. En esa situación tan polarizada las interacciones sociales pasan a estar definidas por una peligrosa línea divisoria, no pocas veces invisible, que separa a “nosotros” de “ellos” (p. 20). Claro es que esa “conversación” tiene como objetivo hacerse con las riendas del poder, acaparar oportunidades y someter a los actores del otro grupo. O algo peor: exterminarlos, porque “en ciertas circunstancias, el hecho de figurar a un lado u otro de una línea divisoria entre categorías se convierte en cuestión de vida o muerte” (Tilly, 2007, p. 11), sobre todo cuando las divisorias “pasan a convertirse en absolutamente dominantes para la interacción en un momento dado” (p. 20).

Al analizar las razones de la guerra civil en El Salvador, Ignacio Martín-Baró alude directamente a la lucha de clases como un proceso inherente a la historia psicosocial de la violencia, en unos términos que vuelven a darle alas a la teoría realista del conflicto de Sherif y a ratificar la hipótesis de la activación de líneas divisorias: la sociedad salvadoreña, como la colombiana todavía hoy, se encuentra escindida en grupos cuyos intereses parecen irreconciliables. Para Martín-Baró (1983), esa incompatibilidad de intereses se presenta entre la burguesía y el proletariado, que es lo que desde Marx conocemos como lucha de clases (p. 405).

Muy parecidos fueron los orígenes del conflicto colombiano. El Informe general del GMH no habla directamente de lucha de clases, pero los argumentos que aduce se acercan mucho:

La violencia se expresó, entre otras formas, en la ola represiva contra los movimientos agrarios, obreros y populares urbanos aglutinados en torno a los ideales del gaitanismo, y alcanzó su máximo nivel de radicalización política tras el asesinato del líder liberal Jorge Eliecer Gaitán... Como sello distintivo de la década de 1950, la violencia se libró entre los ciudadanos adscritos a ambas colectividades políticas mediante el ataque a los militantes del partido contrario o sus territorios de influencia (GMH, 2013, p. 112).

ponerle freno a las malas ideas o a los malos impulsos que intentar cambiar las relaciones entre las personas y los grupos (Tilly, 2007, p. 6).

Por su parte, el Informe de la OMS sobre “Violencia y salud mental” presenta unos parámetros muy parecidos cuando señala como factores de riesgo asociados al surgimiento de conflictos “la existencia de desigualdades entre grupos, especialmente cuando se van ampliando y se considera que reflejan una asignación desigual de los recursos dentro de la sociedad” (OPS, 2002, p. 242).

Tomando como referencia el daño causado y el grado de coordinación y de relación entre los actores, Tilly ha elaborado una tipología de la violencia colectiva (ver cuadro 1.2).

Cuadro 1.2. Tipología de la violencia colectiva (adaptado de Tilly, 2007)

	Baja coordinación entre los perpetradores del daño	Alta coordinación entre los perpetradores del daño
Baja relevancia concedida al hecho de causar daño	<p>Ataques dispersos: Violencia de baja intensidad en el marco de una situación inestable. Ej.: sabotajes, asaltos.</p>	<p>Negociaciones rotas: Uno o más grupos responden a la resistencia o rivalidad que perciben en otros grupos. Ej.: represión gubernamental, manifestaciones.</p>
Alta relevancia concedida al hecho de causar daño	<p>Reyertas: Ataques contra personas o propiedades en un entorno previamente no violento. Ej.: peleas callejeras, enfrentamientos entre hinchas deportivos.</p> <p>Oportunismo: Utilización de la violencia para alcanzar recursos u objetivos en condiciones de escasa vigilancia o control. Ej.: saqueos, asesinatos por venganza.</p>	<p>Rituales violentos: Daños planificados con un guión prefijado en una competencia por ocupar una posición en una contienda. Ej.: linchamientos, rivalidad entre bandas, ejecuciones públicas.</p> <p>Destrucción coordinada: Colectivos expertos en violencia emprenden un programa destinado a causar el máximo daño posible a otros en un contexto de enfrentamientos. Ej.: guerra, terrorismo.</p>

La violencia más letal y más destructiva es aquella que combina la alta relevancia del daño y la alta coordinación entre sus perpetradores. Esa coordinación da lugar a tres formas de destrucción: campañas de aniquilación, terror conspiratorio

y combates letales. Colombia, dice Tilly (2007), ha sufrido las tres modalidades de la destrucción más letal (la destrucción coordinada): “el asesinato a tiros de campesinos disidentes (campañas de aniquilación), el rapto y la toma de rehenes (terror conspiratorio) y la guerra civil abierta (combates mortíferos). Las tres se transforman entre sí y se alimentan unas a otras” (p. 230), dando lugar a “una guerra sin límites”, en expresión de Martha Nubia Bello, a una guerra envilecida por la sevicia que ha dejado una profunda huella en todos los escenarios de la vida social y, por descontado, en la vida de millones de personas.

La OMS ha sancionado la concepción intergrupala de la violencia colectiva al definirla

Como el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo —ya sea transitorio o con una identidad más permanente— contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales (OPS, 2003, p. 235).

A este último matiz (la intención de lograr objetivos políticos, económicos o sociales) es al que se han sumado la casi totalidad de las definiciones de violencia política. Tras la revisión de sus principales concepciones, y a modo de síntesis, De la Corte, Sabucedo y de Miguel (2006) convienen en considerar la violencia política como

Cualquier acto realizado por una o más personas que implique el uso de un grado de fuerza física dañina o destructiva y que responda al deliberado propósito de afectar al equilibrio de poderes vigente en un ámbito social y un momento histórico concreto, ya sea para preservar dicho equilibrio o para subvertirlo (p. 253).

Daño y destrucción, pues, son los primeros atributos de la violencia política. Basta para ello asomarse tan solo al índice del Informe “¡BASTA YA!” En los 50 años de conflicto, recuerda Martha Nubia Bello (2013) en la Presentación, la magnitud y la ferocidad del conflicto han sido descomunales, tanto como las consecuencias y los impactos sobre la población civil (p. 19). Ha sido una guerra *sin límites*, añade; una guerra en la que los actores armados “han usado y conjugado todas las modalidades de violencia” (p. 20), traspasando todos los límites de lo humanamente permisible y tolerable.

El acuerdo de los expertos en violencia política se completa con otras tres premisas que gozan de amplia aceptación: a) la violencia política suele ser la expresión de algún conflicto social; b) responde a intereses colectivos, y c) se manifiesta a través de una sucesión de actos violentos. Todos y cada uno de estos supuestos se dan de manera manifiesta en el caso de Colombia: “la apropiación, el uso y la tenencia de la tierra” como pecado original (Bello, 2013, p. 21)⁹, el conflicto entre los “acaparadores de oportunidades”, en términos de Charles Tilly (terratenientes, empresarios y militares), por una parte, y los campesinos pobres y el pueblo llano, por la otra, que dio lugar a una espiral de violencia bipartidista, que, con nombres y connotaciones distintas, se ha mantenido hasta el momento actual. Así lo confirma la investigación del GMH: existen aspectos recurrentes a pesar del gran dinamismo del conflicto armado: la concentración de la tierra, que impide resolver el problema agrario; la presencia desigual, por no decir nula, del Estado en las periferias del país; el abandono de las zonas rurales, y una nueva dinámica de explotación de la tierra por parte de los nuevos depredadores, las compañías extractoras (GMH, 2013, p. 192), que actúan siguiendo las técnicas violentas de los viejos terratenientes. Convendría recordar a este respecto que el primer acuerdo suscrito entre el Gobierno colombiano y las FARC-EP en La Habana fue precisamente el de la reforma rural.

La reforma agraria, camino hacia la paz

A juicio del Gobierno esa transformación debe contribuir a revertir los efectos del conflicto y a cambiar las condiciones que han facilitado la persistencia de la violencia en el territorio. Y a juicio de las FARC-EP dicha transformación debe contribuir a solucionar las causas históricas del conflicto, como la cuestión no resuelta de la propiedad sobre la tierra y particularmente su concentración, la exclusión del campesinado y el atraso de las comunidades rurales, que afecta especialmente a las mujeres, niñas y niños (p. 1).

He aquí, de manera muy somera y sin especiales pretensiones, un sencillo inventario de las razones que han podido motivar la violencia en Colombia. La OMS lo hace de manera mucho más completa (ver cuadro 1.3).

⁹ Ver a este respecto Machado (2004) y Castillo (2004).

Cuadro 1.3. Indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos

Indicador	Signos
Desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Crecientes desigualdades sociales y económicas, especialmente entre grupos definidos de la población, más que dentro de esos grupos.
Características demográficas rápidamente cambiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas elevadas de mortalidad infantil. • Cambios rápidos en la estructura de la población, incluidos los desplazamientos a gran escala de refugiados. • Densidad demográfica excesivamente alta. • Niveles elevados de desempleo, en particular entre gran número de jóvenes. • Abastecimiento insuficiente de alimentos o falta de acceso al agua potable. • Disputas de tierras o de recursos ambientales entre grupos étnicos distintos.
Falta de procesos democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones de los derechos humanos democráticos. • Comportamiento delictivo del Estado. • Gobiernos corruptos.
Inestabilidad política	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios rápidos de los regímenes.
Composición étnica del grupo gobernante drásticamente diferente a la de la población general	<ul style="list-style-type: none"> • Poder político y económico ejercido –y aplicado en forma diferencial– según la identidad étnica o religiosa. • Profanación de símbolos étnicos o religiosos.
Deterioro de los servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución significativa del alcance y eficacia públicos de las redes de seguridad social destinadas a asegurar las normas universales mínimas del servicio.
Declinación económica grave	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo económico desigual. • Ganancias o pérdidas excesivamente desiguales entre diferentes grupos de población o zonas geográficas como resultado de grandes cambios económicos. • Transferencias o pérdidas económicas masivas en períodos breves.
Ciclos de venganza violenta	<ul style="list-style-type: none"> • Un ciclo continuo de violencia entre grupos rivales.

Tomado de OPS (2003, p. 241).

La relación de indicadores-guía para detectar factores de riesgo es realmente exhaustiva. Si nos centramos en la coyuntura colombiana, bien mirados, cada uno de estos indicadores ha encontrado históricamente un robusto apoyo. Al final del capítulo dedicado a los orígenes, dinámicas y crecimiento del conflicto armado, el GMH apunta a factores económicos “vinculados con la tenencia y el uso de la tierra” (“la persistencia del problema agrario”, se dice en otro momento, que todavía está a la espera de una solución), que es una manera edulcorada de hablar de la profunda desigualdad que ha dominado la sociedad colombiana y del deterioro, cuando no franca ausencia, de los servicios públicos; a factores políticos como el cierre de los espacios de participación, rechazo y ataque a formas legítimas de organización social (GMH, 2013, p. 192), que es una manera políticamente correcta de hablar de represión política, de falta de procesos democráticos, de violación de los Derechos Humanos y de corrupción en todos los niveles de la institucionalidad. Por otra parte, los ciclos de venganza violenta (la violencia bipartidista) han sido, probablemente, el principal distintivo del conflicto armado en Colombia (ver capítulo segundo del Informe “¡BASTA YA!”). La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) también alude a factores económicos (desigualdad), a la falta de oportunidades de trabajo y educación, a la rápida urbanización sin planificación y los cambios bruscos en la distribución demográfica de la población como “factores asociados” a las distintas manifestaciones de la violencia en Colombia (Minsalud, 2015, p. 106).

Los indicadores que según la OMS preparan el terreno a la violencia colectiva responden mucho más a preguntas sobre el “qué” que sobre el “quién”. Philip Zimbardo (2007) ha insistido de manera recurrente en la primera de las preguntas: “¿qué condiciones pueden contribuir a determinadas reacciones? ¿Qué circunstancias pueden generar una conducta? ¿Qué aspecto tiene la situación desde el punto de vista de quienes se encuentran en ella?” (p. 29). Lo que hace Zimbardo no es sino seguir la línea magistralmente trazada por Kurt Lewin, uno de los maestros por excelencia en el campo de la Psicología social: la violencia, como cualquier otra conducta, es fruto de la relación de interdependencia entre las condiciones del ambiente y las características de las personas: “todo evento psicológico depende del estado de la persona y al mismo tiempo del ambiente, aunque su importancia relativa es diferente en distintos casos” (Lewin, 1936, p. 12). Cuando aplicamos este sencillo y elemental principio al comportamiento violento, nos ocurre lo que a Robert Merton (1964), que aquella imagen del hombre que dibujaban las investigaciones en torno al instinto agresivo “como

un manojito indomable de impulsos” nos parece más una caricatura que un auténtico retrato (p. 140). Tanto en los animales como en el ser humano, ha dejado escrito uno de los más prestigiosos etólogos del pasado siglo (Robert Hinde), el desarrollo de la conducta agresiva es fruto, en línea con Lewin, de la interacción entre “el organismo y su medio”. En esa interacción “la experiencia social desempeña un papel decisivo”. Parece evidente, pues, que las mejores esperanzas de llegar a moderar las propensiones que el hombre tiene a la agresión radican en el conocimiento y entendimiento de esas influencias sociales” (Hinde, 1977, p. 302). En el campo de la violencia colectiva ocurre algo parecido. Aunque ningún país se haya visto libre de esta lacra, estaríamos en un error si creyéramos que la violencia política es “una manifestación inevitable de la naturaleza humana”; se trata, más bien, de “un tipo de respuesta a determinadas condiciones de la existencia social” (Gurr, 1970, p. 317).

Con la perspicacia de un gran maestro, Robert Merton insiste en un aspecto que importa mucho en el contexto de la violencia colectiva, tanto en lo que atañe a su origen como en lo que se refiere a sus consecuencias: por qué la frecuencia de la conducta violenta (divergente, la llama él) varía tanto de unas estructuras sociales a otras, por qué esas conductas siguen diferentes formas y diferentes pautas en diferentes estructuras sociales. Merton concluye con una reflexión sobre la normalidad de lo insólito, que tan bien casa con situaciones en las viven las personas rodeadas de una violencia enquistada: “aún tenemos mucho que aprender sobre los procesos mediante los cuales las estructuras sociales producen las circunstancias en que la infracción de los códigos sociales constituye una reacción *normal*” (Merton, 1964, p. 140).

El ambiente, el medio, la experiencia social, la existencia social, las estructuras sociales han formado parte, lo acabamos de ver, de los componentes de ese espacio interactivo en el que tienen lugar las acciones humanas y, a su vez, eventos sociales como la violencia colectiva. El otro es, lógicamente, la persona, el sujeto de la acción. Y como vínculo, los mecanismos relacionales (Tilly). Volvamos de nuevo a Solomon Asch para recordar que los acontecimientos sociales más importantes son los que tienen lugar entre las personas, pero sin perder de vista a Tajfel: esas relaciones son entre personas en tanto que pertenecientes a grupos y/o categorías sociales que ocupan distintas posiciones de poder, persiguen determinadas metas, tienen una ideología común (las creencias grupales: ver nota 7), están rodeadas de un particular clima grupal,

presididas por un estilo de liderazgo, que en el marco de la violencia colectiva está claramente definido con tintes autoritarios, poseen unas normas internas de funcionamiento, etc. A partir de estas consideraciones quizás convenga admitir que los mecanismos relacionales solo se generan entre personas, y que las estructuras sociales no son, en sentido estricto, un componente de la interacción. Las personas no interactuamos con la cultura, el clima social, la pobreza, la desigualdad o la injusticia social. En todo caso, interactuamos “desde” nuestra posición en el seno de una determinada cultura (o subcultura, que suele ser más decisiva) o estructura. John Turner (1990) nos ha dado una clave:

La estructura consiste en que las relaciones entre los miembros [del grupo], con el tiempo tienden a estabilizarse, organizarse y regularse mediante el desarrollo de un sistema de diferencias de roles y categorías y de normas y valores compartidos que prescriben las creencias, actitudes y conducta en cuestiones relevantes al grupo (p. 45).

Los protagonistas de la relación son siempre, y únicamente, las personas. Eso también es válido para la violencia. Esa es la clave de la perspectiva psicosocial; desde ahí ha sido capaz de trascender explicaciones que solo tienen en cuenta rasgos y características meramente personales o entienden que la conducta humana está subordinada a las estructuras sociales. Valgan a este respecto tres ejemplos especialmente representativos: la presión de grupo, la obediencia ciega a las figuras de autoridad y la desindividuación (Ver cuadro 1.4).

Álvaro Sierra (2004), experto en medios de comunicación, no ha necesitado del apoyo de estos tres soberbios investigadores para llegar a una conclusión muy parecida aplicada a la situación colombiana:

Porque lo más triste –y lo más eficiente– que produce la guerra es que acaba con la capacidad de horrorizarse ante sus atrocidades. Éstas se repiten con tan tremenda monotonía que terminan por acostumbrar a todo el mundo. Tres millones de desplazados acumulados desde 1985 han terminado por volverse tan normales como la pobreza. Ni los desplazados ni la pobreza son normales. Son manifestaciones de una sociedad enferma. Enferma de guerra, de desigualdad, de inequidad. Fenómenos que son extraordinarios, pero que, por obra de su infinita repetición, han terminado por acostumbrarnos a todos (p. 419).

La ENSM alude, igualmente, a una “banalidad del desplazamiento”, que se expresa en un acostumbamiento a la presencia constante y creciente de personas desplazadas, cuya presencia visual se hace cotidiana y normal (Minsalud, 2015, p. 74), a una “progresiva desensibilización colectiva ante los hechos de la violencia” (p. 106).

Cuadro 1.4. Procesos sociales destructivos

Solomon Asch	Stanley Milgram	Philip Zimbardo
<p>Cuando los individuos anulan su capacidad de pensar y juzgar a su modo, cuando dejan de relacionarse independientemente con las cosas y las personas, cuando renuncian a su iniciativa y la delegan en otros, alteran el proceso social e introducen en él una arbitrariedad radical. El acto de la independencia es productivo desde el punto de vista social, puesto que constituye la única forma de corregir errores y de guiar el proceso social de acuerdo con las exigencias experimentadas. Por otra parte, el acto de sumisión es antisocial, porque siembra el error y la confusión... La acción compartida que reposa en la supresión voluntaria o involuntaria de la experiencia individual, constituye un proceso sociológico nocivo (Asch, 1962, p. 493).</p>	<p>Se ha acostumbrado ofrecer como explicación común el que las personas que hacían llegar esas descargas a la víctima eran auténticos monstruos, la orla sádica de la sociedad. Mas si tiene uno en cuenta que casi dos tercios de los participantes se incluyen en la categoría de sujetos obedientes, y que representaban personas corrientes tomadas de las clases obreras, profesionales y directivas, esa explicación se hace sumamente endeble. Y de hecho, nos recuerda vivamente la discusión que nació con motivo de la publicación en 1963 de la obra de Hannah Arendt <i>Eichmann en Jerusalén</i>... Se tenía la convicción, de una u otra manera, de que las acciones monstruosas llevadas a cabo por Eichmann exigían una personalidad brutal, torcida y sádica. Algo así como el mal encarnado. Tras haber sido testigo de cómo cientos de personas corrientes se sometían a la autoridad en los experimentos que nosotros llevábamos a cabo, me es preciso concluir que la concepción de Arendt sobre la <i>banalidad del mal</i> se halla mucho más cerca de la verdad de lo que pudiera uno atreverse a imaginar (Milgram, 1980, pp. 18-19).</p>	<p>La patología observada en este estudio no puede atribuirse razonablemente a diferencias preexistentes de personalidad de los sujetos, al haber sido eliminada tal opción por nuestros procedimientos de selección y la asignación aleatoria. En su lugar, las reacciones anormales de los sujetos, tanto desde el punto de vista social como personal, deben ser consideradas como un producto de su transacción con el entorno cuyos valores y contingencias apoyaban la emisión de una conducta que sería patológica en otros contextos, pero que en este resultaba “apropiada”... La tendencia a ubicar la fuente de la conducta <i>en el interior</i> de una persona o grupo particular infraestima el poder de las fuerzas situacionales mientras que supervalora la eficacia de las disposiciones y los rasgos de personalidad (Zimbardo et al., 1986, p. 104).</p>

LA INTENCIÓN DE CAUSAR DAÑO

El más grave problema asociado a la violencia, el que justifica el desarrollo del proyecto que se describe a lo largo de este libro, no es otro que el de las víctimas. Aunque dedicaremos los capítulos tercero y cuarto a dibujar el mapa de los daños que causan la violencia colectiva y la violencia de género, creemos necesario adelantar algunas consideraciones en torno al daño infligido a su salud física y mental, y al inquietante adjetivo que lo acompaña (intencional). Por la misma naturaleza de la violencia colectiva, ese daño también afecta a los grupos primarios de protección y de apoyo, especialmente a la familia y la comunidad, escenarios vitales en la sociedad colombiana, que han quedado especialmente afectados por el conflicto vivido en las últimas seis décadas.

Sin duda, por volver a Hannah Arendt, la violencia ha jugado un “enorme papel” en los asuntos humanos; el más devastador de todos ellos ha sido el daño causado a las personas y a los escenarios en los que estas encuentran satisfacción a sus necesidades de afiliación, pertenencia, identidad, protección y apoyo. Lo hemos señalado en las primeras páginas de este capítulo, pero conviene volver a recordarlo cuantas veces sea necesario: las acciones más lacerantes y devastadoras de cuantas haya protagonizado el ser humano han sido las llevadas a cabo por unas personas en contra de otras en guerras, genocidios, masacres, limpiezas étnicas, limpiezas sociales, desplazamientos forzados, etc. “El ser humano, decía José Saramago, ha matado más que la muerte”. Charles Tilly (2007) ha calculado que alrededor de 100 millones de personas murieron a lo largo del pasado siglo como consecuencia directa de los distintos enfrentamientos armados, y otros tantos a consecuencia de sus efectos colaterales, enfermedades y otros efectos indirectos (p. 55). Un balance realmente estremecedor. En el caso concreto de Colombia, los datos ofrecidos por el Grupo de Memoria Histórica (GMH) arrojan la cifra de 220 000 muertos a causa del conflicto entre el 1° de enero de 1958 y el 31 de diciembre de 2012, con una particularidad especialmente desgarradora desde el punto de vista social: el 81,5 % de esas muertes corresponden a civiles ajenos al conflicto entre los grupos armados. A fecha del 15 de julio de 2018, el panorama que se divisa desde la Unidad para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas es el siguiente:

Cuadro 1.5. Registro Único de Víctimas¹⁰

Total de víctimas registradas	8.708.664
Víctimas del conflicto armado	8.356.734
Víctimas incluidas en cumplimiento de la Sentencia C 280 y Auto 119 de 2013	351.930
Víctimas sujetos de atención	6.696.056
Víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activas para la atención	1.660.678
Víctimas sujetos de atención	275.669
Víctimas directas de desaparición forzada, homicidio, fallecidas y no activas para la atención	76.261

La víctima, según el *Diccionario de la Real Academia*, “es una persona que padece daño por culpa ajena o por causa fortuita”. En el caso que nos ocupa, parece claro que la herida no es fortuita, y, por si fuera poco, tiene el propósito de causar el mayor daño posible al mayor número de personas. Si hay algo que defina a la víctima es el daño, y si hay algo en lo que las distintas acepciones sobre la violencia coinciden es precisamente en esa particularidad (ver cuadro 1.6).

¹⁰ De acuerdo con el Registro Único de Víctimas – RUV–. Las *víctimas del conflicto armado* son víctimas que manifestaron en su declaración haber sido victimizadas por hechos en el marco del conflicto armado en Colombia. Las *víctimas de sentencias* son víctimas incluidas en cumplimiento de la Sentencia C280 y el Auto 119 de 2013. Las *víctimas sujetos de atención* son aquellas que, al no encontrarse en ninguno de los grupos que se presentan en el siguiente ítem, pueden acceder a las medidas de atención y reparación establecidas en la Ley. Las *víctimas directas de desaparición forzada*, homicidio, fallecidas y no activas para la atención son aquellas que, por distintas circunstancias, no pueden acceder a las medidas de atención y reparación. En este grupo se incluyen las víctimas fallecidas a causa del hecho victimizante o que han sido reportadas como fallecidas en otras fuentes de información. También se incluyen las personas sin documento de identificación o con números de documento no válidos. Además se clasifican como no activas para la atención las personas víctimas de desplazamiento forzado que no han solicitado ayuda humanitaria.

Cuadro 1.6. El daño, atributo básico de la violencia

Bandura	Hinde	Heitmeyer y Hagan	OMS
Conducta que resulta en una herida personal, que puede ser física o psicológica (devaluación o degradación de la persona), y en destrucción de la propiedad (Bandura, 1973, p. 5).	Comportamiento (intencional) dirigido a infligir lesiones físicas a otra persona (Hinde, 1977, p. 260).	La violencia hiere y a veces conlleva diferentes formas de destrucción, de suerte que siempre ocasiona víctimas (Heitmeyer and Hagan, 2003, p. 4).	Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos al desarrollo o privaciones (OPS, 2003, p. 5).

En muchas de las definiciones de violencia se alude de manera explícita a su carácter intencional. Es importante destacar este aspecto porque ocupará un lugar preferente a la hora de hablar de la experiencia traumática subsiguiente a su exposición (ver capítulo 4): las acciones intencionalmente perpetradas por la mano del ser humano causan una herida especialmente intensa y duradera. Y cuando hablamos de una violencia colectiva que forma parte de la decoración permanente de un escenario social, esa herida deja maltrecho el escenario en el que se aloja. Esa es la situación a la que se enfrenta la sociedad colombiana: más allá de las víctimas personales, la víctima es la misma sociedad. Y conviene seguir preguntándose, con la ayuda de Merton, qué particularidades esconden las estructuras sociales colombianas (las macro y las microsociales) que durante tan largo tiempo han producido circunstancias en las que la violencia ha sido una moneda de cambio común en las relaciones interpersonales e intergrupales.

De acuerdo con la ampliamente conocida teoría de la acción razonada, la mayoría de las acciones socialmente relevantes (y la violencia lo es por partida doble: por su origen y por sus consecuencias) se realizan “bajo el control voluntario” y, en consecuencia, considera la intención de ejecutar (o no) una conducta como su desencadenante más inmediato (Fihlsbein, 1979, p. 67). En el informe del GMH (2013) sobre el conflicto colombiano se alude de manera directa a la intencionalidad en términos inequívocos: “es preciso reconocer que la violencia que ha padecido Colombia durante muchas décadas (...) es producto de acciones intencionales que se inscriben mayoritariamente en estrategias políticas y militares, y se asientan sobre complejas alianzas y dinámicas sociales” (p. 32).

Pero esa intencionalidad tiene un propósito bien definido, que no es otro que el de causar daño: la violencia, dice Martín-Baró (1983), aplica “la fuerza contra alguien de manera intencional”, es decir, con la intención de “causar un daño a otra persona” (p. 365). Leonard Berkowitz (1996), uno de los más reconocidos investigadores en este campo, destaca este rasgo en una definición clásica que le sirve, de paso, para diferenciar dos conceptos muy parejos, agresión y violencia (ver nota 3 de este mismo capítulo), en los siguientes términos: “la agresión se refiere a algún tipo de *conducta*, tanto física como simbólica, *que se ejecuta con la intención de herir a alguien*. La violencia es una forma extrema de agresión, *un intento premeditado de causar daño físico grave*” (p. 33). Ese acuerdo ha sido adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para proponer una definición en la que, como podemos ver en el cuadro 1.6, están presentes la intención y el daño.

La jurisprudencia colombiana ha definido el daño como a) la aminoración patrimonial sufrida por la víctima, es decir, la alteración negativa de un estado de cosas existente; b) la lesión del derecho ajeno, consistente en el padecimiento moral y en la merma patrimonial sufrida por la víctima; c) detrimento, menoscabo o perjuicio que a consecuencia de un determinado acontecimiento experimenta una persona en sus bienes espirituales o patrimoniales; d) conocimiento o perjuicio, es decir, la aminoración o alteración de una situación favorable (González, 2009, p. 15). Dos aspectos llaman nuestra atención. El primero de ellos es la referencia al “padecimiento moral” y a los “bienes espirituales”, tan escasamente considerados en la tradición clínica de la Psicología. El segundo, la alusión directa a la necesidad de reparación subsiguiente al daño:

El daño es una fuente de obligaciones. En efecto, siempre que se cause un daño surge para la víctima el derecho a que se le reparen todas las consecuencias nocivas derivadas del perjuicio; y, correlativamente, el responsable tendrá a su cargo la obligación de reparar el perjuicio (González, 2009, p. 15).

No es este el lugar, ni nosotros los más cualificados, para entrar en disquisiciones legales sobre la diferencia entre daño y perjuicio, sino de llamar la atención sobre la doble dimensión a lo largo de la cual sitúan los juristas el daño: una dimensión material (la aminoración patrimonial) y una dimensión moral y espiritual. A partir de estas dimensiones, y tomando como marco de referencia las sentencias del Consejo de Estado y de la Corte Suprema colombiana, Diego Andrés González ha propuesto una taxonomía de daño que recogemos en el siguiente cuadro y completaremos en el capítulo 4 (ver cuadro 4.10).

Cuadro 1.7. Las distintas modalidades del daño

Daño material: inferido a bienes e intereses de naturaleza económica, es decir, medible o mesurables en dinero.	Daño inmaterial: aquel que produce un impacto adverso en la esfera emocional, afectiva, sensorial o espiritual de la persona.
<ul style="list-style-type: none">• <i>Daño emergente:</i> gasto necesario para conjurar los resultados del perjuicio que se ha sufrido, y como consecuencia, se manifiesta en una pérdida patrimonial.• <i>Lucro cesante:</i> se define como la ganancia o provecho que deja de ingresar al patrimonio de la víctima a causa del daño.	<ul style="list-style-type: none">• <i>Daño moral:</i> es la afrenta a los sentimientos de la persona, es decir, una afectación a su esfera emocional y psíquica. Daño moral por la muerte de padres, hijos, esposos, hermanos y compañeros permanentes. Daño moral por lesiones personales.• <i>Daño a la vida en relación:</i> aquel perjuicio que imposibilita a una persona para seguir relacionándose de manera normal con el mundo exterior, es decir, con las personas y las cosas que la rodean, e impide ejercer las actividades rutinarias y placenteras, que aunque no generan un beneficio económico, su privación deviene en una frustración existencial (p. 36).

Elaborado a partir de la propuesta de González (2009, pp. 21-39).

Resulta especialmente revelador, y nada sorprendente, que en la Declaración de Beijing de 1995 sobre violencia contra la mujer estén presentes todos estos componentes:

La expresión 'violencia contra la mujer' se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (p. 51).

Esta violencia se reviste y adquiere distintas modalidades: a) violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar. La violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; b) violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el

hostigamiento y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educativas y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada, y c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (Naciones Unidas, 2004, p. 86).

Por su parte, el Informe del GNM ha diferenciado cinco modalidades del daño, que recogemos en el siguiente cuadro:

Cuadro 1.8. Impactos y daños del conflicto armado según género y edad

Daños a las mujeres	Daños a los hombres	Daños a los niños/as	Daños a la población LGTB	La impunidad
<ul style="list-style-type: none"> • 3 995 481 víctimas. • 16 699 delitos contra la libertad sexual. • 76 462 desaparición forzada. • 452 753 homicidios. • Fragmentación familiar. • Pérdida del sostén afectivo. • Daños al proyecto de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 993 001 víctimas. • 515 170 homicidios. • 86 878 desaparición forzada. • Transformación abrupta de los roles. • Rupturas y transformaciones familiares. • Pérdida de poder y liderazgo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 487 112 víctimas hasta los 5 años. • 13 398 homicidios hasta los 11 años. • 2 114 desapariciones forzadas. • 44 409 amenazas. • Pérdida de la infancia. • Soledad emocional. • Alteración del desarrollo personal. • Miedo, rebeldía, deseos de venganza. 	<ul style="list-style-type: none"> • 101 homicidios. • 15 desaparición forzada. • 111 delitos contra la libertad sexual. • Humillación, discriminación, rechazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • “En algunos testimonios, las personas dejan constancia de que las pérdidas y sufrimientos más intensos derivan de situaciones posteriores asociadas a las condiciones de impunidad instaladas en el contexto político, a la falta de reconocimiento de las víctimas, a la insuficiencia de las acciones de verdad, justicia y garantías de no repetición, así como a la precaria, e incluso, contra-productiva atención institucional, además del rechazo y la indolencia social” (GMH, 2013, p. 323).

Elaboración propia a partir de GNM, pp. 304-327, con datos del RUV a 1/02/2017.

LOS MECANISMOS A PEQUEÑA ESCALA

El planteamiento que hemos venido defendiendo a lo largo de las páginas previas tiene un intencionado marchamo psicosocial: tanto la violencia colectiva como la violencia de género responden con más frecuencia a “mecanismos de pequeña escala” que a los de “gran escala”. Los primeros remiten a escenarios microsociales que pueden introducir modificaciones en los mecanismos relacionales y en procesos cognitivos capaces de alterar, a veces hasta hacerlas irreconocibles, la percepción mutua de las personas y de los grupos, alterando así “las conexiones entre las unidades sociales” (Tilly, 2007, p. 20). Desde el escenario de la relación, las causas a gran escala (pobreza, competencia de recursos, frustración generalizada, etc.) como condición para la activación de episodios de violencia colectiva se divisan en la lejanía; sin embargo, la puesta en escena de la acción violenta se da en espacios cercanos, en las distancias cortas, muchas veces en las relaciones cara a cara, como en el caso de la violencia de género y en la gran mayoría de las manifestaciones de la violencia colectiva. Es ahí cuando, como hemos recordado en el epígrafe anterior, las líneas de división nosotros-ellos “aunque siempre están presentes en determinados entornos, pasan de ser relativamente insignificantes a convertirse en absolutamente dominantes para las interacciones en un momento dado” (Tilly, 2007, p. 20).¹¹

¹¹ Esta es una nítida postura epistemológica: los vínculos y relaciones sociales constituyen el eje de la vida social. Como tendremos oportunidad de ver en el capítulo 4, Martín-Baró (2003, p. 338) participaba de esa misma idea: la dimensión interpersonal es el eje articulador de la existencia humana. Salvador Aguilar y M^a Jesús Funes han dedicado una especial atención a la postura relacional de Tilly, que resumen en los siguientes puntos: a) el “realismo relacional” se sitúa en el centro del debate entre las dos posturas clásicas, el individualismo y el holismo; b) los fenómenos sociales se comprenden mejor a partir de identificar las relaciones sociales básicas que muestran regularidad y constancia; c) frente a la estructura, Tilly prioriza el concepto de *agencia*: “sin negar la influencia de la estructura en la acción individual, estima que la última palabra la tiene el actor, pero no el actor como individuo, sino el actor *en relación*”, y d) Tilly niega la completa subordinación de la conducta humana a las estructuras sociales. En resumen: “ni las entidades que se pretenden omnicomprendivas –como la sociedad o el sistema social, lo que denominará el ‘monadismo de la sociología– ni las instituciones como conjunto de normas y prácticas pautadas, ni tampoco los individuos particulares, tienen entidad suficiente desde el punto de vista del estudio sociológico si no se indaga en la interacción y las transacciones que en su seno se producen” (Aguilar y Funes, 2011, p. 81).

Los argumentos en torno a la existencia de una relación causal entre pobreza y violencia (mecanismo a gran escala) siguen siendo objeto de debate. El resultado del metaanálisis de 363 estudios realizado por Tittle, Villemez y Smith (1978) es bastante contundente: los datos aportados en la defensa de la hipótesis que relaciona la pobreza o la pertenencia a estratos sociales bajos con la criminalidad son muy inconsistentes, la metodología empleada para su estudio es muy diversa y difícilmente comparable entre sí, las técnicas de recogida de datos son igualmente variadas, las muestras tampoco son equivalentes, etc. Por todo ello, concluyen, la relación entre las condiciones económicas y la acción violenta viene a ser un mito, porque las premisas de las que parte no ofrecen la necesaria credibilidad. Cuando pasan a analizar con detalle los datos en los que se apoyaría esta relación, descubren que si se toman en consideración las 15 variables utilizadas en esos estudios, el peso de la clase social resulta prácticamente marginal, porque de esta variable no solo forman parte los recursos económicos, sino condiciones raciales o étnicas, la situación de desigualdad, así como la exclusión social, la desorganización familiar, la falta de redes de apoyo, la falta de empleo o de un empleo digno, así como entornos de vida peligrosos, etc.

La revisión de Crutchfield y Wadsworth (2003) llega a una conclusión algo menos rotunda que la anterior, pero muy parecida en su desenlace final: a pesar del vasto cuerpo de teoría e investigación, no existe consenso ni conclusiones definitivas en torno a las relaciones entre variables económicas, incluida la pobreza, y la violencia (p. 69).

Ciertamente, resulta imposible prescindir de la pobreza al hablar de la violencia en un país como Colombia o El Salvador. Pero al mismo tiempo, se afirma en el editorial que la *Revista de Estudios Centroamericanos* (ECA) (1997) dedicó a la cultura de la violencia que es necesario matizar su importancia: “La cultura salvadoreña de la violencia está constituida por una serie de factores quizás mucho más influyentes que la pobreza misma” (p. 948).¹²

¹² Amos Oz es un escritor israelí, eterno candidato al Nobel de Literatura, que algún día conseguirá. Se ha caracterizado por promocionar el diálogo entre Israel y Palestina, con poco éxito, si nos atenemos a los resultados, desde el movimiento “Paz Ahora”. En un inspiradísimo opúsculo sobre el fanatismo aborda el tema de la pobreza y violencia en unos términos que bien merece la pena transcribir en su literalidad: “La clave del ataque del

Holly Foster, Jeanna Brooks-Gunn, una de las más reconocidas especialistas en el estudio de la pobreza infantil, y Anne Martin añaden una nueva consideración a este debate: la posibilidad de que el estatus socioeconómico y la pobreza puedan jugar un papel en la exposición a la violencia en el caso de niños y adolescentes; es decir, la pobreza convertida en un factor de riesgo para la exposición a una experiencia tan traumática como la violencia. A este aspecto de la pobreza, recuerdan las autoras, se le ha prestado muy poca atención.

En nuestro caso, y por las razones que hemos venido apuntando a lo largo de este capítulo (la violencia en Colombia ha golpeado de manera especial a la población campesina pobre), la relación entre pobreza y exposición a la violencia adquiere un significado especial. Ciertamente, esta propuesta se circunscribe a la niñez y adolescencia, pero no por ello deja de ser significativa. La revisión de cuatro tipos de violencia a la que puede estar expuesta esta población (ser testigo de la violencia entre los padres, maltrato por parte de los padres, violencia de pareja en la adolescencia y exposición a la violencia comunitaria) arroja los siguientes resultados: a) a menor estatus socioeconómico, mayor probabilidad de ser testigo de violencia interparental o de violencia doméstica entre los adultos; b) el estatus socioeconómico también se relaciona con maltrato por parte de los padres y con exposición a la violencia en el seno de la comunidad; c) los datos procedentes de la investigación apoyan un modelo teórico en el que el estatus socioeconómico y la pobreza son las variables que están en la base de la exposición a la violencia (las variables independientes) provocando experiencias emocionales negativas, como tendremos ocasión de ver en el tercer capítulo; d) al mismo tiempo, la exposición a la violencia durante la niñez y adolescencia tiene implicaciones posteriores en dos aspectos

11 de septiembre contra Estados Unidos no solo hay que buscarlo en el enfrentamiento existente entre pobres y ricos (...). Cerraremos en falso el caso del 11 de septiembre si pensamos que solo fue un ataque de pobres contra ricos. No se trata de 'tener y no tener'. Si fuera así de simple, uno esperaría que el ataque viniera de África, donde están los países más pobres, y tal vez que fuera lanzado contra Arabia Saudí y los emiratos del Golfo, que son los Estados productores de petróleo y los países más ricos. No. Es una batalla entre fanáticos que creen que el fin, cualquier fin, justifica los medios. Se trata de una lucha entre los que creen que la justicia, se entienda lo que se entienda por dicha palabra, es más importante que la vida, y aquellos que, como nosotros, pensamos que la vida tiene prioridad sobre muchos otros valores, convicciones o credos" (Oz, 2003, pp. 11-12).

muy relevantes para el estatus socioeconómico: nivel educativo y desempeño profesional (Foster, Brooks-Gunn y Martin, 2007, pp. 680-681).

Condiciones estructurales y culturales, esa era la clave de la agresión y la violencia según Johan Galtung. Las primeras han quedado claramente establecidas por la OMS (ver cuadro 1.3), pero el supuesto de que el complejo entramado de la estructura se origina, se nutre y es capaz de mantenerse a lo largo del tiempo por sus propias fuerzas es un supuesto arriesgado. No hay posibilidad de estructura social sin un soporte cultural, sin un entramado de valores, creencias, prácticas de crianza, aprendizajes, actitudes hacia los endogrupos y los exogrupos, etc., más o menos sólido, más o menos amplio, más o menos racional.¹³

En el caso de la violencia colectiva, dado el decisivo papel jugado por la polarización, sabemos que ese entramado (herramientas mentales) reduce la realidad a esquemas muy pobres, muy rígidos y muy dicotómicos. Esos esquemas quedan afianzados como consecuencia de la violencia colectiva (ese será uno de los signos del trauma psicosocial que veremos en el capítulo 4), dando lugar, así, a un proceso que se retroalimenta de manera socialmente devastadora.

Allá donde se da una violencia a gran escala o muy generalizada, dice Ervin Staub (1996), uno de los autores que mejor ha estudiado una de las manifestaciones más devastadoras de la violencia colectiva (los genocidios), hay una

¹³ Han sido los antropólogos quienes nos han dado las principales pautas teóricas para entender la cultura. Valgan a este respecto dos ejemplos nada azarosos, ya que se trata de dos de los grandes maestros de la Antropología cultural. Ralph Linton define la cultura como “la suma total de las ideas, las reacciones emotivas condicionadas y las pautas de conducta habitual que los miembros de una sociedad han adquirido por instrucción o imitación y que comparten en mayor o menor medida” (Linton, 1942, p. 284). Abram Kardiner, por su parte, se aproxima algo más al marco intergrupar al que tanta importancia le hemos dado en este capítulo: “allí donde encontramos esos grupos organizados de seres humanos, hallamos igualmente cierta regularidad y organización habituales de relaciones recíprocas entre los diversos individuos; encontramos también formas organizadas de tratar con el mundo exterior con el fin de obtener del mismo la satisfacción de las necesidades de la existencia... En todos los casos en que se manifiesta una persistencia a transmisión de esos métodos organizados, tenemos una *cultura*” (Kardiner, 1968, pp. 30-31).

influencia de características culturales, de condiciones sociales o, más probablemente, una combinación de ambas (p. 117).

Uno de los más acabados ejemplos nos lo ofrece Sheldon Hackney (1969) en una de las primeras aproximaciones al estudio de la cultura del honor: el preocupante diferencial de violencia que se da en el Sur de Estados Unidos es la manifestación de un estilo de vida “legado como herencia paterna a los hijos, junto con el viejo rifle de caza y la Biblia familiar” (p. 920). Todo ello para defender el honor, las posesiones y los bienes de la familia, y proteger a las instituciones de las amenazas externas con el apoyo irrefutable y la legitimidad impercedera de la Biblia.

Esa es la clave de la cultura de la violencia, aquella parte de la esfera simbólica de nuestra existencia ejemplificada en la religión, la ideología política, el arte, el lenguaje, etc., “que puede ser utilizada para justificar o legitimar la violencia directa o estructural” (Galtung, 1990, p. 291) o para mantener un orden social cimentado en la pobreza, la desigualdad, la injusticia, la represión política, etc., escudándose en la tradición, en razones religiosas, en experiencias históricas, o empeñado en la consecución de determinados objetivos que se entienden más legítimos que la vida de las personas, etc. Allá donde se da una prolongada historia de violencia, es imprescindible la existencia de una armadura ideológica (cultura) para mantenerla, “un marco de valores y normas, formales o informales, que acepte la violencia como una forma de comportamiento posible e incluso la requiera” (Martín-Baró, 1983, p. 373).

La pregunta sobre la existencia de una cultura de la violencia en Colombia (Waldman, 2007) no deja de ser una pregunta retórica, porque es imposible una historia de violencia tan prolongada sin un entramado que la respalde. Y en Colombia la violencia ha contado hasta con el apoyo del cielo. La Iglesia católica no tuvo inconveniente en posicionarse “a favor del partido Conservador, hecho que le dio una justificación moral y religiosa al discurso antiliberal y anticomunista” (GMH, 2013, p. 112). Un testimonio concluyente nos lo ofrece el sobrecogedor Informe de Human Rights Watch (HRW) (2004) sobre los niños combatientes en el conflicto armado. La primera sorpresa es que la gran mayoría de ellos toman la decisión de alistarse de manera voluntaria, pero con un significativo matiz: “muchos niños se alistan para huir de la violencia familiar y el abuso

físico y sexual, o para encontrar el afecto que no les dan sus familias” (p. 27); de suerte que “la falta de afecto y apoyo familiar, los malos tratos de los padres y la inseguridad” son algunos de los denominadores comunes en las historias de los niños combatientes (p. 64). La (brutal) experiencia en el seno de alguno de los grupos armados refuerza el aprendizaje de la violencia y se convierte en una garantía para la reproducción de modelos de relación interpersonal e intergrupala en los que se prioriza su uso en el transcurso de la vida cotidiana.

Bien mirado, no parece necesaria la experiencia en un grupo armado para aprender el uso de la violencia. La ENSM nos ofrece datos que muestran su presencia en el seno de la vida familiar, confirmando así la existencia de una cultura de la violencia: el 10,8 % de la población colombiana entre 18 y 44 años aprueba la retaliación como método de crianza; porcentaje que se eleva al 23,9 % cuando se trata de aprobar el uso directo de la violencia como método de crianza. Al mismo tiempo, el 17,8 % ha sido testigo durante la infancia de violencia física entre sus padres, el 18,1 % acepta la agresión física entre compañeros en la escuela. Y el 21 % ha tenido experiencia de violencia escolar (Minsalud, 2015, p. 110).

Kurt Lewin (1948) habló abiertamente de una “cultura nazi” contrapuesta a la cultura norteamericana, centrada alrededor del poder como valor supremo, de la obediencia “ciega y absoluta” como mecanismo básico en las relaciones entre adultos y niños en todos los escenarios de la vida social y en las relaciones hombre-mujer (relaciones insertas dentro de una dinámica de poder-sumisión), de la existencia de un limitado “espacio vital” (escasa libertad de movimiento), de la homogeneidad (énfasis en la conformidad y escasa consideración por la independencia) y de la distancia social definida en términos categoriales. Son las condiciones culturales y sociales (valores sociales como la orientación a la obediencia, fuerte etnocentrismo, presión hacia la uniformidad, orientación cultural monolítica) que Ervin Staub (1989) menciona como uno de los instigadores de la violencia colectiva. Y son, asimismo, los marcos de referencia con cuya ayuda Sönke Neitzel y Harald Welzer han analizado el comportamiento de los soldados de la Wehrmacht durante la Segunda Guerra Mundial. La sociedad alemana estaba enteramente penetrada por el espíritu militar, y en el marco de “una sociedad rigurosamente jerarquizada” se desarrolló un militarismo radical que amplió “el potencial de violencia hacia el exterior”, que iba de la mano del darwinismo social (la supremacía de la raza) (Neitzel y Welzer, 2012, p. 58).

Puesto que dedicaremos el próximo epígrafe a los mecanismos justificadores de la violencia (el fondo ideológico), baste por ahora recordar que la cultura se aprende y se transmite en los escenarios microsociales y se pone en práctica en las relaciones interpersonales e intergrupales. A la postre, aunque inserta en el seno de una determinada estructura social, nuestra vida cotidiana se mueve dentro de espacios más limitados que siguen cumpliendo tres principales funciones: a) son espacios de aprendizaje; b) tienen una función normativa, de supervisión y control, y c) cumplen, sobre todo, cabría añadir, una función afectiva: satisfacen necesidades de afiliación, pertenencia, seguridad, protección, identidad y apoyo. Esa es una de las razones para apoyar los “mecanismos a pequeña escala”. La otra procede de la simple observación: cuando la violencia colectiva se pone en marcha, lo hace a través de personas, grupos u organizaciones concretas que se enfrentan cara a cara en un determinado escenario, que, como es obvio, se encuentra enmarcado en una estructura y en un determinado contexto socio-histórico. Hay, finalmente, un tercer motivo: la perspectiva psicosocial, desde la que estamos abordando el estudio de la violencia y desde la que abordaremos el estudio del trauma psicosocial es por definición una perspectiva microsocia, la misma desde la que hemos implementado los programas de intervención. Esta perspectiva no niega la influencia de lo macrosocia, simplemente recuerda que sus contenidos pasan inevitablemente por la influencia y el filtro diferencial de los escenarios microsociales antes de llegar al individuo.

Edward Shils y Moritz Janowitz fueron dos conocidos y reconocidos sociólogos norteamericanos que sirvieron en la Sección de Inteligencia de la División de Psicología de la SHAEF (Supreme Headquarters Allied Expeditionary Force) durante la Segunda Guerra Mundial. Saben, pues, muy bien de lo que hablan. En un primoroso artículo publicado al poco de terminar la contienda arriesgan la interesante hipótesis de que el ejército, cualquier ejército del mundo, es, se conforma, se conduce y actúa como un grupo social¹⁴; de suerte que la ejemplar

¹⁴ En su intento por seguir dando cobertura teórica a los mecanismos a pequeña escala, Tilly toma una cita de Bill Berkeley, un intrépido reportero del *New York Times* que se ha adentrado en el infierno de las luchas tribales en África: “el conflicto étnico en África es una forma de crimen organizado. La ‘cultura’ que gobierna los conflictos africanos es similar a la de la mafia siciliana o a la de los Crips y los Bloods de Los Ángeles, con los mismos imperativos de sangre y de familia que vinculan a todas esas bandas. Las facciones guerreras de África se entienden mejor, no como ‘tribus’, sino como empresas de mafiosos cuyos líderes calculan sus estrategias con la misma lógica ancestral que utiliza Don Vito

cohesión y resistencia mostrada por los soldados alemanes no se apoyaba tanto en sus convicciones ideológicas (en su ideología nazi) como en la satisfacción de las principales necesidades psicológicas por parte del Ejército (Shils y Janowitz, 1948, p. 281). El artículo tiene como objetivo estudiar la desorganización del Ejército nazi, pero las hipótesis que formulan sirven igualmente para analizar su eficacia violenta y destructiva. Cuatro son esas hipótesis: a) la habilidad que un soldado muestra para afrontar y resistir las numerosas adversidades a las que se enfrenta en una guerra es función de la capacidad de su grupo primario inmediato (la escuadra o la sección) para evitar su desintegración. En la medida que ese grupo satisfaga las necesidades orgánicas básicas, le brinde afecto y estima por parte de los oficiales y camaradas, y le proporcione una sensación de poder, estará garantizado su compromiso; b) esa capacidad depende de la aceptación de los símbolos políticos, ideológicos y culturales, teniendo en cuenta que esta aceptación solo es posible en la medida que estos símbolos estén asociados con gratificaciones primarias (seguridad, afecto, estima, apoyo, etc.); c) una vez consumada la desorganización del grupo primario hace acto de presencia la preocupación por la supervivencia, la lucha por salvar la vida; d) mientras se mantuvo intacta la estructura de los grupos primarios en la “Wehrmacht” fueron inútiles todos los intentos para provocar la desafección de los soldados.

Más allá de lo arriesgado de estas hipótesis¹⁵, lo que pretendemos destacar es la importancia de hablar de grupos primarios en el seno de la violencia. En este campo estamos más acostumbrados a los grandes conceptos, a hipótesis con vocación universal, a invocar entidades omnicomprendivas (la pobreza, la clase social, etc.), pero no por ello carece de sentido mirar lo que ocurre a nuestro alrededor, porque, aunque aparentemente insignificante, es lo que más influencia ejerce sobre nuestra vida cotidiana. Lo diremos de otra manera, con la siempre inestimable ayuda de Berger y Luckman (1968, p. 39): la realidad por excelencia, la “suprema realidad” es la realidad de la vida cotidiana, discurra esta en un espacio de convivencia o de violencia. Cuando uno se encuentra inmerso en un proceso destructivo, los hechos primordiales no se encuentran del lado de las disposiciones personales ni de las estructuras sociales, sino de las fuerzas grupales.

Corleone” (Tilly, 2007, p. 37). Algo muy parecido es lo que describe Gustavo Duncan en “Los señores de la Guerra”.

¹⁵ Ver una crítica en Bartov (2017).

Esa viene a ser la principal línea de trabajo y argumentación de Herbert Kelman y Lee Hamilton a la hora de dar respuesta a los retos que plantean los genocidios y las masacres, etc. Ambos autores coinciden en otorgarle al grupo y a los procesos que definen su dinámica un papel primordial en estos acontecimientos. A la hora de dar cuenta de las masacres autorizadas (ellos toman como punto de partida la masacre de Mai Lai, acontecida el 16 de marzo de 1968 en el transcurso de la guerra de Vietnam), dicen, es más pertinente centrar la atención en las condiciones que debilitan las inhibiciones morales y abren de par en par las puertas a la violencia que invocar la existencia de fuerzas psicológicas (Kelman y Hamilton, 1989, p. 15). Esas condiciones se crean a través de tres procesos: la autoridad (el poder), la burocracia (el cumplimiento del deber) y la deshumanización.

Cuadro 1.9. Procesos que crean las condiciones para las masacres autorizadas

Autoridad	Burocracia	Deshumanización
Se sustenta sobre el proceso de sumisión.	Se apoya en la identificación.	Tiene a la internalización como base.
La ley y norma como instrumento de orientación para los sujetos.	El rol, mecanismo por el que se orientan los sujetos.	La ideología (los valores), instrumento de reacción y orientación de los sujetos.
Obediencia como respuesta prioritaria.	Cuidada división de tareas entre los actores.	La persona es definida de acuerdo con la categoría a la que pertenece.
No hay posibilidad de elegir.	Ejecución de un rol formado por comportamientos regularizados y mecanizados.	Distancia psicológica respecto a la víctima: neutralización. La víctima es ignorada.
Exige respuestas en términos de obligación y no de preferencias personales.	Las diferentes partes (roles) se refuerzan mutuamente a fin de proyectar la imagen de que lo que sucede es perfectamente normal, correcto y legítimo.	Devaluación de la víctima.
Los actores no se ven responsables de las consecuencias de sus actos.	Se centra más en la ejecución adecuada y correcta de la acción que en sus consecuencias.	
Anula los escrúpulos morales invocando una misión trascendente	Reducción de la necesidad de tomar decisiones.	
El valor supremo es la lealtad.	Minimización posibilidad de plantear cuestiones morales.	

Elaborado a partir de Kelman y Hamilton (1989), como se cita en Blanco (2005, p. 172).

Kelman y Hamilton conceden una especial importancia al proceso de deshumanización (también lo hace Staub, 1989), a la historia de devaluación que han sufrido determinados grupos a lo largo de su historia, situándolos en un infernal cruce de caminos al convertirse en el chivo expiatorio de todos los males, una tranquilizadora excusa para justificar todas las crueles acciones que se puedan acometer contra él.

Una de las condiciones que allanan el camino de los genocidios es la existencia de un conflicto intergrupal persistente en el que están presentes historias de rechazo, desconfianza, exclusión, degradación y devaluación mutua (Staub, 1989).

La deshumanización se inicia con un proceso del que venimos haciéndonos eco desde el comienzo del capítulo: definir a las personas exclusivamente en términos de su pertenencia categorial, como pertenecientes a esa masa informe e indefinida que conforman los grupos y las categorías sociales en la que los perfiles y los rostros particulares quedan diluidos, en los que en vez de rostros simplemente vemos siluetas. Eso es lo que ocurre con aquellos grupos a los que demonizamos asignándoles un estatus inferior a través de ese proceso social al que William Sumner le dio el nombre de etnocentrismo. Se da un paso definitivo para la deshumanización cuando a esa categoría la excluimos de la gran familia humana, de ese nivel de categorización supraordenado del yo como ser humano¹⁶ y le negamos identidad (distintividad, independencia, autonomía, capacidad de decisión, etc.) y comunidad (pertenencia, identidad, vínculos afectivos). Todo ello abona el terreno para excluirlos de la protección que les conceden los preceptos y las restricciones morales y legales (Kelman y Hamilton, 1989, p. 19), cerrando así una suerte de círculo infernal que sacrifica, de manera aleatoria, a personas pertenecientes a esos grupos o categorías sociales en los altares del odio para la consecución de alguno de los grandes ideales (la paz, la libertad, la justicia, etc.).

¹⁶ En su conocida teoría sobre la categorización del yo John Turner (1990) distingue tres niveles: “a) el nivel supraordenado nos permite caracterizarnos como pertenecientes a la especie humana, y, por tanto, ser conscientes de compartir características con cualquier otro ser humano; b) el nivel intermedio se apoya en la pertenencia grupal o categorial, y c) el nivel subordinado alimenta nuestra identidad a partir de las diferencias “entre uno mismo como individuo único y otros miembros del propio grupo” (p. 77).

En definitiva, “la deshumanización aparece siempre que un ser humano considera que se debe excluir a otro ser humano de la categoría moral de ser persona” (Zimbardo, 2007, p. 404).

Por lo general, dice Albert Bandura (1999), la gente no va por la vida humillando, maltratando e hiriendo a los otros, a no ser que encuentre una poderosa razón para hacerlo de manera justificada permitiéndonos prescindir de los estándares morales que rigen la vida de cualquier persona. En la detallada descripción que Philip Zimbardo (2007) hace de las torturas y maltratos de Abu Ghraib apunta a los siguientes procesos: desindividuación, deshumanización, construcción de la imagen del enemigo, pensamiento grupal, desconexión moral y facilitación social (p. 455).

Albert Bandura ha sido quien de manera más sistemática ha investigado los mecanismos que pueden estar en la base del proceso de desconexión moral, que sirve de argumento y apoyo para eximirnos de las obligaciones morales respecto a determinadas personas. Parte de ellos intentan convertir la conducta violenta en un hecho válido y aceptable a los ojos de los propios actores; otros restan importancia a la participación personal o al daño causado, y un último grupo de ellos culpan directamente a la víctima (ver cuadro 1.10).

Cuadro 1.10. Mecanismos de desconexión moral (Albert Bandura)

Justificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Justificación moral</i> previa a la realización de la acción. • <i>Etiquetado eufemístico</i>: “acciones preventivas”, “daños colaterales”, “operaciones de limpieza”, etc. • <i>Comparación ventajosa</i>: se podía haber actuado de manera mucho más cruel; de no haber intervenido, las cosas hubieran sido mucho peores; las acciones emprendidas son dolorosas, pero han ahorrado mucho sufrimiento, etc.
Minusvaloración de la participación personal	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Desplazamiento de la responsabilidad</i>: obediencia a la autoridad, cumplimiento del deber, presión social, etc. • <i>Difusión de la responsabilidad</i>: rutina burocrática o ejecución compartida por varias personas en acciones colectivas o en toma de decisiones grupales.
Infravaloración del daño	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Distorsión de las consecuencias</i>: minimizar las consecuencias dañinas.

Continúa...

Deshumanización de la víctima

- *Culpar a la víctima*: no está libre de culpa debido a su manera de pensar o de actuar.
 - *Desposeer a las personas* de sentimientos, esperanzas, ilusiones y preocupaciones humanas y representarlos como “estúpidos salvajes”, “feras satánicas”, “degenerados”, etc.
-

Está fuera de nuestro alcance entrar en detalle en cada uno de estos mecanismos. Baste por el momento acudir de nuevo a Bandura (1999) para recoger la principal conclusión de sus estudios:

Los hallazgos de la investigación sobre distintos mecanismos de desconexión moral coinciden con los de la crónica histórica de las atrocidades del ser humano: realizar las más horribles crueldades requiere condiciones sociales propicias en mayor medida que gente monstruosa. En las condiciones sociales adecuadas, gente decente y común puede sentirse inclinada a realizar conductas extraordinariamente crueles (p. 100).

En el caso de Colombia, la deshumanización ha alcanzado las cotas más altas de crueldad: “entre los casos documentados de sevicia, el GMH ha podido identificar como mecanismos de violencia el degollamiento, el descuartizamiento, la decapitación, la evisceración, la incineración, la castración, el empalamiento y las quemaduras con ácidos o sopletes”; a las que cabe añadir la motosierra y el machete (GMH, 2013, p. 55)¹⁷.

En el marco de las investigaciones llevadas a cabo por el grupo formado por docentes de la Universidad Autónoma de Madrid, de la Universidad del Norte y de la Universidad Centroamericana de El Salvador (UCA), Amanda Davies ha presentado como trabajo de tesis un estudio llevado a cabo en la Cárcel

¹⁷ Se trata de una especie de herencia histórica, que choca de manera frontal con la “muerte compasiva” que propugnó y puso en práctica el régimen nazi. Las cámaras de gas eran, de acuerdo con su teoría, el método de exterminio menos cruel. En Colombia, la época de la Violencia fue pródiga en hacer de la muerte un espectáculo dantesco, a través de “rituales macabros, como el descuartizamiento de hombres vivos, las exhibiciones de cabezas cortadas y la dispersión de partes de cuerpos por los caminos rurales, que aún perviven en la memoria de la población colombiana, le imprimieron su sello distintivo a ese periodo” (GMH, 2013, p. 112).

Modelo de Barranquilla con 18 miembros de grupos armados (14 hombres y 4 mujeres) acogidos (los miembros de las AUC) a la Ley de Justicia y Paz. Varios de los testimonios recogidos en la investigación confirman los macabros detalles de la deshumanización: cercenar un brazo, una pierna, abrir el estómago. He aquí un ejemplo:

Una vez mataron a un muchacho. Entonces estábamos reunidos en la escuela; como los comandantes son psicópatas asesinos le decían, te decían a ti: ‘coge un machete, móchale un brazo; tú, móchale una pierna’ (...). Matan a las personas delante de uno para que uno se vaya llenando de furor, para que eso se le vaya impregnando más. Al tú ver la violencia, pues facilita, se te impregna más en tu corazón (Davies, 2017, p. 183).

Es la “antropología de la inhumanidad” a la que alude María Victoria Uribe (2004), que recorre los rincones más siniestros de la mente humana: desmembramiento, mutilación, decapitación, distintas modalidades de corte (el corte de corbata, de mica, de franela, de florero), desvisceración, castración, descuartizamiento, toda una repugnante letanía de atrocidades en la que la desconexión moral va unida a la transgresión de la integridad física, corporal.

El estudio de Amanda Davies ha ofrecido datos que ratifican la presencia de cada uno de estos mecanismos de desconexión moral entre miembros de los grupos armados colombianos. Una de sus principales conclusiones es que en ese siniestro proceso la imagen del enemigo está jugando un papel preponderante. La interiorización de esa imagen y la insistencia en las divisorias intergrupales hasta reducir la complejidad y riqueza de la realidad a un sencillo esquema (“nosotros-ellos”) formaba la parte más gruesa del adoctrinamiento. Llevado a su extremo más despiadado, se llega a justificar dar muerte a niños porque “era un guerrillero más que iba a crecer”, confiesa uno de los participantes en el estudio (Davies, 2017, p. 207).

El proceso de deshumanización está cognitivamente asociado a la imagen del “enemigo”, mecanismo a escala mínima. Es una de sus más acabadas representaciones. A ella se han acogido las historias de violencia que han llenado de dolor y destrucción la historia reciente (y la antigua) de América Latina. En la casi totalidad de los Informes de las Comisiones de la Verdad, que han intentado dar a conocer las razones, los protagonistas y los efectos de las olas de violencia que han golpeado en algún momento de su historia reciente a Argentina, Chile,

Colombia, El Salvador o Guatemala, la invocación del “enemigo” es una constante. El informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP) de Argentina da una clave que volveremos a encontrar en el resto de los países: todos los que no se confiesan amigos, pueden ser considerados como enemigos, con la consiguiente indefensión que ello supone. En la presentación de los resultados de la Comisión el 20 de septiembre de 1984, Ernesto Sábato, que actuó como su presidente, leyó un emocionado y bello discurso que pasó a convertirse en el Prólogo del Informe y que podría haber presidido, en los mismos términos, el resto de los Informes de las Comisiones de la Verdad:

La lucha (a muerte) contra los “subversivos”

La lucha contra los “subversivos” se había convertido en una represión demencialmente generalizada, porque el epíteto de subversivo tenía un alcance tan vasto como imprevisible. En el delirio semántico, encabezado por calificaciones como “marxismo-leninismo”, “apátridas”, “materialistas y ateos”, “enemigos de los valores occidentales y cristianos”, todo era posible: desde gente que propiciaba una revolución social hasta adolescentes sensibles que iban a villas-miseria para ayudar a sus moradores. Todos caían en la redada: dirigentes sindicales que luchaban por una simple mejora de salarios, muchachos que habían sido miembros de un centro estudiantil, periodistas que no eran adectos a la dictadura, psicólogos y sociólogos por pertenecer a profesiones sospechosas, jóvenes pacifistas, monjas y sacerdotes que habían llevado las enseñanzas de Cristo a barriadas miserables¹⁸ Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP, 1985).

La cita del CONADEP nos ha dado la clave de la pertenencia categorial que es objeto de deshumanización: los “subversivos” en cualquiera de sus múltiples modalidades, con una particularidad especialmente arbitraria: subversivo es

¹⁸ En El Salvador y Guatemala, el mero hecho de participar en una Comunidad Eclesial de Base (CEB) era razón suficiente para pasar a engrosar la lista de sospechosos. “En el área rural, el mero hecho de ser catequista fue considerado por el Ejército como una muestra de participación en la guerrilla”, que con mucha frecuencia se saldaba con la muerte. En las áreas urbanas esa sospecha recaía sobre las personas que participaban en movimientos sociales, con un final parecido. También en Guatemala pudieron dar cuenta de la caprichosa y aleatoria vastedad del epíteto “subversivo” y “guerrillero”; ambas “se convirtieron en un estigma que trató de justificar la muerte, mantener las posiciones de poder y hacer patente la impunidad” (ODHAG, 1998, pp. 249 y 250).

todo aquel que no acepte las ideas y condiciones establecidas desde el poder, bien sea un poder legítimo o un poder emanado de las armas. Ambos han sido los protagonistas en el caso de Colombia. Es en ese preciso momento, en la definición y señalamiento de la acción violenta, en la que esta alberga ese “elemento adicional de arbitrariedad” al que alude Arendt (2005, p. 11). Este no solo se encuentra en el campo de batalla, como señala la autora, cuando una bala perdida puede acabar con la vida de cualquier persona, sino en el transcurrir de la vida cotidiana en aquellos escenarios marcados por una extrema polarización social y una desalmada represión política.

El Informe de la Comisión de la Verdad de Guatemala vuelve a ser de obligada referencia: “La masificación de la violencia en algunos momentos, la arbitrariedad de las acciones represivas y la criminalización de cualquier protesta social contribuyeron a crear un clima de miedo y terror en grandes capas de la población” (ODHAG, 1998, p. XXXIV). Esa arbitrariedad se define con especial precisión en “De la locura a la esperanza”, el Informe de la Comisión de la Verdad de El Salvador: la llamada de violencia que sufrió el país a lo largo de la década de los ochenta “señaló como enemigo a quienquiera que no aparecía en la lista de amigos” (Naciones Unidas, 1993, p. 3), y como en el resto de los países en los que la violencia se adueñó de la vida social, las víctimas acabaron siendo “salvadoreños y extranjeros de todas las procedencias y de todas las condiciones sociales y económicas, ya que la violencia iguala en el desamparo ciego de su crueldad” (p. 3).

En los días posteriores al golpe de Estado en Chile, al amparo justiciero de mantener el orden, se inició la caza de “los conflictivos”. Se trataba de hacer una limpieza de elementos juzgados perniciosos por sus doctrinas y sus actuaciones, y de atemorizar a sus compañeros que podían constituir una eventual amenaza” (Corporación Nacional de Reparación y Conciliación, 1996, p. 101). Junto a los conflictivos pasaron también a formar parte del delirio semántico de las fuerzas represivas del dictador Pinochet los “antisociales”: pequeños traficantes de droga, alcohólicos, delincuentes comunes, etc. (los “perturbadores del orden”. Los primeros dañan a la sociedad a través de sus perniciosas doctrinas y de sus actividades políticas; los segundos lo hacen a través de sus acciones criminales; “éstos y aquéllos son delincuentes por igual, y la sociedad se libra de todos quitándoles la vida” (p. 102).

Resulta complicado desentrañar las motivaciones de los victimarios, ya que eso exigiría entrar en el terreno de lo subjetivo, pero ello no impide apuntar a un motivo común que se desprende del conjunto de casos de detenidos desparecidos: “matar y ocultar a un enemigo que hay que exterminar”, a un enemigo al que se le acusa de “atentar contra valores superiores y permanentes” (Davies, 2017, p. 746).

La imagen del enemigo está rodeada de amenazas (percibidas) a nuestra seguridad, valores, tradiciones, a nuestras creencias más acendradas, a nuestra identidad; conformando con ello una paranoia exogrupal compuesta por un conjunto de ideas y sentimientos asociados a la percepción de “estar o haber estado hostigados, amenazados, sojuzgados, perseguidos, acusados, maltratados, agraviados, atormentados, menospreciados y vilipendiados por otro grupo o sus miembros” (Kramer y Jost, 2003, p. 176). Pero a pesar de las falacias que encierra (sesgos intergrupales), y precisamente debido a ellas, la figura del enemigo resulta extraordinariamente eficaz en todos los escenarios de violencia intencional. Ignacio Martín-Baró (2003) ha resumido sus funciones de una manera que puede ser claramente aplicada al marco social colombiano:

El enemigo político sirve para encarnar la causa de todos los males sociales y para justificar, en consecuencia, aquellas acciones en su contra que de otro modo resultarían ética y políticamente inaceptables, el enemigo permite también afirmar la propia identidad grupal, reforzar la solidaridad y control al interior del endogrupo, y ser esgrimido como amenaza permanente para movilizar los recursos sociales hacia los objetivos buscados por el poder político (p. 143).

El enemigo forma parte tanto de la violencia colectiva como de la violencia de género. Aaron Beck, reconocido especialista en terapia de pareja, ha desplegado a lo largo de una extensa monografía la hipótesis de que la violencia de género guarda una estrecha correspondencia con la violencia colectiva: ambas están atrapadas en un odio dirigido contra un enemigo personal, aunque representante de una categoría social, o un enemigo colectivo; ambas son deudoras de un pensamiento primario, simplista, dicotómico, rígido, con fuertes connotaciones egocéntricas (endgrupales en el caso de la violencia colectiva). “El intenso odio que un marido siente por su mujer, y viceversa, durante un divorcio turbulento se basa en algunos de los mismos procesos psicológicos que se dan cuando unos enfurecidos vándalos uniformados saquean las casas y las tiendas de una minoría indefensa” (Beck, 2003, p. 233).

En el caso de Colombia, la representación del enemigo se amplía de manera arbitraria (y dramática) más allá del espacio formado por los grupos en conflicto, más allá de la dinámica endogrupo-exogrupo. Ello se debe a que el ataque a la población civil ha sido utilizado como estrategia de guerra, como una estrategia “legítima” de guerra, es necesario añadir:

Según el discurso de los actores armados, la violencia contra la población civil es siempre justificada. Esto se debe a que, para ellos, la población es señalada como una prolongación del enemigo (la llaman, entre otros, ‘bases sociales’, ‘auxiliadores’, ‘colaboradores’, ‘traidores’, ‘representantes’ o ‘funcionarios’) o, incluso, porque su victimización hace parte de los costos de la guerra o de los *daños colaterales* (GMH, 2013, p. 38).

Y donde esta dinámica aparece con toda su carga de crueldad es en el ya citado informe de HRW. En él, partiendo de las entrevistas a 112 niños excombatientes (79 en las FARC-EP, 20 habían pertenecido a la “Unión Camilista-Ejército de Liberación Nacional –UC-ELN– y 13 de las AUC), queda claro cómo la condición de enemigo se va abriendo paso en la mente de esos niños y niñas a través de un adoctrinamiento teórico, y sobre todo de la obligación de presenciar o de perpetrar acciones de violencia extrema (torturas, ejecuciones sumarias y participación en enfrentamientos armados). En el ámbito de la ideología de los grupos armados, el capítulo relativo a la divisoria “nosotros-ellos” es el más concurrido. De hecho, el principal componente ideológico (ya lo hemos comentado) está definido en estos sencillos términos, tan cómodos, tan polarizados y tan tranquilizadores desde el punto de vista moral. Sirva como ejemplo el testimonio de uno de los participantes en la investigación llevada a cabo por Amanda Davies (2017):

La diferencia en que dañar a un compañero era que tú vivías con tu compañero, veías a tu compañero, sabías que ese hombre estaba a tu lado. En cambio, el guerrillero no. El guerrillero era del lado contrario, y nosotros lo catalogábamos como enemigo, enemigo principal. Entonces esa es la diferencia que yo veía (p. 199).

Todo ello sin perder de vista que “nosotros estamos al lado de Dios”, tal y como dice, y probablemente cree, uno de los participantes en este estudio.

EL FONDO IDEOLÓGICO

Ciertamente, el enemigo forma parte del mecanismo justificador de la violencia; es su componente más visible, su excusa más tranquilizadora. En sus estudios sobre el discurso deslegitimador del adversario en el contexto del conflicto colombiano Borja-Orozco, Barreto, Sabucedo y López (2008) concluyen que este discurso tiene un objetivo claramente deshumanizante, como corresponde a la figura del enemigo. “De esta manera, el o los grupos que recurren a la violencia como estrategia de consecución de objetivos políticos emplean creencias que deslegitiman el oponente, como lo muestra la categoría más empleada, proscripción” (p. 581). Pero detrás del enemigo hay otras razones, otros argumentos, otros motivos, que acaban conformando el fondo ideológico de la violencia, al que Ignacio Martín-Baró considera uno de sus principales componentes. Lo es también de la acción social, entendida, en perfecta coherencia con Max Weber¹⁹, como la puesta en ejecución de un sentido” más que como una simple concatenación de movimientos (Martín-Baró, 1983, p. 26). Y para que se entienda bien lo que quiere decir pone algunos ejemplos que resultan especialmente familiares en el marco de este capítulo, al tiempo que muy heterodoxos para los gustos de la corriente mayoritaria de la Psicología social de aquella época, y también de esta: torturar a un enemigo, castigar a un subversivo, darle una lección a un inmundo comunista, etc. A partir de este argumento propone la definición de la Psicología social como “el estudio científico de la acción en cuanto ideológica”, es decir, en cuanto “que la acción está signada por unos contenidos valorados y referidos históricamente a una estructura social” (Martín-Baró, 1983, p. 17). Esta condición (contenidos ideológicos históricamente vinculados a un determinado ordenamiento social) es la que se aplica a cualquier forma de violencia colectiva a fin de justificarla y concederle legitimidad en el interior de un determinado orden social, bien para mantenerlo o para transformarlo, valiéndose en ambos casos del poder de las armas, como ha ocurrido en Colombia. En definitiva, y en un intento de cubrir la miseria que la acompaña “con la ropa de las justificaciones” (Martín-Baró, 2003, p. 164), todo acto de violencia necesita ir acompañado de su justificación.

¹⁹ “Por ‘acción’ debe entenderse una conducta humana (...) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción *enlacen* a ella un *sentido* subjetivo. La ‘acción social’, por tanto, es una acción en donde el sentido mentado por su sujeto o sujetos está referido a la conducta de *otros*, orientándose por ésta en su desarrollo” (Weber, 1964, p. 5).

La violencia, incluso la más extrema, como es el caso que nos ocupa, tiene su propia racionalidad, es decir, busca siempre “una justificación frente a la realidad a la que se aplica” e intenta dar validez a sus resultados, de suerte que más que un delito, matar pueda ser considerado como una necesidad social (Martín-Baró, 1983, p. 375), sobre todo si la víctima ha sido previamente categorizada como enemigo. En ese caso, el objeto de la violencia es directamente el exterminio (GMH, 2013, p. 38). Eso significa: a) que la violencia canaliza intereses sociales y b) que tiende a ocultar esos intereses bajo el ampuloso ropaje de su justificación (el papel distorsionador de la ideología). Esa es la clave; ese es el proceso a través del cual se pone en marcha el sentido de una determinada acción y adquiere legitimidad la tortura, la desaparición de personas, el desplazamiento y hasta la muerte:

La racionalidad de la violencia

Es indudable que la violencia tiene su propia racionalidad, en el sentido de que la aplicación de la fuerza produce determinados resultados. Esto no quiere decir que los actos violentos, y menos aun los agresivos, sean siempre racionales, y mucho menos razonables. La racionalidad de la violencia concreta, personal o grupal, tiene que ser históricamente referida a la realidad social en la que se produce y a la que afecta, pues es a la luz de esa realidad donde los resultados logrados muestran su sentido. La violencia exige siempre una justificación frente a la realidad a la que se aplica; y es ahí donde la racionalidad de la violencia confluye con la legitimidad de sus resultados o con la legitimación por parte de quien dispone el poder (Martín-Baró, 1983, p. 375).

Como es natural, el fondo ideológico de la violencia abre de par en par las puertas a un capítulo especialmente denso y controvertido en las ciencias sociales como es el de la ideología. Para el objetivo que perseguimos en este trabajo, la concepción de ideología más pertinente es la que acuñaron Theodor Adorno y sus colegas (1965) en esa obra emblemática que es *La personalidad autoritaria*: “una organización de opiniones, actitudes y valores; en suma, una manera de pensar sobre la persona y la sociedad que tienen una existencia independiente de cualquier individuo aislado” (p. 28). Es este último matiz el que nos resulta de especial interés: la ideología es un atributo de grupos, organizaciones, culturas, etc., que es asumido, aceptado e interiorizado por las personas particulares en cuanto que pertenecientes a estas entidades supraindividuales. Partiendo de un detenido estudio del concepto de ideología en Marx, Luis Villoro (2007) añade dos consideraciones que juegan un papel predominante en el caso del fondo

ideológico de la violencia: por una parte, los intereses de clase, el mantenimiento de una “situación de dominio” y, por otra, la distorsión de la realidad a la que se aplica. El concepto de ideología corresponde, pues, a un tipo de pensamiento “que responde a intereses particulares de una clase, de un grupo” (p. 9) e intenta justificarlos distorsionando la realidad. Martín-Baró (1983, p. 18) se sumará a esta posición teniendo, en su caso, la clase social como referente principal: la ideología es un conjunto de presupuestos (o “por supuestos”) con los que cada grupo social se maneja en la vida cotidiana y que nos remite a los intereses defendidos por cada uno de ellos. Cuando la defensa de esos intereses se lleva a cabo a través de la confrontación armada, el resultado es la guerra. A ella dedicó Martín-Baró una parte importante de su producción científica (ver Martín-Baró, 2003), y a ella sucumbió, como tantos otros miles de salvadoreños. Los intereses (legítimos desde su punto de vista) en los que se apoyan los actores armados son muy diversos, aunque no todos ellos son abiertamente confesables, y por la misma lógica de la confrontación, se trata de intereses contrapuestos. Pero a la hora de la verdad coinciden en intentar imponer la propia voluntad (su visión del mundo) en nombre de grandes ideales, que, curiosa y sospechosamente, suelen ser muy parecidos.

La violencia idealista es uno de los signos distintivos del pasado siglo. Rafael del Águila (2008), uno de los más agudos politólogos españoles contemporáneos, le dedicó su obra póstuma, *Crítica de las ideologías*, bajo un sencillo argumento: más allá del espanto que causan las cifras, lo que nos deja estupefactos es que este horror se ha perpetrado “en nombre de altos ideales” y se ha llevado a cabo con la participación de “personas normales” (p. 21); una tesis (la banalidad del mal) que, como es bien sabido, puso sobre el tapete Hannah Arendt a raíz de la prolija descripción que hace de ese personaje lúgubre con cierto aire desamparado (Adolf Eichmann) durante el juicio a que fue sometido. A pesar de su carácter reactivo, el paramilitarismo colombiano quiso dejar claro cuáles eran sus ideales al empuñar las armas. El artículo 1° de los Estatutos de las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá (1996) reza de la siguiente manera:

Las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá son una organización política. Nacen de la necesidad de defender la vida, honra y bienes de los campesinos honrados y trabajadores, del pueblo en general y de la nación colombiana, de los atropellos a que vienen siendo sometidos durante muchos años por parte de

la subversión, y que ante la incapacidad del Estado y de sus Fuerzas Armadas para someter dicho fenómeno, nos vimos en la obligación de armarnos y de organizarnos para dar respuesta militar a la agresión de la cual somos víctimas.²⁰

Otro tanto habían proclamado en su momento los movimientos guerrilleros. El Acta Fundacional de las FARC declara con solemnidad que tiene como objetivo “acabar con las desigualdades sociales, políticas y económicas, la intervención militar y de capitales estadounidenses en Colombia mediante el establecimiento de un Estado marxista-leninista y bolivariano”. En su Segunda Conferencia Nacional celebrada en 1966, las FARC-EP se dotan de un Estatuto en el que se formulan sus fundamentos ideológicos, se define su estructura orgánica y se enumeran los principios de la organización revolucionaria. En su artículo primero se marca y define la hoja de ruta en los siguientes términos:

Las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia, Ejército del Pueblo, como la expresión más elevada de la lucha armada revolucionaria por la liberación nacional, son un movimiento político militar que desarrolla su acción ideológica, organizativa, propagandística y armada de guerrillas conforme a la táctica de combinación de todas las formas de lucha de masas por el poder para el pueblo.

El dato más significativo de este Estatuto es que el resto de sus 18 artículos están destinados a definir la estructura del grupo, los derechos y deberes de los combatientes, el régimen disciplinario (“la disciplina proletario-militar”), etc., corroborando con ello, una vez más, la importancia que adquieren en los escenarios de la violencia colectiva los mecanismos a pequeña escala.

A la hora de la verdad, en la arena donde se dirime el conflicto siempre hay dos grupos frente a frente, cada uno con su propia dinámica interna (mayor o menor cohesión, determinado estilo de liderazgo, sentimiento y orgullo de pertenencia,

²⁰ El estribillo del himno de las Autodefensas Unidas de Colombia tampoco deja lugar a dudas del “idealismo” que impregna sus actividades criminales: “Con acento sublime entonemos/las notas gloriosas del himno triunfal/por la paz en Colombia, adelante/ ¡Salve! Armas de la libertad. /Sobre el verde esplendor de tu suelo/guerrero soy, valiente y leal; /la justicia y la paz son mi anhelo/ ¡Gloria a las armas de la libertad!”.

clima y atmósfera grupal particular, normas y sanciones, rencillas y luchas por el poder, etc.) en los que lo único que importa es la división “nosotros-ellos”.

En todo caso, y visto el rastro que han dejado tras de sí la defensa de la vida, la honra y los bienes de los campesinos por parte de unos, y la liberación nacional por parte de los otros, que el cielo nos guarde de los ideales y, sobre todo, de los idealistas, porque algunos de ellos “multiplican las oportunidades de ejercer el mal sobre otros seres humanos manteniendo, sin embargo, la buena conciencia” (Del Águila, 2008, p. 38), esa que les ayuda a condonar sus fechorías en nombre de la vida, la dignidad o los bienes de los honrados campesinos mientras pasan a miles de ellos por las armas, como ha sido el caso de las AUC o de las FARC.

El efecto balsámico de los ideales tiene en Adolph Eichmann un ejemplar inesperado pero convencido y, sin lugar a dudas, sincero: se consideraba, cuenta Hannah Arendt, un idealista, una persona que no se conforma con creer en un proyecto, sino que se ha comprometido a vivir para él, y está dispuesto “a sacrificar cualquier cosa en aras a su idea, es decir, un hombre dispuesto a sacrificarlo todo, y a sacrificar a todos por su idea”, incluido a su propio padre, en caso de que se lo hubieran ordenado. He aquí la máxima (y patológica) expresión del idealismo (Arendt, 1999, p. 70). Ese había sido el gran triunfo de Hitler, su capacidad no solo para activar en las masas un sentimiento de traición, amargura y pérdida de autoestima colectiva; no solo para inocular un odio elemental, dice el gran historiador británico Ian Kershaw en la que puede ser considerada como la biografía más completa del líder nazi, sino para inculcar la “esperanza de una sociedad nueva. De una comunidad nacional que superaría todas las divisiones sociales existentes”, de una sociedad justa, igualitaria, en la que los pequeños y los humildes tendrían un lugar privilegiado y “en la que los derechos del individuo estarían subordinados al bien común” (Kershaw, 2002, p. 432).

No deja de resultar llamativo que todos los idealistas estén dispuestos a sacrificarlo todo por conseguir su meta, con independencia del color político al que se adscribieran. Lo han hecho siguiendo una ruta que tiene las siguientes paradas:

1. *Creencia en la superioridad del endogrupo.* Cuando Susan Fiske se pone manos a la obra para analizar el contenido de los estereotipos distingue dos criterios en torno a los cuales se originan y se desarrollan: la percepción de

competencia, estatus y poder de un grupo, y de su calidez y afectividad en las relaciones interpersonales. Entre sus conclusiones hay una que resulta muy pertinente en nuestro caso: ningún grupo, salvo naturalmente los nuestros, son valorados de manera positiva (alta) en ambas dimensiones (Fiske, Cuddy, Glick y Xu, 2002). Muchos años antes, William Sumner (lo hemos comentado en páginas anteriores) había acuñado el concepto de “etnocentrismo”, que recogerían posteriormente Adorno y sus colegas a la hora de definir la personalidad autoritaria, para delimitar un hecho que ha llenado la historia de dolor y destrucción: “todo grupo tiende a fomentar su propio orgullo y vanidad, se jacta y alardea de ser superior, glorifica a sus dioses y mira con desprecio a los extraños. Todo grupo cree que sus tradiciones y costumbres son las correctas y muestra desdén respecto a las de otros grupos. Esas diferencias se saldan con insultos que llevan la marca del desprecio y la abominación” (Sumner, 1906, p. 14). El endogrupo como medida de todas las cosas.

2. *Sentimiento de injusticia*. Ha sido en el campo de la violencia terrorista donde con más claridad ha sido identificado este componente del fondo ideológico. En este campo se suele aludir casi siempre a una “*lista de agravios y humillaciones* de las que son o fueron víctimas las comunidades de referencia de los terroristas o la sociedad en su conjunto” (De la Corte, 2006, p. 236).

3. *Vulnerabilidad*. Forma parte de las cinco “creencias peligrosas” que fomentan el conflicto intergrupar (Eidelson y Eidelson, 2003). En su acepción grupal, la vulnerabilidad alude al constante sentimiento de miedo y amenaza que caracteriza la vida y la visión del mundo de determinados colectivos y cuya manifestación más importante es un pensamiento catastrofista en el que los peores escenarios imaginados están presididos por la lógica inexorable de lo inevitable, originando una real o imaginaria historia colectiva de sufrimiento y devastación (Eidelson y Eidelson, 2003, p. 186).

4. *Desconfianza*. La violencia de género echa sus primeras raíces en la percepción de supuestos engaños, ofensas, traiciones, etc., por parte de la pareja. La violencia intergrupar sigue el mismo camino. En el primer caso hablamos de un “sesgo egocéntrico” (Beck, 2003, p. 58); en el segundo, de “sesgos

intergrupales” (Dovidio y Gaertner, 2010)²¹. En ambos, la relación se ve alterada por un pensamiento simplista, distorsionado y rígido presidido por la “imagen especular”: todo lo malo que percibo en el otro o en el exogrupo (hostilidad, avaricia, ingratitud, injusticia, crueldad, etc.) es la cara oculta de nuestras virtudes. La desconfianza atribuye a la otra persona intenciones malignas respecto a nosotros, o al exogrupo respecto al endogrupo, en unos términos muy cercanos a la paranoia colectiva a la que nos hemos referido en páginas previas (Eidelson y Eidelson, 2003). Robert Merton (1964) habla de una especie de “alquimia moral mediante la cual el intragrupo trasmuta fácilmente la virtud en vicio y el vicio en virtud, según lo pida la ocasión”, y así es como “la misma conducta debe ser valorada de manera diferente según la persona que la exhiba” (p. 426).

5. *Indefensión*. La idea original de la indefensión propuesta por Martin Seligman (1981) como un estado psicológico que sobreviene cuando, hagamos lo que hagamos, “siempre ocurrirá lo mismo” (p. 27), admite dos matices que adquieren un especial relieve en el caso de la violencia intencional. En el primero de ellos, la indefensión sobreviene como consecuencia de un agente externo que impide que suceda algo distinto de lo habitual, de lo deseable o de lo que, en justicia, debiera suceder. La indefensión se hace presente cuando una persona se ve impedida para controlar sus respuestas o conseguir sus metas. El segundo de los matices nos conduce de manera directa a la violencia colectiva a través del “acaparamiento de oportunidades”, al que ya hemos aludido. Este está protagonizado por los que Tilly denomina “emprendedores políticos”, verdaderos especialistas en activar líneas divisorias, en avivar las dimensiones pasionales de la pertenencia grupal. Estos “desempeñan un papel crucial en la activación, la conexión, la coordinación y la representación de los participantes en los enfrentamientos violentos” (Tilly, 2007, p. 33). Ellos son los verdaderos “especialistas en la violencia”: mercenarios,

²¹ La definición que ambos autores, dos de los más reconocidos expertos en el estudio de la cognición social, dan de los sesgos intergrupales, proceso presente en cualquiera de las modalidades que adquiere las relaciones intergrupales, es la siguiente: “una respuesta evaluativa, emocional, cognitiva y conductual improcedente respecto a otro grupo al que devalúa o daña, tanto al grupo como a las personas que pertenecen a él, de manera directa, o indirectamente privilegiando a los miembros del propio grupo” (Dovidio y Gaertner, 2010, p. 1084).

terratenientes, señores de la guerra, tratantes internacionales de armas, dirigentes militares de uno y otro signo político, empresas multinacionales, etc. De todo ello ha habido (y sigue habiendo) en la prolongada historia de la violencia vivida en Colombia (ver a este respecto Duncan, 2006).

Los señores de la guerra en Colombia

Nos referimos a los señores de la guerra cuando la coerción y protección en una sociedad por parte de facciones armadas al servicio de intereses individuales y patrimonialistas es superior a la capacidad del Estado democrático de ejercer un grado mínimo de monopolio de la violencia, y al ser las facciones armadas la principal herramienta de coerción, extracción de recursos y de protección del orden social en una comunidad, es posible concluir que se constituyen en un Estado en la práctica (Duncan, 2006, p. 30).

La indefensión puede adquirir una dimensión colectiva cuando el acaparamiento de oportunidades genera una prolongada privación, desigualdad, deterioro del bienestar y frustración a un conjunto de personas en tanto que y a causa de pertenecer a un determinado grupo o categoría social. Es entonces cuando emerge la percepción colectiva de indefensión e impotencia, que pasa a formar parte de los mecanismos de justificación de la violencia por entender que se está impidiendo el desarrollo o la puesta en práctica de las capacidades que tiene el grupo para lograr sus propias metas o para conseguir aquello que le corresponde por justicia. La eficacia colectiva como atributo grupal abre la puerta a la percepción colectiva de indefensión y a su vez al activismo político, a la acción militante para producir el cambio social (Bandura, 1997, pp. 490-491), entre la cual no cabe descartar el recurso a la violencia (Staub, 1989). En alguna medida, ese fue el resultado de una de las investigaciones de Ted Gurr para corroborar su teoría de la privación relativa: cuando se produce una discrepancia entre las condiciones reales de vida y las condiciones que la gente cree que debiera tener, se incrementa la probabilidad de un estallido violento.

6. *Fines y objetivos*. La grandeza del fin que se persigue y la gloria que nos tiene reservada el futuro justifica el uso de cualquier medio para conseguirla y todos los sacrificios que debamos afrontar en el presente.

Eidelson y Eidelson (2003) resumen de manera muy oportuna el fondo ideológico en los siguientes términos:

Nosotros somos gente especial que merecemos ocupar la máxima consideración social (superioridad). Sin embargo, se nos ha negado ocupar el lugar que merecemos (injusticia), vivimos en una situación de precariedad y nos estamos acercando, de manera tambaleante, hacia el abismo (vulnerabilidad). ¿Y todo esto por qué? Porque hemos sido reiteradamente discriminados, agredidos y/o traicionados por otros grupos (desconfianza). Debemos unirnos y pasar a la acción de inmediato (p. 189).

Si tomamos como referencia la violencia política, en su expresión más literal, el panorama quedaría definido en los siguientes términos (ver cuadro 1.11).

Cuadro 1.11. Argumentos y creencias legitimadoras de la violencia política

Recursos culturales, ideológicos y simbólicos	Funciones psicosociales
Creencias y argumentos que señalan y critican ciertas injusticias sociales, amenazas o agravios cometidos contra la comunidad de referencia de los actores políticos violentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Activación de sentimientos de frustración e indignación moral.
Creencias y argumentos que identifican a un enemigo institucional o social al que se responsabiliza de tales injusticias, amenazas y agravios y cuya imagen resulta devaluada hasta el punto de su deshumanización o demonización.	<ul style="list-style-type: none"> • Desplazamiento de la responsabilidad por las agresiones cometidas. • Inhibición de posibles reacciones de empatía hacia posibles víctimas de la propia violencia. • Activación de sentimientos de odio y deseos de venganza.
Creencias y argumentos que expresan una identidad social positiva común a los actores políticos violentos y a su comunidad de referencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del grupo violento con los intereses y valores de la comunidad de referencia. • Difusión de la responsabilidad individual por las acciones violentas. • Desarrollo de reacciones de solidaridad y simpatía por parte de los miembros de la comunidad de referencia.
Creencias y argumentos que precisan los objetivos colectivos a los que debe aspirar la comunidad de referencia de los actores políticos violentos y que especifican las actividades (violentas) que se consideran necesarias para alcanzar dichos objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la propia violencia como una actividad necesaria, moral y políticamente justificable.

Continúa...

Recursos culturales, ideológicos y simbólicos	Funciones psicosociales
Creencias y argumentos que predicen un estado futuro en el que los actores políticos violentos habrían alcanzado los objetivos colectivos planteados y perseguidos mediante el uso de la fuerza.	<ul style="list-style-type: none">• Creación de altas expectativas de éxito respecto a los efectos sociopolíticos de la propia violencia.

Tomado de De la Corte, Sabucedo y de Miguel (2006, p. 268).

CONCLUSIONES

La violencia ha sido un acontecimiento ubicuo en la historia de la humanidad y en el desarrollo de las múltiples actividades que el ser humano ha ido estableciendo en cada una de las sociedades. De acuerdo con los expertos, en Colombia se han dado las modalidades más letales de la violencia colectiva: la destrucción coordinada, campañas de aniquilación y el terror conspiratorio, que ha dado lugar a “una guerra sin límites”, en acertada expresión de Martha Nubia Bello, probablemente la más reconocida estudiosa del desplazamiento forzado; una guerra envilecida por la sevicia que ha dejado una profunda huella en todos los escenarios de la vida social y, por descontado, en la vida de millones de personas. Desde la Psicología ni podemos ni queremos mantenernos indiferentes; entre otras razones, porque ningún otro acontecimiento ha originado tanto daño personal, tanta destrucción social, tanta ruina económica y tantos estragos políticos como la violencia, sobre todo cuando esta se hace fuerte en un determinado escenario social, como ha ocurrido en Colombia.

Cuando hablamos de violencia colectiva, nos encontramos frente a acciones que están enmarcadas dentro de una lógica intergrupal, es decir, acciones en las que las personas interactúan en términos de su pertenencia grupal o categorial y en cuyo transcurso las personas ocupan un lugar menos relevante que los grupos a los que pertenecen e interactúan de manera violenta prescindiendo de las respectivas características individuales de los interlocutores, como Henri Tajfel define las relaciones intergrupales. Desde el punto de vista psicológico, la principal característica de estas acciones es el rastro de víctimas que dejan a su paso. Estas, las víctimas, son precisamente el principal objeto del programa de intervención que se desarrolla en la última parte de esta monografía. Aunque nos ocuparemos de ellas en próximos capítulos, conviene adelantar dos importantes consideraciones: a) el daño es la característica

más distintiva de toda acción violenta; b) en el caso de la violencia colectiva, este daño no solo afecta a las personas particulares, sino que, al ser un daño compartido, lastima a la sociedad en su conjunto y a sus estructuras sociales más básicas, aquellas que nos sirven de protección y apoyo, especialmente la familia y la comunidad, escenarios vitales en la sociedad colombiana, que han quedado especialmente afectados, en algunos casos hasta su completa devastación. En último término, en el caso concreto que nos ocupa, la víctima es la propia sociedad colombiana.

Finalmente, cabría recordar que todo acto de violencia lleva dentro de sí una cierta dosis de racionalidad, que lo justifica y lo legitima el interior de la propia persona (del victimario) y del grupo al que pertenece. Todo acto de violencia necesita ir acompañado de su justificación, intenta cubrir la miseria que la acompaña “con la ropa de las justificaciones”, es decir, busca siempre “una justificación frente a la realidad a la que se aplica” e intenta validar sus resultados, de suerte que, a la postre, matar pueda ser considerado como una necesidad social, en palabras de Martín-Baró.

REFERENCIAS

- Adorno, T., Frenkel-Brunwik, E., Levinson, D. y Sanford, R. (1965). *La personalidad autoritaria*. Buenos Aires: Editorial Proyección.
- Aguilar, S., y Funes, J. (2011). De lo macro a lo micro en el análisis relacional de Charles Tilly. En M.J Funes (Ed.), *A propósito de Tilly. Conflicto, poder y acción colectiva* (pp. 77-103). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Allport, G. (1962). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Arendt, H. (1999). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*. Barcelona: Lumen.
- Arendt, H. (2005). *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza.
- Arsuaga, J.L. (2007). *Hombres y Dioses. La naturaleza de la agresividad humana*. Madrid: Discurso de ingreso en la Real Academia de Doctores y Licenciados.
- Asch, S. (1962). *Psicología social*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bandura, A. (1973) *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, N. J: Prentice-hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. Nueva York: W.H. Freeman & Co.

- Bandura, A. (1999). Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 193-209.
- Bar-Tal, D. (1996). Las creencias grupales como expresión de la identidad social. En J.F. Morales, D. Páez, J.C. Deschamps y S. Worchele (Eds.), *Identidad social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos* (pp. 255-285). Valencia: Promolibro.
- Bartov, O. (2017). *El ejército de Hitler*. Madrid: La Esfera de los Libros.
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Paidós.
- Bello, M.N. (2013). Presentación. En Grupo Nacional de Memoria Histórica, *¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad* (pp. 19-28). Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Berger, P. y Luckman, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bermúdez, J.A. (2004). Implicaciones psicosociales del conflicto armado en los jóvenes. En M.N. Bello (Ed.), *Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo* (pp. 219-231). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ACNUR.
- Blanco, A. (2008). La condición de enemigo. En M. Cancio y L. Pozuelo (coords.), *Política criminal en vanguardia. Inmigración clandestina, terrorismo, criminalidad organizada* (pp. 257-305). Madrid: Thomson-Civitas.
- Blanco, A. (2005). Obediencia, desindividuación e ideología: el drama de la libertad. En A. Blanco, R. del Águila y J.M. Sabucedo (Eds.), *Madrid 11-M. Un análisis del mal y sus consecuencias* (pp. 153-187). Madrid: Trotta.
- Borja-Orozco, H., Barreto, I., Sabucedo, J.M. y López, W. (2008). Construcción del discurso deslegitimador del adversario: Gobierno y paramilitarismo en Colombia. *Universitas Psychologica*, 7, 571-583.
- Castillo, A. (2004). El desplazamiento como fenómeno socioeconómico ligado a la concentración del poder sobre la tierra. En M.N. Bello (Ed.), *Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo* (pp. 155-162). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ACNUR.
- Castaño, B.L. (2004). A propósito de lo psicosocial y el desplazamiento. En M. N. Bello (Ed.), *Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo* (pp. 197-204). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Corporación Nacional de Reparación y Conciliación (1996). *Informe de la Comisión Nacional de la Verdad y Reconciliación*. Santiago de Chile: Corporación Nacional de Reparación y Conciliación.

- Crutchfield, R. & Wadsworth, T. (2003). Poverty and Violence. En W. Heitmeyer & J. Hagan (Eds.), *International Handbook of Violence Research* (pp. 67-82). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Davies, A. (2017). Psicología social de la violencia: procesos movilizadores de los victimarios. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología.
- Del Águila, R. (2008). *Crítica de las ideologías. El peligro de los ideales*. Madrid: Taurus.
- De la Corte, L. (2006). *La lógica del terrorismo*. Madrid: Alianza.
- De la Corte, L., Sabucedo, J.M. y de Miguel, J. (2006). Tres hipótesis sobre las causas de la violencia política y sus supuestos psicosociales. *Estudios de Psicología*, 27, 251-270.
- Dovidio, J. F. & Gaertner, S. L. (2010). Intergroup bias. En S.T. Fiske, D.T. Gilbert & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 1084-1121). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Duncan, G. (2006). *Los señores de la guerra*. Bogotá: Planeta.
- Eidelson, R. & Eidelson, J. (2003). Dangerous Ideas. Five Beliefs That Propel Toward Conflict. *American Psychologist*, 58, 182-192.
- Estudios Centroamericanos (ECA) (1997). *La cultura de la violencia en El Salvador. La violencia y su magnitud, sus costos y los factores posibilitadores*. Número monográfico, 588. San Salvador: UCA Editores.
- Fishbein, M. (1979). A Theory of Reasoned Action: Some Applications and Implications. En H. Howe (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1979* (pp. 65-116). Lincoln, NE.: University of Nebraska Press.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P. & Xu, J. (2002). A model of (Often Mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 878-902.
- Foster, H., Brooks-Gunn, J. & Martin, A. (2007). Poverty/Socioeconomic Status and Exposure to Violence in the Lives of Children and Adolescents. En D. Flannery, A. Vazsonyi & I. Waldman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp. 664-687). Cambridge: Cambridge University Press.
- Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27, 291-305.
- González, D. (2009). Apuntes sobre la reparación judicial en el marco de la Ley de Justicia y Paz. En D. González, F. Perdomo y C. Mariño, *Reparación judicial, principio de oportunidad e infancia en la Ley de Justicia y Paz* (pp. 13-75). Bogotá, D.C.: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH (GTZ).
- Gould, R. (1999). Collective Violence and Group Solidarity: Evidence from a Feuding Society. *American Sociological Review*, 64, 356-380.

- Grupo de Memoria Histórica (GMH). (2013) *¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad*. Bogotá, D.C.: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Gurr, T. (1970). *Why Men Rebel*. Princeton: Princeton University Press.
- Hackney, S. (1969). Southern Violence. *American Historical Review*, 74, 906-925.
- Heitmeyer, W. & Hagan, J. (Eds.). (2003). *International handbook of violence research*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hinde, R. (1977). *Bases biológicas de la conducta social*. México: Siglo XXI.
- Hobsbawm, E. (1983). *Rebeldes primitivos*. Barcelona: Ariel.
- Human Rights Watch (2004). *Aprenderás a No Llorar. Niños combatientes en Colombia*. Bogotá, D.C.: Gente Nueva.
- Kelman, H. & Hamilton, L. (1989). *Crimes of Obedience. Toward a Social Psychology of Authority and Responsibility*. New Haven: Yale University Press.
- Kershaw, I. (2002). *Hitler (I). 1889-1936*. Barcelona: Península.
- Kramer, R. & Jost, J. (2003). Close Encounters of the Suspicious Kind. Outgroup Paranoia in Hierarchical Trust Dilemmas. En D. Mackie & E. Smith (Eds.), *From Prejudice to Intergroup Emotions. Differentiated Reactions to Social Groups* (pp. 173-189). N.Y.: Psychology Press.
- Lewin, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lewin, K. (1948). *Resolving Social Conflicts*, Londres: Harper & Row.
- Linton, R. (1942). *Estudio del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Machado, A. (2004). Tenencia de tierras, problema agrario y conflicto. En M.N. Bello (Ed.), *Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo* (pp. 81-96). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/ACNUR.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología. Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder. Psicología social desde Centroamérica (II)*. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Médicos Sin Fronteras (2013). *Las heridas menos visibles: Salud mental, violencia y conflicto armado en el sur de Colombia*. Bogotá, D.C.: MSF.
- Merton, R. (1964). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Milgram, S. (1980). *Obediencia a la autoridad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Minsalud (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud.
- Mirazón-Lehr, M., Rivera, R. et al. (2016). Inter-group violence among early Holocene hunter-gatherers of West Turkana, Kenya. *Nature*, 529, 394-398.

- Naciones Unidas (1993). *De la locura a la esperanza. La guerra de 12 años en El Salvador. Informe de la Comisión de la Verdad*. San Salvador: Arcoiris.
- Naciones Unidas (2004). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Nueva York: ONU Mujeres.
- Neitzel, S. & Welzer, H. (2012). *Soldados del Tercer Reich. Testimonios de lucha, muerte y crimen*. Barcelona: Crítica.
- Nisbett, R. & Cohen, D. (1996). *Culture of Violence. The Psychology of Violence in the South*. Oxford: Westview Press.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (ODHAG) (1998). *NUNCA MÁS. Impactos de la violencia*. Guatemala: Arzobispado de Guatemala.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: OPS.
- Oz, A. (2003). *Contra el fanatismo*. Madrid: Siruela.
- Pinker, S. (2012). *Los ángeles que llevamos dentro*. Barcelona: Paidós.
- Ross, M. (1995). *La cultura del conflicto Las diferencias interculturales en la práctica de la violencia*. Barcelona: Paidós.
- Sala, N., Arzuaga, J. L., Pantoja-Pérez, A., Pablos, A., Martínez, I., Quam, R. M. & Carbonell, E. (2015). Lethal interpersonal violence in the Middle Pleistocene. *PLoS ONE*, 10, 1-12.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión*. Barcelona: Debate.
- Sherif, M. & Sherif, C. (1953). *Groups in Harmony and Tension*. Nueva York: Harper.
- Shils, E. & Janowitz, M. (1948). Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II. *Public Opinion Quarterly*, 12, 280-315.
- Sierra, A. (2004). El rostro anónimo de los desplazados. En M.N. Bello (Ed.), *Desplazamiento forzado. Dinámicas de guerra, exclusión y desarraigo* (pp. 417-420). Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia/ACNUR.
- Staub, E. (1989). *The Roots of Evil. The Origins of Genocide and Other Group Violence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stewart, A. & McDermott, C. (2004). Gender in Psychology. *Annual Review of Psychology*, 55, 519-544.
- Sumner, W. (1906). *Folkways. A study of sociological importance of usages, manners, customs, mores and morals*. Boston: The Ateneum Press.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona. Herder.
- Tilly, C. (2007). *Violencia colectiva*. Barcelona: Hacer.
- Tittle, C., Vilemez, W. & Smith, D. (1978). The Myth of Social Class and Criminality. *American Sociological Review*, 43, 643-656.
- Turner, J. (1990). *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Morata.

- Uribe, M.V. (2004). *Antropología de la Inhumanidad: Un ensayo interpretativo del terror en Colombia*. Bogotá, D.C.: Grupo Editorial Norma.
- Villoro, L. (2007). *El concepto de ideología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Waldman, P. (2007). Is There a Culture of Violence in Colombia? *International Journal of Conflict and Violence*, 1, 61-75.
- Weber, M. (1964). *Economía y sociedad*. **México**: Fondo de Cultura Económica.
- Zimbardo, P., Haney, C., Banks, W. & Jaffe, D. (1986). La Psicología del encarcelamiento: privación, poder y patología. *Revista de Psicología Social*, 1, 95-105.
- Zimbardo, P. (2007). *El efecto Lucifer. El porqué de la maldad*. Barcelona: Paidós.

**PARTE 2. VIOLENCE IN THE
WORKPLACE: SOME CRITICAL
ISSUES LOOKING AT THE HEALTH
SECTOR**

Received:
19 September 2018
Revised:
22 January 2019
Accepted:
25 February 2019

Cite as:
Rubén Blanco Escribano,
Juan Beneit,
Jose Luis Garcia. Violence in
the workplace: some critical
issues looking at the health
sector.
Heliyon 5 (2019) e01283.
doi: [10.1016/j.heliyon.2019.e01283](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283)



Review Article

Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector

Rubén Blanco Escribano^{a,*}, Juan Beneit^b, Jose Luis Garcia^b

^a *DNP, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, 28034, Spain*

^b *Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n, Ciudad Universitaria, Madrid, 28040, Spain*

* Corresponding author.

E-mail address: rubenblanco_1177@hotmail.com (R.B. Escribano).

Abstract

Background: The literature on occupational violence and even more the literature on violence against nurses in health settings have evidenced inconsistencies regarding how workplace violence has been conceptualized.

Purpose: To review and discuss some inconsistencies regarding how workplace violence against nurses in health settings has been conceptualized paying special attention to the challenges posed to the health of nurses stemming from patients, visitors or co-workers.

Method: Review of data of the European Working Conditions Surveys, and National Surveys on Working Conditions in Spain.

Discussion: It is necessary to overcome these conceptual inconsistencies on violence in order to carry out intervention programmes based on solid theoretical grounds.

Conclusions: Violence against nurses takes place within an organisational climate defined by role relationships. The organizational climate can either reduce the likelihood of violence or, on the contrary, instigate violent behaviors.

Keyword: Health profession

1. Introduction

Interpersonal violence is an ubiquitous event in human history, at least since 436,000 years ago (Sala et al., 2015). Part of this violence occurs in the workplace and has evolved in becoming a global problem, and in many countries, it represents a national epidemic (Center for Disease Control, 1992). Through voluntary acts of physical and verbal violence and intimidation at work, violence threatens the well-being of the workers as well as that of the organization they belong (Robinson and Bennett, 1995, p. 556). It affects the dignity of millions of people worldwide, causes emotional injuries among the victims (Chappell and Di Martino, 2006, p. 17), and becomes the “major source of inequality, discrimination, stigmatization and conflict at the workplace” (International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, 2002, p. 1). Some of these violent acts are directed against those professionals who are in charge of our health care. These professionals, frequently, are “among the first to see victims of violence” (Resolution WHA49.25. World Health Organization, 2002, p. xx), for all in the Emergency Departments (e.g., Ramacciati, et al., 2018) and in the Psychiatry Departments (e.g., Spector et al., 2014). Ironically, helping people at risk and providing health to others becomes a dangerous occupation for the providers (e.g., Anderson and West, 2011; Flannery, 1996). Consequently, health-care settings become violence-prone workplaces, and health workers are frequently “assaulted and unheard” (Brophy et al., 2017) becoming their “wounded heroes” (Angharad et al., 2018, p. 18), but heroes without glory, and in most cases without support from the organization.

This, of course, supposes that on this sector, as in many other research realms, there are open questions that are amenable to debate. In this article we will deal with the following three: a) the concept of violence itself; b) the critical view of the cultural background as a framework to analyze data culled from different countries; and c) the need to pay special attention to the challenges posed by violence stemming from patients, visitors or co-workers to the health of nurses. All of these issues come together in one practical application: all of them are necessary for the design and implementation of effective intervention programmes.

2. Main text

2.1. The need to clarify the concept of violence

One of the open questions on workplace violence goes back to the definition of the concept. Many outstanding scholars of workplace violence (e.g., Chappell and Di Martino, 2006; Hershcovis et al., 2007; Schat et al., 2006) as well as of violence in health settings (e.g., Farrell, 1997; Hahn et al., 2008; Taylor and Rew, 2010) note the inconsistencies in the literature regarding how workplace violence has

been conceptualized and operationalized (Ferns, 2007, for instance, list 11 theories to address the aggression in the Emergency Departments). It is, then, difficult to compare, with some degree of confidence, the data gathered in the last twenty years of research in order to carry out intervention programs. This is the point: if we have as the main objective to implement prevention or intervention strategies to deal with the violence in health settings, the understanding of theories can help staff, managers, and social and political leaders to gain an insight in two areas: the personal motivation that drives violent behaviour, and organisational strategies to manage the risk factors (Ferns, 2007, p. 194). However, in spite of the inconsistencies in the literature, if we take as a starting point the work of significant scholars in the study of violence in such fields as political science (e.g., Tilly, 2003), ethology (e.g., Hinde, 1974), psychology (e.g., Anderson and Bushman, 2002; Berkowitz, 1993), criminology (e.g., Farrington, 2007) or sociology (e.g., Elwert, 2003), these inconsistencies begin to dissipate. Among these authors, there is a growing consensus in defining violence by taking into account the following criteria: intentionality, hurt, the role of the situation, intergroup and intercategory dynamics, the normality of the perpetrators, and the underlying ideology. Three of these criteria are particularly relevant when trying to explain violence against health workers who are at special risk during their professional career, in particular nurses.

Of the above, the most important is harm. Harm characterizes violence as a specific type of aggression: “the most basic definition of violence is behaviour that is intended to cause, and that actually causes physical or psychological injury” (Farrington, 2007, p. 19) challenging the safety, well-being and health of the nursing professional (European Agency for Safety and Health at Work, 2010, p. 16), and also the functionality of the organization (Chappell and Di Martino, 2006, p. 32. See also Neuman and Baron, 1998; Robinson and Bennett, 1995).

Secondly, a significant part of our behaviors fall squarely within the context of an intergroup of inter-category framework of reference (Tajfel, 1981). Patients and visitors (the main actors in the occupational violence inside the health sector) perceive health professionals (nurses and doctors) as people belonging to a particular group that perform distinct tasks. Thus, violence against health professionals, and in particular against nursing professionals, is staged in an intersubjective arena where role relationships are played out. For this reason, and in consonance with World Health Organization (2002, p. 215), violence against nurses can be considered as a form of violence perpetrated by people who identify themselves as members of a transitory group (especially patients and/or relatives) against another individual who is clearly perceived as belonging to the health staff in order to achieve specific objectives.

Role performance always occurs within a specific social environment. The relationship between violence and the social climate inside the work organization becomes

the third feature of workplace violence in health settings. The perceived climate of a work setting (Spector et al., 2007, p. 119) may create conditions that can facilitate or inhibit violence and aggression in the work place (Kessler et al., 2008, p. 108). Thus, the social environment can become a significant predictor of the antisocial behavior. There is ample evidence that underscore how, in some instances, the organisational climate can reduce the likelihood of violence and, in other instances, how some organisational features or environment can prompt violent behaviors (e.g. Agervold and Andersen, 2006; Hepworth and Towler, 2004; Kessler et al., 2008). Workplace aggression does not occur in a social vacuum. It happens in relation to the organizational and psychosocial factors (organizational climate, supervisory style, interpersonal relationships, etc.) that contribute to its occurrence (e.g., Camerino, et al., 2008; Hahn et al., 2008; Hershcovis et al., 2007).

The role relationships, the organization patterns, the social climate in health settings, the supervisory style, the interpersonal factors, among other characteristics, all shape the main theories that have addressed the study of violence against nurses in emergency settings (Ramacciati et al., 2018). After reviewing many studies these authors conclude that the majority of violent incidents arise “from the interaction of a number of factors related to the ED, the institutional organization, the situation, the staff member, the perpetrator and the interaction between them” (p. 11). This position is consonant with the psychosocial tradition that undergirds this article.

In sum, violence in the health sector against nurses refers to intentional verbal and physical actions (verbal abuse, physical assaults, harassment, bullying, intimidation, threatening, discrimination, etc.) while the health care professional is at work that occurs within a specific organizational climate. Often, it also involves psychological harm for it directly affects the individual’s personal safety, well-being, health, and sense of security. Moreover, the harm accrues to the organization itself for it menaces its own well-being and functioning.

2.2. Method

To address the second aim of this paper, we have reviewed data arising from the European and Spanish surveys. Due either to the lack of quantitative data or to the difficulty in comparing them stemming from major differences the between the monitoring systems of the various member states (Paoli, 1992, p. XI), from 1992 the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, a tripartite European Union Agency, has begun conducting studies on the environment and working conditions found in the member states of the EU. Since 1997, a section on occupational violence has been included in these studies. For the same reasons (need for a comprehensive information on working conditions), Spain, has begun conducting “*Encuestas sobre Condiciones de Trabajo*” (National Surveys

of Work Conditions) since 1987. Nonetheless, it is not until the Fifth Survey that violent conducts in the work place have been taken into consideration.

Because of the large numbers of participants, its cross-cultural nature, the sampling technique utilized, the abundant and pertinent data and the wide multi-country institutional support, the data from the European Working Condition Surveys (EWCS) are unique and of major import. These studies have become a necessary referent when examining occupational violence. Beyond that, from a theoretical viewpoint, the survey is worth to take into account for it calls attention to violence in the workplace and to the working conditions of different occupational settings.

2.3. Findings

While not all of them have been taken into account jointly, throughout the years the following adverse behaviors have been analyzed: verbal abuse, physical violence, threats, intimidation, discrimination, bullying/harassment, humiliating behavior, unwanted sexual attention, and sexual harassment. If we take as a reference point the latest EWCS (43,850 participants from 35 European countries), the present landscape emerges: a) the rate of physical violence shows a decrement (2%) with respect to previous surveys where the rate fluctuated between 4–5%; b) the levels of threats and intimidation remain between 5–6% and 8–9%, respectively; c) age is identified as the main motive for discrimination in the last twenty years; d) gender is clearly implicated: “all adverse social behaviours are experienced by women to a much greater extent than by men, except for threats” (Eurofound, 2016, p. 68); e) verbal violence (11%) is considerably more frequent than physical violence (2%); and f) health professionals are the most exposed to adverse social behaviors. These professionals, together with social services workers, become special targets of verbal abuses (20%), unwanted sexual attention (3%), humiliating behaviors (8%), physical violence (7%), sexual harassment (2%), and bullying (8%) (Eurofound, 2016, p. 68–70). As a whole, one can conclude from these data that workplace violence is not a widespread practice and that, overall, the situation has remained unchanged over the last twenty years.

2.3.1. *The scope of the problem*

While these data do not correspond exactly with those presented by Mayhew and Chappell (2007) in Australia, and those cited by Chappell and Di Martino (2006) in the US, all of these studies converge decisively on the following: health care professions entail a special risk factor, anywhere in the world. They constitute front-line service professions that demand a special direct relationship with patients, and deal with people under stress while working with what is probably the most valuable possession people have, their health. The second finding stems from specific research conducted in the health field: world-wide, nurses constitute the group that is most

affected by violence (e.g., Camerino, et al., 2008; Cornaggia et al., 2011; Hahn et al., 2008; Spector et al., 2014). This has remained unchanged since the pioneer research of Marilyn Lanza (1985), with few exceptions worth noting (e.g., Eker, et al., 2012; Soares et al., 2000).

The same occurs in Spain. According to the Spanish sample that participated in the VI EWCS (3344 workers): a) there is a higher level of verbal violence (7,7%) than physical one (1,2%); b) as is the case in other European countries, health and social services professionals along with public administrators and educators, continue to be the most exposed to verbal aggression (17.9%), gossip or social isolation (12.1%); c) these professionals (9.6%) and those of the public administration (7,8%) are also the most exposed to threats of physical violence, and to physical violence stemming from patients and visitors (6,4% y 5,1% respectively) (Eurofound, 2016).

There are, however, notable differences between countries. Broadly speaking, the rate of workplace violence is higher in Northern European countries than in Southern countries in the following expressions: intimidation (15% in Finland, and 4% in Portugal), sexual harassment, gender and ethnic discrimination (Paoli and Merllié, 2001, p. 28). Bullying and harassment range from 17% in Finland and 12% in the Netherlands to 2% in Italy and Bulgaria (Eurofound, 2007, p. 36). The rate of workers subjected to violence or threats to violence is higher in Scandinavian countries and the Netherlands (10,5% for threats and 8,2% for violence) than in Southern European countries (3,6% and 3,5% respectively) (Eurofound, 2007, p. 36). Levels of exposure to adverse social behaviors are the lowest in Kosovo (3%), Turkey (5%), Cyprus (7%) and Italy (8%), and the highest in Austria (22%) and Finland (21%) (Eurofound, 2012, p. 57).

2.3.2. Damage to health: the main issue

The damage caused for being exposed to violence is its major feature. In the EWCS, the data on the impact of working conditions on health have been collected through several questions. The most relevant for the purpose of this paper are the following: perceived impact of work on health, perception of health and safety risk because of work, and level of satisfaction with working conditions. According to data gathered from different studies, the rate of workers that perceive a negative impact of work on their health has varied: 31,1% in all of the European Union in the I EWCS (1992); 57% en the II EWCS (1997); 60% in the III EWCS (2001), and 25% in the latest EWCS (2016). However, the perception of whether health and safety are at risk in the workplace, and the satisfaction with working conditions has remained constant and at high levels throughout the years. According to the latest EWCS, 78% of workers are satisfied with their working conditions, and the rate of workers reporting very good (53%) and good (25%) health is really high. Regarding subjective well-being (measured through WHO Well-Being Index -WHO-5), the overall average

score for workers in the EU28 is 69 out of a maximum score of 100 —three points higher than in 2010- with men scoring slightly higher than women (70 compared to 68) (Eurofound, 2016, p. 109). Here also we observe striking differences between countries. In the V EWSC, the highest level of low mental well-being are reported in Lithuania (41%), Albania (39%), Turkey (37%), the Czech Republic (32%) and Latvia (32%), and the lowest in the Netherlands, Norway and Spain (10%), Ireland (9%), and Denmark (7%) (Eurofound, 2012, p. 118). It is surprising that countries where the rate of adverse social behaviors is the lowest in the EU are those where workers perceive the greatest risk to their general health and subjective well-being due to the work they do. While the rate of workplace violence in Finland is 15% and in Portugal is 4%, the perception of health and safety at risk in both countries is 35% among women and 20% among men in Portugal, and 17% among women and 15% among men in Finland (Eurofound, 2012, p. 118). In Cyprus, on the other hand, while the workers subjected to adverse social behaviours are around 7% (Eurofound, 2012, p. 57), the perception of health and safety at risk rise up to 22% (p. 118). It is worth noting the positive association between all job quality indices analyzed in the VI EWCS (physical environment, work intensity, working time quality, social environment, skills and discretion, prospects and earnings) and general health and subjective wellbeing. The Social Environment Index plays the most important role in subjective wellbeing, satisfaction with working conditions, overall health, and work engagement (Eurofound, 2016, p. 40). By contrast, transport and health workers report the poorest social environments (adverse social behaviors, and social support from immediate supervisors and colleagues (p. 78).

In the several “Encuestas Nacionales sobre Condiciones de Trabajo” (National Surveys on Work Conditions) carried out in Spain, the study of damage to health have been analysed according to four criteria: occupational accidents, occupational diseases, demand for health care, and the presence of perceived symptoms related to stress. Social services and health and veterinary workers show the highest level of symptoms associated with stress (sleep disturbances, continuous feeling of tiredness, headaches, lack of concentration, memory losses, and irritability). In the III ENCT (1997), that percentage rose up to 16.6%. In addition, the stressors with the greatest impact were poor relations with bosses and partners (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997, p.195). In the VI ENCT, 22.5% of the workers considered that work was negatively affecting their health, a percentage that increased to 28.8% in the case of health professionals, and to 33.1% between truck drivers, taxi drivers and other drivers (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2007, p. 134). Furthermore, health professionals showed the highest level of sleep disturbances (20.2%), headaches (15.3%) and irritability (14.7%) (p.139), all of them symptoms correlated with stress. Regarding the Spanish labour force, 23,3% in the health and social services sector perceive their health status as regular, bad or

very bad, with a clear difference by gender (21.3% of women and 14.2% of men) (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011, p. 53).

2.4. Discussion

Health care professionals and, in particular, nurses are the workers that are most exposed to occupational violence. There is a growing agreement between significant scholars in different research areas to view violence as an intentional action that has physical, psychological and social harm as its goal. To qualify as “sterile” the descriptions offered by those scholars (Albert Bandura, Leonard Berkowitz, David Farrington, Charles Tilly or Robert Hinde, for instance), as Farrell (1997, p. 502) does, is risking not knowing what we are referring to when we talk about violence. To trust only the mere perception and subjective interpretation of the violent act by the victims themselves (Farrell, 1997; Luck et al., 2007; O’Connell et al., 2000), puts us perilously at the border of an extreme psychological reductionism where reality is confused with what people think about it. In the case of the perpetrators, on the other hand, to accommodate reality to what they think about it (i.e. to ideology) has left a malevolent path throughout history.

2.4.1. Challenge to professional nursing and challenge to the health organization

Violence in the workplace has become a global problem crossing country borders and threatening the wellbeing of persons and organizations alike, as we have noted, independently of how many professionals have negative social and psychological outcomes on account of their work. The damage stems both from physical and psychological violence. All physical harm is accompanied inevitably by psychological harm and, in many cases moral harm and a damage to social identity (e.g., Blanco and Blanco, 2019). The systematic review carried out by Needham et al. (2005) identified indeed four types of effects: a) bio-physiological (fear, anxiety, headache, irritability, etc.); b) cognitive (disbelief, threat to personal integrity, and transformed perception; c) emotional (anger, apathy, guilt, helplessness, sadness, etc.), and social (insecurity at work and impaired relationship with colleagues and patients) (p. 286–287). Taken as a whole, these consequences can lead, in certain cases, to PTSD (Needham et al., 2005, p. 285). This is especially true for those professionals who are exposed repeatedly to acts of violence (Winstanley and Whittington, 2002), as is the case with nurses in psychiatric hospitals. Lanza (1985) y Whittington and Wykes (1992) in a couple of seminal articles already alerted us to the emotional impact on this group of professionals. But the damage to the health workers carries with it a damage to the health organization. There is an intimate interdependence and mutual influence between the challenge to the safety, well-being and health of staff, and the harm to the organization. Whenever

a worker is hurt, the functionality of the organization (absenteeism, work dissatisfaction, counterproductive behaviors, desires to quit the job, dismissals, etc.) is affected (e.g., Neuman and Baron, 1998; O'Leary et al., 1996; Pinded and Spector, 2016). For this reason, the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions highly recommends to take social climate (organizational justice, role clarity, mutual trust between management and employees, recognition and good cooperation) into account as “an important aspect of organizational management, as it results in positive outcomes both for the organization and the workers” (Eurofound, 2016, p. 70).

2.4.2. Cultural differences and intercultural coincidences

Data from the different EWCS and the Spanish ENCT accompany the even more conclusive findings of Pinker (2011). Taken as a whole, these studies point to a decrease of violence in different settings of everyday life. However in the studies carried out in health care settings a different picture emerges: violence has increased in society and there has been a similar increase in the health settings (e.g., Aydin et al., 2009; Flannery, 1996; May and Grubbs, 2002; O'Connell et al., 2000). This is not the place to enter into this rather complex debate but, in order to support the first assertion, one has to question Pinker's data. Otherwise, we would find ourselves trapped by the silent and comfortable force of media-fed stereotypes. In reference to the second of our assertions—the increase in violence in the health sector—we are in agreement with two noted authors in the field of violence against nurses: it is obvious that there is an increment in reported incidents, while admitting that “it may be the reporting which is increased rather than the violence” (Winstanley and Whittington, 2004, p. 4. See also Arnetz et al., 2011, p. 930). Most likely, this occurs not only in the UK but in many other countries as well.

In fact, underreporting may be one of the keys in understanding and interpreting some of the most common findings: the notable cross-cultural differences. To invoke such differences may simply be an excuse wielded by some public powers and not a few health managers and supervisors, simply to leave things as they are, due to the difficulties and the political cost in changing them. To interpret these differences as simply cultural differences may betray a comfortable and conservative attitude that prevents finding solutions to real problems linked to violence.

It may be true that some violent acts in health settings are considered an unpleasant part of the job, especially in the psychiatric sector (Poster, 1996), as “normal or unavoidable, as an inevitable risk” (Brohpy et al., 2017, p. 18). It may also be true that violence can be seen as a functional/comprehensible and protective phenomenon (Aberhalden et al., 2002, p. 114), and even that some mental health nurses have a positive view of aggression as is found in China and in UK (Whittington and Higgins, 2002). But all this does not protect from the effects produced by it. Neither

are the consequences neutralized by appealing to the common place and obvious assertion that the meaning of workplace violence is embedded in different social or personal realities. More than “descriptive account of nurses’ collective wisdom” Farrell (1997, p. 502), it is of utmost importance to know what and how nurses feel vis-a-vis specific behaviors exhibited by patients and their relatives, their co-workers and managers. There are sufficient and powerful reasons to conclude that anywhere nurses are victims of violent behavior when feel they threatened, humiliated, despised, harassed, independently of whether they might think that violence is part of their work or is culturally accepted. Cultural meanings can hide and justify actions that militate against the dignity of the person.

Cultural differences related to the meaning of violence should not hide some significant coincidences. The first of them comes from the study conducted by Hahn et al. (2010) in general hospitals in Switzerland: only 7.6% of participants (400 nurses) knew that their hospital had an official policy to deal with patient and visitor violence (p. 3538). This is quite revealing of what occurs in health organizations: not every professional knows of the existence of an official policy against violence; and those that do, do not trust its effectiveness. A second coincidence is provided by the study performed by Ceramidas and Parker (2010): in Australia there are not many health organizations that provide their workers with practical assistance or support in dealing with violent incidents (p. 256). It is quite possible what occurs in Australia may not constitute an exception but the norm in many other countries. In the study carried out by Eker et al. (2012) we find another possible coincidence: 31,7% of the health providers working in state hospitals said they were informed about violent incidents that they suffered, but only 1% report having received adequate support from managers or the institution (p. 24). In short, there is a wide transcultural evidence that reporting an incident is extremely time consuming and, most likely, would not result in any action taken by the hospital managers (e.g., Hibino et al., 2006; May and Grubbs, 2002; Martínez-León et al., 2012; Natan et al., 2011; Sato et al., 2013; Tan et al., 2015).

2.5. Recommendations

1. As we have already noted, violence against nurses should be understood as a way of collective violence (WHO, 2002, p. 215). In this case the emotional impact should be defined as psychosocial trauma (Blanco et al., 2016) rather than a strictly psychic trauma, as it is presently construed.
2. Even though the hurt and emotional impact of violence on health workers has not commanded the attention of many researchers (e.g., Hills and Joyce, 2013), in the future this should be a central research topic.

3. It should be put in place institutional policies of assistance and support against violence and, above all, to endow them with real effectiveness. In other words, it is of utmost importance to recover the trust of nurses in health institutions and organizations they belong or where they work, something that the present research has found wanting in most countries.
4. Following the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound, 2016) is highly desirable to take organizational climate as a framework to explore original forms of intervention.

3. Conclusions

To move ahead, nursing knowledge demands not only data, but levelheaded reflection on some core theoretical issues. One of them is the definition of violence in the health setting. Some clarification concerning the inconsistencies that surround the definition of violence can be achieved if we take into account the proposals of respected scholars in the field.

As any other social action, violence against health professionals and specially, against nurses as the main victims, takes place within an organizational space defined by status and role relationship. Cultural differences should not be an obstacle to hide or to justify the harm that violence produces against health professional, especially against nurses.

Research effort as well as the interest of health institutions and organizations should direct attention on analyzing the damage produced by violence against health providers and furnish means to implement intervention programmes.

If we take into consideration that violence against health professionals can be better understood within the framework of collective violence, it is, then, necessary to approach the consequences of violence from the theoretical perspective of psychosocial trauma.

Declarations

Author contribution statement

All authors listed have significantly contributed to the development and the writing of this article.

Funding statement

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Competing interest statement

The authors declare no conflict of interest.

Additional information

No additional information is available for this paper.

References

- Aberhalden, C., Needham, I., Friedli, T.K., Dassen, T., 2002. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr. Scand.* 106 (Suppl. 106), 110–117.
- Agervold, M., Andersen, L.P., 2006. Incidence and impact of violence against staff on their perceptions of the psychosocial work environment. *Nord. Psychol.* 58 (3), 232–247.
- Anderson, C., Bushman, B., 2002. Human aggression. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 27–51.
- Anderson, A., West, S.A., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in Clinical Neuroscience* 8 (3), 34–39.
- Angharad, R., Morris, L., Smith, J., 2018. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing* 39, 13–19.
- Arnetz, J.E., Aranyos, D., Ager, J., Upfal, M.J., 2011. Development and application of a population-based system for workplace violence surveillance in hospitals. *Am. J. Ind. Med.* 54, 925–934.
- Aydin, B., Kartal, M., Midik, O., Buyukakkus, A., 2009. Violence against general practitioners in Turkey. *J. Interpers Violence* 24 (12), 1980–1995.
- Berkowitz, L., 1993. *Aggression: its Causes, Consequences, and Control*. McGraw-Hill, N.Y.
- Blanco, A., Blanco, R., Díaz, D., 2016. Social (dis)order and psychosocial trauma: look earlier, Look outside, and Look beyond the persons. *Am. Psychol.* 71, 187–198.
- Blanco, A., Blanco, R., 2019. El Modelo del Estado Completo de Salud (MECS) y el trauma psicosocial. In: Amarís, M., Madariaga, C. (Eds.), *Intervenir para reparar: recuperando la dignidad y la salud mental en el contexto de violencia*. Editorial Universidad del Norte, Barranquilla, pp. 139–209.

- Brophy, J.T., Keith, M.M., Hurley, M., 2017. Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *new solutions*. *A J. Environ. Occup. Health Policy* 0, 1–26.
- Camerino, D., Estryng-Behar, M., Coway, M., van der Heijden, B., Hasselhorn, H.-M., 2008. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal study. *Int. J. Nurs. Stud.* 45, 35–50.
- Center for Disease Control (CDC), 1992. *Homicide In the US Workplace: A Strategy For Prevention and Research* (NIOSH Publication No. 92-103). US Government Printing Office, Washington, D.C.
- Ceramidas, D., Parker, R., 2010. A response to patient-initiated aggression in general practice: Australian professional medical organizations face a challenge. *Aust. J. Prim. Health* 16, 252–259.
- Chappell, D., Di Martino, V., 2006. *Violence at Work*, 3th ed. ILO, Geneva.
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F., Barale, F., 2011. Aggression in psychiatric wards: a systematic review. *Psychiatric Research* 189, 10–20.
- Eker, H.H., Özder, A., Tokaç, M., Topçu, I., Tabu, A., 2012. Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. *Arch. Psychiatr. Psychother.* 4, 19–29.
- Elwert, G., 2003. The socio-anthropological interpretation of violence. In: Heitmeyer, W., Hagan, J. (Eds.), *International Handbook of Violence Research*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp. 261–290.
- Eurofound, 2007. *Fourth European Working Conditions Survey*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Eurofound, 2012. *Fifth European Working Conditions Survey*. Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound, 2016. *Sixth European Working Conditions Survey. Overview Report*. Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- European Agency for Safety and Health at Work, 2010. *Workplace Violence and Harassment: A European Picture*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Farrell, G.A., 1997. Aggression in clinical settings: nurses' views. *J. Adv. Nurs.* 25, 501–508.
- Farrington, D., 2007. Origins of violent behavior over the life span. In: Flannery, D., Vazsonyi, A., Waldman, I. (Eds.), *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 19–48.

- Ferns, M.A., 2007. Considering theories of aggression in an emergency department context. *Accid. Emerg. Nurs.* 15, 193–200.
- Flannery, R.B., 1996. Violence in the workplace, 1970-1995: a review of the literature. *Aggress. Violent Behav.* 1, 57–68.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., Halfens, R., 2008. Patient and visitor violence in general hospital: a systematic review of the literature. *Aggress. Violent Behav.* 13, 431–444.
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., y Halfens, R., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J. Clin. Nurs.* 19, 3535–3546.
- Hepworth, W., Towler, A., 2004. The effects of individual differences and charismatic leadership on workplace aggression. *J. Occup. Health Psychol.* 9 (2), 176–185.
- Hershcovis, M., Turner, N., Barling, J., Arnold, K., Dupré, K., Inness, M., Le Blanc, M., y Sivanathan, N., 2007. Predicting workplace aggression: a meta-analysis. *J. Appl. Psychol.* 92 (1), 228–238.
- Hibino, Y., Ogino, K., Inagaki, M., 2006. Sexual harassment of female nurses by patients in Japan. *J. Nurs. Scholarsh.* 38 (4), 400–405.
- Hills, D., Joyce, C., 2013. A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical practice. *Aggress. Violent Behav.* 18, 554–569.
- Hinde, R.A., 1974. *Biological Bases of Human Social Behaviour*. McGraw-Hill, New York.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1997. III Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2007. VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011. VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, 2002. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva: Author.

- Kessler, S.R., Spector, P.E., Chang, C.H., Parr, A.D., 2008. Organizational violence and aggression: development of the three-factor violence climate survey. *Work. Stress* 22, 108–124.
- Lanza, M.L., 1985. How nurses react to patient assault. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 23 (6), 6–11.
- Luck, L., Jackson, D., Usher, K., 2007. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *J. Clin. Nurs.* 17, 1071–1078.
- Martínez-León, M., Queipo, Irurtia, Martínez-León, C., 2012. Análisis medico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla-León (España). *Rev. Española Med. Leg.* 38, 5–10.
- May, D.D., Grubbs, L.M., 2002. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J. Emerg. Nurs.* 28 (1), 11–17.
- Natan, M.B., Hanukayev, A., Fares, S., 2011. Factors affecting Israeli nurses' reports of violence perpetrated against them in the workplace: a test of the theory of planned behaviour. *Int. J. Nurs. Pract.* 17, 141–150.
- Needham, I., Aberhalden, C., Halfens, R., Fischeer, J., y Dassen, T., 2005. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J. Adv. Nurs.* 49 (3), 283–296.
- Neuman, J.H., Baron, R.A., 1998. Workplace violence and workplace aggression: evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *J. Manag.* 24 (3), 391–419.
- O'Connell, B., Young, J., Brooks, J., Hutchings, J., Lofthouse, J., 2000. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J. Clin. Nurs.* 9, 602–610.
- O'Leary-Kelly, A.M., Griffin, R.W., y Glew, D.J., 1996. Organization-motivated aggression: a research framework. *Acad. Manag. Rev.* 21 (1), 225–253.
- Paoli, P., 1992. First European Survey on the Work Environment 1991-1992. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin.
- Paoli, P., Merllié, D., 2001. Third European Survey on Working Conditions 2000. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Pinded, S., Spector, P., 2016. Organizational constraints: a meta-analysis of a major stressor. *Work. Stress* 30 (1), 7–25.

- Pinker, S., 2011. *The Better Angels of Our nature. Why Violence Has Declined.* Penguin Books, London.
- Poster, E.C., 1996. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 10 (6), 365–373.
- Ramacciati, N., Ceccagnoli, A., Addey, B., Lumini, E., Rasero, L., 2018. Violence towards emergency nurses: a narrative review of theories and framework. *Int. Emerg. Nurs.* 39, 2–12.
- Robinson, S.L., Bennett, R.J., 1995. A typology of deviant workplace behavior: a multidimensional scaling study. *Acad. Manag. J.* 38 (2), 555–572.
- Sala, N., Arsuaga, J.L., Pantoja-Pérez, A., Pablos, A., Martínez, I., Quam, R.M., y Carbonell, E., 2015. Lethal interpersonal violence in the middle pleistocene. *PLoS One* 10, 1–12.
- Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., Fukahori, H., 2013. Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 50, 1368–1376.
- Schat, A.C., Frone, M.R., Kelloway, E.K., 2006. Prevalence of workplace aggression in the U.S. Workforce. In: Kelloway, E.K., Barling, J., Hurrell, J.J. (Eds.), *Handbook of Workplace Violence.* Sage, Thousand Oaks, pp. 47–89.
- Soares, J.J., Lakowoko, S., Nolan, P., 2000. The nature, extent and determinants of violence against psychiatric personnel. *Work. Stress* 14 (2), 105–120.
- Spector, P.E., Coulter, M.L., Stockwell, H.G., Matz, M.W., 2007. Perceived violence climate: a new construct and its relationships to workplace physical and verbal aggression, and their potential consequences. *Work. Stress* 21 (2), 117–130.
- Spector, P.E., Zhou, Z.E., Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *Int. J. Nurs. Stud.* 51, 72–84.
- Tajfel, H., 1981. *Human Groups and Social Categories.* Cambridge University Press, Cambridge.
- Tan, M., López, V., Cleary, M., 2015. Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: a qualitative study. *Nurs. Health Sci.* 17, 307–312.
- Taylor, J., Rew, L., 2010. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J. Clin. Nurs.* 20, 1072–1085.
- Tilly, C., 2003. *The Politics of Collective Violence.* Cambridge University Press, Cambridge.

Whittington, R., Higgins, L., 2002. More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatr. Scand.* 106 (Suppl., 412), 37–40.

Whittington, R., Wykes, T., 1992. Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *J. Adv. Nurs.* 17, 480–486.

World Health Organization (WHO), 2002. *World Report on Violence and Health*. WHO, Geneva.

Winstanley, S., Whittington, R., 2002. Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr. Scand.* 106, 144–147.

Winstanley, S., Whittington, R., 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Issues Clin. Nurs.* 13, 3–10.

**PARTE 3. LA INVESTIGACIÓN DE
LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO
SANITARIO: EL PROBLEMA DEL
MÉTODO**

Artículo en fase de revisión en la revista “Rol de Enfermería”.

Autores:

Rubén Blanco Escribano

(Hospital Universitario Ramón y Cajal).

Juan Vicente Beneit

(Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid).

Autor para correspondencia:

Rubén Blanco Escribano

Correo electrónico:

rubenblanco_1177@hotmail.com

Conflicto de intereses:

Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Financiación:

No existen fuentes de financiación públicas ni privadas.

Resumen:

La violencia supone un acontecimiento omnipresente en muchos de los escenarios en los que se desenvuelve la vida diaria de las personas. Uno de estos escenarios es el entorno laboral, y más concretamente, el entorno sanitario. La gran cantidad de instrumentos que se utilizan para su estudio, muchos de ellos no estandarizados, supone un problema, no sólo desde el punto de vista metodológico, sino a la hora de diseñar medidas de actuación y prevención contra las agresiones en el sector sanitario debido a la dispersión de los resultados.

Palabras clave: Metodología, Violencia, Agresiones, Enfermería, Cuestionarios.

Abstract:

Violence is an omnipresent event in many of the settings in people's daily lives. One of these settings is the work environment, and more specifically, the healthcare environment.

The large amount of instruments used to study this kind of violence is a problem, not only from a methodological point of view due to the lack of a

standardized method for its study, besides for implementing action and prevention strategies against attacks in the health sector.

Key words: Methodology, Violence, Aggressions, Nursing, Questionnaires.

La investigación de la violencia en el entorno sanitario: el problema del método

La violencia siempre ha formado parte de la vida laboral y ha llegado a convertirse en “un problema mundial que atraviesa fronteras, contextos de trabajo y grupos profesionales” (Organización Internacional del Trabajo – OIT-, Consejo Mundial de Enfermeras – CME-, Organización Mundial de la Salud –OMS-, e Internacional de Servicios Públicos –ISP, 2003, p. 1). En el sector sanitario, sin embargo, este hecho no despertó el interés de los investigadores hasta la década de los ochenta. Así lo reflejaba Marilyn Lanza, una pionera en su estudio (a él dedicó precisamente su tesis doctoral en 1982): muy escasa ha sido la atención prestada a las agresiones sufridas por el personal de enfermería a manos de los pacientes, que van desde un lenguaje abusivo a graves agresiones físicas (Lanza, 1985, p. 6). En términos parecidos se manifestaba Elisabeth Poster, otra referencia obligada: al escaso número de estudios en la década de los 80 le ha seguido un rápido crecimiento del cuerpo de investigación a partir de la década de los 90 (Poster, 1996, p. 365), lo que es fiel reflejo de la preocupación despertada por la dimensión y la gravedad del problema. Si en 1988 tan solo se contabilizaban 32 trabajos sobre el tema (Wells y Bowers, 2002, p. 231), hoy son ya incontables, como lo prueban las revisiones sistemáticas de Cornaggia, Beghi, Pavone y Barale (2011), Edward et al. (2015), Hahn, et al. (2008), Hills y Joyce (2013), Pompeii, et al. (2013), Spector, Zhou y Che (2014), Taylor y Rew (2010), y la que

puede ser considerada la monografía de referencia (Chappell y Di Martino, 2006). Este rápido crecimiento ha cumplido una importante función: mediante la evidencia empírica, ha hecho conscientes a los profesionales, a los directivos del sector sanitario y a los responsables políticos de que nos encontramos frente a un problema que constituye “una importante fuente de desigualdad, discriminación, estigmatización y conflicto” en los escenarios laborales (OIT, et al., 2002, p. 1). Pero al mismo tiempo, la rapidez que lo ha acompañado ha podido impedir una necesaria y sosegada reflexión en torno a la naturaleza de la violencia, sus consecuencias desde el punto de vista personal y organizacional, sus estrategias de evaluación, y las medidas para su reducción en el entorno laboral en general, y, de manera particular, en el sector sanitario. Sigue siendo válido a este respecto el diagnóstico que hicieron hace más de veinte años dos de los expertos más reconocidos: uno de los temas pendientes es la necesidad de instrumentos fiables y convenientemente validados (Neuman & Baron, 1998, p. 411) en los que depositen su confianza los investigadores, cabría añadir, algo que parece haber estado lejos en este campo de investigación.

Este artículo tiene como principal objetivo analizar los instrumentos utilizados en la evaluación de la incidencia y la prevalencia de las distintas manifestaciones del comportamiento violento en el entorno sanitario con el fin de señalar los acuerdos y desacuerdos entre ellos, las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos para intentar clarificar este decisivo aspecto de cara a futuras investigaciones.

El (infructuoso) empeño en disponer de un cuestionario propio

El primer hecho que hace acto de presencia cuando se analiza la literatura especializada sobre el tema que nos ocupa es la gran cantidad de investigaciones que, frente a la disponibilidad de instrumentos de medida debidamente validados, han optado por elaborar su propio cuestionario a la hora de analizar la compleja gama de asuntos que rodean la violencia en el entorno sanitario. En la mayoría de las ocasiones, estos cuestionarios tan solo se utilizan para el estudio para el que han sido diseñados. Este es un hecho poco común en el complejo campo de investigación en ciencias de la salud; ni siquiera en la Psicología, donde abundan instrumentos y estrategias, cualitativas y cuantitativas, para el estudio de los múltiples procesos que acompañan al comportamiento humano. Contrasta este proceder con el que normalmente se utiliza a la hora de analizar, en estos mismos estudios, las consecuencias que sobre la salud de los profesionales tienen los comportamientos violentos: en este caso, la mayoría de las veces se opta por escalas plenamente consolidadas, debidamente validadas y ampliamente utilizadas como el “General Health Questionnaire” (GHQ), el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), el “Positive and Negative Schedule Inventory (PANAS), etc., todos ellos, por cierto, validados en castellano. Parece haber, por tanto, una actitud distinta por parte de los investigadores: cuando se trata de analizar la incidencia y prevalencia de las acciones violentas en el entorno sanitario, la tendencia es hacia la construcción y el uso de instrumentos propios; cuando se trata de las consecuencias, la tendencia es confiar en instrumentos ya consolidados.

Por sí mismo, y desde el punto de vista estrictamente metodológico, servirse de un instrumento diseñado para la ocasión no debería suponer merma alguna en el proceso de investigación propiamente dicho. Pero en este tipo de instrumentos suelen concurrir, al menos en este campo, tres características que no deben pasar desapercibidas. La primera de ellas alude a la ausencia generalizada de procedimientos de validación, un aspecto decisivo en cualquier investigación llevada a cabo con la ayuda de un cuestionario, escala, test, etc., ya que es el principal argumento en el que se apoya la interpretación de los resultados y la posibilidad de usarlos de manera pertinente de acuerdo con los objetivos de la investigación (American Educational Research Association –AERA-, American Psychological Association-APA-, & National Council on Measurement in Education-NCME-, 2014). De acuerdo con estas tres instituciones científicas, la validación requiere tres tipos de evidencia: a) sobre el contenido de la prueba a partir del juicio de expertos en torno a los constructos teóricos sobre los que se fundamenta; b) sobre los procesos cognitivos que requieren de los participantes (evidencia sobre el proceso de respuesta); c) sobre su estructura interna (relaciones entre los items y las dimensiones de la prueba a partir de estudios factoriales), y d) evidencia basada en las relaciones con otras variables y/o constructos teóricamente cercanos. El segundo de los rasgos que caracterizan a los instrumentos “ad hoc” en este campo de investigación es la invocación al recuerdo de lo acontecido en el último año (algunos de ellos - Gates, Ross y McQueen, 2006; Kowalenko, et al., 2013; Sato, et al., 2013; Zeng, et al. 2013, por ejemplo- remiten a los participantes a los últimos seis meses o al último mes), y, finalmente, una frecuente ausencia de un marco teórico, e incluso de una definición, respecto a la violencia ocupacional. Todos estos aspectos están presentes en

estudios llevados a cabo en Australia (Farrell, Bobrowski y Bobrowski, 2006), Corea (Yoon, y Sok, 2016), Estados Unidos (Kelly, et al., 2015), Israel (Natan, Hanukayev y Fares, 2011), Japón (Hibino, Ogino e Inagaki, 2006), Polonia (Merecz, Drabek y Moscicka, 2009), Sudáfrica (Khalil, 2009), Taiwan (Wei, Chiou, Chien y Huang, 2016), Turquía (Atan, et al., 2013), o España (Gascón et al., 2009), por mencionar tan solo unos pocos. Además de la ausencia de procedimientos de validación, invocar el recuerdo de los acontecimientos violentos de los que se haya podido ser víctima durante el último año (o incluso durante los dos años de prácticas en el programa de Enfermería – Ferns y Meerabeau, 2008-), puede ser considerado un aspecto especialmente crítico en estas investigaciones. Lo es cuando, en un complejo ejercicio de memoria, se pide a los participantes que recuerden si fueron objeto de acciones violentas una o dos veces, entre tres y cinco, o seis o más veces (p. ej., Kelly, et al., 2015, p. 1113). Y también lo es cuando la única pregunta que se hace se formula en términos tan generales como si “has tenido alguna vez una experiencia de acoso sexual por parte de tus pacientes” (Hibino, Ogino e Inagaki, 2006, p. 401). En un sentido muy parecido proceden Wei, Chiou, Chien y Huang (2016): la evaluación de las distintas variaciones de la violencia la llevaron a cabo mediante tres preguntas: ¿ha sido objeto en el último año de violencia física, amenaza, intimidación, violencia sexual o acoso? (p. 65). En otros casos, las preguntas remiten no tanto a hechos, sino a opiniones muy generales: “¿en qué medida crees que la violencia es un problema en la medicina general?; ¿crees que la violencia en la práctica de la medicina general ha aumentado o disminuido en los últimos cinco años?” (Magin, et al., 2008, p. 338).

Por lo que respecta al marco teórico, mientras que Farrell, Bobrowski y Bobrowski (2006), por ejemplo, insisten en que el concepto de violencia es muy escurridizo (así lo había considerado en un trabajo previo el propio Farrell, 1997, p. 501) y optan por definirla como una falta de respeto para con los otros (p. 779), en otros casos (p.ej., Kahlil, 2009; Merecz, Drabek y Moscicka, 2009, Wei, Chiou, Chien y Huang, 2016) el concepto de violencia se concreta en acciones físicas (sujeciones hostiles, empujones, zarandeos, acosos, destrucción de puertas, cristales, etc.), y verbales (enfados, intimidaciones, malas o miradas de desprecio, bromas irónicas, acusaciones injustificadas, gritos, insultos, etc.), que superan la suave calificación de falta de respeto.

Por otra parte, hay cuestionarios de 104 preguntas aplicados a una muestra de 220 personas (Natan, Hanukayev y Fares, 2011), y cuestionarios de tres sencillas preguntas aplicadas a una muestra de 26,979 (Wei, Chiou, Chien y Huang, 2016). El tamaño de esta última muestra convierte a esta investigación en una referencia, junto con el NEXT-Study realizado en 8 países de la Unión Europea en el que participan 34,107 profesionales de Enfermería (Camerino, et al., 2008). Ambos estudios tienen el mismo objetivo (analizar la incidencia y prevalencia de la violencia contra el personal de enfermería) y se valen además de sendos cuestionarios “ad hoc”. Sin embargo, las preguntas de las que se sirven para obtener la información son distintas. En el estudio llevado a cabo en Taiwán las cuestiones versaban sobre los tres siguientes temas: a) violencia física; b) intimidación o amenazas a la seguridad física de los participantes, y c) violencia verbal, violencia sexual o acoso (todo en el transcurso del último año) contra el personal de enfermería en el entorno hospitalario. En el NEXT-Study se

analizaban las cuatro siguientes acciones: a) acoso por parte de los superiores; b) acoso procedente de los colegas; c) comportamientos violentos por parte de los pacientes o familiares (sin especificar si ese tipo de violencia era física o verbal), y d) discriminación. Además, la muestra de los profesionales no estaba limitada al contexto hospitalario. En ambos casos estamos, sin duda, ante conductas violentas, pero no existe la suficiente equivalencia para poder decir, por ejemplo, que el nivel de violencia sufrido por los varones en la muestra europea del NEXT-Study (28,4%) es prácticamente idéntico al de Taiwán (28,2%), y que, sin embargo, el de las mujeres es mayor en los países europeos (22%) que en Taiwán (18,9%), ya que en el primero no se diferencia entre violencia física y verbal y en el segundo ese 28,2% solo se refiere a la violencia física. Otro tanto ocurre con la conducta de acoso; el estudio de Taiwán lo coloca en el mismo ítem que la violencia verbal y sexual, mientras que el NEXT-Study diferencia entre acoso por parte de los colegas y acoso por parte de los jefes.

Cuestionarios estandarizados

Las dos principales cuestiones críticas relacionadas con los cuestionarios “ad hoc” (su falta de validez y el referente temporal al que remiten el recuerdo de los protagonistas) no pasaron desapercibidas para aquellos autores que se propusieron elaborar un instrumento capaz de evaluar, siguiendo el procedimiento habitual, la incidencia y la prevalencia de los comportamientos violentos en el entorno sanitario. A veces, estas consideraciones fueron el punto de partida a la hora de construir un instrumento de medida; en otros casos, se llegó a ellas tras un periodo de aplicación de

un determinado instrumento (normalmente un cuestionario) convirtiéndose, así, en el punto de llegada.

A la hora de justificar su formulario de incidentes violentos (“Violence Incidence Form”- VIF-), Judith Arnetz, otra de las referencias obligadas en este campo de estudio, parte de un sencillo argumento: el registro regular de los acontecimientos violentos nos da una visión más realista, por su inmediatez, de la violencia a la que están expuestos los profesionales de la salud (Arnetz, 1998, p. 19) ya que el formulario llega a un importante nivel de detalle de acuerdo al siguiente guión: a) lugar en el que trabaja, tipo de trabajo que desempeña y sexo de la víctima; b) fecha, hora y tipo de incidente ocurrido; c) actor del incidente y sus características (edad, sexo, estimación de su estado psicológico); d) lugar en el que ha tenido lugar; e) actividad que lo precedió; f) momento en el que ocurrió; g) expectativa de que pudiera ocurrir; h) si el profesional estaba solo o acompañado cuando ocurrió; i) acción emprendida por la víctima; j) consecuencias. Esta es una estrategia lo suficientemente detallada como para obtener un mapa bastante preciso de los comportamientos violentos acontecidos en un determinado escenario sanitario. Además, podría paliar los sesgos de memoria implicados en muchos de los cuestionarios ad hoc, que, como hemos tenido la oportunidad de observar, remiten por lo general al recuerdo de lo sucedido en el último año. Sin embargo, y a pesar de disponer de buenas propiedades psicométricas, el VIF no ha contado con el beneplácito de los investigadores a juzgar por los escasos estudios que lo han utilizado, por lo que, a día de hoy, sigue habiendo una carencia de investigación empírica apoyada en episodios documentados, más que recordados, de violencia ejercida contra los profesionales de la salud en los escenarios hospitalarios (Arnetz, et al., 2015, p. 339).

En estudios posteriores, la propia autora ha preferido confiar en el registro oficial de los incidentes violentos del que disponen las instituciones hospitalarias (Arnetz, et al., 2011), o los reportados electrónicamente por los profesionales sanitarios al Occupational Health Services (OHS) (Arnetz, 2015). Prescindir del VIF no significa, pues, una renuncia a su planteamiento inicial, sino depositar la confianza en registros todavía más fiables. Ese será también el procedimiento del que se sirvieron Cashmore et al., (2012) para analizar las conductas violentas contra los profesionales sanitarios acontecidas entre el 1 de julio de 2007 y el 30 de junio de 2010 en un servicio de salud penitenciario australiano: trabajar con la información registrada en el “Incident Information Management System” (IIMS), una herramienta del sistema público de salud de Nueva Gales del Sur (Australia).

Una argumentación muy parecida a la empleada por Judith Arnetz es la que utilizan Yudofsky et al. (1986) y Palmstierna y Wisted (1987) a la hora de plantear sendos instrumentos de evaluación de los comportamientos agresivos en los entornos sanitarios (en ambos casos en el entorno psiquiátrico): disponer de un sencillo formulario de incidencias en el que puedan quedar registradas y documentadas las conductas agresivas sufridas u observadas es una estrategia mucho más fiable que los cuestionarios de auto-informe (Yudofsky et al., 1986, p. 35). Para ello proponen una sencilla escala de observación (la “Overt Aggression Scale”-OAS-) en la que al trabajador sanitario, siempre que sea víctima o testigo de un incidente violento, se le pide que anote: a) nombre y género del paciente; b) hora en la que ocurrió el incidente; c) tipo de incidente de acuerdo con un listado de cuatro agresiones verbales, cuatro auto-agresiones físicas, otras tantas agresiones físicas contra objetos, y el mismo

número de agresiones físicas contra otras personas; d) hora en la que ocurrió, y duración; e) listado de acciones emprendidas por la víctima tras el incidente, y f) comentarios (Yudofsky et al., 1986, p. 37). La OAS es fácil de cumplimentar, sus propiedades psicométricas son más que aceptables, y tiene la capacidad de documentar y cuantificar las conductas agresivas sobre acontecimientos realmente ocurridos, aunque siempre queda en el aire la posibilidad, más que probable, de que haya acontecimientos que no se registren, un peligro del que no están exentos prácticamente ninguno de los instrumentos de medida al uso en el campo que nos ocupa.

Palmstierna y Wisted (1987) persiguen un objetivo prácticamente idéntico al del VIF y el OAS: poner a disposición de los trabajadores sanitarios una sencilla escala de observación (“Staff Observation Scale”- SOAS) capaz de dar cuenta de los incidentes agresivos protagonizados por los pacientes psiquiátricos de los que fuera testigo o víctima cualquier miembro de staff sanitario. El punto del que parten es plenamente coincidente con los anteriores: es arriesgado fundamentar un instrumento para medir las acciones violentas en los informes subjetivos (p. 657). El hecho de que esta sea una estrategia frecuentemente utilizada no le añade credibilidad ni elimina los riesgos. El SOAS proporciona cinco categorías de observación: a) qué ha provocado el incidente; b) de qué medios se ha servido el paciente: verbales, físicos, etc.; c) cuál era el objeto de la agresión (ninguno en concreto, un sanitario, otro paciente, otra persona); d) qué consecuencias ha tenido para la víctima, y e) qué ha hecho la víctima para detener la agresión. Estas categorías culminan con una referencia al día y hora en que ocurrió el incidente. Cada uno de los componentes de los tres aspectos centrales (medios, objeto de la agresión y consecuencias) se evalúan en una escala ordinal de 0 a 4 puntos, cuyo

resultado final daría cuenta de la severidad del incidente. A esta primera versión se le añadirán posteriormente dos nuevas categorías: las señales de alarma procedentes del agresor (p. ej., incremento de la ansiedad, muestras de enfado o ira, etc.) (Hallsteinsen, et al., 1998) y la auto-agresión (Nijman, et al., 1999), planteándose como principal objetivo, en ambos casos, mejorar la medida de la gravedad de la agresión. A tal efecto se pide marcar un punto en una línea continua que va de “no grave” a “extremadamente grave” en todas y cada una de las dimensiones del SOAS (Nijman et al., 1999). La aplicación de esta nueva versión (SOAS-R) a un total de 677 episodios registrados en tres centros psiquiátricos holandeses a lo largo de distintos periodos de tiempo (entre 3 y 12 meses) permite a los autores proceder a la validación de la nueva versión de la escala y precisar el nivel de gravedad de cada uno de los componentes de las cinco dimensiones para concluir que el SOAS-R no solo ofrece a los investigadores un instrumento que permite medir de manera fiable los incidentes agresivos, sino que les ofrece además una aproximación precisa de su gravedad (Nijman, et al., 1999, p. 206). El uso de esta escala ha estado muy localizado geográficamente en el norte de Europa y ha sido aplicada de manera prácticamente exclusiva en los servicios de psiquiatría. La revisión de los 37 estudios que la habían utilizado a los 15 años de ser validada (Nijman et al., 2005) ofrece, más allá de sus buenas propiedades psicométricas, algunos resultados de interés. El principal de ellos vuelve sobre uno de los temas críticos en la investigación sobre la violencia en los entornos sanitarios: las diferencias en los niveles de prevalencia por paciente (de 0.4 hasta 59.9 incidentes por paciente anualmente) y por país (alta prevalencia en Suecia y el Reino Unido y mucho más baja en Alemania). Estos resultados podrían sugerir la existencia de criterios culturales diferentes a la hora

de usar la escala, lo que vendría a ser un reflejo de distintas maneras de entender la violencia en los entornos laborales, como han puesto de manifiesto de manera continuada las encuestas europeas sobre las condiciones de trabajo (ver, p. ej., Eurofound, 2016, p. 68). Teniendo en cuenta que la decisión de usarla la toman personas particulares, tampoco es descartable la existencia de criterios personales igualmente diferenciados de lo que es, o no, una acción violenta.

Jansen, Dassen y Moorer (1997), por su parte, diseñan un cuestionario que pretende revelar cómo perciben el fenómeno de la agresión los profesionales de enfermería de los servicios y hospitales psiquiátricos (“Perception of Aggression”: POAS) y la relación que dicha concepción tendría con características personales y ambientales de los participantes (años de experiencia, formación en el manejo de la agresión, edad, tareas a desempeñar, turno, etc.). En su versión original, la POAS constaba de 60 enunciados, que fueron reducidos a la mitad a partir de la aplicación del procedimiento de Mokken para el análisis de las escalas (Jansen, Dassen & Moorer, 1997, p. 53). Los 30 enunciados acabaron agrupados en torno a tres dimensiones. A cada uno de ellos se responde mediante una escala Likert de cinco alternativas que van de “completamente de acuerdo” (5) a “completamente en desacuerdo” (1): a) agresión como una reacción normal a sentimientos de ira o enfado por parte del paciente (12 ítems: p. ej.: la agresión tiene un impacto positivo sobre el tratamiento; es una manera aceptable de expresar el enfado; es una reacción adaptativa a la ira, etc.); b) agresión como una reacción violenta y amenazante (12 ítems: p. ej.: la agresión es una conducta violenta contra los otros o la propia persona; la agresión es un acto de amenaza; la agresión daña a otras personas física o psicológicamente, etc.); c) agresión como una

reacción funcional (6 ítems: p. ej.: la agresión es una expresión emocional, como puede ser reír o llorar; la agresión es una oportunidad para una mejor comprensión de la situación del paciente; la agresión es una manera de auto-protección, etc.).

Aberhalden, et al. (2002) aplicaron el POAS a una muestra de 729 profesionales de enfermería empleados en departamentos de psiquiatría en la Suiza alemana. El análisis de componentes principales redujo a dos las dimensiones previas: a) agresión como un fenómeno disfuncional e indeseable, y b) agresión como un fenómeno funcional y comprensible (p. 114). A partir de estos resultados, Needham et al. (2004) proponen una versión reducida reanalizando los datos de la muestra anterior con el fin de señalar qué ítems muestran una buena estabilidad test-retest y pueden ser incluidos en la versión definitiva. Se mantienen los dos factores, que abarcan el 39,4% de la varianza total, aunque no con las mejores propiedades psicométricas (el coeficiente α de Cronbach es de .69 para el factor 1 y de .67 para el factor 2). Posteriormente, partiendo del POAS, Jansen, Middel & Dassen (2005) desarrollan un cuestionario de 32 enunciados (ítems) (“The Attitudes of Aggression Scale”-ATAS), que aplican a una muestra de 1834 enfermeros y enfermeras empleadas en hospitales psiquiátricos de siete países (Alemania, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Suiza, Noriega y China) en el marco de “European Violence in Psychiatry Research Group” (EViPRG). El análisis de componentes principales reduce los enunciados a 18 y los agrupa de acuerdo con los siguientes criterios: a) agresión como un comportamiento ofensivo en términos de ofensa, daño, comportamiento inaceptable, etc.; b) agresión como un acto comunicativo, como una señal procedente de un paciente indefenso que pretende mejorar la relación terapéutica; c) agresión como un acto destructivo; d) agresión como una acción

protectora del espacio físico o emocional, y e) agresión como un acto intrusivo con la intención de dañar a otras personas (p. 471).

A las consideraciones críticas relacionadas con los cuestionarios “ad hoc”, decíamos al comienzo de este epígrafe, se llegó a veces de manera indirecta tras un periodo de aplicación de los instrumentos diseñados para la evaluación de los comportamientos violentos en el entorno sanitario. Ese fue el caso de la escala sobre percepción de la prevalencia de la agresión (“Perception of Prevalence of Aggression Scale” - POPAS) y de la encuesta sobre la violencia experimentada por los profesionales (“Survey of Violence Experienced by Staff” - SOVES). Como muchos de los instrumentos previamente mencionados, la primera (Oud, 2000) estaba inicialmente pensada para su aplicación en los entornos psiquiátricos, aunque después ha pasado a ser utilizada en otros sectores dentro del campo de la salud. Y también tuvo en su origen como marco de referencia cronológico lo ocurrido en el último año. El cuestionario analiza en qué medida (nunca, ocasionalmente, algunas veces, a menudo, frecuentemente) los profesionales han sido objeto de incidentes de agresión verbal, humillación, conducta agresiva pasiva, conducta agresiva destructiva, así hasta 16 tipos de agresión entre los que se encuentra, como novedad, el intento y la consumación del suicidio. Cada una de estas conductas va precedida de una definición orientativa. A estos 16 posibles incidentes se añaden dos cuestiones finales: bajas por enfermedad en el último año y número de veces/días libres debido a una agresión. Ryan & Maguire (2006) plantean una modificación del POPAS partiendo de una limitación a la que venimos haciendo referencia desde el comienzo de este artículo: el marco temporal al que se pide que se remitan los profesionales sanitarios a la hora de dar cuenta de las

conductas agresivas de que hayan sido objeto. A fin de minimizar los errores en el recuerdo a los que inevitablemente nos somete el paso del tiempo, Ryan y Maguire (2006, p. 109) deciden reducir dicho marco al recuerdo de los incidentes violentos ocurridos durante el mes anterior. Esta modificación da lugar a una nueva denominación de la escala, que pasa a ser conocida como Escala de Agresión y Experiencias Violentas (“Scale of Aggressive and Violent Experiences”: SAVE). Su aplicación a 80 profesionales de la enfermería en los servicios de accidentes y urgencias en Irlanda ofrece resultados extraordinariamente altos en violencia (el 89,2% del personal de enfermería había sido objeto de agresión verbal y el 54.3% de agresión física en el último mes, por ejemplo), que culmina con algunos intentos de suicidio consumados en dos ocasiones (p. 110). Los dos últimos datos (el intento y la consumación del suicidio) resultan sorprendentes, pero, como es obvio, no hay posibilidad de extraer conclusión generalizada alguna a partir de ellos: el número de participantes es muy limitado, la escala no ofrece información clara sobre su validación y es de sobra conocido que el servicio en el que se aplica tiene, junto con el de psiquiatría, los mayores índices de violencia.

Uno de los grupos de investigación más reconocidos en el contexto europeo es el dirigido por Sabine Hahn (e.g., Hahn et al., 2010, 2011, 2012, 2013). La mayoría de sus investigaciones sobre la violencia perpetrada contra los profesionales de la salud por parte de los pacientes y los visitantes (“Patient and Visitor Violence”: PVV) ha utilizado una adaptación al alemán de la encuesta sobre la violencia experimentada por los profesionales (“Survey of Violence Experienced by Staff- SOVES) originalmente propuesta por McKenna (2004). La versión alemana (SOVES-G) incluye

las seis siguientes secciones: a) características y atributos del staff profesional; b) experiencias de PVV a lo largo de la carrera profesional; c) experiencia de amenazas, PVV verbal y física a lo largo del último año; d) experiencia de amenazas, PVV verbal y física a lo largo de la última semana laboral; e) consecuencias de la PVV y sistema de apoyo disponible; e) contenidos de formación y habilidades de intervención a la hora de manejarse con la PVV (Hahn et al., 2010, p. 3357-3358). La validación de la escala corrió a cargo de un panel de ocho expertos en el campo de la agresión en el entorno sanitario procedentes de Alemania, Austria y Suiza (ver procedimiento en Hahn, et al., 2011). El punto clave de la validación del SOVES en alemán (SOVES-G) y su posterior revisión (SOVES-G-R) parten de un supuesto al que venimos prestando atención desde el comienzo de este artículo: la inclusión de una nueva categoría (las experiencias de PVV vividas en la última semana), que permite un recuerdo más preciso y vívido de los acontecimientos, ofrece una comprensión más válida de los incidentes violentos (Hahn, et al., 2010, p. 3537) y posibilita sortear y reducir los sesgos de la memoria y mejorar la calidad de la información proporcionada por los participantes en relación a las características del paciente o visitante agresivo (estado emocional, género, edad, diagnóstico), los procesos organizacionales que pudieran estar en el origen de la acción violenta, y las reacciones subsiguientes a ella. Las preguntas que tienen como marco de referencia los últimos 12 meses corren el riesgo de alterar el proceso del recuerdo (Hahn, et al., 2011, p. 2527).

Aunque no están todas, las que acabamos de mencionar son sin duda las escalas y cuestionarios estandarizados más utilizados para la evaluación de la violencia en los entornos sanitarios. Y si nos hiciéramos la pregunta por lo que cada uno de ellos añade

o aporta como novedad al anterior, encontraríamos muchas dificultades para dar una respuesta convincente. Si exceptuamos la particularidad del POAS, el resto de las escalas, cuestionarios y formularios diseñados para registrar los incidentes violentos tiene un patrón común: formulación de preguntas, con distinto nivel de especificidad, sobre los diferentes tipos y modalidades de violencia, sobre todo violencia física y violencia verbal, y sobre sus consecuencias. Ninguno de ellos hace grandes (ni pequeñas) aportaciones epistemológicas, teóricas o metodológicas al estudio de la violencia en los entornos sanitarios. Dicho de otra manera, ninguno de los cuestionarios descritos añade nada especialmente decisivo ni significativo al propuesto y diseñado conjuntamente por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería y la Internacional de Servicios Públicos (2003). Se trata de un cuestionario de 86 preguntas precedidas de un glosario en el que se definen los principales términos: violencia física, y las diversas manifestaciones de la violencia psicológica: abuso, bullying/mobbing, acoso, acoso sexual, acoso racial y amenaza. Precisamente en torno a esas siete manifestaciones de la conducta violenta queda constituido el núcleo central del cuestionario teniendo siempre como marco de referencia cronológico lo acontecido en el último año, un posible déficit de acuerdo con los argumentos que venimos manejando en este artículo. Al núcleo central se añadirán otros dos bloques de preguntas. En el primero, se recogen los datos personales y profesionales de los participantes, y en el segundo sobre las medidas habilitadas desde la organización sanitaria para hacer frente a la violencia contra los trabajadores. El cuestionario se cierra con tres preguntas abiertas sobre los factores que, desde el punto de vista de los participantes, contribuyen a la violencia física y a la

violencia no física, y en torno a las medidas para reducir ambas manifestaciones. Siendo este un cuestionario diseñado por las cuatro organizaciones internacionales más representativas en el mundo del trabajo y de la salud, hubiera sido esperable una masiva utilización por parte de los investigadores. No ha sido el caso, con las excepciones de rigor (AbuAlRub y Al Khawaldeh, 2013; Esmaeilpour, Salsali y Ahmadi, 2010; Jiao, et al., 2015; Mayorca, Lucena, Cortés y Lucerna, 2013, entre otros), y sería bueno preguntarse las razones por las que esto ha sucedido.

En el panorama español se reproducen las dos tendencias previamente comentadas: investigaciones realizadas mediante cuestionarios carentes de validación y elaborados de manera expresa para una determinada ocasión, que no añaden nada significativo a instrumentos ya validados (Bernaldo de Quirós, et al., 2014; Bernaldo de Quirós, Piccini y Gómez, 2015; Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, 2014; Gascón et al., 2009; 2012; Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea, 2007), y estudios llevados a cabo mediante cuestionarios validados de acuerdo con las pautas marcadas por la metodología al uso (Galián-Muñoz, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2012; 2014; Galián-Muñoz, et al., 2014; Llor-Esteban, et al., 2017; Ruiz-Hernández et al., 2016; Waschglér, et al., 2013a, 2013b).

El primer grupo de trabajos tiene como referente dos cuestionarios, el de Martínez-Jarreta, Gascón, Santed y Goicoechea (2007), y el de Gascón, et al., (2009). El primero, precedida por una definición, evalúa las agresiones físicas, verbales (insultos o injurias) y amenazas (amenaza verbal o comportamiento amenazante) sin aludir al marco temporal al que los participantes han de referirse. El segundo evalúa las mismas conductas procedentes de los pacientes y/o visitantes, pero marcando como límite los

últimos doce meses y pidiendo concreción, mediante una escala tipo Likert, de las veces que ha sufrido cada tipo de violencia: 0 = nunca; 1 = nunca, pero ha sido testigo de que le ha ocurrido a otras personas; 2 = en una ocasión; 3 = en dos o más ocasiones; 4 = en más de cinco ocasiones.

El segundo grupo de trabajos se ha validado en sus investigaciones de ambas escalas convenientemente validadas: una, para analizar la violencia procedente de los compañeros/as y jefes en el marco hospitalario (Hospital Aggressive Behaviour Scale-Co-workers-Superiors – HABS-CS) (Waschler, et al., 2013a), y otra para estudiar la violencia procedente de los usuarios en los entornos hospitalarios (escala de conductas agresivas hospitalarias por parte de los usuarios (Health-care workers Aggressive Behaviour Scale-Users-HASBS-U) (Waschler, et al., 2013b). Ambas escalas tienen excelentes propiedades psicométricas. La primera consta de 17 ítems que se agrupan alrededor de los siguientes factores: a) bullying activo por parte de los jefes; b) bullying personal por parte de los colegas; c) bullying ocupacional pasivo por parte de los colegas; d) bullying ocupacional pasivo por parte de los jefes, y e) bullying relacionado con el trabajo por parte de los colegas (Waschler, et al., 2013b, p. 2401). Por su parte, la HABS-U consta de 10 ítems agrupados en torno a dos dimensiones: violencia física y violencia no física. En este caso, a cada ítem se responde a través de una escala tipo Likert de seis alternativas: nunca, anualmente, cada quince días, mensualmente, semanalmente, diariamente.

Conclusiones

La revisión de los principales instrumentos de medición utilizados en el estudio de la violencia en el campo de la salud, parece mostrar que, a día de hoy, el principal problema no es quizás la necesidad de instrumentos pertinentemente validados como apuntaban en su momento Neuman y Baron (1998), sino la abundancia de ellos, el deseo de diseñar y aplicar instrumentos de medición propios, y el escaso uso que ha hecho de los instrumentos ya validados. Respecto a esta última cuestión, basta acudir a las revisiones sistemáticas que han incluido esta información (el instrumento de evaluación utilizado) entre sus criterios de análisis. La de Hahn, et al. (2008), por ejemplo, abarca 31 estudios en los que han participado 31.004 profesionales sanitarios. De ellos, solamente 6 se han servido de cuestionarios estandarizados (VIF, SOVES, o el cuestionario elaborado por la OIT, OMS, CME y ISP); el resto ha optado por cuestionarios expresamente elaborados para la ocasión. Merece la máxima atención el comentario de los autores respecto a la metodología y al diseño de los estudios: utilizan varios instrumentos, pero tan solo uno de ellos ofrece información sobre la fiabilidad interjueces o entre los observadores (Hahn, et al., 2008, p. 433). La revisión sistemática de Taylor y Rew (2010) está limitada al servicio de urgencias. De los 10 estudios que forman parte de esa revisión, tan solo uno utiliza un cuestionario estandarizado (el SAVE), y ninguno de ellos, subrayan los autores, utiliza el mismo instrumento (p. 1078).

La proliferación de cuestionarios “ad hoc” suele ir acompañada de una escasa aportación teórica o metodológica al estudio de la violencia en el entorno sanitario y

cuestiona la necesidad de que cada investigador elabore su propio instrumento de medición, lo que viene a significar una escasa confianza en los cuestionarios estandarizados y validados existentes en este campo.

El registro regular de los incidentes agresivos protagonizados por los pacientes a través del VIF, del OAS o del SOAS ofrece algunas ventajas. La más importante es que los datos reflejan incidentes realmente ocurridos respecto a los que los sesgos de la memoria juegan un papel mucho menos decisivo, sobre todo si el incidente se registra inmediatamente después de haber ocurrido. Pero le acompañan también algunas debilidades: a) esta tarea no forma parte de las actividades rutinarias; b) requiere una motivación sostenida en el tiempo. En el caso del VIF, la propia autora lo advirtió desde el primer momento: la mayoría de los incidentes se registran en los dos o tres primeros meses; después, la motivación decae y el interés inicial se apaga (Arnetz, 1998, p. 25), finalmente, c) se corre el riesgo de prestar una atención selectiva dejando sin informar de los incidentes aparentemente menores (Nijman, et al., 2005, p. 18), dando lugar a uno de los fenómenos que mayor atención ha recibido en este campo: la ausencia de registros, información o denuncias de los incidentes violentos (Hesketh, et al., 2003; Hibino, Ogino & Inagaki, 2006; Natan, Hanukayev y Fares, 2011; Sato, et al., 2013, entre otros). Sin pretenderlo de manera directa, el POAS y el VIF ofrecen una posible explicación al bajo índice de registro, información o denuncia de las acciones violentas perpetradas contra los profesionales de la salud. Al preguntar directamente a los profesionales por la impresión de que pudiera ocurrir una agresión, el VIF ya adelantaba el argumento de que la presencia de conductas violentas puede formar parte de la “normalidad” de determinados escenarios sanitarios, sobre todo de los que acogen a los

enfermos mentales. Al considerar que la agresión puede ser una reacción funcional, una acción protectora del espacio físico o emocional o una reacción normal a sentimientos de ira o enfado, el POAS da, sin duda, un paso más para poder entender las razones por las que hay una resistencia a la denuncia de los actos de violencia en el entorno sanitario.

Los cuestionarios estandarizados más utilizados (POAS, ATAS, POPAS, SOVES, SAVE y SOVES-G) constan de buenas propiedades psicométricas, pero ninguno de ellos ha sido validado en castellano. Prácticamente todos ellos comparten un guión muy parecido en torno a los tres siguientes aspectos: a) incidencia de diversas modalidades de violencia física y verbal; b) consecuencias, y c) medidas propuestas por la organización sanitaria para afrontar estas situaciones. Las diferencias se dan en los tipos de agresión que analizan y la manera de agruparlos, el servicio sanitario en el que se aplican (hay una clara prevalencia de muestras de los servicios de psiquiatría y salud mental), y la muestra de la que se sirven. Vuelven a coincidir, sin embargo, en un aspecto especialmente sensible desde el punto de vista metodológico: los cuestionarios estandarizados han tendido a modificar su versión original con el fin de reducir el tiempo transcurrido entre el evento y la petición de recordarlo.

En la práctica totalidad de las revisiones sistemáticas se alude a la heterogeneidad de las muestras en cuanto al número de participantes, procedimiento de muestreo, balance por género y sector en el que desempeñan su trabajo (ver, por ejemplo, Edward, et al., 2015, p. 297), aunque son muy escasos los estudios que usan muestras representativas, bien desde el punto de vista nacional o multi-nacional (Spector, Zhou y Che, 2014, p. 74). Esta heterogeneidad no puede ser utilizada como

argumento para justificar la diversidad de métodos e instrumentos de investigación. Pero es justo decir que esta diversidad va acompañada de una considerable convergencia respecto al núcleo central de los respectivos estudios en los tres siguientes aspectos: a) tipos y modalidades de la violencia en los escenarios sanitarios; b) distribución por características demográficas y profesionales, y c) consecuencias. Es precisamente la convergencia en el núcleo duro de la violencia ocupacional en estos escenarios la que hace innecesaria tanta diversidad de instrumentos, sobre todo cuando, como es el caso que nos ocupa, en la mayoría de ellos, especialmente en los cuestionarios “ad hoc”, no se hace aportación significativa alguna al tema central.

Referencias bibliográficas

Abderhalden, C., Needham I., Friedli, T.K., Poelmans, J., & Dassen, T. (2002). Preception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 110-117.

AbuAlRub, R.F., y Al Khawaldeh, A.T. (2013). Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *Journal of Clinical Journal*, 23, 1937-1947.

American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME) (2014). *The Standards for Educational and Psychological Testing*

Arnetz, J. (1998). The Violent Incident Form (VIF): a practical instrument for the registration of violent incidents in the health care workplace. *Work & Stress*, 12, 17-28.

Arnetz, J.E., Aranyos, D., Ager, J., Upfal, M.J. (2011). Development and Application of a Population-Based System for Workplace Violence Surveillance in Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 54, 925-934.

Arnetz, J.E., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M.J., Ager, J., y Luborsky, M. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 338-348.

Atan, S.U., Arabaci, L.B., Sirin, A., Isler, A., Donmez, S., Guler, M.U., Oflaz, U., Ozdemir, G.Y., & Tasbasi, F.Y. (2013). Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*, 882-889.

Bernaldo de Quirós, M., Cerdeira, J.C., Gómez, M.M., Piccini, A.T., Crespo, M., y Labrador, F.J. (2014). Physical and verbal aggression encountered by out-of-hospital emergency responders in the autonomous community of Madrid: differences between urgent and emergent care settings. *Emergencias, 26*, 171-178.

Bernaldo de Quirós, M., Piccini, A.T., y Gómez, M.M. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 52*, 260-270.

Camerino, D., Estryng-Behar, M., Coway, M., van der Heijden, B., & Hasselhorn, H-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies, 45*, 35-50.

Cashmore, A.W., Indig, D., Hamoton, S.E., Hegney, D.H., Jalaludin, B. (2012). Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC Health Services Research, 12*: 254.

Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (2014). *Informe. Grupo de trabajo de agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F., y Barale, F. (2011): Aggression in psychiatric wards: A systematic review. *Psychiatric Research*, 189, 10-20.

Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at Work*. Ginebra: ILO (3ª ed.).

Edward, K-L., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelow, P., y Giandinoto, J-A. (2015). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 289-299.

Esmailpour, M., Salsali, M., Ahmadi, F. (2010). Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International Nursing Review*, 58, 130-137.

Eurofound (2016). *Sixth European Working Conditions Survey. Overview report*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

Farrell, G. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' view. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 501-508.

Farrell, G.A., Bobrowski, C., y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 778-787.

Ferns, T., y Meerabeau, L. (2008). Verbal abuse experienced by nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 436-444.

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., and Ruiz-Hernández, J.A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales

públicos de la región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 279-291.

Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., and Ruiz-Hernández, J.A. (2014). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los servicios de urgencias hospitalarios. Factores de riesgo y consecuencias. *Emergencias*, 26, 163-170.

Galián-Muñoz, I., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y López-García, C. (2014). User Violence and Nursing Staff Burnout: The Modulating Role of Job Satisfaction. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 1-14.

Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, F., Santed, M.A., Casalod, Y., and Rueda, M.A. (2009). Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15, 29-35.

Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Dunha, M.J., Albesa, A., Montero-Marín, J., García-Campayo, J., y Martínez-Jarreta, B. (2012). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3120-3129.

Gates, D.M., Ross, C.S., McQueen, K. (2006). Violence against Emergency Department Workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., and Halfens, R. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by

nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3535-3546.

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., and Halfens, R. (2011). Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R-, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2519-2530.

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2685-2699.

Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 374-385.

Hahn S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2008). Patient and visitor violence in general hospital: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.

Hallsteinsen, A., Kristensen, M., Dahl, A.A., Eilertsen, D.E. (1998). The Extended Staff Observation Aggression Scale (SOAS-E): development, presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 423-426.

Hesketh, K.L., Duncan, S.M., Estabrooks, C.A., Reimer, S.S., Giovanetti, P., Hyndman, K., & Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy*, 63, 311-321.

Hibino, Y., Ogino, K., and Inagaki, M. (2006). Sexual Harassment of Female Nurses by Patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 400-405.

Hills, D., & Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 554-569.

Jansen, G.J., Dassen, T., and Moorer, P. (1997). The Perception of Aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 51-55.

Jansen, G.J., Middle, B., and Dassen, T. (2005). An international comparative study on the reliability and validity of the attitudes aggression scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 467-477.

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q., y Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *British Medical Journal Open*, 5, 1-9.

Kelly, E.L., Subica, A.M., Fulginiti, A., Brekke, J.S., y Novaco, R.W. (2015). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 1110-1122.

Khalil, D. (2009). Levels of Violence Among Nurses in Cape Town Public Hospital. *Nursing Forum*, 44, 207-217.

Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, G.L., Succop, P., y Mentzel, T.K. (2013). Prosepctive study against ED workers. *American Journal of Emergency Medicine*, 31, 197-205.

Lanza, M. L. (1985). How nurses react to patient assault. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 23, 6-11.

Llor-Esteban, B., Sánchez-Muñoz, M., Ruiz-Hernández, J.A., y Jiménez-Barbero, J.A: (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, 33-40.

Martínez-Jarreta, B., Gascón, S., Santed, M.A., y Goicoechea, J. (2007). Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios. Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 128, 207-310.

McKenna, K. (2004). *Study of Work-related Violence*. Committee on Workplace Violence. North Eastern Health Board (Ireland), 1-121.

Magin, P.J., Adams, J., Sibbritt, D.W., Joy, E., y Ireland, M.C. (2008). Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 336-342.

Mayorca, I., Lucena, S., Cortés, M.E., Lucerna, M.A. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 58, 329-258.

Merecz, D., Drabek, M., Moscicka, A. (2009), Aggression at the workplace – Psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 22, 243-260.

Natan, M.B., Hanukayev, A., y Fares, S. (2011). Factors affecting Israeli nurses' reports of violence perpetrated against them in the workplace: A test of the theory of planned behaviour. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 141-150.

Needham, I., Aberhalden, C., Dassen, T., Haug, H.J., & Fischer, J.E. (2004). The perception of aggression by nurses: psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 36-42.

Neuman, J.H., y Baron, R.A. (1998). Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence Concerning Specific Forms, Potential Causes, and Preferred Targets. *Journal of Management*, 24, 391-419.

Nijman, H., Palmstierna, T., Almvik, R., y Stolker, J.J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.

Nijman, H., Muris, P., Merckelbach, H., Palmstierna, T., Wisted, B., Vos, A.A.M., van Rixtel, A., & Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.

Oud, N. (2000). *The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) questionnaire*. Amsterdam: Connecting.

Organización Internacional del Trabajo, Consejo Mundial de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos (2003). *Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud*. Ginebra: OIT, CME, OMS, ISP.

Palmstierna, T., y Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.

Pompeii, L., Dement, J., Schoenfisch, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C., & Lipscomb, H. (2013). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospitals workers: A review of the literatura and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*, 44, 57-64.

Poster, E.C. (1996). A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 365-373.

Ruiz-Hernández, J.A., López-García, C., Llor-Esteban, B., Galián-Muñoz, I., and Benavente-Reche, P. (2016). Evaluation of the users violence in primary health care: Adaptation of an instrument. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16, 295-305.

Ryan, D., & Maguire, J. (2006). Aggression and violence – a problema in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*, 14, 106-115.

Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., y Fukahori, H. (2013). Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1368-1376.

Spector, P.E., Zhou, Z.E., and Che, X.X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72-84.

Taylor, J. L., y Rew, L. (2010). A systematic review of literatura: workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1072-1085.

Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y Jiménez-Barbero, J.A. (2013a). Vertical and Lateral Workplace in Nursing: Development of the Hospital Aggressive Behaviour Scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 28, 2389-2412.

Waschgler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., y García-Izquierdo, M. (2013b). Patients' aggressive behaviours towards nurses: development and psychometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 1418-1427.

Wei, C-Y., Chiou, S-T., Chien, L-Y., y Huang, N. (2016). Workplace violence against nurses- Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 63-70.

Wells, J., & Bowers, L. (2002). How pevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230-240.

Yoon, H.S., y Sok, S.R. (2016). Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical setting. *International Journal of Nursing Practice*, 22, 596-604.

Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., and Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.

Zeng, J-Y., An, F-R., Xiang, Y-T., Qi, Y-K., Ungvari, G.S., Newhouse, R., Yu, S.F., Lai, Y.C., Yu, L-Y., Ding, Y-M., Tang, W-K., Wu, P-P., Hou, Z-J., y Chiu, H. (2013). Frenquency and risk factors of workplace violence on psychiatric nurses and its impact on their quality of life in China. *Psychiatry Research*, 210, 510-514.

**PARTE 4. LA VIOLENCIA EN EL
ENTORNO SANITARIO: UN
MODELO PARA SU ESTUDIO**

En las dos primeras Partes hemos intentado dejar trazado el problema de la violencia. En el primero, lo hemos hecho desde una perspectiva más general, considerándolo como un acontecimiento que ha acompañado al ser humano a lo largo de su historia y que ha afectado de manera negativa a las estructuras políticas, a la vida social y a la salud de millones de personas. En el segundo, nos hemos centrado en la violencia que se perpetra en el entorno laboral, y, más en concreto, contra los profesionales de la salud como paso y condición previa para el desarrollo de un modelo teórico con cuya ayuda se puedan llevar a cabo investigaciones capaces de ofrecernos pautas fiables para el desarrollo de programas de intervención eficaces. Este será el objetivo principal de esta Parte.

Tipología de la violencia en el entorno sanitario

En uno de los compendios de obligada referencia (Flannery, Vazsonyi y Waldman, 2007) observamos que sus capítulos (todos ellos a cargo de reconocidos especialistas) usan, de manera indistinta, los términos “agresión” y “violencia”. Ambos comparten dos características: el daño y la intencionalidad, o, para ser más precisos, la intención manifiesta de causar daño (ver epígrafe “la intención de causar daño” en la Parte 1). En nuestro caso, siguiendo la tendencia más consensuada, hemos optado por el término violencia, porque entendemos que es el que se corresponde de manera inequívoca con las acciones que estamos analizando en esta tesis, y la definimos como una modalidad de la conducta agresiva que se caracteriza por la intención explícita de hacer daño: “la violencia es un tipo de agresión que tiene como objetivo causar un daño extremo (ej. la muerte). Todo acto de violencia supone una agresión, pero muchos ejemplos de agresión no son actos de violencia” (Anderson y Buhsman, 2002, p. 29), tan solo aquéllos dirigidos de manera expresa a causar daño. La violencia es, pues, una

acción en la que se “aplica la fuerza contra alguien de manera intencional, es decir, aquella acción mediante la cual se pretende causar un daño a otra persona” (Martín-Baró, 1983, p. 365). Leonard Berkowitz, se posiciona en esa misma dirección: “emplearé el término ‘violencia’ solo para referirme a una forma extrema de agresión, un intento premeditado de causar daño físico grave. En este orden, la ‘agresión’ no implica perjudicar a alguien salvo que el maltrato fuera intencionado” (Berkowitz, 1996, p. 33). En el capítulo introductorio del “Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression”, Patrick Tolan resume este planteamiento conceptual de manera muy clarificadora: desde el punto de vista legal es necesario diferenciar entre el accidente, la negligencia, la temeridad y una acción agresiva en la que la intención resulta esencial para demostrar que su actor es responsable o culpable (Tolan, 2007, p. 6). Aunque las consideraciones jurídicas no entran dentro de nuestras competencias, es en este último caso cuando estamos hablando propiamente de violencia bajo los supuestos de intencionalidad y daño. Theodor Rippon se suma a esta propuesta en un artículo sobre la violencia contra los profesionales de la salud en un clásico artículo: aunque ambos conceptos, violencia y agresión, son sinónimos, dice, reservamos la denominación de violencia “para aquellos actos de agresión que son particularmente intensos y más atroces, infames y reprensibles” (Rippon, 2000, p. 456). Albert Bandura introduce un matiz: es necesario diferenciar la agresión instrumental (la violencia como medio para la consecución de una determinada meta) de la agresión hostil (una violencia final) cuyo único propósito es infligir daño a otra persona (Bandura, 1973, p. 3) sin que ello tenga relación con el logro de meta alguna. No es un matiz anecdótico, porque en el campo de la violencia ocupacional en general, y en la violencia contra los profesionales de la salud en particular, la agresión hostil (la intención de hacer daño) es

un hecho que refuerza y justifica nuestra opción por el uso del término violencia en vez de agresión.

De acuerdo con la tipología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002), tres serían las principales manifestaciones de la violencia:

1. Hay una violencia autoinfligida: suicidio y distintas formas de conductas autolíticas que han pasado bastante desapercibidas pero que dejan a su paso un importante número de víctimas. En España, por ejemplo, de acuerdo con los datos del Instituto Español de Estadística, a lo largo de 2015 se suicidaron alrededor de 10 personas al día, sumando al final de año 3602 víctimas. La “Fundación Salud Mental España para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio” muestra, para nuestra sorpresa, la verdadera dimensión del problema: “el suicidio sigue siendo la principal causa de muerte no natural en España, produciendo más del doble de muertes que los accidentes de tráfico, 13 veces más que los homicidios, y 67 veces más que la violencia de género, siendo también la primera causa absoluta de muerte entre varones de 15 a 29 años y la segunda, después de los tumores, en mujeres de esas edades”. Aunque no sea esta modalidad de violencia objeto de interés por nuestra parte, sirvan estos datos para dejar constancia de un hecho injustamente silenciado.

2. Hay una violencia interpersonal que abarca dos grandes modalidades: una es la que se materializa al interior de la familia, entre los miembros de la unidad familiar, y otra es la que se perpetra entre la pareja, por lo general dentro del hogar (violencia de pareja), a la que se añade el maltrato infantil y el maltrato a los ancianos.

3. Existe, finalmente, una violencia colectiva, que se puede revestir de razones y motivos económicos como la que se lleva a cabo con la finalidad de trastornar las actividades económicas, negar el acceso a servicios esenciales o crear división económica y fragmentación (OMS, 2002, p. 6), justificarse con argumentos políticos o

apoyarse en motivos sociales, como los que están detrás de los delitos de odio, por ejemplo.

De acuerdo con esta taxonomía, la violencia ocupacional encontraría un difícil encaje. Es, sin duda, una violencia interpersonal, pero no se ajusta a ninguna de las modalidades previstas por la OMS. De entrada, a primera vista, parece que tampoco se correspondería con la violencia colectiva. Sin embargo, la definición de esta modalidad de violencia como un “instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo —ya sea transitorio o con una identidad más permanente— contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales” propuesta por la propia OMS (2002, p. 215), nos da una clave para clarificar y ubicar la violencia que tiene lugar en el lugar de trabajo, sobre todo en los escenarios sanitarios, que es el objetivo primordial de esta tesis: la alusión a la pertenencia grupal o categorial de los participantes (actores y víctimas) como marco de la acción violenta (ver epígrafe “La lógica intergrupala” en la Parte 1). En el caso de la violencia en el entorno sanitario, ese marco está claramente identificado: se trata de una acción entre paciente/visitante y profesional de la salud o entre las diversas categorías de profesionales (violencia horizontal). Hablamos, por tanto, de una violencia interpersonal entre personas que pertenecen a categorías distintas; por un lado están los enfermos, sus acompañantes, sus familiares, y por otro, los profesionales de la salud. No caben muchas dudas de que ambos, paciente/familiar/visitante y profesional de la salud por la otra, forman parte de colectivos (categorías sociales) claramente diferenciados respecto a los cuales existen representaciones y atribuciones (estereotipos), y, lo que es más importante, expectativas mutuas que marcan en muchos casos las relaciones interpersonales. La violencia ocupacional, por otra parte, tampoco se apoya en razones políticas o económicas de

largo alcance. En el entorno sanitario, como tendremos oportunidad de ver a lo largo de esta misma Parte, los motivos que impulsan la violencia no tienen una planificación previa ni persiguen objetivos a largo plazo; en la inmensa mayoría de los casos se trata de reacciones puntuales, de respuestas activadas por el estrés inherente al deficiente estatus de salud de los pacientes o a un estímulo desencadenante (la demora en la atención, por ejemplo). Este será uno de los supuestos centrales de esta Parte y constituirá la línea argumental sobre la que se hará la propuesta de un modelo teórico para el estudio de la violencia en el entorno sanitario (ver Figuras 2, 4, 5 y 10).

Tradicionalmente, la violencia ocupacional ha sido agrupada en torno a las cuatro siguientes categorías (ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Tipología de la violencia ocupacional (Wassel, 2009, p. 1050)

Tipo I: Violencia externa/intrusiva	Acontecimientos violentos procedentes de agresores desconocidos. Incluye también acciones terroristas, protestas violentas, agresiones procedentes de personas con un trastorno mental.
Tipo II: Violencia procedente de los clientes	Acciones violentas procedentes de los clientes/pacientes y/o familiares contra los profesionales. Se incluye dentro de esta categoría la violencia procedente de los trabajadores contra los clientes/pacientes.
Tipo III: Violencia horizontal	Acciones violentas contra los compañeros actuales o anteriores de trabajo (incluyendo el bullying) y contra los directores. Se incluye dentro de esta categoría la violencia doméstica y el acoso sexual y la violencia a terceros.
Tipo IV: Violencia organizacional	Actos de violencia contra el personal laboral, contra los clientes/pacientes/familiares, contra otras organizaciones o comunidades.

Con independencia de la clasificación que tomemos como marco de referencia, en una primera aproximación, la violencia en el entorno sanitario nos remite a una reacción emocional momentánea enmarcada dentro de una lógica intergrupala o intercategorial. Por ello, hay dos razones a las que es necesario prestar atención. La

primera de ellas es que no solo vivimos rodeados de personas, sino de personas que pertenecen, a veces de manera inevitable, a grupos y/o a categorías sociales. En no pocas ocasiones el comportamiento respecto a la inmensa mayoría de ellas está marcado y viene definido en buena medida por las ideas y representaciones previas de que disponemos no respecto a ellas en concreto, sino sobre el grupo o la categoría social a la que pertenecen y al que desempeñan. En el contexto de la violencia contra los profesionales de la salud, por ejemplo, juega un papel importante el género (los hombres suelen ser los principales actores; las mujeres, las principales víctimas), el grupo profesional de pertenencia (el personal de enfermería está más expuesto a los diversos tipos de violencia que los profesionales de medicina), la edad (los trabajadores jóvenes suelen ser un objetivo más frecuente que los adultos), todo ello sin contar con las diferencias por países o por el departamento sanitario en el que se desempeñe el trabajo. De todo ello daremos cuenta a lo largo de esta Parte.

Partiendo de estas consideraciones, y con ello damos paso a la segunda de las razones, Henri Tajfel, uno de los investigadores más importantes en el campo de las relaciones intergrupales, estableció una diferencia entre la conducta puramente interpersonal y la conducta estrictamente intergrupala que va a resultar de gran utilidad a la hora de analizar la violencia en el entorno sanitario. Cualquier manifestación de la conducta humana, sostiene Tajfel, puede ubicarse a lo largo de un continuo en uno de cuyos extremos se sitúa la conducta puramente interpersonal y en el otro la conducta exclusivamente intergrupala, con una particularidad que resulta de especial interés para el marco teórico que pretendemos elaborar en esta tesis: “es imposible imaginar un encuentro social entre dos personas que no sea afectado, por lo menos en un grado mínimo, por la asignación mutua de los protagonistas a diversas categorías sociales acerca de las cuales existen en su mente algunas expectativas generales concernientes a

sus características y conducta” (Tajfel, 1984, p. 275). Si a esas dos personas les damos nombre (profesional de la salud-paciente, o profesional de la salud-visitantes o familiares del paciente, es decir, personas en el desempeño de su rol. Ver de nuevo las Figuras 2, 4, 5 y 10), la postura de Tajfel empieza a encajar dentro de algunos de los aspectos que han marcado la violencia en el entorno sanitario en los siguientes términos: a) los profesionales sanitarios forman parte de una categoría social respecto a la cual disponemos de ideas y representaciones previas, por lo que cuando las personas tratan e interactúan entre sí, “no necesariamente se están tratando entre sí como individuos; con bastante frecuencia se están comportando como miembros de categorías sociales bien definidas y claramente distintas” (Tajfel, 1984, p. 263); b) esas ideas son claramente diferentes en función del estatus profesional. Las investigaciones sobre la violencia en el entorno sanitario muestran una clara diferencia entre dos de esas posiciones: la de los profesionales de medicina y los profesionales de enfermería; c) las acciones violentas que se manifiestan en este entorno no están dirigidas única y especialmente contra personas concretas en cuanto tal, sino contra personas en tanto que desempeñan un rol que, en opinión del paciente o alguno de sus familiares o acompañantes, no responde a las expectativas que se tienen respecto a su manera de desempeñarlo, no responde a las demandas de los pacientes, por ejemplo, que, como tendremos ocasión de ver, se convierte en una de las principales razones de la violencia por parte de sus familiares o acompañantes.

Son muchas las definiciones de la violencia en el entorno sanitario que han respondido a esta idea. Todas ellas están presididas, en términos de Tajfel, por un rasgo categorial: no se habla de personas, sino de “empleados” (Pires, Grilo y Blima, 2002; Joa y Morken, 2010), del “staff al cuidado de la salud” (Hahn, et al., 2010), del “staff clínico” (Winstanley y Whittington, 2002), o de los “miembros del staff” en general

(Ceramidas y Parker, 2010). Valga como ejemplo la definición de dos reconocidos investigadores en este campo (Winstanley y Whittington, 2002): “un incidente puede ser definido como agresivo si un miembro del staff clínico ha sido atacado físicamente (no importa si ha resultado herido), o ha sido verbal o no-verbalmente amenazado por un paciente o un visitante durante su desempeño laboral” (p. 145). Muy parecida es la definición de Pires, Grilo y Blima (2002): se trata de “incidentes en los que un empleado es amenazado o atacado por un miembro del público en circunstancias relacionadas con el desempeño de su trabajo” (p. 505). En el contexto sanitario las personas se convierten en víctimas debido preferentemente a su pertenencia categorial y, de acuerdo con la propuesta de la “International Labour Office” (ILO-OIT), “World Health Organization” (WHO-OMS), “International Council of Nursing” (ICN-CIE) y “Public Services International” (PSI-ISP), las modalidades de violencia a la que pueden y suelen estar expuestas serían las siguientes (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Tipología de la violencia en el entorno sanitario (ILO, WHO, ICN y PSI, 2002, p. 3)

<p>Violencia física: uso de la fuerza física contra otra persona o grupo que entraña daño físico, sexual o psicológico. Incluye, entre otros, golpes, empujones, patadas, bofetadas, puñaladas, disparos, etc.</p>	<p>Ataques/Agresiones: conducta intencional que daña físicamente a otra persona, incluido el acoso sexual.</p>
<p>Violencia psicológica: uso intencional del poder, incluida la amenaza de la fuerza física, contra otra persona o grupo que lleva consigo daño físico, mental, espiritual, moral o social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maltrato:</i> conducta que humilla, degrada o supone un ataque a la dignidad de una persona. • <i>Bullying/Mobbing:</i> conducta ofensiva reiterada que se vale de intentos vengativos, crueles o maliciosos de humillar o debilitar a una persona o a un grupo de profesionales. • <i>Acoso:</i> conducta en contra de la dignidad de los trabajadores en razón de su edad, estatus de salud, sexo, orientación sexual, raza, etnia, idioma, religión, ideología política, etc. • <i>Acoso sexual:</i> cualquier conducta no deseada de carácter sexual, ofensiva para la persona en virtud de la cual se siente amenazada, humillada o avergonzada. • <i>Acoso racial:</i> cualquier acción amenazante basada en la raza, color de la piel, idioma, nacionalidad, religión, pertenencia a una minoría, etc., que afecta a la dignidad de una persona en su desempeño laboral. • <i>Amenaza:</i> uso advertido de la fuerza física o del poder (fuerza psicológica) que conlleva temor de daño físico, psicológico, sexual u otras consecuencias negativas para personas concretas o grupos.

Estos actos violentos atentan de manera directa contra la salud y el bienestar de las personas, o, más bien, contra la salud entendida como un estado de bienestar (Blanco y Blanco, 2018) y contra los principios deontológicos más elementales de la profesión sanitaria. El preámbulo del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) es muy explícito al respecto: “son inherentes a la enfermería el respeto a los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad opiniones políticas, raza o condición social” (CIE, 2012, p. 1). Por su parte, y de acuerdo con el

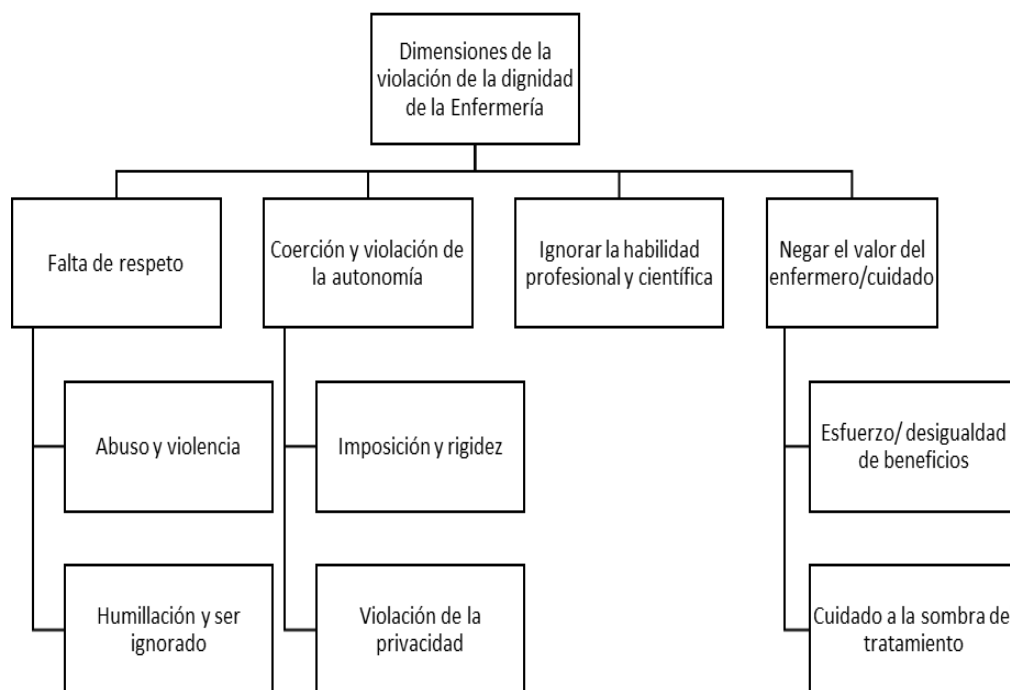
Artículo 5.1 del Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, “la profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico” (Organización Médica Colegial, 2011, p. 11).

La violencia, un ataque a la dignidad de las personas

La violencia supone, pues, un ataque frontal contra los más elementales derechos de la persona, sobre todo, cabría añadir, contra su irrenunciable dignidad como ser humano vulnerada de manera sistemática por las diversas modalidades de las que se revisten las acciones violentas hasta tal punto que la Organización Mundial de la Salud, en su 49 Asamblea celebrada en 1996 adoptó una resolución (WHA49.25) declarando que la violencia ha llegado a convertirse en un importante problema de salud pública en todo el mundo. Parte de ese problema tiene su origen en los actos de violencia perpetrados en el entorno laboral. La dimensión que ha llegado a alcanzar ha sido considerada como una “epidemia nacional”, como un problema de salud de importantes proporciones (Center for Disease Control, 1992; Fletcher, Brakel y Cavanaugh, 2000; ILO, WHO, ICN y PSI, 2002). De acuerdo con Richard Flannery, en Estados Unidos, la violencia en el entorno laboral se presenta como un problema de salud nacional al que se debe prestar atención desde diversas perspectivas, entre ellas la de sus consecuencias para la salud física y mental de las víctimas (ver epígrafe “Damage to health: the main issue” en la Parte 2) sin descartar la posibilidad de que esas consecuencias puedan cursar en un trastorno de estrés postraumático (Flannery, 1996, p. 58). Quedan lejos aquellos tiempos en los que minimizaba el problema considerándolo como un hecho poco común y se llegaba a culpar a la propia víctima (Lanza, 1985). Igual de

concluyentes se han mostrado los organismos internacionales que nos están sirviendo de referencia: “la violencia ocupacional, sea física o psicológica, se ha convertido en un problema global que atraviesa fronteras, escenarios laborales y grupos ocupacionales. Olvidada durante tiempo, la violencia ocupacional ha ganado protagonismo en los últimos años y “se ha convertido en una preocupación tanto en países industrializados como en los que se encuentran en vías de desarrollo” (ILO, WHO, ICN y PSI, 2002, p. 1). En todos esos países, y en todos los casos, este tipo de violencia lleva impreso un verdadero ataque a la dignidad de la persona, un atentado contra sus derechos fundamentales. Khademi, Mohammadi y Vanaki (2012) han prestado una especial atención a este aspecto, bastante marginado por los estudiosos de la violencia en el entorno sanitario, y han planteado un modelo en el que distinguen cuatro grandes expresiones de la violación de la dignidad de los profesionales de enfermería (ver Figura 1).

Figura 1. Dimensiones de la violación de la dignidad (Khademi, Mohammadi y Vanaki, 2012, p. 332)



A veces, el atentado contra la dignidad se salda con graves lesiones que dejan maltrecha de por vida la salud de las víctimas, o acaba directamente en la muerte. De hecho, “la violencia en el lugar de trabajo es una de las principales causas de muerte y lesiones en muchas partes del mundo. En Estados Unidos, de acuerdo con estadísticas oficiales, el homicidio representa la segunda causa de fallecimiento en el lugar de trabajo para los hombres, después de las lesiones por accidentes de tráfico, y la primera para las mujeres. “En la década 1985-1995, una media de 15 personas por semana fueron asesinadas en su lugar de trabajo dando como resultado 7.600 homicidios en el transcurso de esos años” (Baron y Neuman, 1996, p. 162). Entre 1992 y 2001 se produjeron alrededor de 9.000 homicidios en los distintos entornos laborales (Bureau of Labor Statistics, 2002). Los últimos datos procedentes del “Bureau of Labor Statistics” (2016) parecen dar un respiro: en 2015, de los 4.836 trabajadores fallecidos en el transcurso de su desempeño laboral, solo 417 fueron a causa de violencia homicida, lo que supone un descenso del 62% respecto al año anterior, aunque con una clara diferencia por género: las mujeres fueron las principales víctimas (p. 9). En la Unión Europea, unos 3 millones de trabajadores (2% de la fuerza laboral) han sido objeto de alguna forma de violencia física en el trabajo (OMS, 2002, p. 18). Se debe recordar que en Estados Unidos la situación es especialmente preocupante debido al libre acceso, adquisición y uso de armas de fuego por parte de los ciudadanos. En un estudio llevado a cabo en 65 servicios de Urgencias Hospitalarias, por ejemplo, se constató una preocupante cantidad de armas confiscadas a los enfermos, la falta de un detector en más de la mitad de estos departamentos hospitalarios así como la inexistencia de programas de entrenamiento para poder afrontar los numerosos actos de violencia contra los profesionales (Benham, et al., 2011, p. 573).

Más allá de estos registros tan extremos, la violencia en los escenarios sanitarios ha ofrecido, y sigue ofreciendo, una cara menos fatal pero no por ello carente de consecuencias para la integridad física y, sobre todo, para la salud mental de las víctimas, entre otras razones, porque, de acuerdo con la que puede ser considerada la definición más consensuada, la de la Organización Mundial de la Salud, la acción violenta no es solo hecho consumado, sino amenaza (OMS, 2002, p. 5). Valga como ejemplo la definición propuesta por expertos de la Unión Europea: “incidentes en los que las personas son amenazadas o agredidas en circunstancias relacionadas con su trabajo y que implican un reto explícito o implícito a su bienestar y a su salud” (cit. en Chappell y Di Martino, 2006, p. 30). Sus consecuencias sociales y psicológicas permanecen frecuentemente escondidas, pero no por ello son menos dolorosas, menos traumáticas y devastadoras. La consideración de la amenaza como parte de la violencia en el entorno sanitario ha sido contemplada por numerosos autores (p. ej., Bennett y Robinson, 2000; Camerino, et al., 2008; Gerberich, et al., 2004; Pires, Grilo y Bilma, 2002; Winstanley y Whittington, 2002). Una propuesta muy parecida es la que hace Sabine Hahn: nos referimos a conductas verbales y no verbales que amenazan y dañan la salud de los profesionales que están al cuidado de nuestra salud (Hahn, et al., 2012, p. 2686). Por otra parte, la fuerza a través de la cual se perpetra la acción violenta no siempre ni necesariamente es física; puede ser, y en el caso de la violencia contra los profesionales de la salud suele serlo con especial frecuencia, una fuerza psicológica (normalmente verbal) cuyas consecuencias pueden ser tan dañinas y destructivas como el uso de la fuerza física (Jackson, Hutchinson, Luck y Wilkes, 2013). Es decir, la violencia en el entorno sanitario es un conjunto de “palabras y acciones que dañan a la gente” (Findorff, et al., 2004, p. 297). Tal y como acabamos de mostrar, la OMS reserva la definición de violencia al uso de la fuerza física de hecho o como amenaza. Sin

embargo, cuando vaya precedida de intencionalidad, es necesario reivindicar la inclusión de la fuerza psicológica (los insultos, las humillaciones, las actitudes despectivas, etc.) como perteneciente al campo de la violencia debido, sobre todo, a la alta probabilidad de que cause daño. Es posible que no ponga en peligro la integridad física, pero eso no debe ser obstáculo para dejar de considerar el uso de la fuerza psicológica como un hecho violento.

Cabría señalar, pues, que la violencia en los entornos ocupacionales se sitúa a lo largo de un continuo en uno de cuyos extremos se encuentra la violencia física más letal (la que causa la muerte) y en el otro numerosas acciones de violencia verbal, bien de hecho o como amenaza. Y, como acabamos de ver, lo hacen atacando de manera directa la dignidad de las personas. Finalmente, y tomando como referencia los estudios sobre prejuicio, discriminación y exclusión social (tres acciones de violencia intencional que, en muchas ocasiones no se valen de la fuerza física), cabría tomar teóricamente en consideración la posibilidad de que la violencia en el entorno sanitario pudiera manifestarse también como ostracismo laboral (Ferris, et al., 2008) o ausencia de emociones positivas y comportamentales (omisión de ayuda para proteger a una persona de amenazas o daño). Esta propuesta es la que hace Marilyn Lanza, una pionera en el estudio de la violencia contra los profesionales de enfermería (Lanza, Zeiss y Rierdan, 2006, p. 397) al definir la violencia como la comisión de actos que pretenden amenazar o dañar a una persona o la omisión de acciones necesarias para protegerla de la amenaza o el daño.

La violencia en el sector sanitario: la dimensión del problema

Por lo que respecta a la dimensión del problema, si tomamos como referencia la reciente información obtenida en Inglaterra y Gales a partir 34.000 entrevistas

realizadas por el “Crime Survey for England and Wales” (CSEW), el “Health and Safety Executive” (HSE) ofrece dos datos de interés: en el curso del 2015-2016, el 1.4% de los trabajadores habían sido víctimas de uno o varios incidentes violentos (agresiones o amenazas) en el transcurso de su desempeño laboral (1.3% las mujeres y el 1.5% los hombres). Ello supone la existencia de 690.000 incidentes violentos en el trabajo (329.000 agresiones y 369.000 amenazas). Por otra parte, las profesiones que más riesgo corren (entre 8 y 9 veces más que el resto) de convertirse en víctimas de violencia son, de lejos, las que se ocupan de tareas de protección. Le siguen los profesionales de la salud: riesgo medio entre 2,5 y 6,1 veces mayor que el resto de las ocupaciones. Estas profesiones han mostrado de manera continuada encontrarse más expuestas a la violencia que la media (HSE, 2016, p. 6).

La “Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo” (“European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions”), una agencia de la Unión Europea, ha realizado seis encuestas sobre las condiciones en las que se desempeñan laboralmente los trabajadores europeos (“European Working Conditions Surevey – EWCS). A partir de la II Encuesta se introduce una nueva sección que analiza directamente la violencia ocupacional. Desde entonces, este tópico ha formado parte de todas las encuestas. El marco de referencia teórico se alinea claramente con la perspectiva desde la que hemos pretendido desarrollar el modelo teórico para el estudio de la violencia en el entorno sanitario: la violencia ocupacional forma parte de las condiciones laborales en las que desarrollan su tarea los profesionales, en especial de las condiciones psicosociales que rodean el puesto de trabajo. Las conductas sociales adversas (todo acto de violencia física, verbal y de intimidación en el trabajo) forman parte de un marco de relaciones pobres, ausencia de apoyo social, especialmente por parte de los supervisores (aislamiento

social), un deficiente estilo de liderazgo (estilo que facilita malas condiciones de trabajo) y ausencia de claridad de rol (no tener claro lo que se espera del profesional) (Eurofound, 2012, p. 57). Tal y como se puede observar en la Tabla 1, son nueve las acciones violentas que se han analizado, aunque no todas han formado parte de todas las encuestas, ni siempre hay información detallada por sectores, ocupaciones y países. Los datos sobre la violencia son fruto de la respuesta a una única pregunta: “¿En los últimos doce meses ha sido objeto en su trabajo de... (un listado de acciones violentas con tres alternativas de respuesta: Sí, No, No sé)”.

Tabla 1. Violencia en el lugar de trabajo (European Working Condition Survey-EWCS-)

	Abuso verbal	Violencia física	Amenazas	Intimidación	Discriminación	Bullying/Acoso	Comportamiento humillante	Atención sexual no deseada	Acoso sexual
EWCS II (1997) N=15.986 (15 países) España=1000		-UE: 4% ¹ -España: 2%		- UE: 8% - España: 5% - Hombres: 7% - Mujeres: 9%	-Sexo: 2% (4% mujeres, 0,5 hombres). -Discapacidad: 1% -Edad: 3% -Raza: 1% ²	-UE: 8,1%		-UE: 2% - 4% mujeres -1% hombres -España 1%	-UE: 3,1% -4,1% mujeres.
EWCS III^B (2001) -N=21.703 (15 países) -España=1500 -Trabajo sanitario y social 9.6%		-UE: 4% ⁴		-UE: 9% -España: 5% -Hombres: 7% -Mujeres: 10% -Educación y sanidad: 12%	-Edad: 3% -Sexo, origen étnico nacionalidad, y discapacidad: 1%			-UE: 2% - Hombres: 1% -Mujeres: 4%	
EWCS IV⁵(2007) -N=27.776 (31 países) -España: 1017 -Sanidad: 10%		-UE: 5% -DE personas en el lugar de trabajo: 2% - DE personas fuera del trabajo: 4% -Trabajadores sometidos a violencia en el trabajo: EU: 5,7%; Países del sur de Europa: 3,5%; Países escandinavos y Holanda: 8,2%. -Trabajadores sometidos a amenazas de violencia: EU: 6%; Sur de Europa: 3%; Escandinavos y Holanda:10,5%.	-UE: 6%. -Sanidad: 16%.		-Edad: 3% -Sexo ,origen étnico, nacionalidad, religión, discapacidad y orientación sexual: 1%	-UE: 5% -Hombres: 4% -Mujeres: 6% -Sanidad: 8.5%		-UE: 2% -Sanidad: 3.5% -Grupo de mayor riesgo: mujeres menores de 30 (6%).	
EWCS V (2012) N=43.216 (34 países) España: 1008	-UE: 11% ⁶	UE: 2%	-UE: 5% ⁷			-UE: 4%	-UE: 5%	-UE: 2% (4% mujeres).	-UE: 1% (las mujeres son casi tres veces más propensas a sufrir acosa sexual que los hombres)
EWCS VI (2016) N=43.850 (35 países) España: 3364	-UE: 11% -Sanidad: 20%	-UE: 2% ⁸ -Sector sanitario: 7%	-UE: 5%		-UE: 7% -Edad: 3% -Sexo: 2% (1% hombres y 3% mujeres) -Raza, origen étnico, color y nacionalidad: 2% - Religión, discapacidad u orientación sexual: 1%	-UE: 5% -Sector sanitario: 8%	-Ue: 6% -Sector sanitario: 8%	-UE: 2% -Sector sanitario: 3%	-UE: 1% -Sector sanitario: 2%

Violencia física, atención sexual no deseada e intimidación: exposición en los últimos 12 meses antes de la encuesta.

MO hay datos por continentes.

En la III EWCS se consideran dos tipos de acoso: intimidación (intimidación/ acoso) y acosos sexual (atención sexual no deseada).

Violencia física, intimidación, discriminación y relaciones sexuales no deseadas: exposición en los últimos 12 meses antes de la encuesta. No hay datos por países.

Exposición a la violencia en los 12 últimos meses.

Abuso verbal, atención o amenazas sexuales no deseadas y comportamiento humillante: exposición durante el mes anterior a la encuesta. Violencia física, acoso y hostigamiento o acoso sexual: exposición durante el año anterior.

La V EWCS une amenazas y comportamientos humillantes.

Exposición a violencia física, acoso sexual, acoso / hostigamiento y discriminación en los 12 meses previos a la encuesta. Exposición al abuso verbal, atención sexual no deseada, amenazas y comportamientos humillantes durante el último mes.

Los datos procedentes de la Sexta Encuesta Europea sobre las condiciones de trabajo llevada a cabo en 2015 recogidos a partir de 43.850 entrevistas realizadas en 31 países, indican que a lo largo de 2015 el 17% de las mujeres y el 15% de los hombres declaran haber sido objeto de conductas sociales adversas y haber experimentado algún tipo de discriminación, frente al 5% en 2005 y el 6% en 2010. En concreto, en el último mes antes de la entrevista, el 11% de los trabajadores estuvieron expuestos a insultos verbales, el 2% a una atención sexual no deseada, el 4% a amenazas y el 6% a conductas humillantes. A lo largo del último año, el 2% fue víctima de violencia física, el 1% de acoso sexual y el 5% de bullying (Eurofound, 2016, p. 65). Estos datos globales referidos a los entornos ocupacionales tienen algunas particularidades dignas de ser destacadas: a) todas estas “conductas sociales adversas” afectan más a las mujeres que a los hombres, exceptuando las amenazas (alrededor del 60% de quienes las sufren son hombres); b) hay considerables diferencias entre países; c) todas y cada una de las conductas sociales adversas las sufren de manera especial los “service workers” y los dependientes (atención sexual no deseada: 4%; acoso sexual: 2%; insulto verbal: 16%; conducta humillante: 8%; amenazas, 7%; violencia física: 5%; bullying: 6%), que normalmente están ocupados por mujeres.

Resultan especialmente llamativas las diferencias por países. En líneas generales, en los países del Norte de Europa el nivel de violencia ocupacional es más alto que en los países del Sur en intimidación (15% en Finlandia y 4% en Portugal, por ejemplo) (Paoli Merllié, 2001, p. 28). El bullying y el acoso van de un 17% en Finlandia y un 12% en Holanda, a un 2% in Italia y Bulgaria (Eurofound, 2007, p. 36). El porcentaje de trabajadores expuestos a violencia o amenazas de violencia es mucho más alto en los países escandinavos y en Holanda (10,5% en el caso de las amenazas y 8,2% en el caso de la violencia) que en los países del Sur de Europa (3,6% y 3,5%

respectivamente) (Eurofound, 2007, p. 36). Kosovo (35), Turquía (5%), Chipre (7%) e Italia (8%) alcanzan los niveles más bajos de exposición a conductas sociales adversas, mientras que Austria (22%) y Finlandia (21%) los más altos (Eurofound, 2012, p. 57). En el “Social Environment Index” (incidencia de conductas sociales adversas y presencia de relaciones sociales de apoyo) la diferencia entre países alcanza los 14 puntos, con Holanda y Francia en el nivel más bajo (ambas con 72 puntos), y Bulgaria, la antigua República de Macedonia y Portugal muy cerca del nivel óptimo (86) (Eurofound, 2016, p. 66).

Estos datos nos remiten a diferencias culturales relacionadas con el tipo de conductas que son consideradas violentas, lo que define la mayor o menor probabilidad de que las personas que son objeto de esas conductas informen sobre ellas (Eurofound, 2012, p. 57), es decir, a la tolerancia cultural respecto a conductas indeseadas (Eurofound, 2016, p. 68). Natan, Hanukayev y Fares (2011) ofrecen un buen ejemplo: alrededor del 20% de las enfermeras israelíes que participaron en su investigación, “no sabían que algunas de las arbitrariedades de que eran objeto podían considerarse como actos de violencia” (p. 147). Por otra parte, a veces se considera que algunos de los comportamientos llevados a cabo en el entorno sanitario pueden ser considerados parte (incómoda) del trabajo, sobre todo en el sector psiquiátrico y de salud mental (Poster, 1996). La aplicación de la escala POAS (“Perception of Aggression Scale”) a una muestra de 729 enfermeras empleadas en departamentos de psiquiatría en la Suiza alemana muestra que la percepción de la agresión tiene dos caras: una de ellas la considerada como una parte indeseable pero inevitable del trabajo y en la otra es vista como algo funcional y hasta comprensible (Aberhalden, et al., 2002, p. 114). Entre algunas enfermeras de los hospitales psiquiátricos se observa una percepción positiva de la agresión tanto en China como en el Reino Unido (Whittington y Higgins, 2002). En

Japón, se espera que las enfermeras tengan un trato cálido y tolerante (Hibino, Ogino e Inagaki, 2006, p. 404). Por otra parte, informar y, más aún, denunciar estos comportamientos puede resultar oneroso para el profesional y en muchos casos existe un riesgo real de que no surta ningún efecto. Esa es la razón por la que el índice de denuncias suele ser tan escaso prácticamente en todos los países (Natan, Hanukayev y Fares, 2011; Sato, et al., 2013).

Por lo que respecta a nuestro país, las distintas “Encuestas Nacionales sobre Condiciones de Trabajo” (ENCT) han mostrado una incidencia de los comportamientos violentos en el entorno laboral claramente menor que en otros países. La VII ENCT ofrece los siguientes datos (ver Cuadro 3).

Cuadro 3. Conductas violentas en el trabajo (Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011, p. 37)

Conductas violentas	Trabajadores afectados (%)
Amenazas de violencia física	3,8
Violencia física cometida por personas pertenecientes a su lugar de trabajo	0,6
Violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo	2,4
Pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual)	0,4
Agresiones verbales, rumores o aislamiento social	7,3
Discriminación por la edad	0,6
Discriminación por la nacionalidad	0,8
Discriminación sexual/discriminación por género	0,6
Discriminación por la raza, origen étnico o color de su piel	0,4
Discriminación por la religión	0,1
Discriminación por una discapacidad	0,1
Discriminación por la orientación sexual	0,1

Valgan estos datos para señalar que la violencia ocupacional es un hecho incontestable y bastante generalizado. Su llamativa disparidad es debida a la distinta manera de definir la violencia. Por eso es por lo que, en la parte anterior, hemos incluido un epígrafe expresamente dedicado a la necesidad de clarificar este concepto, porque bajo la etiqueta de comportamiento violento, el CSEW, por ejemplo, incluye la exposición de los trabajadores a acciones delictivas (“crime related incidents”), normalmente con uso de la fuerza física, mientras que Eurofound amplía el punto de mira y toma en consideración tanto incidentes de violencia física como verbal. Pese a todo, no debe pasarnos desapercibido que el porcentaje de trabajadores expuestos a violencia física (el 2%) se acerca mucho al dato del CSEW. Juegan también un papel importante las diferencias culturales, sobre todo la cultura de la violencia de la que nos hemos ocupado en la Parte 1, pero la disparidad de datos es debida, sobre todo, al uso de instrumentos muy distintos para su medición.

Si los profesionales de la salud son o no los más expuestos a las distintas modalidades de la violencia, es todavía un hecho controvertido. En su “Fact Sheet” de 2009, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) afirma de manera contundente que los profesionales sanitarios “tienen más probabilidades de ser atacados que los guardias de las prisiones y los policías”. Se trata de una afirmación respecto a la que la investigación ha ofrecido datos que la corroboran y cifras que la desmienten. De acuerdo con Chappell y Di Martino (2006), por ejemplo, en Estados Unidos son los taxistas los que afrontan el mayor riesgo de violencia en una proporción 30 veces mayor que cualquier otro trabajador (p. 74). En el Reino Unido, lo acabamos de ver, las profesiones más expuestas a la violencia son las relacionadas con los servicios de protección, seguidas, muy de lejos, por las profesiones sanitarias. En Australia, la revisión de Mayhew y Chappell (2007), tomando como referencia 8 estudios realizados

entre el 2000 y el 2005 por la propia Claire Mayhew, matiza la exposición en función de la ocupación. Los trabajadores de los servicios públicos están especialmente expuestos a ataques verbales (100%) y amenazas (59%), pero son los profesionales de la enseñanza quienes más riesgo corren de sufrir bullying (65%). Por lo que respecta a los trabajadores de la salud, su exposición a insultos verbales (67%), amenazas (33%) y agresiones (12%) es moderadamente alta, pero menor que la que sufren los trabajadores de los servicios públicos, los taxistas y quienes trabajan en los centros de reclusión juvenil (Mayhew y Chappell, 2007, p. 330). Las conclusiones de estos estudios son previsibles, pero no por ello carecen de relevancia teórica:

1. El trato, contacto y relación cara a cara con los clientes es un factor de riesgo.
2. También lo son aquellas ocupaciones que tienen que tratar con personas que se encuentran en situaciones de ansiedad e incertidumbre, como es el caso de las profesiones sanitarias.
3. De igual manera, el empleo precario (taxistas, establecimientos de comida rápida, etc.) emerge como factor de riesgo.
4. Los trabajadores migrantes están expuestos asimismo a mayores niveles de violencia.

En definitiva, concluyen Mayhew y Chappell (2007), existen determinantes primarios de riesgo: a) trato con clientes bajo situaciones emocionales de estrés, angustia o ira (este será uno de los principales componentes de nuestro modelo teórico: las reacciones de estrés emocional de parte de los pacientes), y b) trabajos con bienes valiosos y/o trabajos en los que el empleado esté solo. Junto a ello, habría unos determinantes secundarios: empleos precarios, falta de formación (p. 331). La OIT, OMS, CIE y PSI (2002, p. 15) habían apuntado en la misma dirección al definir como situaciones de especial riesgo: a) trabajar solo; b) trabajos en contacto con el público; c)

trabajos en los que se esté en contacto con bienes valiosos; d) trabajos con gente en situación emocional de ansiedad y estrés, y e) desempeño laboral en ambientes abiertos a la violencia o en condiciones de especial vulnerabilidad. Estos factores de riesgo nos ayudan a entender la violencia contra los profesionales de la salud como una reacción, frecuentemente repentina, a situaciones estimulantes que va asociada a una fuerte carga emocional.

Tres parecen ser, por tanto, las condiciones que definen el riesgo de violencia en el entorno laboral:

1. El tipo de ocupación, definido principalmente por el objeto con el que se desempeña el profesional. Desde este punto de vista, aquellas profesiones que traten de cara al público y que se manejen con bienes de alto valor suelen ser especialmente propensas a la violencia. No se puede ocultar que las profesiones sanitarias no solo tratan con personas, sino con su bien y valor máspreciado: su salud. Y todavía más, que tratan con personas altamente preocupadas y angustiadas por el deterioro de este bien.

2. Las circunstancias que rodean el desempeño laboral. Chappell y Di Martino (2006) señalan como la más peligrosa los trabajos aislados, no importa cuál sea el tipo de ocupación. No es lo mismo trabajar como uno de los muchos dependientes en un gran supermercado que hacerlo como el único dependiente en una pequeña tienda. Desde nuestro punto de vista, en algunos entornos esas circunstancias desembocan en un estrés ocupacional, que, unido al estrés emocional de los pacientes, puede ser considerado como el escenario propicio para la violencia en los entornos sanitarios (ver Figuras 5 y 10).

3. En el caso de las profesiones sanitarias, estas circunstancias resultan especialmente decisivas sobre todo cuando el desempeño laboral se desarrolla manejando la salud de las personas.

Cuadro 4. Factores ocupacionales y situacionales de riesgo (elaboración propia a partir de Chappell y Di Martino, 2006)

Trabajos aislados	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeñas tiendas • Gasolineras y quioscos • Trabajo solitario fuera de las horas habituales • Taxistas
Trabajos en contacto con el público	<ul style="list-style-type: none"> • Conductores de autobús, tren y metro • Azafatas • Dependientes • Trabajadores sociales • Empleados de hoteles, restaurantes • Bailarines y otros artistas • Libreros
Trabajo con objetos de valor y manejo de dinero en efectivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tiendas • Correos • Instituciones financieras • Empleados de seguridad
Profesiones sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales generales • Urgencias • Hospitales psiquiátricos • Geriatría
Trabajos en ambientes en riesgo creciente de violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Docencia • Escuelas en áreas metropolitanas • Escuelas en áreas rurales • Bullying escolar • Call centers • Deportes
Trabajos en condiciones de especial vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Empleo precario • Trabajadores inmigrantes y de diferente origen étnico • Trabajadores en el campo de la exportación • Niños • Organizaciones militares y paramilitares • Trabajadores en zonas de conflicto

Los datos procedentes, una vez más, de la última encuesta de la “Fundación Europea para la Mejora de las condiciones de Trabajo” (43.850 participantes de los que 3.364 eran trabajadores españoles) indican que los profesionales de la salud son los más expuestos a insultos verbales (20%), atención sexual no deseada (3%), humillaciones (8%), violencia física (7%) acoso sexual (2%), y bullying (8%) (Eurofound, 2016, p. 68-70). En el entorno español, la VII ENCT contó con la participación de 8.892

trabajadores y los pertenecientes al sector salud aparecían como los más expuestos a violencia verbal, aislamiento, amenazas y acciones de violencia física: “por rama de actividad, y en consonancia con lo anteriormente expuesto, son los trabajadores de las actividades sanitarias y sociales y los trabajadores de la Administración pública y Educación los que se encuentran más expuestos a agresiones verbales, rumores o aislamiento social (17,9% y 12,1%, respectivamente), a amenazas de violencia física (9,6% y 7,8%) y a violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo (6,4% y 5,1%)” (Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2011, p. 36).

El “NEXT Study” (Camerino, et al., 2008) es, hasta el momento, el estudio más importante sobre la violencia contra los profesionales de enfermería en la Unión Europea. En él participaron 36.970 profesionales (89,3% mujeres y 10,7% hombres) procedentes de ocho países europeos (Bélgica, Alemania, Finlandia, Francia, Italia, Polonia, Eslovaquia y Holanda). En esta investigación se diferenciaban cuatro fuentes de violencia: a) acoso por parte de un superior; b) acoso por parte de los colegas; c) violencia procedente de los pacientes o de sus familiares, y d) discriminación. El panorama que reflejan los datos podría quedar resumido en los siguientes términos:

1. La violencia más frecuente procede de los propios pacientes y/o de sus familiares (22,7%), seguida por el acoso por parte de los superiores (8,1%), de los colegas (5,7%), y la discriminación (3,6%).

2. Esta violencia se manifiesta de manera claramente distinta dependiendo de los países (ver Tabla 2)

Tabla 2. Dimensión de la violencia contra profesionales de enfermería en distintos países
(Camerino, et al., 2004, p. 39)

	Acoso por parte de un superior	Acoso por parte de colegas	Violencia por parte de los pacientes y/o familiares	Discriminación
Bélgica	5,7%	4%	23.3%	2.7%
Alemania	11.2%	8.6%	28%	5.6%
Finlandia	4.1%	3.7%	19.8%	1.2%
Francia	10.8%	6.6%	39.1%	6%
Italia	7%	5.6%	19.9%	3.2%
Polonia	18%	12.3%	19.2%	1.9%
Eslovaquia	5.6%	2.6%	17%	4.2%
Holanda	1.3%	1.3%	10.4%	3.6%

3. El acoso procedente de los superiores y de los colegas y compañeros de trabajo es particularmente elevado en Polonia (18% y 12,3% respectivamente) y especialmente bajo en Holanda (1,3% en ambos casos).

4. Las acciones discriminatorias contra el personal de enfermería alcanzan el mayor porcentaje en Francia (6%) y Alemania (5,6%) y el menor en Finlandia (1,2%).

5. Son los profesionales varones quienes más actos de violencia (28,4%) y mayor nivel de discriminación (5%) sufren por parte de los pacientes y/o sus familiares en comparación con las mujeres (22% violencia y 3,4% discriminación). No hay diferencias en lo que respecta al acoso por parte de los superiores y de los colegas.

6. Son los profesionales menores de 30 años quienes más expuestos están a las cuatro formas de violencia, en especial a la procedente de los pacientes y/o sus familiares (28,2% frente al 18,7% a los mayores de 45 años).

7. Por lo que respecta a los servicios sanitarios, los datos procedentes de esta amplia muestra de profesionales europeos confirman un hecho extraordinariamente recurrente: son las guardias del servicio de Psiquiatría donde se da un mayor nivel de

violencia por parte de los pacientes y/o familiares (47,7%), seguidas, muy de cerca, del servicio de Urgencias (43,2%). Es en este mismo servicio donde se dan los mayores niveles de discriminación (8,9%, frente a un 2,3% en Ginecología, por ejemplo).

8. El acoso por parte de los superiores (10,1%) y de los colegas (7%) se da de manera especialmente frecuente en los geriátricos. A ello se añade un nivel de violencia procedente de los pacientes y/o familiares que ronda el 30%.

En definitiva, de acuerdo con los datos, la violencia contra los profesionales de la enfermería es un problema digno de ser investigado, en especial en relación con las circunstancias organizacionales y psicosociales que contribuyen a su presencia. Veamos cuáles son:

1. La incertidumbre respecto al tratamiento del paciente estaba relacionada con una mayor frecuencia de acoso por parte de los directivos, de los colegas y de los pacientes.

2. La falta de información respecto al desarrollo de las tareas clínicas incrementa la probabilidad de error por parte de las enfermeras, sobre todo entre las más novatas: “cuando las enfermeras se sienten desorientadas respecto al desempeño de sus tareas, son más propensas al acoso por parte de sus colegas y a la discriminación por parte de otras personas” (Camerino, 2008, p. 43). Los datos sobre la relación entre falta de información, conflicto y ambigüedad de rol con diferentes formas de violencia ocupacional es un hecho contrastado (.11 con acoso por parte de los superiores; .09 acoso por parte de los colegas y .11 por parte de los pacientes y/o familiares. Ver asimismo Cuadro 8 en su relación con los estresores ocupacionales).

3. Un buen nivel de relaciones interpersonales (un ambiente laboral amigable y colaborador) se relaciona de manera negativa con el acoso por parte de los superiores (-.24) y de los colegas (-.22). En menor medida lo hace la presión de tiempo. Las

relaciones interpersonales se midieron por medio de una escala de cinco ítems que valoraba en qué medida este grupo de profesionales mantenían relaciones amistosas y tranquilas con sus colegas, con los médicos, con la Dirección de Enfermería, etc. (Ver Cuadro 8 sobre las condiciones laborales que pueden ser fuente del estrés ocupacional).

4. La insatisfacción y desacuerdo con el horario de trabajo correlaciona positivamente con todas las modalidades de violencia.

5. Finalmente, no hay que descartar la presencia de condiciones estructurales de trabajo que facilitan la existencia y la frecuencia de comportamientos violentos en distintos países. Polonia, por ejemplo, donde se da la más alta frecuencia de violencia horizontal, tiene la mayor cantidad de enfermeros/as con menos cualificación, lo que se acompaña de una mayor incertidumbre respecto al trato con los pacientes y un ambiente laboral escasamente protector. Los resultados, concluyen los autores, apuntan a la presencia de condiciones estructurales y laborales que facilitan la presencia y la frecuencia de violencia contra los profesionales de la salud en distintos países (Camerino, et al., 2008, p. 47). Con estos datos en la mano, no se puede ocultar que las condiciones procedentes de la propia organización laboral juegan un papel, que no es precisamente secundario, en la violencia contra los profesionales de la salud. Ese será precisamente el principal argumento del modelo teórico que expondremos en los próximos epígrafes.

Lisa Pompeii y cols. llevan a cabo una revisión de 17 estudios que han abordado la violencia perpetrada por pacientes y acompañantes contra los profesionales de la salud en el entorno hospitalario en distintos entornos culturales: Australia, Arabia Saudí, Estados Unidos (5 de los 17 estudios), Israel o Canadá. Las agresiones, insultos o amenazas verbales son las más frecuentes con un amplio rango de prevalencia que oscila entre 12% y el 90% (ambos datos procedentes de investigaciones realizadas en

Estados Unidos). La amenaza se sitúa entre un 12% (estudio realizado de nuevo en Estados Unidos) y un 52% en una investigación en el Reino Unido. Por su parte, los niveles de prevalencia de la agresión física oscila entre el 7% y el 50% en sendos estudios realizados de nuevo en Estados Unidos (Pompeii, et al., 2013, p. 60). Esta sorprendente disparidad remite de nuevo a la distinta concepción de la violencia y, sobre todo, al uso de unos métodos muy diferentes para su estudio, que en la mayoría de los casos suelen estar elaborados para la ocasión y en muy pocas ocasiones han sido validados siguiendo las estrategias al uso (ver Parte 3 de esta tesis).

En la revisión de Pompeii se vuelve brevemente sobre una de las circunstancias más decisivas de la violencia contra los profesionales de la salud en el entorno hospitalario: las condiciones del ambiente ocupacional en términos de tiempo de espera del paciente para el tratamiento o el diagnóstico, conflicto entre el personal sanitario y el paciente, demandas de parte de los pacientes no satisfechas por parte del personal sanitario y falta de ayuda de los guardas de seguridad. Desde nuestro punto de vista, todas estas condiciones pertenecen a los estresores emocionales que afectan a los pacientes o a los estresores ocupacionales que rodean el desempeño laboral de los profesionales (ver Figuras 5 y 10). Se hace necesario, pues, recuperar la importancia de estas condiciones, especialmente influyentes en el entorno hospitalario, que han pasado excesivamente desapercibidas en la literatura (Pompeii, et al. 2013, p. 63). A ellas le dedicaremos los próximos epígrafes.

Más completo es el meta-análisis realizado por Spector, Zhou y Che (2014). Abarca 136 artículos (160 muestras) procedentes de 38 países con un total de 151.347 participantes, todos ellos profesionales de enfermería. El primero de los datos de interés alude a la dimensión que alcanza la violencia contra estos profesionales. En la Tabla 3 reproducimos los resultados más importantes.

Tabla 3. Exposición a diversas modalidades de violencia (Spector, Zhou y Che, 2014, p. 75)

Tipo de violencia	Muestras	Participantes	Porcentaje
Violencia física	95	77.658	36,4
Violencia no física	81	72.376	67,2
Bullying	10	9.388	37,1
Acoso sexual	33	12.128	27,9
Violencia general	50	60.052	50,5
Profesionales heridos	18	12.947	32,7

Los datos de este meta-análisis muestran un panorama preocupante. Los niveles de exposición a las distintas modalidades de violencia son realmente altos. Sorprende, sobre todo, el porcentaje de profesionales de enfermería (36,4%) que han sufrido violencia física, y no menos sorprendente es ese 67,2% de violencia no física (normalmente verbal). Este tipo de violencia, ya lo hemos comentado, es especialmente frecuente en los departamentos y unidades de Psiquiatría, Urgencias y Geriatría, y los datos de este meta-análisis lo vuelven a confirmar (ver Tabla 4).

Tabla 4. Exposición a la violencia en distintos departamentos sanitarios (Spector, Zhou y Che, 2014, p. 76)

Tipo de violencia	Urgencias	Geriatría	Contexto hospitalario	Psiquiatría (salud mental)
Violencia física	4,95%	45.9%	26.7%	55%
Violencia no física	81,3%	34.3%	65.5%	72.8%
Bullying		-	78.3%	-
Acoso sexual		1.2%	18.8%	23%
Violencia general		53.7%	57.6%	15.4%
Heridos		20.1%	33.4%	20.8%

Hay diferencias culturales (ver Tabla 5): en la región anglo es más frecuente la violencia física, el bullying y el acoso sexual (estos dos últimos poco estudiados), mientras que en las regiones asiáticas es donde la presencia de estos tres tipos de violencia es menor. En líneas generales, es en estas regiones (China, Japón, Filipinas, Taiwán y Tailandia) donde el nivel de violencia alcanza sus cotas más bajas. Por otra parte, llama la atención la alta frecuencia de exposición a la violencia no física que sufren los profesionales de enfermería en Oriente Medio (Egipto, Irán, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Arabia Saudí y Turquía). En una parte importante, esta violencia procede de los familiares y amigos de los pacientes, debido, sostienen los autores, a la cultura colectivista de estos países (Spector, Zhou y Che, 2014, p. 78). El estudio de AbuAlRub y Al Kahawaldeh (2013) en zonas deprimidas de Jordania apoya esta explicación: el 18,4% de los médicos y el 13,1% de las enfermeras participantes habían sufrido violencia física. En el caso de los médicos, en el 73,9% de las ocasiones esa violencia procedía de los familiares de los pacientes, y en el de las enfermeras en el 53,8%. Ello es debido a un patrón cultural muy arraigado de acuerdo con el cual los familiares del enfermo lo acompañan al hospital y permanecen a su lado hasta que es dado de alta (p. 1944).

Tabla 5. Exposición a la violencia por regiones (Spector, Zhou y Che, 2014, p. 77)

Tipo de violencia	Países anglosajones	Asia	Europa	Oriente Medio
Violencia física	43%	27.3%	35%	22,4%
Violencia no física	69.4%	50.4%	59.5%	78.8%
Bullying	39.5%	29.8%	8.8%	86.5%
Acoso sexual	38.7%	21.6%	16.2%	22.4%
Violencia general	58.3%	51.3%	38.3%	61.3%
Heridos	36.1%	45%	22.7%	28,9%

Sabine Hahn, otra de las referencias obligadas, ha llevado a cabo una revisión de 84 estudios realizados en países tan diversos como Israel, Australia, Estados Unidos, Canadá, Jamaica, China, Taiwan, o Turquía (ningún estudio procedente de España) sobre la violencia contra los profesionales de la salud perpetrada por los pacientes y los visitantes (“Patient and Visitors Violence” – PVV) en el entorno hospitalario (Hahn, et al. 2008). Los resultados siguen la tónica ya señalada: a) mayor presencia de violencia verbal (50%) que física (25%); b) al no tomar en consideración el Servicio de Urgencias, los mayores índices de violencia se observan en las guardias, en los escenarios quirúrgicos y en las unidades de cuidados intensivos (p. 437); c) los actores de la violencia son mayoritariamente varones; d) el estado de salud de los pacientes suele actuar como un factor de riesgo, sobre todo si se trata de pacientes aquejados de demencia, enfermedad mental o tienen una historia psiquiátrica previa, ingresados por intoxicación etílica o ingesta de drogas (p. 438); e) los profesionales de enfermería son los más expuestos a las diversas formas de violencia en el entorno laboral (p. 439); f) las personas con menor experiencia suelen ser un objetivo preferente.

Uno de los apartados de esta revisión está dedicado al contexto en el que se manifiesta la PVV, y, más en concreto a las características organizacionales que contribuyen a su presencia, algo que nos interesa de manera especial. Las que han hecho acto de presencia en la investigación son las siguientes: procedimientos de auscultación de los pacientes, tiempo prolongado de espera, no disponibilidad de un médico, reacción emocional de ira sobre la política o las normas del centro hospitalario y procedimiento para dar de alta. Los resultados “sugieren que el contexto en el que se desempeñan los trabajadores de la salud contribuye al desarrollo de los incidentes violentos procedentes de los pacientes y de los visitantes” (Hahn, et al., 2008, p. 439).

A los datos expuestos merece la pena añadir los procedentes de uno de los estudios más completos llevados a cabo en Estados Unidos, el “Minnesota Nurses’ Study” (Gerberich, et al., 2004). En él participaron 6.300 profesionales de enfermería, que respondieron a un cuestionario elaborado para la ocasión y los datos muestran un panorama que ya nos resulta familiar en torno a cuatro aspectos que consideramos decisivos:

1. Mayor presencia de la violencia verbal en comparación con la física. En esta investigación, el 13,2% de los participantes fueron objeto de violencia física y el 38,8% de violencia no física.

2. El 90% de los incidentes de violencia física estuvieron a cargo de los pacientes, mientras que los actores de la violencia no física fueron más variados (visitantes, médicos, supervisores, etc.) (Gerberich, et al., 2004, p. 498). Este vuelve a ser otro dato muy uniforme: los principales actores de la violencia en los entornos sanitarios son los pacientes y/o sus familiares, aunque, en algunos países los familiares cobran protagonismo en este aspecto.

3. Desempeñarse profesionalmente en una residencia de ancianos (como acabamos de ver en los datos del meta-análisis de Spector, Zhou y Che, 2014), en un hospital psiquiátrico o en un servicio de salud mental, trabajar en urgencias o en la unidad de cuidados intensivos es un factor de riesgo añadido.

4. La exposición a la violencia tiene consecuencias físicas (insomnio, incapacidad, etc.), emocionales (miedo, ansiedad, irritabilidad, tristeza, pesadillas, etc.), y organizacionales (absentismo, reducción de la productividad y de la calidad del trabajo) (Gerberich, et al., 2004, p. 500).

La particularidad diferencial de Estados Unidos, por una parte, y la consistencia en los datos que acabamos de mencionar, queda también manifiesta en el más reciente

estudio a cargo de Judith Arnetz et al. (2015). En él se analizan los 214 incidentes violentos contra el personal sanitario durante el año 2011 debidamente documentados en el “Occupational Health Services” (OHS) del sistema hospitalario del Medio Oeste norteamericano (siete hospitales con alrededor de 15.000 empleados). Aproximadamente en el 90% de los incidentes está presente algún tipo de violencia física contra el personal sanitario; el 34% ha derivado en heridas físicas que han requerido un tiempo de baja (p. 341). La mayoría de los incidentes fueron denunciados por el personal de enfermería (39,8%), principalmente por mujeres (66,7%) con una edad media de 41,1 años y con una experiencia media en el puesto de trabajo de 7,4 años. Este panorama se completa con algunos datos referentes a los entornos y escenarios hospitalarios en riesgo especial de violencia: más del 30% de los incidentes fueron informados por el personal de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos; el 15% por el personal de las unidades de Psiquiatría, y el 12% por los departamentos de Urgencias (p. 341).

A pesar de la escasa cantidad de investigación, comparada con la que se ha realizado en otros países, la situación en España no se aparta de la línea general de resultados que hemos comentado. Los datos procedentes del “Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud”, a pesar de sus muchas lagunas, ofrecen una imagen que, en líneas generales, se corresponde con la que estamos describiendo en otros países:

1. El número de profesionales agredidos ha ido incrementándose desde 2008 (4.659) a 2011 (7.043) sufriendo un descenso en 2012 (6240). En el transcurso de esos cinco años, el número de agresiones asciende a 30.416.

2. Se repite un dato ampliamente corroborado en investigaciones llevadas a cabo en diferentes países: la mayoría de las agresiones (el 78% de ellas) son agresiones no

físicas: amenazas, insultos, vejaciones, coacciones, etc. Un porcentaje nada despreciable (el 20%) son agresiones físicas y en el 4% de ellas se producen además daños materiales (violencia patrimonial).

3. Sin embargo, en el caso español, facultativos y profesionales de enfermería aparecen muy parejos en su condición de víctimas (10.456 actos de agresión contra los profesionales de medicina y 9.296 contra los de enfermería).

4. Durante el período analizado, los actos de violencia que han sufrido las mujeres supone el 72%.

5. El 40% de las agresiones en las que se ha notificado la causa tienen relación con algunos aspectos de la organización del centro de salud, principalmente con la falta de información a los pacientes y tiempo de espera.

6. Tan solo el 10,95% de las agresiones acaban en denuncia en los juzgados de Justicia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p. 28-29).

Los datos obtenidos en la región de Murcia por parte del equipo de investigación que con mayor regularidad ha analizado la violencia contra los profesionales de la salud, vienen a corroborar las tendencias más importantes. En el estudio más completo participaron 1.489 profesionales de enfermería de varios hospitales del Servicio Murciano de Salud. La distribución de la muestra guarda un gran parecido con cualquiera de los estudios que hemos mencionado con anterioridad (82,7% mujeres y 16,4%, hombres). Los datos más relevantes podrían quedar resumidos en los siguientes puntos: a) el 22,8% de los profesionales estuvieron expuestos semanal o diariamente a diversas manifestaciones de violencia verbal (enfados por demora asistencial, miradas de desprecio, bromas irónicas, enfados por falta de información, etc.); b) por lo que respecta a la violencia física, un 4% sufrió empujones o sujeciones hostiles; c) se reitera uno de los resultados más repetidos: los trabajadores del servicio de Urgencias fueron

los más expuestos a todas las modalidades de la violencia (20,6%); d) no hay diferencia por sexo, pero sí por el tipo de contrato en detrimento de los trabajadores temporales en comparación con los fijos (16,38% vs. 15,62%) y para el turno de noche (Galián-Muñoz, Llor-Esteban y Ruiz-Hernández, 2012).

Estudios parciales realizados en Andalucía con la participación de 250 profesionales de un centro hospitalario (Mayorca, García, Cortés y Lucerna, 2013), en Aragón con 1.826 sanitarios de hospitales de distinto tamaño (Gascón, et al., 2009), en Castilla y León mediante el análisis de las agresiones contra profesionales de la salud registradas en el Observatorio de Agresiones de la Comunidad de Castilla-León (Martínez-León, et al., 2012), en Madrid con la participación de 441 trabajadores del 112 (Bernaldo de Quirós, Piccini y Gómez, 2015) o en Cataluña mediante el análisis de los incidentes ocupacionales violentos acontecidos entre el 1 de enero de 2005 y el 31 de diciembre de 2007 en 38 centros sanitarios que forman parte de la red “Xarxa Hosapitalària d’Utilizació Pública –XHUP- (Cantera, Cervantes y Blanch, 2008), muestran resultados muy semejantes a los que hemos observado a lo largo de este mismo epígrafe:

1. Mayor incidencia de violencia verbal. En el estudio de Gascón et al., (2009), por ejemplo, la máxima expresión de violencia física se daba en los hospitales grandes (21,9%) y medios (21,7%). En estos mismos hospitales, los insultos alcanzaban al 58,2% y al 56,3% de los trabajadores sanitarios en hospitales grandes y medianos respectivamente. Una diferencia parecida se observa en el estudio de Martínez-León et al. (2012): el 65% de las agresiones eran verbales frente al 16% físicas. Mientras, los resultados obtenidos por Cantera, Cervantes y Blanch (2008) en Cataluña señalan que en un 36% de los casos se ejerce violencia física, y en un 80% violencia verbal.

2. El servicio de Urgencias es el escenario más propenso para la presencia de la violencia. Así se refleja en el estudio de Mayorca, García, Cortés y Lucerna (2013): el 52,3% de los acontecimientos violentos tuvieron lugar en este servicio, seguido del de Medicina interna (21,9%) (p. 251). Los datos de Bernaldo de Quirós, Piccini y Gómez (2015) están recogidos del SUMMA-112, y el nivel de violencia detectado es muy significativo del riesgo que supone este servicio: el 87,2% de los profesionales ha sido objeto de insultos, amenazas (87,2%), coerción (43,2%), empujones (42%) y diversas formas de agresión física (p. 264).

3. Los principales actores de violencia son los pacientes en porcentajes que oscilan entre el 73% en el caso del estudio de Cantera, Cervantes y Blanch (2008, p. 53), el 69% en el estudio de Martínez-León, et al. (2012, p. 9) y el 64.8% en el llevado a cabo en Andalucía por parte de Mayorca, et al., (2013, p. 250). No deja de ser curioso que el porcentaje de violencia ejercida por los familiares en este estudio se eleve al 35,2%. Por otra parte, el victimario suele ser, como en tantos otros países, un varón en el 67% de los casos de acuerdo con el estudio de Martínez-León, et al., (2012, p. 8) y en el 64% en la investigación de Cantera, Cervantes y Blanch (2008, p. 53).

4. Las víctimas más frecuentes son los profesionales de enfermería, con cifras que alcanzan el 33.9% en el estudio de Mayorca, et al. (2013, p. 248) y que ascienden al 48% en el estudio de Cantera, Cervantes y Blanch (2008, p. 54) frente al 32% de los profesionales de medicina en este mismo estudio.

5. Los motivos de la agresión no ofrecen grandes novedades respecto a lo que sucede en otros países: tiempo de espera (31.8% en el estudio de Mayorca, et al., 2013, p. 251; 58% en el estudio de Gascón, et al., 2009, p. 32; 15% en el estudio de Cantera, Cervantes y Blanch, 2008, p. 54), calidad o cantidad de información recibida (26% en este último estudio), disconformidad con la asistencia (28% en la investigación de

Martínez-León, et al., (2012, p. 8), trato dispensado por el personal sanitario, problemas de salud mental, alcoholismo, etc.

En definitiva, tal y como hemos comentado en la Introducción, los incidentes violentos en los entornos sanitarios ocurren tanto en hospitales generales como en centros de salud especializados; en ciudades pequeñas y grandes así como en núcleos rurales; sus víctimas son tanto profesionales ya consagrados como aprendices, y la violencia se dan tanto desde los pacientes y/o familiares hacia los profesionales de la salud, como entre los propios profesionales (violencia horizontal). La abundancia de datos acumulados a lo largo de los últimos treinta años evidencian un hecho del que dos de los expertos más cualificados han afirmado: “no hay profesionales de la salud que permanezcan inmunes al riesgo de exposición a la violencia ocupacional, ni escenario laboral en el sector de la salud que esté libre de violencia” (Chappell y Di Martino, 2006, p. 86). Tal y como hemos apuntado en páginas previas, dos vendrían a ser las condiciones que convierten a la profesión sanitaria en una población de riesgo: a) trabajo en contacto con el público, y b) trabajo con personas que se encuentran en dificultades (“people in distress”). El modelo teórico que proponemos en esta tesis añadiría una tercera condición: los estresores procedentes del contexto ocupacional, del espacio intersubjetivo en el que se desarrolla el desempeño del rol. Ya hemos señalado que el riesgo está presente de manera especialmente intensa en los profesionales de enfermería, especialmente en las mujeres y en quienes trabajan en los servicios de psiquiatría-salud mental, urgencias y geriatría. Las directrices de la OIT, CIE, OMS e ISP (2002) introducen algunos matices que resultan de especial interés teórico: aunque todas las instituciones de salud estén expuestas a la violencia laboral, las que más riesgo corren son aquellas en las que confluyen las siguientes características: a) están situadas en zonas urbanas, muy pobladas y con un alto índice de criminalidad; b) son pequeñas y

están aisladas; c) están escasamente dotadas de personal; d) se encuentran bajo presiones de reforma y de despidos de personal; e) no disponen de recursos suficientes; f) se encuentran dentro de una cultura tolerante con la violencia, o al menos, con algunas de sus manifestaciones; g) están lideradas de manera autoritaria e intimidante, y h) la comunicación y las relaciones interpersonales son muy deficientes (p. 12).

Mostremos un último ejemplo: en el estudio realizado por Wei, Chiou y Huang (2016) en Taiwán con la participación de 26.979 enfermeras los datos reflejan de nuevo las mismas tendencias que hemos venido observando en estudios previos: mucha más violencia verbal (44,3%) que física (21,5%), altos niveles de violencia física (30,5%) y verbal (49,1%) en el departamento de Urgencias, mayor presencia de incidentes violentos entre los profesionales más jóvenes, etc. Probablemente, pues, tenga ya escaso sentido volver una y otra vez sobre estos temas cuando sabemos de antemano cuáles van a ser los resultados. Volver sobre ellos hubiera sido cómodo, pero hemos preferido arriesgarnos a elaborar un marco teórico desde el que poder desarrollar con posterioridad la investigación en este campo.

Bases teóricas para el estudio de la violencia en el sector sanitario

El elemental supuesto de que la violencia es una de las múltiples y posibles acciones que puede realizar una persona se complementa con un segundo igual de sencillo: toda acción humana, y la acción violenta no es una excepción, es fruto de las continuas e inevitables relaciones de interacción e interdependencia entre la persona y el ambiente que la rodea. Kurt Lewin definió este marco de manera concluyente: “todo evento psicológico depende al mismo tiempo del estado de la persona y del ambiente, aunque la importancia relativa de cada uno de ellos es distinta en distintos casos” (Lewin, 1936, p. 12). Persona y ambiente son, pues, los ingredientes necesarios para

comprender el comportamiento humano, pero también para analizarlo y para cambiarlo. Esto se verá acompañado de algunas otras consideraciones teóricas muy a tener en cuenta en el estudio de la violencia en el entorno sanitario: a) la recuperación del contexto (espacio vital) como marco en el que queda enmarcada cualquier manifestación de la conducta. En nuestro caso hablamos del contexto laboral; b) la consideración de que el espacio vital por excelencia es el grupo (la organización); c) la particularidad de que ese espacio vital es un espacio psicológico, es decir, no un espacio “en sí”, sino un espacio “percibido”. La importancia de la mediación cognitiva a la que haremos referencia; d) ese espacio, sea cual fuere, está impregnado de un clima emocional de cuya naturaleza es especialmente responsable el estilo de liderazgo y dirección, y e) todo ello enmarcado en el “aquí y ahora”, en la situación momentánea (principio de contemporaneidad): “cualquier conducta o cualquier otro cambio en un campo psicológico depende solamente del campo psicológico en ese momento” (Lewin, 1978, p. 55). La acción, y el sujeto que la ejecuta forman parte de contextos y escenarios en los que están, en los que participan y a los que pertenecen otras personas. Las investigaciones que acabamos de comentar le han dado nombre a las características de estos escenarios: apoyo por parte de los supervisores, clima organizacional, definición y clarificación de tareas, calidad de las relaciones interpersonales (Camerino, et al., 2008), conflicto entre profesionales y pacientes, demandas no satisfechas, hacinamiento (Pompeii, et al., 2013), prologado tiempo de espera, disconformidad con la asistencia, trato dispensado por los profesionales, liderazgo autoritario, escasa dotación de personal, falta de recursos (Hahn, et al., 2008; ILO, et al., 2002; Mayorca, et al., 2013, entre otros), etc. En el Cuadro 8 encontraremos un resumen más completo.

Estos espacios, y el caso de los escenarios sanitarios es un claro ejemplo, están gobernados por reglas y normas, disponen de posiciones con distinto nivel de poder e

influencia, persiguen metas y objetivos muy concretos, tienen claramente distribuidas las tareas, etc. Además, en esos escenarios nunca estamos solos, sino acompañados de personas que pertenecen a grupos y a categorías sociales (son pacientes, familiares, colegas, supervisores, jefes), que se encuentran dentro de una estructura organizativa y de un entorno ocupacional (ver Cuadro 5). Una de las hipótesis que venimos defendiendo en esta tesis es que, cuando hablamos de violencia en los escenarios sanitarios, ese espacio intersubjetivo está preferentemente protagonizado por y desde las posiciones (estatus) y los roles (tareas) y no tanto desde las personas a título individual.

Cuadro 5. Componentes de la realidad cotidiana

Los otros	Los grupos	La estructura social	La cultura
<ul style="list-style-type: none"> • Mera presencia • Estatus • Rasgos y características personales • Pertenencia grupal y/o categorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión • Liderazgo • Normas y sanciones • Roles • Ideología • Metas y objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Actividad económica • Sistema político • Clases sociales • Movimientos sociales • Sistema educativo • Sistema sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> • Normas • Valores y creencias compartidas • Tradiciones

Obviamente, en las actividades que desarrollamos en nuestra vida diaria no es necesaria la presencia de todos y cada uno de estos componentes ni todos juegan el mismo papel. En el caso de los entornos sanitarios, los datos de la investigación ponen de manifiesto la existencia de circunstancias que actúan como factores precipitantes: el tiempo de espera (Mayorca, et al., 2013; Gascón, et al., 2009), el dolor infligido durante el tratamiento, demandas insatisfechas por parte del personal sanitario (Whittington y Wykes, 1996, p. 15), estados emocionales de miedo e incertidumbre (Arnetz, et al., 2015), estado mental del paciente (ver la revisión de Pompeii, et al., 2013). En un análisis de los 2.501 pacientes del Departamento de Salud Mental (1214 varones y 1287 mujeres) implicados en actos violentos en los hospitales del Estado de de Massachusetts

entre el mes de abril de 1994 y marzo de 2010, Flannery, et al. (2011) observan los cinco siguientes desencadenantes (en orden decreciente de importancia): negación de servicio, psicosis aguda, exceso de estimulación sensorial, actitudes negativas por parte de los profesionales, incumplimiento de la medicación (p. 89). Ya hemos señalado que las Unidades de Salud Mental son los escenarios más propensos para la aparición de conductas violentas, pero algunos de los motivos que activan esos comportamientos se encuentran también en cualquiera de los escenarios sanitarios. En el estudio realizado por Moreno y cols. (2005) sobre los niveles de violencia en atención primaria en la provincia de Jaén, los 68 médicos participantes atribuían el alto nivel de violencia al que estaban expuestos (el 58% reconocían haber sufrido alguna agresión durante el último año, en la mayoría de los casos insultos verbales) a las siguientes circunstancias (mencionamos solo las cinco más importantes): a) demoras en la atención; b) masificación; c) denegación; d) expectativas frustradas, y e) deshumanización (p. 156). Estas mismas razones las encontramos en investigaciones llevadas a cabo en Suiza (Hahn, et al., 2010), Italia (Zampieron, Galeazzo, Turra y Buja, 2010), Turquía (Aydin, et al., 2009) o Taiwán (Chou, Lu y Mao, (2000). En la investigación de Aydin, et al. (2009), los 522 profesionales sanitarios que participaron en ella mencionan las siguientes causas desencadenantes: a) abuso de alcohol o drogas; b) conductas inconvenientes a los ojos de los pacientes; c) rechazo de demandas no razonables a los ojos de los profesionales; d) tiempo de espera; e) insatisfacción con el tratamiento; f) alto coste por el tratamiento (p. 1987). En un estudio publicado en el prestigioso “British Medical Journal”, Richard Hobbs analiza en una muestra de 1.093 médicos generales los factores precipitantes de las cinco siguientes modalidades de violencia: a) agresión verbal; b) agresión verbal con amenazas; c) agresión física; d) agresión física

acompañada de lesiones menores, y f) agresión física acompañada de lesiones mayores (ver Tabla 6).

Tabla 6. Factores precipitantes de acuerdo al tipo de violencia (Hobbs, 1991, p. 331)

Factor precipitante	Agresión verbal	Agresión verbal con amenazas	Agresión física	Agresión física con lesiones menores	Agresión física con lesiones mayores
Drogas o alcohol	24,5%	33%	35%	38,5%	60%
Ansiedad	28,6%	22,3%	10,7%	10,3%	20%
Trastorno mental	15,3%	21,3%	35,9%	46,2%	20%
Larga espera	12,4%	8,7%	2,9%	5,1%	
Pérdida reciente de un ser querido	6,1%	3%	2,9%		
Otro	13,1%	11,7%	12,6%		

La insistencia en este aspecto de la violencia contra los profesionales de la salud tiene su razón de ser en un supuesto teórico al que venimos aludiendo desde el comienzo: los datos aportados, y otros tantos en la misma dirección que podríamos haber incluido, ratifican la idea de que la violencia contra los profesionales de la salud suele ser la respuesta repentina (emocional) a estímulos y condiciones que definen el ambiente ocupacional. Estas condiciones esclarecen los determinantes de la acción violenta relegando a un segundo plano las variables individuales de los actores y resaltando, a su vez, la importancia del contexto. En el caso de la violencia contra los profesionales de la salud nos siguen interesando más los procesos en los que se enmarca dicha conducta que los perfiles de los actores que la protagonizan. La activación de la conducta violenta dentro de estas circunstancias hay que atribuirla al estado emocional de ansiedad y estrés en el que se encuentran los pacientes, y mucho menos, o en muchos

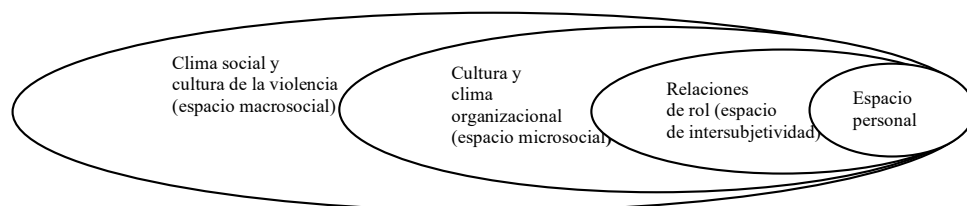
menos casos, a sus particularidades personales. A resultas de sus numerosas investigaciones sobre el comportamiento humano, Philip Zimbardo opta por concederle a la situación un protagonismo mucho mayor que a las disposiciones individuales planteando preferentemente preguntas sobre el “qué” más que sobre el “quién”: “¿Qué condiciones pueden contribuir a determinadas reacciones? ¿Qué circunstancias pueden generar una conducta? ¿Qué aspecto tiene la situación desde el punto de vista de quienes se encuentran en ella?” (Zimbardo, 2007, p. 29). La situación como problema: esa ha sido una de las claves para el estudio de la violencia colectiva y esa es también una clave para el estudio de la violencia contra los profesionales de la salud. El supuesto de la relación de interdependencia entre la persona y el contexto requiere, en nuestro caso, algunas concreciones. Éstas quedarían definidas, a modo de hipótesis, en los siguientes términos:

1. La violencia en el entorno sanitario, lo acabamos de señalar, se desenvuelve en un espacio cotidiano de intersubjetividad. Es una violencia interpersonal que tiene como marco de referencia el desempeño del rol. Nos encontramos, pues, con personas que interactúan desde una determinada posición (estatus) que va asociada al desempeño de una determinada tarea (rol), ambos claramente definidos y delimitados.

2. La violencia contra los profesionales de la salud se juega primordialmente en un espacio en el que está presente la persona y el ambiente microsocioal, el contexto organizacional, y, más en concreto, la atmósfera y el clima que reina en un determinado contexto sanitario.

3. Finalmente, es necesario tener en cuenta la existencia de determinadas variables macrosociales, de entre las que la cultura de la violencia ocuparía, sin duda, el lugar más importante.

Figura 2. La violencia en el entorno sanitario



Personas en el desempeño de su rol

El protagonista de la violencia es la persona. Esta afirmación tan obvia tiene, sin embargo, algunos matices. Para el tema que nos ocupa, tres serían los más importantes. En primer lugar, lo acabamos de recordar en el anterior epígrafe, la persona se encuentra dentro de contextos y escenarios de los que forman parte otras personas, que, además de distinguirse por determinados rasgos y características psicológicas, pertenecen a grupos y/o a categorías sociales (son pacientes, médicos, enfermeras, etc.) respecto a los cuales tenemos ideas y representaciones previas de cómo son y, sobre todo, de cómo deberían actuar (expectativa de rol). La falta de acuerdo entre la actuación real y la que se le exige al profesional (expectativas insatisfechas) es una de las fuentes más recurrentes de violencia en el entorno sanitario. En segundo lugar, los rasgos psicológico-individuales no son los únicos que caracterizan a los actores de la violencia; éstos también poseen rasgos y atributos sociales capaces de desencadenar reacciones comportamentales. Estos son los atributos que marcarían en la inmensa mayoría de las ocasiones lo que acontece en este espacio de intersubjetividad en el que se desarrolla nuestra vida cotidiana. Finalmente, hay que tener en cuenta la influencia que las condiciones y las características de la situación, sobre todo la más inmediata, pueda tener sobre nuestra manera de actuar.

Es necesario recordar que los actos e incidentes violentos se producen dentro del contexto laboral, es decir, contra determinadas personas en tanto que y porque

desempeñan un determinado rol. Dos de los autores más reconocidos en este campo por sus investigaciones sobre la violencia en los servicios de Urgencia, Winstanley y Whittington (2002, p. 145) indican que estas acciones (agresión física, amenazas verbales por parte de los pacientes o de sus familiares o visitantes) se dan durante el desempeño laboral en el lugar del trabajo en circunstancias relacionadas con la actividad de los distintos profesionales, como también recuerdan, entre otros Gerberich, et al., (2004), McDonald y Sirotich (2001), Joa y Morken (2012), OIT, OMS, CIE y SPI (2002, p. 3). Es importante destacar este aspecto como punto de partida para el diseño e implementación de estrategias de intervención y para el compromiso institucional y político para abordar el problema de la violencia contra los profesionales de la salud. La creencia en las raíces exclusivamente personales de estas conductas exonera a los poderes públicos y a los responsables institucionales de tomar medidas (cambios en las políticas ocupacionales tanto a nivel estructural como en el seno de cada una de las organizaciones sanitarias).

Son varios los estudios que se han referido, en la mayoría de los casos de manera lateral, al perfil del actor (ver, entre otros, Fletcher, Brakes y Canavaugh, 2000; Gerberich, et al., 2004; Koopman, et al., 1998; Luck, et al., 2007; McKenna, et al., 2003; Mayhew y Chappell, 2007; Moreno, et al., 2005; OIT, OMS, CIE y SPI, 2002; Rao, Luty y Trathen, 2007; Ryan y Maguire, 2006). Los perpetradores potenciales pueden tener a sus espaldas una historia de violencia, haber sufrido una infancia complicada; han podido ser consumidores de sustancias adictivas y tener acceso al uso de armas de fuego. Este es el pronóstico de la OIT, OMS, CIE y SPI (2002, p. 13). Sin embargo, en la revisión de los estudios llevados a cabo en Australia, Mayhew y Chappell (2007) concluyen que los principales rasgos de los actores de la violencia ocupacional son la edad (se trata de personas jóvenes) y el sexo (suelen ser varones).

Ese es también el perfil de los participantes en el “Minnesota Nursing Study”: los perpetradores son primordialmente varones (Gerberich, et al., 2004, p. 500). A estas dos características centrales le pueden acompañar el abuso de sustancias, la baja tolerancia a la ambigüedad, el débil control de impulsos, el desempleo o el empleo precario (Mayhew y Chappell, 2007, p. 329). Por su parte, las víctimas son desproporcionadamente mujeres (p. 330). En el estudio realizado por Koopman, et al. (1998) con 63 profesionales de una clínica psiquiátrica con el propósito de estudiar las consecuencias de la violencia procedente de los pacientes (la hipótesis, no confirmada por los datos, sugería un trastorno de estrés agudo) se apunta a un perfil común de los pacientes violentos en estos contextos: jóvenes, varones, blancos con un diagnóstico de esquizofrenia (p. 28).

Los trabajos recién mencionados no han tenido como objeto estudiar el perfil del perpetrador. Han aludido a él de manera general y en algunos casos lo han hecho a título de inventario. Hay dos estudios, sin embargo, que han prestado una especial atención a este aspecto, el de Fletcher, Brakel y Cavanaugh (2000) y el de Luck, Jackson y Usher (2007). Ambos se llevan a cabo en servicios sanitarios especialmente propensos a la violencia: Unidades de Salud Mental Penitenciarias y Servicios de Urgencias, respectivamente. El primero de ellos se basa en una reducida revisión de la literatura. A partir de ella se traza un perfil de la persona violenta en los Unidades de Salud Mental penitenciarios de Estados Unidos partiendo del siguiente supuesto: “la mayor parte de las personas violentas en los escenarios ocupacionales son empleados o clientes descontentos, acosadores y delincuentes ocasionales” (Fletcher, Brakel y Cavanaugh, 2000, p. 342). Estas personas compartirían además algunas otras características: a) suelen creer que han sido tratados de manera injusta e irrespetuosa; b) tienen una historia pasada de disputas, conflictos interpersonales y de fracasos personales, así

como de amenazas y ataques a otras personas combinado con pobres habilidades de afrontamiento; c) tienen asimismo una historia de falta de apoyo familiar; d) encuentran muchas dificultades para aceptar las críticas; e) se ven a sí mismos como víctimas de la injusticia; f) finalmente, las personas con trastorno límite de personalidad o con un trastorno de personalidad antisocial son especialmente propensos a la violencia. Algunas de estas características son previsibles en las Unidades de Salud Mental en escenarios penitenciarios, pero disponemos de datos suficientes para afirmar que están lejos de serlo en otros escenarios sanitarios. Por otra parte, las pruebas que los autores aportan para apoyar este perfil son excesivamente débiles, tanto, que dicho perfil no debería considerarse como un diagnóstico fundamentado, sino como una mera hipótesis de trabajo. Finalmente, no puede pasar desapercibido que la muestra está tomada de una Unidad de Salud Mental Penitenciaria.

La propuesta de Luck, Jackson y Usher (2007) se sitúa justamente en las antípodas y merece, por ello, una atención más detallada. El estudio se lleva a cabo en Australia a través de 290 horas de observación participante, 16 entrevistas semiestructuradas de entre 45-60 minutos de duración, 13 entrevistas informales llevadas a cabo a veces de manera espontánea cuando los investigadores eran testigos de un acto de violencia y realizadas a lo largo de cinco meses en 2005 a los 20 profesionales de enfermería que participaron en la investigación. A todo ello cabe añadir el análisis de documentos y la elaboración de un diario de investigación. Más allá del escaso número de participantes (la metodología cualitativa no tiene como objetivo analizar un alto número de casos), se trata de un estudio en el que los instrumentos desplegados permiten obtener una información que merece toda nuestra atención. En la revisión que llevan a cabo sobre la violencia en los Servicios de Urgencias, Taylor y Rew (2010, p. 1082) destacan precisamente el uso variado de instrumentos como la

principal aportación de este estudio y afirman que este es uno de los trabajos de investigación más solventes en este campo. Su principal resultado es la existencia de cinco elementos que definen el potencial de violencia por parte de los pacientes y/o acompañantes (ver Cuadro 6).

Cuadro 6. Componentes del potencial de violencia por parte de los pacientes y/o acompañantes (Luck, Jackson y Usher, 2007, p. 15)

Componentes (STAMP)	Estímulo activador
Mirada fija (“Staring”)	<ul style="list-style-type: none"> • Mirada prolongada al profesional de Enfermería mientras está realizando su trabajo. • Ausencia de contacto ocular (aquí hay diferencias culturales).
Tono y volumen de voz (“Tone and volumen of voice”)	<ul style="list-style-type: none"> • Contestaciones afiladas y caústicas. • Sarcasmos. • Entonación denigrante. • Alto volumen de voz.
Ansiedad (“Anxiety”)	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto sonrojado • Hiperventilación. • Habla acelerada. • Pupilas dilatadas. • Indicadores de incomodidad, muecas, agarrarse alguna parte del cuerpo. • Confusión y desorientación. • Falta de comprensión manifiesta sobre los procesos del departamento de urgencias.
Hablar entre dientes (“Mumbling”)	<ul style="list-style-type: none"> • Criticar en alto a los profesionales o a la institución con el objetivo de todo el mundo lo oiga. • Repetición de preguntas o demandas. • Discurso incoherente o trabado.
Ir de un lado a otro (“Pacing”)	<ul style="list-style-type: none"> • Ir de un lado a otro en áreas restringidas como la sala de espera o la habitación. • Ir y venir una y otra vez al área de Enfermería. • Dar vueltas a la cama. • Negarse al cuidado o al tratamiento.

Tal y como hemos señalado, la particularidad del STAMP reside en la metodología utilizada para su estudio. Dicha metodología no se ha conformado con aplicar un cuestionario realizado para la ocasión y analizar las respuestas puntuales a

cada uno de los ítems, sino que ha contado con la opinión de los profesionales interesados mediante entrevistas formales e informales, ha tenido en cuenta sus experiencias durante un prolongado periodo de tiempo y ha contado con la participación activa de los investigadores. La principal conclusión de este estudio vuelve sobre un aspecto que hemos encontrado en las conclusiones de otros muchos estudios: “los profesionales de enfermería indican que los estresores situacionales físicos, emocionales y sociales conducen a la ansiedad y, desde ahí, a la posibilidad de ejercer la violencia. Esto vale tanto para los pacientes como para los familiares o amigos” (Luck, Jackson y Usher, 2007, p. 17), sobre todo, añaden, para quienes tengan una función protectora del paciente, como sería el caso de los padres respecto a un hijo. Condiciones estresantes del “aquí” y del “ahora” en el que se desenvuelve la vida cotidiana y que son capaces de activar respuestas airadas en cualquier persona, aunque en algunas lo hacen de manera mucho más fácil, frecuente y exaltada que en otras debido a las características y diferencias individuales. Los autores hacen una segunda observación: a medida que se incrementa el número de componentes, se incrementa la posibilidad y el riesgo de violencia.

Douglas y Martinko (2001) insisten, sin embargo, en las diferencias individuales. En su estudio participan 151 empleados de dos organizaciones localizadas en el Noreste de Estados Unidos. Los estilos atributivos hostiles, estados emocionales (afectividad negativa), deseos de venganza y bajo autocontrol se manejan como predictores de los comportamientos violentos en el trabajo. Dos son las variables con una especial capacidad predictora de la violencia ocupacional: la ira como rasgo personal y los estilos atributivos externos (culpar de los eventos negativos a condiciones externas estables e intencionales). Los datos obtenidos por Douglas y Martinko son incuestionables; no así el supuesto teórico sobre el que se apoyan. Según este supuesto,

la conducta agresiva pertenece a ese tipo de conductas que se muestran menos influenciadas por el contexto (Douglas y Martinko, 2001, p. 554). Como hemos tenido oportunidad de ver anteriormente, los datos de la investigación sobre la violencia no han corroborado este supuesto. Tampoco lo han hecho los datos sobre la violencia contra los profesionales de la salud. Las víctimas, acabamos de verlo, lo son, en la inmensa mayoría de los casos, por razones completamente ajenas a sus rasgos y características personales. Los agresores también.

Barling, Dupré y Kelloway (2009), en su estudio de la violencia ocupacional, proponen una serie de puntos que nos parecen muy clarificadores del peso diferencial de la persona y del ambiente (p. 685):

1. La violencia ocupacional es predecible. Hay numerosos estudios que han puesto de manifiesto que la percepción de una provocación es un predictor significativo de la violencia ocupacional, que puede ser amortiguado o activado por diferencias individuales.

2. La violencia ocupacional no solo es predecible, sino evitable. En esta tarea resultan de especial relevancia las decisiones que se puedan adoptar desde la propia organización, entre otras razones, cabría añadir, porque, como tendremos oportunidad de ver en el próximo epígrafe, las variables organizacionales juegan un papel decisivo en la aparición y mantenimiento de conductas violentas.

3. La violencia ocupacional no es fruto de la enfermedad mental.

4. El intento de elaborar un perfil del empleado potencialmente agresivo no está apoyado por los datos. El intento por excluir a potenciales empleados violentos está mucho más apoyado en un estereotipo que en datos concluyentes.

Personas en el contexto organizacional

Los estudios que han abordado las particularidades de los actores de los comportamientos violentos en el entorno sanitario han ofrecido fundamentalmente datos relacionados con sus características demográficas y no tanto sobre sus rasgos de personalidad, de suerte que el perfil de las personas violentas en este entorno es mucho más un perfil social (de pertenencias categoriales) que estrictamente individual. Si nos centramos en las víctimas, ese perfil aparece todavía con mucha más nitidez: la edad (a menor edad, mayor riesgo de exposición), los años de experiencia (a menor número de años de experiencia, mayor riesgo), y el género (ser mujer es, en este como en tantas otras experiencias traumáticas, un factor de riesgo) son los tres principales rasgos distintivos de las víctimas. Los datos a este respecto son especialmente coincidentes en estudios realizados en Taiwán (Chen, Sun, Lan y Chiu, 2009), Australia (Mayhew y Chappell, 2007), España (Mayorca, et al., 2013) o Reino Unido (Nolan, et al., 1999) por mencionar tan solo unos pocos ejemplos. En este último estudio participaron 375 profesionales de salud mental, tanto psiquiatras como profesionales de enfermería, que respondieron a un cuestionario de 20 ítems sobre el número, tipo y gravedad de los incidentes violentos a los que se habían enfrentado. Sus resultados, además de confirmar el perfil sociodemográfico de las víctimas, ofrecen dos interesantes novedades: a) los profesionales que se mostraban insatisfechos con su trabajo confesaban haber sufrido más incidentes violentos que aquellos que se mostraban satisfechos con su tarea, y b) el 70% de las víctimas manifestaban tener un escaso control sobre su trabajo (Nolan, et al., 1999, p. 937). Ni el comportamiento de los pacientes ni el de los profesionales sanitarios puede ser estudiado y cabalmente comprendido al margen del contexto organizacional en el que se encuentran.

El simple título de los 101 capítulos que suman los dos “Handbooks” de referencia, el *International Handbook of Violence Research* (Heitmeyer & Hagan, 2003), y *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (Flannery, Vazsonyi & Waldman, 2007) pueden darnos una clave (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Características de la persona y del ambiente en el comportamiento violento
(Dunbar y Blanco, 2014, p. 379)

Persona	Ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • Biología de la agresión y la violencia. • Factores genéticos y psicofisiológicos. • Neurobiología y neuropsicología de la agresión y la violencia. • Rasgos y disposiciones personales. • Abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Segregación étnica. • Exclusión social. • Género. • Creencias religiosas. • Movimientos sociales. • Conflictos etnopolíticos. • Medios de comunicación de masas. • Estructura y clima familiar. • Ideología. • Pertenencia grupal. • Grupo de pares. • Cultura. • Clase social. • Redes sociales.

Si tenemos en cuenta que entre estos 101 capítulos tan solo hay uno dedicado a la violencia ocupacional, escrito precisamente por uno de los autores de referencia en este campo (Vittorio di Martino), el reto al que nos enfrentamos es encontrar el acomodo de estas variables a este escenario particular de violencia y, de manera más precisa, a la que se manifiesta en los entornos sanitarios, ausente en ambos “Handbooks”.

Como hemos tenido oportunidad de ver, los datos que nos ofrecen las investigaciones sobre la violencia en los escenarios sanitarios cuando centran su atención en el victimario, suelen responder a la imagen trazada en el Cuadro 7: son mucho más numerosos los condicionantes contextuales que los personales. Las

conclusiones del estudio de referencia (Luck, Jackson y Usher, 2007) apuntan en esa misma dirección, aunque con un matiz al que ya hemos aludido: la importancia de los estados emocionales activados por circunstancias del momento. A ellos nos hemos venido refiriendo de manera indirecta a la hora de hablar de las condiciones desencadenantes de la violencia contra los profesionales de la salud como apoyo al supuesto teórico de la prevalencia del contexto frente a la persona. A uno de estos estados emocionales, la ansiedad ante una intervención quirúrgica, dedicamos el trabajo de fin de Máster (TFM) (Blanco, 2013). Ahora vuelve a hacer acto de presencia como posible inductor de la violencia en el entorno sanitario bajo una hipótesis muy fácil de entender y de comprobar: el estado de enfermedad es una de las contrariedades que pueden sobrevenir en la vida de cualquier persona convirtiéndose así en uno de los predictores más fiables “de estrés psicológico y síntomas somáticos” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 330). Algunas de esas contrariedades (la enfermedad entre ellas) irrumpen en nuestra vida de manera inesperada y al margen de nuestra voluntad exigiendo un esfuerzo de adaptación y un reajuste en nuestra conducta y acompañadas de un estado emocional de preocupación e incertidumbre. Hans Selye agrupó estos síntomas bajo la etiqueta del “síndrome de estar enfermo”. Además de una respuesta ante una intervención quirúrgica, tal y como se analizó en el TFM, la ansiedad y el estrés son respuestas a esos acontecimientos inesperados con los que se encuentra la persona (Lazarus y Folkman, 1986, p. 36) mediados por la evaluación que haga de la situación: a) novedad entendida como “aquellas situaciones en las que no se dispone de experiencia previa” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 106); b) incertidumbre: la percepción de amenaza y el nivel de ansiedad está en función del grado de certeza o de incertidumbre; c) duración: tiempo que persiste un acontecimiento estresante; d) ambigüedad respecto a la información de que se dispone, a las demandas de

afrontamiento, a su duración: esas son condiciones que hacen ambigua una situación. “En los seres humanos, la ambigüedad puede aumentar la amenaza mediante la limitación de la sensación de control del individuo y/o aumentando la sensación de desesperanza frente al peligro” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 128). Traducida a nuestro contexto, la ambigüedad se corresponde con la falta de información, con el conflicto y ambigüedad de rol, que serán algunas de las condiciones organizacionales propias de un clima en el que resulta probable la violencia. En una palabra, “el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). La conclusión a la que llegan Mayhew y Chappell (2007) tras su revisión de los estudios llevados a cabo en Australia resulta muy coincidente con lo que venimos apuntando: el trato con personas en una situación de ansiedad, con personas que se encuentran bajo los efectos del miedo o de la ira es el principal determinante de la exposición a la violencia.

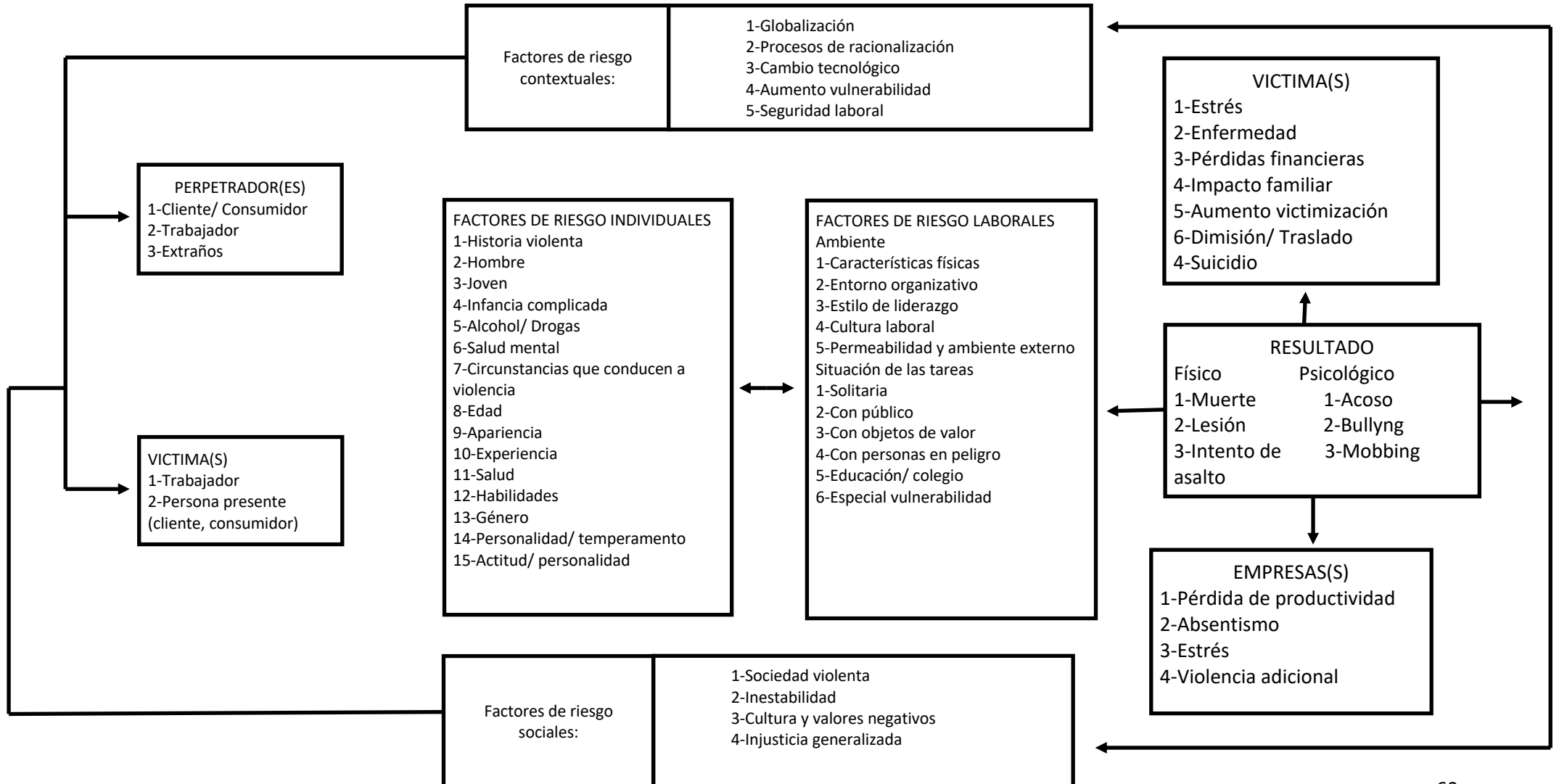
La condición de paciente (el “síndrome de estar enfermo”) es un estado ocasional que se convierte en un estresor que va acompañado de un estado emocional de ansiedad desde el que no resulta extraña la conducta violenta. En un estudio sobre la violencia en 65 departamentos de Urgencias de Estados Unidos, Behnam, et al., (2011) aluden a la naturaleza estresante de este contexto (estrés contextualizado) como una de las razones del alto nivel de violencia que suele manifestarse dentro de él: el dolor padecido por los pacientes, el largo tiempo de espera, la frustración de los propios pacientes y familiares con el sistema de salud, algo muy frecuente y muy comprensible en el sistema de salud norteamericano, son situaciones que activan negativamente su estado emocional. Si a ello le añadimos el alarmante número de armas de fuego confiscadas en Urgencias (p. 573) no deberían resultarnos extraños los datos de

violencia letal a los que hemos hecho referencia en la primera parte de este capítulo. Por su parte, los profesionales se enfrentan también a estresores ocupacionales capaces de influir en sus conductas a causa de los retos y desafíos que tienen que enfrentar (Geddes y Baron, 1997): presión de tiempo, sobre-expectativas por parte de los pacientes, no reconocimiento del trabajo, estructura demasiado burocratizada, inseguridad en el trabajo, falta de autonomía, discriminación salarial, turnos de trabajo excesivamente largos, etc. Hablamos, pues, de un espacio de intersubjetividad en el que se entrecruzan estresores emocionales de parte de los pacientes y el estrés organizacional en el que se desenvuelve el trabajo de los profesionales. En muchos casos, ninguno de los estados de estrés y de activación emocional es enfrentado y manejado de manera adecuada. Ese cruce de estados emocionales negativos es el caldo de cultivo de los comportamientos violentos en el entorno sanitario (ver Figuras 5 y 10). Si a ello añadimos algunas características personales, el resultado es fácilmente previsible, sobre todo si esas características están relacionadas con ciertos estados mentales, como suele ser el caso de las unidades de Salud Mental o Psiquiatría. De ello son perfectamente conscientes Scott Douglas y Mark Martinko: a pesar de su opción por las diferencias individuales, hay condiciones propias del ambiente organizacional que pueden tener un mayor valor predictivo de la violencia ocupacional que los factores individuales, y así es como confiesan estar completamente convencidos de que “la interacción entre los factores individuales y situacionales proporcionará la más completa explicación de la variabilidad en la incidencia de la violencia ocupacional” (Douglas y Martinko, 2001, p. 555) volviendo con ello a la original propuesta de Kurt Lewin. En ese diagnóstico coinciden Hershcovis, et al. (2007) como conclusión al meticuloso metaanálisis sobre la violencia ocupacional: “la violencia en el entorno laboral no ocurre en el vacío social. Los factores relacionales y contextuales juegan un papel decisivo delimitando si se

agrede y contra quién se agrede” (Hershcovis, et al., 2007, p. 235). Veamos un ejemplo tomado del escenario sanitario más propenso a la violencia (los servicios de Urgencias de los hospitales). Valiéndose de una metodología cualitativa (entrevista a 12 enfermeras que trabajaban en este servicio en un hospital en Irlanda) Angland, Dowling y Casey (2013) concluyen que, de acuerdo con la experiencia y percepción de las interesadas, la violencia en este escenario sanitario tiene dos principales motivos. Los primeros nos remiten a condiciones ambientales ya conocidas: tiempo de espera, falta de espacio (masificación), escasez, cuando no ausencia, de medidas de seguridad, triaje. Los segundos aluden a condiciones de comunicación, de entre las que destacan las relaciones interpersonales: ausencia o pobreza de comunicación, información errónea a los pacientes por parte de los médicos, etc. Estos motivos han estado reiteradamente presentes a lo largo de esta Parte (ver Cuadro 8).

Tomadas una a una, y teniendo como referencia algunas de las investigaciones que nos han servido de guía (Arnetz, et al. 2015; Camerino, et al., 2004; Hahn, et al., 2008; Moreno, et al., 2005; OIT, OMS, CIE y PSI, 2002; Pompeii, et al., 2013; Spector, Zhou y Che, 2014), el listado de condiciones procedentes del ambiente organizacional puede llegar a ser interminable. Si a ello le añadimos la relación de las variables personales y de las condiciones macro-sociales, el listado se convierte en inmanejable a efectos prácticos. La prueba más fehaciente nos la ofrece el modelo interactivo de Chappell y Di Martino (2006, p. 123).

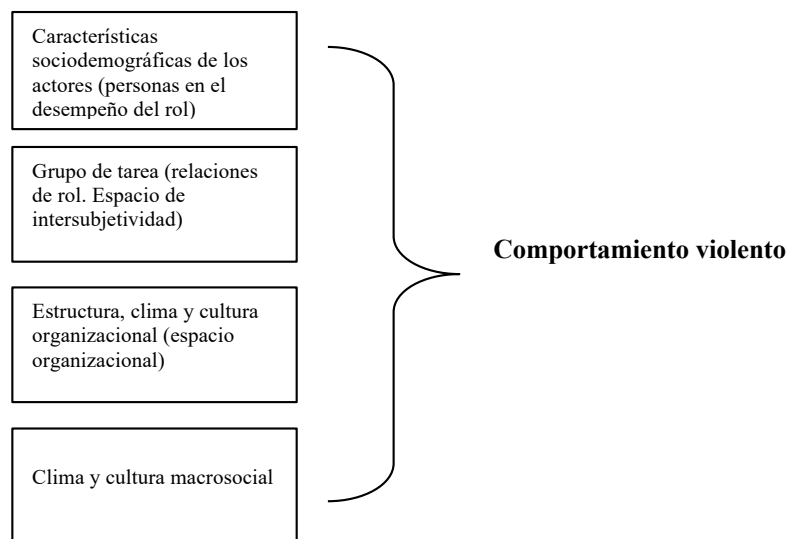
Figura 3. Modelo interactivo (Chappell y Di Martino, 2006, p. 123)



El modelo (ver Figura 3) contempla variables pertenecientes a las tres grandes dimensiones en las que se desenvuelve la vida de las personas: a) variables contextuales de riesgo (5); b) factores de riesgo personal (15), y c) variables sociales (4). A ellas se añaden, d) factores de riesgo ocupacionales relacionados con el ambiente de trabajo (5) y con la situación en la que se desarrolla la tarea (6).

Los datos que hemos mostrado en el apartado anterior no dan pie a una propuesta tan compleja y tan ineficaz en términos operativos. Partiendo precisamente de ellos, el marco para el estudio de las conductas violentas contra los profesionales de la salud empezaría a concretarse en los siguientes términos (ver Figura 4).

Figura 4. La violencia en el entorno sanitario



El espacio personal al que hacemos referencia en la Figura 2 (la persona en el desempeño de su rol) queda preferentemente asociado a las características sociodemográficas de las víctimas (la edad, el género, los años de experiencia, el departamento sanitario en el que desempeñe su trabajo, el estatus profesional, etc.). Eso es lo que se desprende de los datos de investigación disponibles hasta el momento. La revisión bibliográfica que hace a este respecto Steinert (2002) viene de nuevo en nuestro

apoyo al concluir que las variables y características sociodemográficas son predictores más potentes de la violencia en los escenarios sanitarios que los rasgos clínicos o psicopatológicos, incluso en el caso de pacientes ingresados en unidades psiquiátricas (p. 135) en quienes las variables personales es esperable que jueguen un papel más determinante, aunque el mejor predictor es probablemente su historia pasada de violencia (p. 138).

En los entornos ocupacionales, el espacio de intersubjetividad queda definido por las relaciones de rol. En la inmensa mayoría de los casos pacientes y profesionales de la salud no se conocen, no han tenido interacciones previas y, en muchos casos, nunca las volverán a tener. Esas relaciones se llevan a cabo desde una determinada posición dentro de la estructura organizativa (el estatus) y desde el rol que cada uno juega y tiene asignado. En el caso que nos ocupa, esos roles, y, por tanto, los grupos que los referencian, están claramente definidos: a) paciente/familiar/visitante; b) profesional de enfermería; c) profesional de medicina; d) compañeros de trabajo, y e) jefes y supervisores. Éstos son los protagonistas (sobre todo los dos primeros) de la práctica totalidad de las investigaciones a las que hemos hecho referencia, y de ellos se han obtenido la práctica totalidad de los datos de que disponemos hasta el momento y a los que hemos venido aludiendo a lo largo de esta tesis. A ese espacio pertenecen los estresores emocionales procedentes del estado de enfermedad que caracteriza a los pacientes y que juegan un papel decisivo en sus reacciones violentas contra los profesionales. Los datos procedentes de las revisiones de Hahn et al., (2008), Pompeii, et al. (2013) y de las investigaciones de Arnetz, et al., (2015), Aydin, et al. (2009), Flanery, et al., (2011), Hobbs (1991), Moreno, et al. (2005), entre otras, se han referido a ellos (a los estresores) bajo la denominación de instigadores, precipitantes o desencadenantes de la violencia: tiempo de espera, demandas insatisfechas, dolor

infligido durante el tratamiento, disconformidad con la asistencia recibida, trato dispensado por el personal sanitario, estado de excitación emocional debido a la ingesta de alcohol o drogas, masificación.

En los entornos ocupacionales, y el entorno sanitario no es una excepción, el desempeño del rol siempre ocurre dentro de un espacio enmarcado en una estructura de la que forman parte, además de las funciones y tareas encomendadas a cada uno de los componentes, las relaciones de estatus, las normas, con sus correspondientes sanciones, que definen los procedimientos a seguir a fin de cumplir las metas y objetivos de la organización, la cohesión, y en algunos casos (no precisamente en el entorno sanitario), la ideología. Todo ello conforma y define un clima que rodea, enmarca y caracteriza el espacio intersubjetivo. Esa será, desde nuestro punto de vista, una de las claves teóricas más relevantes a la hora de estudiar y analizar la violencia contra los profesionales de la salud. Dicho de otra manera, el espacio interpersonal en el que se desarrolla la vida cotidiana del trabajador sanitario y en el que tienen lugar las relaciones de rol está encuadrado dentro de la estructura y la cultura de la organización. La calidad de las relaciones interpersonales, que aparecen como el principal factor de violencia en el “NEXT Study” (ver Camerino, et al., 2008, p. 46), acaban remitiendo en buena medida a las características de la estructura, cultura y clima organizacional. A los estresores emocionales propios del estado de enfermedad de los pacientes, se unen los estresores ocupacionales en los que se desenvuelve el desempeño laboral de los profesionales, especialmente del personal de enfermería. El “NEXT Study” (Camerino, et al., 2008), la revisión de Mayhew y Chappell (2007) o la de la OIT, OMS, CIE y PSI (2002), el listado de Chappell y Di Martino (2006), los datos procedentes de la investigación de Angland, Dowling y Casey, Geddes y Baron (1997), Nolan, et al., (1999), entre otras, apuntan a la calidad de las relaciones interpersonales en el entorno laboral, a la falta de

información sobre las tareas a desarrollar (ambigüedad y conflicto de rol), a la insatisfacción con el horario de trabajo, a la presión de tiempo, al no reconocimiento del trabajo por parte de los superiores, a la inseguridad laboral, a la falta de autonomía, a la discriminación salarial, al exceso de burocracia.

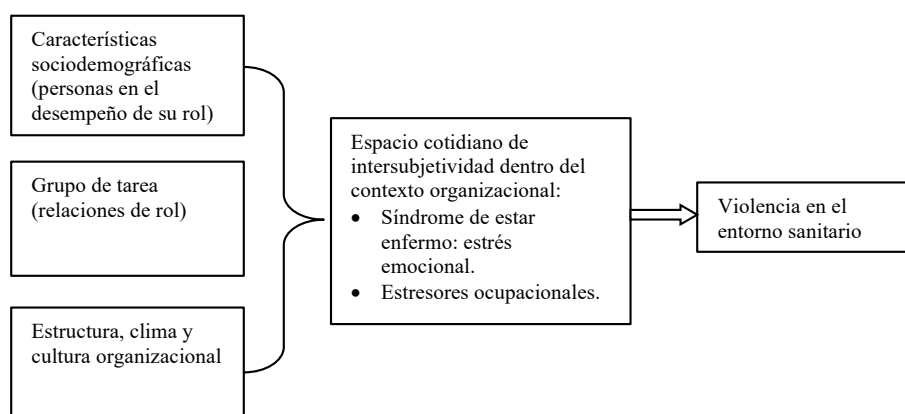
Finalmente, a lo largo de este capítulo, con la alusión al marco macrosocial hemos querido señalar las peculiaridades del comportamiento violento en diferentes entornos socioculturales, algunos de ellos muy alejados del nuestro, como sería el caso de Japón, Irán, Jordania, o China, por ejemplo. Este marco sociocultural tiene en la cultura de la violencia su expresión más concluyente. En la Parte 1 hemos aludido a este marco (ver epígrafe “Los mecanismos a pequeña escala”) como un conjunto de creencias, tradiciones, costumbres, hábitos que aceptan y hacen prevalecer el uso de determinadas formas de violencia a la hora de afrontar o resolver problemas o conflictos en el campo de las relaciones interpersonales e intergrupales sin entender que vulneran derecho alguno ni que sus consecuencias puedan ser perjudiciales. Los 9.000 homicidios cometidos en el lugar de trabajo en Estados Unidos entre 1992-2001 a los que hemos aludido en el primer epígrafe deben ser interpretados a la luz de la tradicional cultura de la violencia imperante en aquel país. Bruce y Nowling (2011) ofrecen otro dato en la misma dirección: a lo largo de dos meses del año 2003, doce empresas de Estados Unidos compartieron la trágica experiencia de un empleado asesinado o herido de gravedad por un compañero de trabajo o un cliente. “La cultura de la violencia es uno de los elementos integrantes de la cultura norteamericana. Impregna nuestras noticias, nuestro ocio, y, finalmente, de manera vicaria nuestras vidas”. Ese es el diagnóstico de Mark Warr, catedrático de Sociología en la Universidad de Texas y estudioso de la conducta criminal (Warr, 2007, p. 579). Estados Unidos no es el único contexto cultural al que se le puede aplicar este atributo (en la Parte 1 hemos

aludido a otros países), pero es el país en el que los altos índices de violencia ocupacional y contra los profesionales de la salud pueden estar enmarcados dentro de esta característica sociocultural.

Dicho esto, y sin minimizar la importancia de la cultura de la violencia, convendría recordar que las diferencias encontradas en los índices de violencia en los distintos países no remiten solo a la presencia de un factor cultural, sino también a las diferentes maneras de definir la violencia y a los distintos instrumentos de recogida de información. Hemos tenido ocasión de observar además que las diferencias culturales ejercen una influencia muy moderada sobre los patrones de acción violenta contra los profesionales de la salud; sobre los cinco resultados que comentábamos a modo de conclusión de las investigaciones realizadas en España, por ejemplo. Lo que estos resultados indican es que la violencia contra los profesionales de la salud se pone en marcha de manera preferente por la presencia en el ambiente de señales (estímulos), acontecimientos, incidentes, que activan una respuesta emocional de estrés por parte de los pacientes.

En definitiva, la propuesta que venimos madurando desde el comienzo de esta Parte podría quedar recogida en la siguiente hipótesis: la violencia en el entorno sanitario tiene lugar dentro de un espacio cotidiano de intersubjetividad en el que se entrecruzan e interactúan el estrés emocional de los pacientes con el estrés ocupacional en el que se desenvuelve la tarea de los profesionales de la salud, sobre todo, la tarea de los profesionales de enfermería. Teniendo en cuenta el escaso peso que en el cómputo final tienen las características individuales de los actores y de las víctimas y las condiciones macrosociales, la violencia en el entorno sanitario podría obedecer al siguiente modelo (ver Figura 5).

Figura 5. El espacio intersubjetivo cotidiano de la violencia en el entorno sanitario



Dicho de otra manera, cuando a los estresores emocionales del paciente se le suman los procedentes del contexto ocupacional en el que desempeñan profesionalmente los profesionales de la salud, están garantizadas unas relaciones cargadas de conflictos entre las personas que forman parte del escenario sanitario: profesionales, pacientes y familiares, y directivos. Cada uno de ellos en el desempeño de su rol.

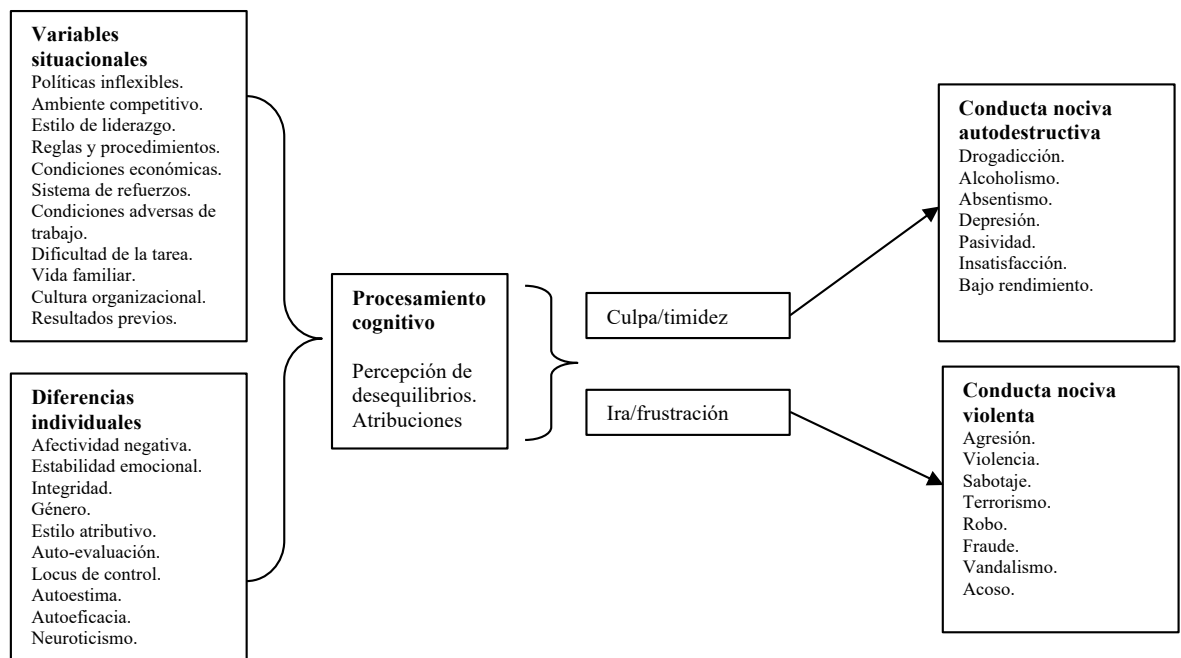
Hay que admitir que en este campo de investigación la ausencia de teoría es no solo llamativa, sino perjudicial, tanto, que ni siquiera ha habido un esfuerzo por clarificar y consensuar una definición de violencia que pudiera hacer comparables los datos recogidos a lo largo de las múltiples investigaciones que se han llevado a cabo (ver Parte 2). Por lo que atañe a la metodología, y, sobre todo, a los instrumentos empleados para la recogida de información, ocurre algo parecido, como hemos tenido oportunidad de ver en la parte anterior de esta tesis.

La alusión a las variables organizacionales como marco en el que se manifiesta el comportamiento violento la hemos ido viendo a lo largo del capítulo. En todos los casos, las condiciones de la organización laboral propiamente dicha se contemplan dentro de un marco del que forman parte otros componentes de la violencia

ocupacional, normalmente las variables relativas a la persona. En otras ocasiones, la minoría, el contexto organizacional se constituye como el verdadero marco teórico. Esos son los casos de interés para nosotros.

Mark Martinko, a quien hemos visto en otra ocasión a lo largo de este misma Parte, propone un modelo para el estudio de la conducta nociva para la organización (“counterproductive behavior”) caracterizada por acciones que vulneran y atentan contra los valores y las normas de la organización y cuya manifestación más extrema sería la violencia. La particularidad de esta propuesta (Martinko, Grundlach y Douglas, 2002) reside en la inclusión de variables cognitivas como mediadoras del comportamiento violento (ver Figura 6).

Figura 6. Modelo de razonamiento causal de la conducta nociva (Martinko, Grundlach y Douglas, 2002, p. 43)



Las variables situacionales se combinan e interactúan con condiciones personales, que a través de la mediación de factores cognitivos pueden dar lugar a comportamientos violentos.

Judith Arnetz, cuya presencia en esta tesis es ya conocida, pone a prueba un modelo teórico en el que la violencia contra los profesionales de la salud se relaciona con la evaluación que el paciente realiza (mediación cognitiva) de la calidad del cuidado recibido bajo un supuesto que nos resulta muy familiar: la interacción paciente-profesionales sanitarios es considerada como la variable principal en el desarrollo de la violencia (Arnetz y Arnetz, 2001, p. 418) entendida como una cualidad negativa del ambiente hospitalario. Las muestras utilizadas para poner a prueba el modelo proceden de ese ambiente: seis estudios realizados en el hospital regional de Örebro (Suecia) desde 1994 valiéndose de un cuestionario sobre el ambiente de trabajo y otro sobre la calidad de la atención aplicados a un total de 8.531 profesionales (3.500 en 1994, 2.617 en 1995 y 2.414 en 1997). Las dimensiones del ambiente de trabajo que se contemplan en los tres instrumentos utilizados son: calidad de la meta, eficiencia, clima de trabajo, retroalimentación respecto a la ejecución, liderazgo, participación, desarrollo y estrés (Arnetz y Arnetz, 2001, p. 420). Más allá de datos sobre la presencia de la violencia en el entorno hospitalario (los datos siguen la tendencia general ya apuntada: la mayor parte de los actos violentos proceden de los pacientes; los incidentes más frecuentes eran de naturaleza verbal; hay diferencias significativas por departamentos, etc.), hay dos resultados sobre los que queremos llamar la atención: a) la relación entre la violencia vivida por los profesionales de la salud y la percepción negativa por parte de los pacientes de la calidad del cuidado, y b) la relación, igualmente negativa, de la violencia sufrida por los profesionales y todas las condiciones de su ambiente de trabajo en el estudio de 1995: liderazgo, clima laboral, participación, etc. (p. 424).

El ambiente de trabajo es también la variable que manejan Roche, et al., (2010) en un estudio realizado con 2.487 profesionales de enfermería que se desempeñaban en 94 guardias médicas y quirúrgicas en 21 hospitales públicos australianos. La aplicación

de la “Environmental Complexity Scale” arroja una correlación de .32 entre la amenaza de violencia y los cambios no previstos, de .27 con la cantidad de tiempo requerido para completar el trabajo por turno, de .34 con las tareas no realizadas durante el turno y de .44 con el tiempo de espera, un instigador presente en la mayoría de las investigaciones. Lo que resulta especialmente significativo es la correlación de .45 entre esta última variable y la violencia física (p. 17). A su vez, las relaciones positivas entre los profesionales de enfermería y medicina correlacionaban negativamente con la amenaza de violencia.

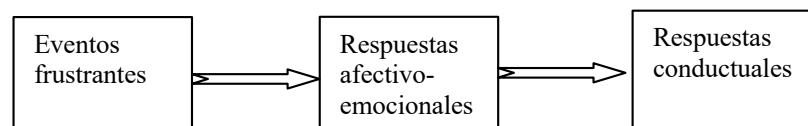
De nuevo se pone de manifiesto la importancia de la calidad de las relaciones entre los profesionales sanitarios y entre éstos y los pacientes y/o familiares o visitantes, que hemos visto en páginas anteriores. En definitiva, en la medida que el ambiente que se respira en los distintos lugares de atención médica era menos estable (incremento de carga de trabajo, cambios no programados en las necesidades de los pacientes, percepción de ausencia de liderazgo entre el personal de enfermería, menor nivel de autonomía, pobres relaciones con los médicos, más tiempo de espera por parte de los pacientes), se incrementaba la percepción de violencia (Roche, et al., 2010, p. 18). Agervold y Andersen (2006) hablan en este sentido de un “ambiente de trabajo psicológicamente pobre” para cuyo análisis elaboran un cuestionario de 94 ítems (“Psychosocial Work Environment and Stress Questionnaire” – PWSQ-) del que forman parte una serie de dimensiones (13) algunas de las cuales ya nos resultan familiares: demandas de rol, carga de trabajo, control sobre la propia situación laboral, estilo de dirección, claridad de rol, contacto social, clima social, desarrollo personal a través del trabajo, centralidad del trabajo (importancia y compromiso personal con la tarea), burnout, estrés y síntomas psicósomáticos (p. 235-236). Las principales correlaciones entre el índice de violencia (medida con un solo ítem: esta es otra de las razones de la

variabilidad de los resultados) y las dimensiones del PWSQ aplicado a 228 empleados de una residencia de pacientes aquejados de trastornos mentales son de .27 con las demandas de la tarea, .21 con el estrés, .18 con la presión en el trabajo, y .16 con el clima social (p. 239). La principal conclusión de este trabajo, quizás no demasiado apoyada en los datos, es la existencia de instituciones propensas a la violencia que se caracterizan por una alta presión laboral y altas demandas cognitivas. Quienes abundan, con argumentos bastante más sólidos, en esta idea son O'Leary, Griffin y Glew (1996): existe una agresión motivada organizacionalmente que es instigada desde y por algún factor perteneciente al contexto organizacional (p. 229). “De hecho, las mismas organizaciones pueden convertirse en perpetradoras de la agresión” (p. 247). El punto de partida nos resulta ya familiar: las características personales y las propias del ambiente organizacional se combinan e interactúan para dar lugar, en este caso, a una violencia motivada organizacionalmente que activa y propicia la actividad por parte de la organización para hacerle frente: modificación de algunas características del ambiente organizacional, manipulación de los instigadores institucionales, etc.

Desde nuestro punto de vista, uno de los modelos teóricamente más sólidos es el que ha venido proponiendo desde la década de los setenta Paul Spector. Su punto de partida nos remite a una antigua hipótesis: la relación entre frustración y agresión, una teoría que desarrollaron Dollard, et al., (1939) y que reformularía posteriormente Berkowitz (1989). En su formulación inicial, la hipótesis sostiene que la conducta agresiva siempre presupone la existencia de una frustración previa al tiempo que dicho estado conduce siempre a alguna forma de agresión, aunque sólo (ese el matiz que introduce Leonard Berkowitz) en la medida que la frustración desencadene efectos emocionalmente negativos, sobre todo la ira. Los estados emocionalmente negativos subsiguientes a la frustración (la interferencia en la consecución o el mantenimiento de

una meta) es el punto de partida de Paul Spector para poner las bases de un modelo de frustración organizacional (Fox y Spector, 1999; Spector, 1975; 1978; Spector, Fox y Domagalski, 2006) caracterizado por un clima en el que la conducta violenta encontraría un espacio propicio para manifestarse (Kessler, et al., 2008; Spector, et al., 2007). El modelo pone el énfasis en las variables emocionales: la clave de las conductas agresivas en los escenarios ocupacionales es la mediación de respuestas afectivas (estresores emocionales) a situaciones relacionadas con el bloqueo en el desarrollo de las actividades o en la consecución de metas personales procedente de los supervisores, subordinados, compañeros y compañeras de trabajo, de los procedimientos organizacionales o de la propia estructura de la organización (Spector, 1978). De nuevo la mediación psicológica a escena, esta vez definida en términos emocionales siguiendo un esquema muy sencillo, pero de una gran capacidad predictiva fácilmente aplicable al entorno sanitario, tal y como hemos intentado plasmar en la Figura 5. Muchos de los motivos instigadores de la violencia perpetrada por los pacientes y/o familiares guardan una estrecha correspondencia con la interferencia o negación de la consecución de algún objetivo (ver Figura 7).

Figura 7. La mediación emocional en las conductas violentas (Fox y Spector, 1999, p. 918)



Las respuestas de estrés han hecho acto de presencia como factores instigadores de la violencia de los pacientes y/o familiares contra los profesionales de la salud: tiempo de espera, demandas no satisfechas, masificación del servicio de salud. A ello es necesario añadir el propio estado emocional de ansiedad, miedo y preocupación de los pacientes hospitalarios, un escenario donde los actos de violencia son especialmente

frecuentes. Recordemos a este respecto la conclusión de uno de los estudios de referencia en este campo: los profesionales de enfermería son perfectamente conscientes de la existencia de estresores situacionales que generan ansiedad en los pacientes y en los familiares allanando así el camino hacia la violencia (Luck, Jackson y Usher, 2007, p. 17). La ansiedad, junto a la ira, es precisamente una de las respuestas emocionales estudiadas por el equipo de Spector. De los 186 trabajadores que participaron en el estudio en el que Suzy Fox y Paul Spector ponen a prueba, a partir de cuatro hipótesis, su modelo, solo 7 pertenecían al ámbito sanitario. Sin embargo, la conclusión de que existe una estrecha relación entre las condiciones, momentáneas o permanentes, que interrumpen o bloquean el desarrollo de actividades o el logro de metas personales (los “situational constraints”) y las reacciones dañinas contra las personas y contra la organización (la violencia entre ellas) y que estas reacciones están mediadas por las respuestas emocionales (Fox y Spector, 1999, p. 928), es perfectamente aplicable a los escenarios sanitarios. Ese es el supuesto en el que se apoya la propuesta que se recoge en la figura 5: el espacio intersubjetivo en el que se desenvuelve la actividad cotidiana en los entornos sanitarios es un espacio en el que están presentes estresores ocupacionales propios del contexto organizacional y estresores emocionales procedentes del paciente. Al fin y al cabo, el estrés ocupacional no deja de ser una reacción emocional de los profesionales propiciada por condiciones del ambiente de trabajo. Un detalle puede servirnos de ejemplo: la correlación más alta (.49) es la que se da entre la ira y las manifestaciones de la conducta nociva contra la organización (“Counterproductive Work Behavior” – CWB) caracterizada por actos de violencia física o verbal así como por la destrucción de las propiedades materiales de una organización (Spector, Fox y Domagalski, 2006, p. 30). En definitiva: a) las emociones negativas juegan un importante papel en una parte decisiva de las CWB, es decir, en los

actos violencia en los escenarios ocupacionales perpetrada por clientes o empleados; b) los estresores ocupacionales pueden activar ira, ansiedad y otras emociones que, bajo determinadas circunstancias, pueden propiciar la violencia; c) la investigación ha puesto claramente de manifiesto que la CWB es consecuencia de condiciones y situaciones presentes en el ambiente ocupacional. Aunque no podamos obviar que algunas personas son más propensas que otras a experimentar emociones negativas (tienen dificultades con la regulación de la ira, la tolerancia a la frustración, el control de la impulsividad, y el afrontamiento de la ansiedad y el estrés) y a reaccionar de manera violenta, siempre es necesaria la presencia en el contexto de algo que desencadene su conducta; d) las organizaciones laborales necesitan estrategias y medios para combatir la CWB; aunque en muchos casos resulta imposible anticipar las reacciones de los clientes, es necesario tener disponibles estrategias para afrontar sus consecuencias (Spector, Fox y Domagalski, 2006).

Los bloqueos situacionales, las condiciones del ambiente ocupacional, las condiciones estructurales de la organización o del contexto laboral propician, pues, la aparición de estresores emocionales que crean un clima social propenso a la aparición de conductas violentas. Pinded y Spector (2016) han definido las constricciones organizacionales (CO) como condiciones de trabajo que inhiben, interfieren o sencillamente fallan a la hora de apoyar el desempeño laboral de los profesionales (p. 7). Son aspectos de la situación laboral inmediata (información relacionada con el trabajo, equipamiento, apoyo financiero, formación, aspectos físicos del entorno de trabajo) que interfieren en el eficaz desempeño de la tarea, o, para ser más precisos, en trasladar la motivación y la competencia del trabajador a una ejecución eficaz del trabajo (Pinded y Spector, 2016, p. 8). Ambos autores han analizado estas interferencias en un complejo estudio meta-analítico en el que incluyeron 84 investigaciones en las

participaron un total de 33.998 trabajadores y se manejaron 41 variables pertenecientes al ambiente de trabajo (conflicto interpersonal, ambigüedad de rol, conflicto de rol, autonomía, justicia distributiva, apoyo, etc.), a características personales (edad, género, autoeficacia, locus de control, afectividad negativa, depresión e ira como rasgo), y estrés y bienestar (satisfacción laboral, compromiso, frustración, ansiedad, estrés, intención de abandonar el trabajo, violencia, absentismo, etc.). De entre los numerosos resultados de este metaanálisis, los siguientes nos resultan de especial interés: a) todas las características personales correlacionan de manera mucho más débil, aunque significativa, con las CO que las variables del entorno de trabajo, a excepción de la autonomía y el apoyo. Sin embargo, y ese es un dato de interés, el locus de control, la afectividad negativa, la depresión y la emoción de ira alcanzan correlaciones sobre .20; b) las conductas violentas (.29), el conflicto interpersonal (.28), el conflicto de rol (.42), el estrés (.39), las emociones negativas (.24) son, entre otras, las variables que correlacionan positivamente con las CO. La satisfacción laboral, sin embargo, correlaciona de manera negativa (-.24); c) por su parte, la satisfacción laboral muestra una correlación de -.14 con las CO y -.17 con el conflicto interpersonal; d) finalmente, las emociones negativas se relacionan de manera positiva (.27) con las CO y con el conflicto interpersonal (.20). Las constricciones del ambiente y el contexto laboral son unos predictores especiales tanto de los comportamientos violentos que se llevan a cabo en los escenarios laborales como del estado de tensión/estrés y bienestar de los profesionales. Merecen, por tanto, una especial atención teórica y empírica (Pinded y Spector, 2016, p. 21).

Ninguno de los datos de este interesante metaanálisis carece de interés, pero resulta especialmente conveniente volver a corroborar que hay condiciones del entorno de trabajo (las frustrantes constricciones del entorno laboral) que favorecen las

conductas violentas, alientan el conflicto interpersonal (la pobreza y mala calidad de las relaciones interpersonales), generan estrés y abren paso a emociones negativas. Esas condiciones conforman el estrés ocupacional y configuran un clima que, unido al estrés psicológico que caracteriza al síndrome de estar enfermo, define un espacio en el que la presencia de la violencia se convierte en una realidad asidua. Las CO crean un clima de tensión, inseguridad y desconfianza, que no pasa desapercibido a los profesionales de cualquier organización.

Una de las principales características del espacio vital, es la “atmósfera social” que lo impregna y lo envuelve. Lewin (1936) habla de ella en términos que resultan muy familiares a cualquier trabajador: se trata, dice, de la tensión o la tranquilidad, confianza o desconfianza, amistad u hostilidad que se respira en una determinada organización, un grupo o incluso en toda una sociedad. La literatura especializada ha considerado que el clima es una percepción (experiencia) que comparten los miembros de una organización sobre el carácter de las relaciones interpersonales, el trato que la dirección tiene con los trabajadores y el apoyo que se percibe por parte de ella en términos de consideración y respeto, la estabilidad, el deseo de permanecer dentro de la organización o abandonarla, la solidaridad entre los trabajadores, la retribución, la identificación con las metas y objetivos de la organización, etc.

Spector, et al., (2007) toman la principal característica del clima organizacional (la existencia de un patrón de conducta y relación entre los trabajadores) para analizar las relaciones entre la percepción de un clima de seguridad y la presencia de relaciones violentas, la satisfacción laboral y el bienestar de los trabajadores, todo ello bajo dos consideraciones. La primera de ellas sostiene que, al ser una experiencia compartida, el clima se convierte en un rasgo que se atribuye de manera exclusiva a los grupos y a las organizaciones. La segunda, alude al protagonismo que adquieren en la definición y

creación del clima los supervisores: los trabajadores percibirán un clima favorable cuando la dirección centre su interés en el control y la eliminación de la violencia y las agresiones verbales. Un clima favorable debe hacer conscientes a los trabajadores de que su conducta tiene influencia sobre la conducta de los otros y puede encarecerles a actuar de manera que minimicen la posibilidad de violencia (Spector, et al., 2007, p. 120). La investigación (la primera hasta el momento, dicen los autores, que analiza la percepción del clima de violencia por parte de los trabajadores de una organización) se lleva a cabo en un hospital de la “Veteran Health Administration” (VHA) de Estados Unidos. En ella participaron 198 enfermeras, todas ellas mujeres, entre 30 y 49 años de edad. Dando por supuesta las relaciones positivas y significativas entre el clima percibido de violencia y las manifestaciones concretas de violencia (todas ellas esperables), queremos prestar atención a dos importantes conclusiones: a) el clima (medido por medio de 7 ítems cuya práctica totalidad aluden a los empleadores y la dirección) tiene un impacto directo sobre los incidentes de violencia; b) asimismo, juega un importante papel sobre la tensión psicológica (Spector, et al., 2007, p. 125). En un trabajo posterior llevado a cabo por el mismo equipo (Kessler, et al., 2008) insisten: se ha prestado muy poca atención a la capacidad que el clima organizacional tiene para crear condiciones que facilitan o inhiben la violencia ocupacional y a la importancia de un clima positivo de seguridad (“positive safety climate”), que no solo evita accidentes en el entorno laboral, sino que se relaciona positivamente (favorece) con la satisfacción y la salud laboral. Y añaden una importante consideración: en el clima positivo de seguridad juegan un papel decisivo la manera como los supervisores manejan los conflictos interpersonales y modelan la interacción entre los empleados (Kessler, et al., 2008, p. 110). Estas consideraciones conducen a los autores a elaborar un cuestionario para evaluar el clima de violencia en los entornos organizacionales en torno a las tres

siguientes dimensiones: a) políticas y procedimientos a través de los cuales se evalúa el conocimiento y la conciencia de los trabajadores respecto a las reglas y regulaciones formales sobre la prevención de la violencia; b) la medida en que el equipo de dirección se adhiere a las políticas de prevención de la violencia así como su respuesta ante los incidentes violentos, y finalmente, c) presión para la realización de prácticas inseguras: los empleados son presionados para ignorar las políticas y los procedimientos de prevención de la violencia a fin de poder responder a otras demandas, por ejemplo, las de productividad (Kessler, et al., 2008, p. 111). Dos resultados de este estudio merecen ser destacados: a) la satisfacción laboral correlaciona positiva y significativamente con las políticas y procedimientos (.24) y con las políticas del prevención (.42) y negativamente con la agresión verbal (-.34) con la violencia física (-.21) y con la carga de trabajo (-.20), y b) la importancia del papel que juegan los líderes en la mejora y mantenimiento de la seguridad ocupacional a través de un clima positivo. En el estudio de Wei, Chiou y Huang (2016) se observa una prevalencia distinta de los incidentes de violencia entre los hospitales públicos (22,5% violencia física y 49% violencia verbal) y privados (17,6% violencia física y 45,1% violencia verbal). De acuerdo con los autores, estas diferencias pueden ser debidas a distintos estilos de dirección, a procesos de cuidado diferentes o a la distinta disponibilidad de recursos (p. 68).

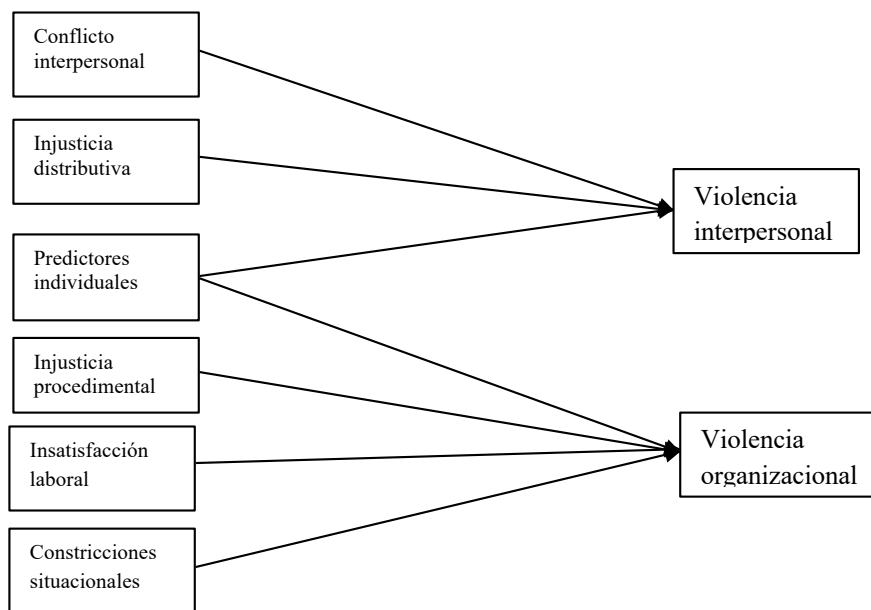
El modelo de demandas y recursos de Demerouti, et al., (2001) y el modelo del que se sirven Hershcovis, et al. (2007) para analizar los resultados de su metaanálisis son los que, de manera más clara, responden al concepto de clima organizacional corroborando sus relaciones con la violencia en los escenarios ocupacionales. El modelo de Evangelina Demerouti et al., tiene como objetivo el estudio del burnout (una de las consecuencias de la violencia en los entornos laborales). Parte del supuesto de que las condiciones en las que se desarrolla la actividad laboral están relacionadas, por una

parte, con las demandas procedentes del trabajo: aspectos físicos, sociales u organizacionales propios de las tareas a desarrollar que requieren un esfuerzo físico o mental sostenido y conllevan un desgaste físico y psicológico (sobrecarga física, presión temporal, contacto con el destinatario/cliente, ambiente físico y trabajo por turno), y por otra con los recursos con los que cuenta el profesional en su desempeño laboral: aspectos físicos, sociales u organizacionales propios del trabajo que: a) ayudan a la consecución de las metas laborales; b) reducen las demandas, y c) estimulan el crecimiento y el desarrollo personal (feedback, refuerzos, autonomía, participación, seguridad y apoyo por parte del supervisor) (Demerouti, et al., 2001, p. 501). El modelo propone que el desarrollo del burnout se produce a lo largo de dos procesos: a) a corto plazo, agotamiento debido a las demandas del trabajo, y b) a largo plazo, desconexión del trabajo y deseo de abandonar el empleo. La puesta a prueba del modelo con la participación de 374 empleados de tres diferentes ámbitos ocupacionales, entre ellos 108 enfermeras empleadas en diversos servicios sanitarios, ofrece dos resultados de interés: a) a mayor demanda procedente de trabajo más experiencia de agotamiento, y a mejores recursos menos probabilidad de desconexión, y b) las altas demandas de trabajo predicen el agotamiento de los trabajadores, pero no la desconexión, mientras que la ausencia de recursos predicen un alto nivel de desconexión, pero no agotamiento (Demerouti, et al., 2001, p. 508).

El modelo de Hershcovis, et al., (2007) tiene un mayor interés de cara a nuestros objetivos ya que analiza de manera específica la agresión ocupacional partiendo de un metaanálisis del que forman parte 57 estudios. En él se hace una distinción entre agresión interpersonal (agresión contra una persona perteneciente a una organización) y agresión organizacional (agresión que ataca las normas de la organización y amenaza su bienestar) (Figura 8). Por cierto, la agresión es definida como una conducta

intencionalmente dirigida a dañar a la persona o a la organización; es decir, como una acción violenta (ver Figura 8).

Figura 8. Modelo predictivo de la conducta violenta en el entorno ocupacional (Hershcovis, et al., 2007, p. 230)



Los resultados que más interés tienen a la hora de entender la violencia contra los profesionales de la salud son los siguientes: a) la ira como rasgo (.43) y el conflicto interpersonal (.50) son las dos variables que mayor capacidad predictiva muestran con la agresión interpersonal; b) el conflicto interpersonal (.41), la insatisfacción laboral (.37) y las constricciones situacionales (.36) son los predictores más poderosos de la agresión organizacional; c) una variable categorial (ser hombre) predice tanto la violencia interpersonal como la organizacional; d) la agresión va dirigida hacia un determinado objetivo de suerte que, a efectos metodológicos, es necesario diferenciar los instrumentos de medición de la agresión interpersonal y de la agresión organizacional.

La conclusión principal del modelo de Hershcovis, et al. (2007), a la que hemos aludido en algún otro momento, se corresponde de manera muy precisa con el principal

supuesto teórico del que hemos partido en este capítulo: “la agresión ocupacional no ocurre en un vacío social. Hay factores situacionales y contextuales que juegan un papel decisivo en la posibilidad de que se ejerza violencia y contra quién se ejerce” (p. 235). Esos factores quedan teóricamente agrupadas bajo el concepto de clima organizacional, y al hacerlo así, nos remiten a las clásicas investigaciones del equipo comandado por Kurt Lewin (Lewin, Lippitt y White, 1939; Lippitt (1939), sobre todo en la capacidad predictiva de la violencia interpersonal e intergrupala que llega a adquirir el conflicto interpersonal, es decir, la mala calidad de las relaciones interpersonales. Pero la línea de investigación comandada por Kurt Lewin añade un nuevo supuesto cuya presencia resulta imprescindible en cualquier organización, el liderazgo, la dirección, la gestión. La manera de ejercerla da pie a un clima del que forman parte modelos de relación claramente diferenciados, entre las que se encuentra la hostilidad y la agresión interpersonal, pero también al rendimiento, la satisfacción, el deseo de permanecer en el grupo, el apoyo, la cooperación o la ayuda mutua, etc. Si volvemos sobre las Figuras 2, 4 y 5, en el espacio de intersubjetividad en el que se desenvuelve la actividad cotidiana en los entornos sanitarios es necesario destacar el trabajo que se desempeña desde la dirección, la manera y el estilo que líderes y directivos tienen de desempeñar su rol. La relación entre el clima organizacional y el comportamiento violento estaría mediado por el estilo de liderazgo. Con ello volvemos sobre la hipótesis que nos viene acompañando desde el comienzo del capítulo: en el estudio de la violencia contra los profesionales de la salud resulta mucho más decisivo hacerse preguntas sobre el “qué” que sobre el “quién”. Recordemos de nuevo a Zimbardo (2007, p. 29): qué condiciones o circunstancias son las que están en la base de una determinada conducta, cómo se ve, se vive y se define la situación desde quienes están dentro de ella.

La respuesta a estas preguntas las hemos venido agrupando a lo largo del capítulo en dos principales categorías: condiciones y circunstancias pertenecientes al paciente y/o sus familiares, que son la fuente más importante de violencia contra los profesionales de la salud, y condiciones y circunstancias en las que estos profesionales desempeñan su labor. Si partiendo de los resultados de la investigación, nos tomamos la molestia de enumerar estas últimas, el listado podría quedar reflejado en el siguiente Cuadro 8.

Cuadro 8. Circunstancias organizacionales que contribuyen a la presencia de la violencia

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Precariedad en el empleo.• Conflicto y ambigüedad de rol.• Insatisfacción con el horario de trabajo.• Falta de autonomía y control sobre el desarrollo de la tarea.• Clima tenso de trabajo.• Falta de retroalimentación respecto al desempeño.• Falta de participación.• Cambios no previstos.• Falta de tiempo para completar el trabajo por turno.• Malas relaciones con los compañeros de trabajo.• Malas relaciones con la dirección o supervisión.• Estilo inadecuado de dirección.• Falta de desarrollo personal.• Exceso de carga de trabajo.• Baja satisfacción laboral. |
|---|

A quienes tenemos a nuestras espaldas una cierta trayectoria laboral en cualquier escenario sanitario, no nos resultaría difícil encontrar en los estilos, políticas, normas, procedimientos o estrategias emanadas desde la dirección uno de los principales motivos que dan lugar o favorecen la presencia de la violencia. Si exceptuamos la precariedad en el empleo, que puede estar motivada por políticas situadas en el nivel gubernamental (la reforma laboral y la crisis económica en España, por ejemplo), el resto de las circunstancias laborales en torno a las cuales se generan los factores de riesgo que hacen posible relaciones conflictivas y violentas en los entornos sanitarios creemos que responden teóricamente al concepto de clima social. Esa fue en su

momento la tesis de Lewin, y esa es en la actualidad una de las líneas de investigación abiertas en el campo de la violencia ocupacional en el entorno sanitario.

Los supuestos sobre los que, por ejemplo, Kessler, et al., (2008) construyen su escala para evaluar el clima de violencia organizacional dejan claro el papel que juega el estilo de los supervisores en el manejo de los conflictos interpersonales, el decisivo papel que, de manera más concreta, juegan los empleadores en la información, instrucción y prevención de la violencia física y verbal, como indicador de la seguridad ocupacional. Hepworth y Towler (2004) abordan por vez primera la relación entre un particular estilo de liderazgo (el liderazgo carismático) y la violencia ocupacional bajo la siguiente hipótesis: controladas las diferencias individuales, el estilo de liderazgo carismático se relaciona negativamente con la violencia ocupacional a través del empoderamiento psicológico (percepción de que se tiene voz en la definición de las metas, objetivos y procedimientos de una organización). La participación propiciada por el líder actúa como mediadora entre el estilo de liderazgo carismático y la agresión ocupacional (esa era la tercera de las hipótesis puesta a prueba). En el estudio que realizan participan 213 profesionales (18% de ellos pertenecientes al contexto sanitario) de entre 17 y 62 años (108 mujeres y 105 hombres). Los resultados muestran que el liderazgo carismático (oposición al estatus quo, poder referente, visión futuro, capacidad de persuasión, preocupación por la formación de los seguidores, uso no convencional de medios, etc.), correlaciona negativa y significativamente con la ira como rasgo (-.14), con la afectividad negativa (-.11), con el estilo atributivo hostil (-.27), con las actitudes revanchistas (-.14), y de manera positiva y significativa con el empoderamiento psicológico (.37). Por su parte, la violencia ocupacional, medida a través de una escala de 9 ítems convenientemente validada, correlaciona de manera negativa (-.28) con el liderazgo carismático y de manera positiva con la ira como rasgo

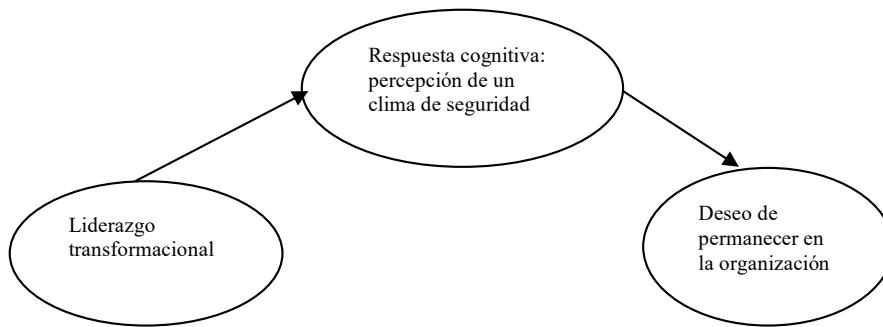
(.41), la falta de auto-control (.45) o las actitudes de revancha (.31). En una palabra, el liderazgo carismático está parcialmente relacionado con la violencia ocupacional mediante la confianza que deposita en los trabajadores en torno al desarrollo de su tarea concediéndoles un amplio margen de autonomía y dándoles voz en las decisiones organizacionales (Hepworth y Towler, 2004, p. 183). La apuesta que hacen por la incidencia de las diferencias individuales, sobre todo la ira como rasgo y la falta de autocontrol, nos vuelve a recordar que siempre es necesaria alguna circunstancia para que se active la ira, y esas circunstancias pertenecen, de manera prioritaria, al clima organizacional.

Yang y Caughlin (2017) analizan la relación entre liderazgo, clima organizacional y violencia desde otra perspectiva. Se preguntan por el papel que juegan en la agresión las acciones preventivas propiciadas y emprendidas por el supervisor. El modelo conceptual guarda alguna semejanza con la propuesta lewiniana: las prácticas preventivas del supervisor, medidas por medio de un cuestionario de nueve ítems, establecen un clima de prevención de la violencia entre los trabajadores, medido con ayuda de la escala de Kessler, et al. (2008), cuyos efectos se dejan sentir sobre la exposición a la agresión horizontal, la satisfacción laboral, la tensión emocional, etc. La primera de las investigaciones tuvo como participantes a 237 enfermeras de la costa Oeste de Estados Unidos (92.8% mujeres) que desempeñaban su trabajo en centros hospitalarios. Los resultados apoyan parcialmente el modelo: a) la conducta preventiva del supervisor correlaciona positiva y significativamente (.38) con el clima de prevención de la violencia; b) la agresión física horizontal correlaciona negativamente (-.16) con el clima de prevención de la violencia; c) por su parte, el clima de prevención de la violencia era un importante predictor de la ausencia de violencia psicológica horizontal (-.34); d) por otra parte no resulta extraño que la satisfacción laboral

estuviera positivamente relacionada con el clima de prevención de la violencia (.50) (Yang y Caughlin, 2017, p. 9). En definitiva, las acciones preventivas de los supervisores observadas por los trabajadores van asociadas a una percepción más positiva del clima de prevención, pero quizás lo más importante es que ese clima tiene efectos positivos sobre el bienestar de los profesionales. El resultado más llamativo es que las conductas preventivas de la violencia por parte de los supervisores van unidas a bajos niveles de tensión física y emocional, a una actitud más positiva respecto al trabajo y, por encima de todo, a un liderazgo centrado en el apoyo y la seguridad del trabajador (Yang y Caughlin, 2017, p. 12).

Liderazgo y clima en su relación con la intención de permanecer en el puesto de trabajo es el objeto de la investigación de Liang, et al. (2016) llevada a cabo con la participación de 414 enfermeras (98% mujeres) de dos hospitales de Taiwán siguiendo la línea de investigación iniciada a comienzos de la presente década por parte de Tracy Crowden y Greta Cummings. Como variable independiente se vuelve sobre el estilo de liderazgo, en este caso, el liderazgo transformacional (carisma, motivación inspiradora, estímulo intelectual y consideración personalizada son sus dimensiones). El modelo teórico es muy sencillo y guarda una estrecha correspondencia con los supuestos que venimos defendiendo (ver Figura 9): el deseo de permanecer en el trabajo está mediado por la percepción de un clima de seguridad propiciado por el liderazgo transformacional. No es necesario recordar que el clima de seguridad se sitúa en el lado opuesto de la tensión y del estrés ocupacional y que, desde ese punto de vista, ese clima acabaría por moderar sensiblemente la violencia ocupacional.

Figura 9. Liderazgo transformacional, clima de seguridad y permanencia en el trabajo
(Liang, et al., 2016, p. 3070)



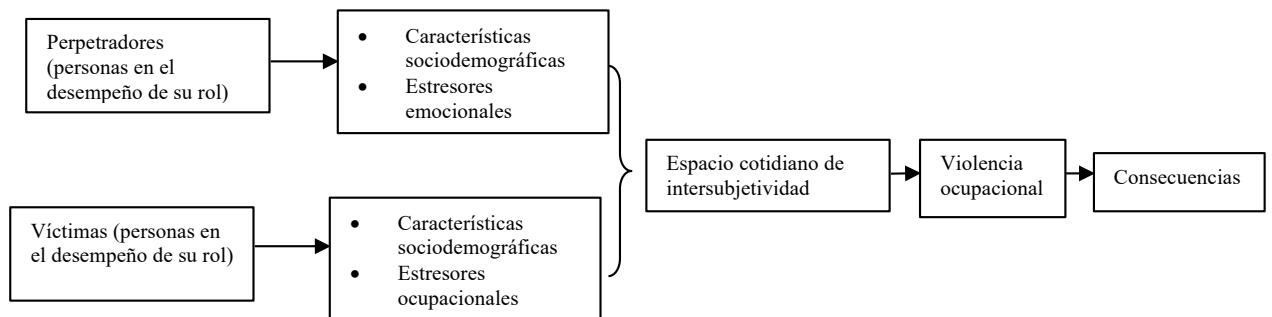
El clima de seguridad se define como la percepción individual de una supervisión segura y la sensación (sentimiento) de seguridad en el ambiente laboral (Liang, et al., 2016, p. 3070). El clima es, por tanto, una respuesta cognitiva (un resultado) a las condiciones del trabajo. Su relación con el estilo de liderazgo es incuestionable (.70), y a través de él se genera el deseo de permanecer en la organización (.40 es la correlación entre clima de seguridad y permanencia), que es un indicador de la cohesión. Junto a éste, hay otro dato que tiene para nosotros un especial significado. Uno de los instrumentos utilizados en el estudio fue el “Emotional Labour Questionnaire” (ELQ) cuya validación fue objeto de una tesis doctoral defendida en la Universidad Nacional de Taiwán en 2003 y tiene por objeto evaluar el esfuerzo emocional que requiere el desempeño laboral, es decir, el nivel de estrés ocupacional. La correlación entre esta variable con la intención de permanencia en la organización es -.30, y de .08 (no significativa) con el clima de seguridad, un resultado que sigue la tendencia de otros estudios.

Más recientemente Kara Arnold ha vuelto a tomar como punto de partida el liderazgo transformacional para analizar, a través de una revisión, sus relaciones con el bienestar psicológico. De los cuarenta estudios que componen su revisión, 10 han sido realizados en escenarios sanitarios con la participación de un total de 3.923 profesionales. La particularidad teórica de esta revisión es la selección de aquellos

trabajos que han manejado como variable independiente el liderazgo transformacional para hacerse la pregunta de si este tipo de liderazgo predice el bienestar de los empleados. En líneas generales, estos estudios observan una relación negativa entre liderazgo transformacional y el agotamiento laboral bajo el siguiente argumento: “el líder transformacional, al tener en alta consideración a los trabajadores, reduce la probabilidad de experimentar agotamiento e incrementa el sentimiento de realización personal” (Arnold, 2017, p. 387). Por otra parte, y de acuerdo de nuevo con los resultados generales de estos estudios, el liderazgo transformacional se relaciona de manera positiva con dimensiones del bienestar psicológico: con la auto-eficacia, la calidad de vida laboral, la claridad de rol, el apoyo social, recursos psicosociales, etc. Estas dimensiones del bienestar presentan una relación positiva con un clima de seguridad que favorece relaciones positivas entre los roles (entre las personas que desempeñan el rol) que han venido haciendo acto de presencia en los estudios sobre la violencia contra los profesionales de la salud: a) el rol de paciente acompañado de su síndrome de estar enfermo; b) el rol de profesional, con especial presencia del rol de enfermera y c) el rol de los directivos, jefes, líderes o supervisores. A la pregunta de cómo el liderazgo transformacional puede estar asociado con el bienestar, los estudios de mediación, responde Arnold (2017, p. 388), han señalado, entre otras, las siguientes variables: autoeficacia, importancia del trabajo en el desarrollo personal, confianza en el líder, sentido de comunidad, claridad de rol, clima de innovación y cambio, apoyo social, justicia organizacional y recursos psicosociales. Todas estas variables han hecho acto de presencia a lo largo de esta Parte en relación con la violencia en el entorno sanitario, pero no todas lo hacen con la misma intensidad. Además, es posible que algunas de estas variables formen parte de un mismo proceso. Finalmente, y por ir concluyendo ya esta larga parte, cuando estas variables están presentes en cualquier

organización laboral allanando el camino para el bienestar de los trabajadores, damos por supuesto una escasa presencia de violencia ocupacional. Desde nuestro punto de vista, y siguiendo la tónica marcada desde el comienzo del capítulo, su presencia seguiría el siguiente modelo teórico (ver Figura 10).

Figura 10. Modelo de la violencia ocupacional en los entornos sanitarios



DISCUSIÓN

La violencia ha sido un acontecimiento omnipresente en la historia humana y sigue estando presente en muchos de los escenarios en los que se desenvuelve la vida diaria de las personas. La violencia ha acabado jugando un papel muy importante en todos los asuntos humanos (Arendt, 2005) y en la práctica totalidad de los escenarios interpersonales y laborales hasta el punto de poder afirmar con escaso margen de error, que este es el acontecimiento protagonizado por el ser humano que más daño personal, más destrucción social y económica y más estragos políticos ha causado al propio ser humano a lo largo de su historia. Los entornos sanitarios son uno de esos escenarios. A ellos hemos dedicado este trabajo. Lo hemos hecho convencidos de que la violencia en los entornos laborales se presenta “como un problema global que atraviesa fronteras, escenarios laborales y grupos ocupacionales” (ILO, WHO, ICN y PSI, 2002, p. 1).

En este trabajo presentado para la obtención del título de doctor en enfermería, hemos optado por un estudio y reflexión teórica en torno a la violencia que se comete en los entornos sanitarios contra los profesionales de la salud. Ha sido una opción meditada, consensuada y apoyada por el director de esta tesis, que se apoya en varios argumentos de peso, que, tras una amplia revisión de la literatura sobre la violencia contra los profesionales de la salud, nos pudimos percatar de los siguientes hechos:

1. Los datos de investigación que se han venido acumulando desde hace treinta años han dado resultados extraordinariamente parecidos en todos los países. La aplicación de cualquiera de los instrumentos de recogida de información sobre la violencia en los entornos sanitarios ofrecen resultados que ya son muy fáciles de anticipar: más violencia verbal que física; más incidencia en determinados servicios hospitalarios (Psiquiatría y Urgencias, de manera especial); especial protagonismo

de pacientes y familiares; mayor incidencia contra los profesionales de la enfermería que de la medicina; mayor victimización de mujeres que de hombres, etc.

2. En el campo de la investigación sobre la violencia ocupacional en los entornos de salud, existe un desconcierto teórico importante respecto a un tema central: la definición del propio acto de violencia y su diferenciación respecto al de agresión. Desde nuestro punto de vista, antes de empezar a obtener datos es necesario saber sobre qué los vamos a recabar. La clarificación del concepto de violencia es, pues, una de las tareas imprescindibles a llevar a cabo antes de comenzar la recogida de datos.

3. Como consecuencia de todo ello, se echa en falta un modelo teórico consensuado que tome en consideración las aportaciones hechas desde los distintos campos de investigación (Antropología, Sociología, Etología, Psicología) que han abordado el estudio de la violencia.

4. Asimismo, en la revisión de la literatura observamos igualmente una cierta inconsistencia metodológica traducida en un generalizado afán por disponer de un instrumento propio de recogida de datos haciendo caso omiso de los requisitos para su validación (lo que pone en tela de juicio los resultados obtenidos) y prescindiendo de instrumentos previamente validados que garantizan la obtención de información fehaciente y eficaz cara a la intervención.

5. Todo ello se hace imprescindible si queremos llevar a cabo programas de intervención para hacer frente a este cada vez más importante problema.

Por simplificar, dos serían los principales problemas a los que se ha enfrentado la investigación sobre la violencia en el entorno sanitario: un problema teórico y un problema metodológico.

Respecto al primero de ellos, no son pocos los autores que se han hecho eco de las inconsistencias en la definición y en la operacionalización de la violencia en el campo sanitario (Farrell, 1997; Hahn, et al., 2008; Neuman y Baron, 1998; Taylor y Rew, 2010, entre otros) haciendo de esa manera muy difícil la comparación de los resultados procedentes de la investigación, y dificultando el diseño e implementación de programas de intervención. Nuestra opción ha consistido en acudir a los autores clásicos en el estudio de la violencia. Partiendo, como acabamos de señalar, de las aportaciones realizadas desde distintos campos de investigación, dos han sido las principales conclusiones. La primera de ellas nos ha conducido a diferenciar dos conceptos que se vienen utilizando de manera equivalente: agresión y violencia. Para ello hemos optado por seguir la tradición psicosocial, que es la que, de manera más certera, ha abordado esta diferencia. En ella la violencia se define como una modalidad de la conducta agresiva caracterizada por la intención explícita de hacer daño (ver partes 1 y 2 con sus correspondientes referencias bibliográficas). La segunda va un paso más allá para caracterizar el núcleo central de la violencia en los siguientes términos: a) intencionalidad; b) daño; c) situacionalidad; d) lógica intergrupala o intercategorial, y e) normalidad de los perpetradores.

Todas estas características están presentes en la violencia ocupacional y, como parte y modalidad de ella, en la violencia que se manifiesta en el sector sanitario. Así, hablamos de acciones llevadas a cabo en un determinado entorno e intencionalmente dirigidas contra o entre los profesionales de la salud durante el ejercicio de su profesión, que dañan física y psicológicamente a las personas y afectan de manera negativa al funcionamiento de la organización propiamente

dicha. En el campo sanitario hay pruebas más que suficientes para afirmar que este tipo de acciones pueden ser llevadas a cabo por cualquier persona.

Sin duda la consecuencia más importante que ha dejado tras de sí históricamente esta modalidad del comportamiento humano es el daño. Daño personal, destrucción social, perjuicio moral, deterioro económico. La mayoría de las definiciones de violencia aluden a esta característica. La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, la define como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos al desarrollo o privaciones” (OMS, 2002, p.5). Es precisamente el daño el que hace imposible la indiferencia y la neutralidad, tanto desde el punto de vista de la investigación como desde el ejercicio profesional porque estos actos atentan de manera directa contra la integridad, la dignidad y la salud de las personas, y, finalmente, porque contradicen los principios deontológicos más elementales de la profesión sanitaria.

Como rasgo primordial de la violencia, el daño se ve acompañado de una segunda particularidad, que resulta de especial relevancia en el marco de esta tesis: la parte más determinante de los actos de violencia perpetrados se llevan a cabo dentro de lo que hemos llamado una lógica intergrupal o intercategorial, es decir, han sido actos de unas personas en contra de otras en tanto que y debido a que pertenecen a un determinado grupo o categoría. El marco de referencia del que hemos partido para definir la violencia en el entorno laboral como una violencia intercategorial ha sido Henri Tajfel: las relaciones entre los grupos “es *uno* de los problemas sociales fundamentales de nuestro tiempo” (Tajfel, 1984, p. 52). Desde esta lógica intergrupal, y de todos los procesos que la acompañan (categorización

social, diferenciación categorial, comparación, identidad, etc.), hay una fuerte correspondencia entre la definición que la OMS (2002, p. 235) hace de la violencia colectiva como una actividad llevada a cabo “por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo contra miembros de otro grupo” y la propuesta teórica de Tajfel: las relaciones entre los grupos y/o entre las categorías sociales ha dado lugar a los más crueles, dolorosos y destructivos actos de violencia. Entre estos se encuentran los actos de violencia realizados en el contexto sanitario. También estos llevan asociado daño, también causan víctimas y un cierto nivel de destrucción organizacional. Partiendo de esta postura, podemos concluir:

1. Los profesionales sanitarios forman parte de una categoría social respecto a la cual disponemos de ideas y representaciones previas. Desempeñan un rol respecto al cual tenemos expectativas previas, que cuando no se cumplen, o no se cumplen de acuerdo con nuestros deseos, pueden dar origen a reacciones violentas. De hecho, entre las razones desencadenantes de la violencia que se mencionan con más frecuencia se encuentran la demora en la atención, denegación por parte del profesional de alguna petición por parte del paciente, insatisfacción con el tratamiento, etc. El desencadenante más común es la demora en la atención, es decir, hay una expectativa que no se ha cumplido, o no se ha cumplido con la rapidez esperada.

2. La violencia en el entorno sanitario tiene cabida dentro de una de las propuestas más originales de Tajfel: cuando las personas tratan e interactúan entre sí, “no necesariamente se están tratando entre sí como individuos; con bastante frecuencia se están comportando como miembros de categorías sociales bien definidas y claramente distintas” (Tajfel, 1984, p. 263).

3. Las ideas y representaciones previas (estereotipos) se aplican en función del estatus profesional. Los principales actores de la violencia (los pacientes y/o familiares) parecen tener bien diferenciados dos grupos profesionales (el personal de enfermería y los profesionales de la medicina).

4. Las acciones violentas que se manifiestan contra estos profesionales no parecen estar dirigidas contra personas como tal, sino en tanto que están desempeñando un rol que, en opinión del paciente o alguno de sus familiares o acompañantes, no responde a sus expectativas o a sus demandas.

5. Parece claro, por tanto, que en el contexto sanitario, las personas se convierten en víctimas debido, de manera principal, a su pertenencia categorial, como ocurre en el marco de la violencia colectiva.

Además de estas consideraciones, y a partir de ellas, uno de los principales objetivos de esta tesis ha sido proponer un modelo teórico para el estudio de la conducta violenta. Lo hemos hecho partiendo de un elemental supuesto, que dejó formulado Kurt Lewin: cualquier conducta es fruto de la relación de interdependencia entre las características de la persona y el ambiente que la rodea. Los estudios que se han ocupado de analizar las dimensiones individuales que acompañan a la violencia en el contexto sanitario intentando descubrir un perfil del actor han aludido de manera preferente a características sociales (género), a su estado emocional (incertidumbre, ansiedad, estrés), a su salud mental, sobre todo en el caso de pacientes psiquiátricos, o a su estado bajo los efectos del alcohol o las drogas. Los estudios que han abordado las particularidades de los actores de los comportamientos violentos en el entorno sanitario han ofrecido fundamentalmente datos relacionados con sus características demográficas y no tanto sobre sus rasgos de personalidad, de manera que el perfil de las personas violentas en este entorno es

mucho más un perfil social (de pertenencias categoriales) que estrictamente psicológico. Conviene recordar la conclusión del estudio de referencia (Luck, Jackson y Usher, 2007), que hemos comentado con cierto detalle: “los profesionales de enfermería indican que los estresores situacionales físicos, emocionales y sociales conducen a la ansiedad y, desde ahí, a la posibilidad de ejercer la violencia. Esto vale tanto para los pacientes como para los familiares o amigos”. En el contexto general de la violencia ocupacional, y de manera más particular en el contexto sanitario, la hipótesis sobre un perfil psicológico del victimario no ha contado de suficiente apoyo. Hay un conjunto de estudios (ver La violencia en el entorno sanitario: un modelo para su estudio) que, sin preguntarse de manera expresa por las características diferenciales del actor violento, han destacado rasgos como la edad (suelen ser personas preferentemente jóvenes), el sexo (prioritariamente varones), el desempleo o empleo precario, el abuso de sustancias, la baja tolerancia a la ambigüedad o el débil control de impulsos. La investigación expresamente dedicada al estudio del perfil psicológico (Luck, Jackson y Usher, 2007) concluye que la violencia más común (la de los visitantes y/o familiares sobre los profesionales de enfermería) hay que entenderla como fruto de estresores situacionales que dan paso a la ansiedad y, desde ahí, al ejercicio de la violencia (p. 17).

No cabe duda de que los únicos actores de la violencia son las personas, pero no son personas aisladas, sino personas situadas dentro de un determinado contexto, dentro de un escenario interpersonal y organizacional. La persona no puede ser considerada como la única unidad de análisis del comportamiento violento. Esa es una de las tesis que hemos desarrollado en la primera parte, y esa es también la clave sobre la que hemos intentado desarrollar un modelo teórico para el estudio de

la violencia en el entorno sanitario. “La violencia en el entorno laboral no ocurre en el vacío social. Los factores relacionales y contextuales juegan un papel decisivo delimitando si se agrede y contra quién se agrede”. Esa es la conclusión de Hershcovis, et al. (2007, p. 235) a raíz de los resultados procedentes de su meta-análisis sobre la violencia ocupacional. Las investigaciones a las que hemos hecho referencia a lo largo de este trabajo le han dado nombre a estos factores relacionales y contextuales en términos de apoyo por parte de los supervisores, clima organizacional, definición y clarificación de tareas, calidad de las relaciones interpersonales, conflicto entre profesionales y pacientes, demandas no satisfechas, hacinamiento, prologado tiempo de espera, disconformidad con la asistencia, trato dispensado por los profesionales, estilo autoritario de liderazgo, escasa dotación de personal, falta de recursos como las características más importantes de los escenarios sanitarios. Además de ello, los espacios sanitarios están regidos por reglas y normas, con sus correspondientes sanciones. En ellos hay posiciones con distinto nivel de poder e influencia, se persiguen metas y objetivos muy concretos, etc.

El espacio donde tienen lugar las conductas violentas en el entorno sanitario es un espacio que tiene tres importantes características: a) es un espacio dominado por el desempeño de rol; b) es un espacio intersubjetivo en el que las relaciones dominantes están definidas por las tareas que desempeña cada uno de los trabajadores, c) estas relaciones se dan lugar dentro de un marco organizacional caracterizado por una determinada estructura y están rodeadas y envueltas de un determinado clima organizacional.

El primer componente, pues, de la violencia en el entorno sanitario son personas en el desempeño de su rol. El desempeño del rol de paciente, que es de

donde proceden la mayor parte de las acciones violentas contra los profesionales de la salud, va asociado a estados emocionales de preocupación, incertidumbre, ansiedad y estrés procedentes de contrariedades que irrumpen en la vida de las personas exigiéndoles un esfuerzo de adaptación. El “síndrome de estar enfermo”, descrito en su momento por Hans Selye, con su correspondiente estado de ansiedad y estrés, va acompañado de estresores ocupacionales que condicionan el desempeño del rol por parte de los profesionales sanitarios: presión de tiempo, sobreexpectativas por parte de los pacientes, no reconocimiento del trabajo, estructura demasiado burocratizada, inseguridad en el trabajo, falta de autonomía, discriminación salarial, turnos de trabajo excesivamente largos, etc. El desempeño del rol de los profesionales de la salud se desarrolla en un contexto en el que se entrecruzan los estresores emocionales de los pacientes con su propio estrés organizacional. Este sería, entonces, el segundo de los componentes de la violencia contra los profesionales de la salud.

Pacientes/familiares, por una parte, y profesionales por la otra, con sus respectivos estados emocionales, se encuentra dentro de un escenario organizacional clara, y a veces rígidamente definido por normas, roles, estatus, metas y objetivos, etc.; es decir, dotado de una estructura en la que se enmarcan las relaciones interpersonales, que son, principalmente, unas relaciones de rol. Conviene recordar a este respecto que en el “NEXT Study”, uno de los más importantes debido al tamaño de la muestra y su diversidad transcultural, la calidad de las relaciones interpersonales aparecen como el principal indicador de la violencia contra los profesionales de la enfermería (Camerino, et al., 2008, p. 46). La invocación del ambiente de trabajo, del ambiente hospitalario, del ambiente laboral, etc., es permanente en las investigaciones sobre la violencia ocupacional en

general y sobre la violencia contra los profesionales de la salud (Agervold y Andersen, 2006; Arnetz y Arnetz, 2001; Martinko, Gundlach y Douglas, 2002; O'Leary, Griffin y Glew, 1996; Roche, et al., 2010, entre otros). Agervold y Andersen (2006) califican el ambiente de trabajo en el que la probabilidad de violencia es mayor de "psicológicamente pobre" (alta presión y altas demandas laborales, escasa claridad de rol, escaso compromiso con la tarea, etc.). O'Leary, Griffin y Glew (1996) son más concluyentes: hay organizaciones propensas a la violencia; hay una violencia organizacionalmente motivada, una idea que encuentra en la investigación grupal importantes avales (Blanco, Caballero y de la Corte, 2005, pp. 389-440).

El clima laboral y organizacional contribuye también el estrés ocupacional. Estos estresores ocupacionales son, en gran parte, resultado del clima organizacional. La conclusión a la que se llega tras la revisión de la literatura es que el clima organizacional es, probablemente, el predictor más potente de la violencia en el entorno sanitario. El clima es una percepción subjetiva, normalmente compartida, sobre el carácter de las relaciones interpersonales dentro de un determinado entorno laboral. La existencia de conflictos interpersonales, el estilo de dirección, el respeto a la autonomía, la estabilidad laboral, la solidaridad entre los empleados, la retribución, etc., juegan un papel muy importante en la percepción de clima de una organización. Hay que recordar a este respecto que en el metaanálisis llevado a cabo por Hershcovis, et al. (2007), el conflicto interpersonal se mostraba como el predictor más potente de la violencia contra los profesionales de la salud.

En la tradición organizacional y en el desarrollo de la teoría sobre el comportamiento grupal, el clima ha estado estrechamente relacionado con el estilo

de liderazgo, los métodos de gestión, los modos de dirección, el sistema de supervisión. La relación entre clima organizacional y los comportamientos violentos estarían mediados por el estilo de dirección. En los últimos años se ha incrementado el interés por el estudio de los estilos de liderazgo en su relación con la violencia ocupacional (Hepworth y Towler, 2004; Kessler, et al., 2008) y con la violencia contra los profesionales de la salud (Arnold, 2017; Liang, et al., 2016; Yang y Caughlin, 2017).

El último punto que trata esta tesis aborda uno de los problemas a los que se ha enfrentado la investigación contra la violencia de los profesionales de la salud, el de la metodología para su estudio. La mayoría de las investigaciones que se han llevado a cabo en este campo han usado como instrumento de recogida de información cuestionarios elaborados para la ocasión sin haber llevado a cabo las operaciones pertinentes para su validación. La ausencia generalizada de procedimientos de validación es un aspecto central en cualquier investigación llevada a cabo con la ayuda de un cuestionario, escala, test, etc. Es el principal apoyo a la hora de interpretar los resultados y, sobre todo, para poder usarlos adecuadamente siguiendo los objetivos de la investigación (AERA, APA y NCME, 2014). Otro de los inconvenientes metodológicos que caracterizan a los instrumentos “ad hoc” en la investigación sobre la violencia contra los profesionales de la salud es la invocación al recuerdo de lo acontecido en el último año. Los participantes se enfrentan, así, a un complejo ejercicio de memoria, que les obliga a recordar si fueron objeto de acciones violentas una o dos veces, entre tres y cinco, o seis o más veces (p. ej., Kelly, et al., 2015, p. 1113), o se les formula una pregunta tan general como si “has tenido alguna vez una experiencia de acoso

sexual por parte de tus pacientes” (Hibino, Ogino e Inagaki, 2006, p. 401), por ejemplo.

Partiendo de estas consideraciones, desde nuestro punto de vista la mejor opción es el uso de cuestionarios estandarizados y, más en concreto, de instrumentos que registren los incidentes violentos una vez que se produzcan para, de esa manera, evitar los problemas inherentes al recuerdo, que pueden estar distorsionando la información que se da.

Para finalizar, hay que señalar la existencia de datos muy coincidentes desde el punto de vista transcultural en cuanto a la incidencia de las modalidades de las que se reviste violencia, las víctimas preferentes, los principales victimarios, los escenarios sanitarios donde se producen de manera especialmente frecuente, etc. Como consecuencia de los resultados obtenidos por diversos estudios (revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios transculturales, investigaciones con muestras que superan docenas de miles de participantes) (ver, p.ej., Camerino, et al., 2008; Gerberich, et al., 2004; Hahn, et al., 2008; Pompeii, et al., 2013; Spector, Zhou y Che, 2014; Wei, Chiou y Huang, 2016).

La seguridad de que este sería el panorama que nos encontraríamos entre los profesionales sanitarios en España es la responsable del rumbo que finalmente ha tomado esta tesis doctoral. En ella, y de la manera más modesta, hemos preferido intentar sentar las bases para futuros trabajos aclarando los fundamentos teóricos y metodológicos de la investigación sobre la violencia en los entornos sanitarios convencidos de que solo así seremos capaces de llevar a cabo programas de intervención eficaces.

CONCLUSIONES

1. Los niveles de violencia verbal son significativamente más frecuentes que los actos de violencia física.

2. Los principales actores de la violencia, tanto física como verbal, son los pacientes y/familiares o acompañantes.

3. Trabajar en un geriátrico, en un hospital psiquiátrico o en un servicio hospitalario de psiquiatría, en urgencias o en unidades de cuidados intensivos supone un factor de riesgo añadido.

4. Los profesionales más jóvenes y con menos experiencia son los principales objetivos de la violencia.

5. Son los profesionales de enfermería quienes están significativamente más expuestos a las diversas manifestaciones de la violencia por parte de pacientes y/familiares.

6. Las mujeres suelen ser las víctimas más frecuentes de la violencia en el entorno sanitario.

7. Hay un escaso nivel de denuncias de la violencia sufrida por parte de los profesionales de la salud.

8. La exposición a la violencia tiene consecuencias físicas, emocionales (miedo, irritabilidad, ansiedad, tristeza, etc.) y organizacionales (insatisfacción laboral, absentismo, abandono laboral, conductas nocivas para la organización, etc.).

9. La violencia contra los profesionales sanitarios no está dirigida contra las personas como tal, sino en tanto que están desempeñando un rol que, en opinión del paciente o alguno de sus familiares o acompañantes, no responde a sus expectativas o a sus demandas.

10. Es necesario investigar más en profundidad la violencia horizontal, muy presente en los escenarios sanitarios y a la que apenas se presta atención.

11. Se deben utilizar cuestionarios estandarizados y validados a la hora de investigar este tipo de violencia para así contar con resultados más fiables y poder de este modo realizar planes de intervención más consistentes.

POSIBLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

- Desarrollar y validar un instrumento de medida en el que se pueda confiar y se use de manera habitual en este tipo de investigaciones.
- Priorizar la investigación en el campo de la violencia horizontal, sus causas, y sus consecuencias.
- Descifrar las causas de la baja incidencia de denuncias.
- Ahondar en las consecuencias, tanto personales como organizacionales, derivadas de este tipo de violencia.
- Evaluar los estilos de liderazgo que son más propensos a la violencia, y desarrollar e implementar estilos de liderazgo dentro de los Servicios Sanitarios que se consideren “inhibidores” de la violencia.
- Profundizar hasta qué punto las condiciones laborales y las variables organizacionales (estilo de dirección, cohesión y clima organizacional, distribución de tareas, estilo de liderazgo, dictámenes gubernamentales, etc.) son factores que propician la violencia en el entorno sanitario.
- Desarrollar e implementar protocolos de actuación y prevención efectivos, y acuerdos con cada institución.

Existen numerosas líneas de investigación que se pueden y deben seguir puesto que nos encontramos ante un campo muy amplio de posibilidades. Pero entendemos que estas, son las principales líneas a seguir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberhalden, C., Needham, I., Friedli, T.K., & Dassen, T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(Suppl. 106), 110-117.
- AbuAlRub, R., y Khawaldeh, T. (2013). Workplace physical violence among hospitals nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1937-1947.
- American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), & National Council on Measurement in Education (NCME) (2014). *The Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, D.C.: AERA.
- Agervold, M., y Andersen, L. (2006). Incidence and impact of violence against staff on their perceptions of the psychological work environment. *Nordic Psychology*, 58, 232-247.
- Anderson, C., y Bushman, B. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Angland, S., Dowling, M., y Casey, D. (2013). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22, 134-139.
- Arendt, A. (2005). *Sobre la violencia*. Madrid: Alianza.
- Arnetz, J., y Arnetz, B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 417-427.
- Arnetz, J., Aranyos, D., Ager, J., y Upfal, M. (2011). Development and Application of a Population-Based System for Workplace Violence Surveillance in Hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*, 54, 925-934.

- Arnetz, J., Hamblin, L., Essenmacher, L., Upfal, M., Ager, J., y Luborsku, A. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 338-348.
- Arnold, K. (2017). Transformational Leadership and Employee Psychological Well-Being: A Review and Directions for Future Research. *Journal of Occupational Health Research*, 22, 381-393.
- Aydin, B., Kartal, M., Midik, O., Buyukakkus, A. (2009). Violence Against General Practitioners in Turkey. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1980-1995.
- Bandura, A. (1973). *Aggression. A social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barling, J., Dupré, K., y Kelloway, K. (2009). Predicting Workplace Aggression and Violence. *Annual Review of Psychology*, 60, 671-692.
- Baron, R., y Neuman, J. (1996). Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence on Their Relative Frequency and Potential Causes. *Aggressive Behavior*, 22, 161-173.
- Behnam, M., Tillotson, R., Davis, S., Hobbs, G. (2011). Violence in Emergency Department. A National Survey of Emergency Medicine Residents and Attending Physicians. *The Journal of Emergency Medicine*, 40, 565-579.
- Bennett, R.J., y Robinson, S. (2000). Development of a Measure of Workplace Violence. *Journal of Applied Psychology*, 85, 349-360.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106, 59-73.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Bernaldo de Quirós, M., Piccini, A., y Gómez, M. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 260-270.
- Blanco, A., Caballero, A., y de la Corte, L. (2005). *Psicología de los Grupos*. Madrid: Pearson.
- Blanco, A., Blanco, R., y Díaz, D. (2016). Social (dis)order and psychosocial trauma: Look earlier, Look outside, and Look beyond the persons. *American Psychologist*, 71, 187-198.
- Blanco, R. (2013). *Comparación de la presencia de ansiedad en pacientes que van a ser sometidos a cirugía mayor y a cirugía menor*. Trabajo fin de Máster: Universidad Complutense de Madrid.
- Blanco, R., y Blanco, A. (2018). La salud como un estado de bienestar. En M. Amarís y C. Madariaga (Eds.), *Intervenir para reparar: recuperando la dignidad y la salud mental en el contexto de violencia*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Bruce, M. D., Nowlin, W. A. (2011). Workplace Violence: Awareness, Prevention, and Response. *Public Personnel Management*, 40, 293-308.
- Bureau of Labor Statistics (2002). *Census of fatal occupational injuries*. Washington, D.C.: US Bureau of Labor Statistics.
- Bureau of Labor Statistics (2016). *Census of fatal occupational injuries*. Washington, D.C.: US Bureau of Labor Statistics.
- Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P., van der Heijden B., y Hasselhorn, H-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 35-50.

- Cantera, L., Cervantes, G., y Blanch, J.M. (2008). Violencia ocupacional: el caso de los profesionales sanitarios. *Papeles del Psicólogo*, 29, 49-58.
- Center for Disease Control (CDC) (1992). *Homicide in the US Workplace: A Strategy for Prevention and Research* (NIOSH Publication No. 92-103). Washington, D.C.: US Government Printing Office.
- Ceramidas, D., y Parker, R. (2010). A response to patient-initiated aggression in general practice: Australian professional medical organizations face a challenge. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 252-259.
- Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., y Turbott, S. (2001). A survey of threats and violent acts by patients against physicians. *Medical Education*, 35, 154-159.
- Chappell, D., y Di Martino, V. (2006). *Violence at Work*. Ginebra: ILO (3ª ed.).
- Chen, W-C., Sun, Y-H., Lan, T-H., y Chiu, H-J. (2009). Incidence and Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Caring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, 2812-2821.
- Chou, K-R., Lu, R-B., y Mao, W-C (2000). Factors Relevant to Patient Assaultive Behavior and Assault in Acute Inpatient Psychiatric Units in Taiwan. *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI, 187-195.
- Comisión de Recursos Humanos del SNS (2014). *Informe del Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE) (2012). *Código Deontológico para la profesión de Enfermería*. Ginebra: CIE.
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatric wards: A systematic review. *Psychiatric Research*, 189, 10-20.

- Coverdale, J., Gale, C., Weeks, S., y Turbott, S. (2001). A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Medical Educatio*, 35, 154-159.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512.
- Dollard, J., Miller, N., Doob, L., MOWrer, O., y Sears, R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Douglas S. C., y Martinko, M. J. (2001). Exploring the Role of Individual Differences in the Prediction of Workplace Aggression. *Journal of Applied Psychology*, 86, 547-559.
- Dunbar, E., y Blanco, A. (2014). Psychological Perspectives on Culture, Violence, and Intergroup Animus: Evolving Traditions in the Bonds that Tie and Hate. En F. Leong (Ed.), *Handbook of Multicultural Psychology Vol 2: Applications and Training* (pp. 377-399) Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Edward, K., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelou, P., y Giandinoto, J-A. (2015). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 289-299.
- Eker, H., Özder, A., Toac, M., Topçu, I., y Tabu, A. (2012). Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 19-29.
- Eurofound (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurofound (2016). *Sixth European Working Conditions Survey. Overview report*. Luxembourg: Publication Office of the European Union.

- Ewers, W., Tomic, W., y Browwers, A. (2002). Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*, 2-9.
- Farrell, G. (1997). Aggression in clinical settings: nurses' views. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 501-508.
- Farrell, G. (1999). Aggression in clinical settings: nurses' views – a follow up study. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 532-541.
- Farrell, G., Bobrowski, C., y Bobrowski, P. (2006). Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing, 55*, 778-787.
- Ferns, T., y Meerabeau, L. (2008). Verbal abuse experienced by nursing students. *Journal of Advanced Nursing, 61*, 436-444.
- Ferris, D., Brown, D., Berry, J., y Lian, H. (2008). The Development and Validation of the Workplace Ostracism Scale. *Journal of Applied Psychology, 93*, 1348-1366.
- Findorff, M., McGovern, P., Wall, M., Gerberich, S., y Alexander, B. (2004). Risk factors for work related violence in a health care. *Injury Prevention, 10*, 296-302.
- Flannery, R. (1996). Violence in the Workplace, 1970-1995: A Review of the Literature. *Aggression and Violent Behavior, 1*, 57-68.
- Flannery, D., Vazsonyi, A., y Waldman, I. (Eds.) (2007). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Flannery, R., Staffieri, A., Hildum, S., y Walker, A. (2011). The Violence Triad and Common Single Precipitants to Psychiatric Patients Assaults on Staff: 16-Year Analysis of the Assaulted Staff Action Program. *Psychiatric Quarterly, 82*, 85-93.

- Fletcher, T. Brakel, S. y Cavanaugh, J. (2000). Violence in the workplace: new perspectives in forensic mental health service in the USA. *British Journal of Psychiatry*, 176, 339-344.
- Fox, S., y Spector, P. (1999). A model of work frustration-aggression. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 915-931.
- Galián-Muñoz, I., Llor-Esteban, B., and Ruiz-Hernández, J.A. (2012). Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 279-291.
- Gascón, S., Martínez-Jarreta, B., González-Andrade, F., Santed, M.A., Casalod, Y., and Rueda, M.A. (2009). Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 15, 29-35.
- Gates, D. M., Ross, C. S., y McQueen, L. (2006). Violence: Recognition, Management and Prevention. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 331-337.
- Geddes, D., y Baron, R. A. (1997). Workplace aggression as a consequence of negative performance feedback. *Management Communication Quarterly*, 10, 433-454.
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H. E., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., Ryan, A. D., Mongin, S. J., y Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational Environmental Medicine*, 61, 495-503.
- Hahn, S., Zeller, B., Needham, I., Kok, G., Dassen, G., y Halfens, R. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431-441.

- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., y Halfens, R. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, *19*, 3535-3546.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, *68*, 2685-2699.
- Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T., y Halfens, R. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *50*, 374-385.
- Health and Safety Executive (2016). *Health and Safety Statistics for Great Britain (2016/17)*. <http://www.hse.gov.uk/>
- Hegney, D., Plank, A., y Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice*, *9*, 261-268.
- Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., y Parker, V. (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: The results of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*, *12*, 220-231.
- Heitmeyer, W., y Hagan, J. (Eds.). (2003). *International Handbook of Violence Research*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Heitmeyer, W., y Hagan, J. (2003). Violence: The difficulties of a systematic international review. En W. Heitmeyer y J. Hagan (Eds.), *International Handbook of Violence Research* (pp. 3-11). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

- Hepworth, W., y Towler, A. (2004). The Effects of Individual Differences and Charismatic Leadership on Workplace Aggression. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*, 176-185.
- Hershcovis, M., Turner, N., Barling, J., Arnold, K., Dupré K., Inness, M., Le Blanc, M., y Sivanathan, N. (2007). Predicting Workplace Aggression: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology, 92*, 228-238.
- Hesketh, K., Duncan, S., Estabrooks, C., Reimer, C., Giovannetti, P., Hyndman, K., y Acorn, S. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy, 63*, 311-321.
- Hibino, Y., Ogino, K., e Inagaki, M. (2006). Sexual Harassment of Female Nurses by Patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship, 38*, 400-405.
- Hills, D., y Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 554-569.
- Hobbs, R. (1991). Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *British Medical Journal, 302*, 329-332.
- Hogh, A., Henriksson, M., y Burr, H. (2005). A 5-Year Follow-up Study of Aggression at Work and Psychological Health. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*, 256-265.
- ILO, WHO, ICN y PSI (2002). *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Joint Programm on Workplace Violence in the Health Sector*. Ginebra: Author.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (2011). *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 2011*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- International Labour Organization (2004). *Workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. ILO Code of Practices*. Ginebra: ILO.
- Jackson, D., Hutchinson, M., Luck, L., y Wilkes, L. (2013). Mosaic of verbal abuse experienced by nurses in everyday work. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2066-2075.
- Joa, T., y Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 55-60.
- Kelly, E., Subica, A., Fulginiti, A., Brekke, J., y Novaco, R. (2015). A cross-sectional survey of factors related to inpatient assault of staff in a forensic psychiatric hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 71, 1110-1122.
- Kessler, S., Spector, P., Chang, C-H., y Parr, A. (2008). Organizational violence and aggression: Development of the three-factor Violence Climate Survey. *Work & Stress*, 22, 108-124.
- Khademi, M., Mohammadi, E., y Vanaki, Z. (2012). Nurses' experiences of violation of their dignity. *Nursing Ethics*, 19, 328-340.
- Khalil, D. (2009). Levels of Violence Among Nurses in Cape Town Public Hospitals. *Nursing Forum*, 44, 207-217.
- Koopman, C., Zarcone, J., Mann, M., Freinkel, A., y Spiegel, D. (1998). Acute Stress Reactions to a Patient Threat. *Naxiety, Stress, and Coping*, 11, 27-45.
- Lanza, M. L. (1985). How nurses react to patient assault. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 23, 6-11.
- Lanza, M, L., Zeiss, R. A., y Rierdan, J. (2006). Non-Physical Violence. A Risk Factor for Physical Violence in Health Care Settings. *AAOHN Journal*, 54, 397-402.

- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lewin, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. Nueva York: Graw-Hill.
- Lewin, K. (1978). *La teoría de campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- Lewin, K., Lippitt, R., y White, R. (1939). Patterns of Aggressive Behavior in Experimentally Created 'Social Climates'. *Journal of Social Psychology*, *X*, 271-299.
- Liang, H-Y., Tang, F-I., Wang, T-F, Ling, K-C., y Yu, S. (2016). Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: a structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing*, *72*, 3068-3080.
- Lippitt, R. (1939). Field Theory and Experiment in Social Psychology: Autocratic and Democratic Group Atmospheres. *American Journal of Sociology*, *45*, 26-49.
- Luck, L., Jackson, D., y Usher, K. (2007). STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, *59*, 11-19.
- Magin, P., Adams, J., Sibbritt, D., Joy, E., y Ireland, M. (2008). Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *14*, 336-342.
- Mangavita, N., y Heponiemi, T. (2011). Workplace Violence Against Nursing Students and Nurses: An Italian Experience. *Journal of Nursing Scholarship*, *43*, 203-210.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología*. San Salvador: UCA Editores.

- Martínez-León, M., Queipo, D., Irurtia, M.J., y Martínez-León, C. (2012). Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). *Revista Española de Medicina Legal*, 38, 5-10.
- Martinko, M., Gundlach, M., y Douglas, S. (2002). Toward an Integrative Theory of Counterproductive Workplace Behavior: A Causal Reasoning Perspective. *International Journal of Selection Assessment*, 1-2, 36-50.
- May, D., y Grubbs, L. (2002). The Extent, Nature, and Precipitating Factors of Nurse Assault Among Three Groups of Registered Nurses in a Regional Medical Center. *Journal of Emergency Nursing*, 28, 11-17.
- Mayhew, C., y Chappell, D. (2007). Workplace violence: An overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 327-339.
- Mayorca, I., Lucena, S., Cortés, E., Lucerna, M.A. (2013). Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 59, 235-258.
- McCullough, K., Lenthal, S., Williams, A., y Andrew, L. (2012). Reducing the risk of violence towards remote area nurses: A violence management toolbox. *The Australian Journal of Rural Health*, 20, 329-333.
- McDonald, G., y Sirotych, F. (2001). Reporting Client Violence. *Social Work*, 46, 107-114.
- McKenna, B., Poole, S., Smith, A., Coverdale, J., y Gale, C. (2003). A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 56-63.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Informe. Grupo de Trabajo de Agresiones a Profesionales del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moreno, M., Vico, F., Zerolo, F., López, A., Herrera, P., y Mateos, M. (2005). Análisis de la violencia del paciente en atención primaria. *Atención Primaria*, 36, 152-158.
- Naish, J., Carter, Y., Gray, R., Stevens, T., Tisser, J., y Gantley, M. (2002). Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. *Family Practice*, 19, 504-510.
- Natan, M.B., Hanukayev, A., y Fares, S. (2011). Factors affecting Israeli nurses' reports of violence perpetrated against them in the workplace: A test of the theory of planned behaviour. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 141-150.
- Nelson, (2014).**
- Neuman, J. H., y Baron, R. A. (1998). Workplace violence and workplace aggression: Evidence concerning specific forms, potential causes, and preferred targets. *Journal of Management*, 24, 391-419.
- Nolan, P., Dallender, J., Soares, J., Thomsen, S., y Arnetz, B. (1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 934-941-
- O'Leary-Kelly, A.M., Griffin, R.W., y Glew, D.J. (1996). Organization-Motivated Aggression: A Research Framework. *Academy of Management Review*, 21, 225-253.
- Organización Médica Colegial (OMC) (2011). *Código de Deontología Médica del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. Madrid: OMC.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO.

- Palmstierna, T., y Barredal, E. (2006). Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. *Nord Journal of Psychiatry*, 60, 447-451.
- Paoli, P., y Merllié, D. (2001). *Third European survey on working conditions 2000*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Pinded, S., y Spector, P. (2016). Organizational constraints: a meta-analysis of a major stressor. *Work & Stress*, 30, 7-25.
- Pires, A., Grilo, S., y Bilma, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359, 1681-1685.
- Pompeii, L., Dement, J., Schoenfisch, A., Lavery, A., Souder, M., Smith, C., y Lipscomb, H. (2013). Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: A review of the literature and existing occupational injury data. *Journal of Safety Research*, 44, 57-64.
- Poster, E. (1996). A Multinational Study of Psychiatric Nursing Staffs' Beliefs and Concerns About Work Safety and Patient Assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 365-373.
- Qi, Y., Xiang, Y., A, F., Wang, J., Zeng, J., Ungvari, G., Newhouse, R., Yu, D., Lai, K., Ding, Y., Yu, L., Zhang, X., y Chiu, H. (2014). Nurses' Work-Related Stress in China: A Comparison Between Psychiatric and General Hospitals. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 27-32.
- Rao, H., Luty, J., y Trathen, B. (2007). Characteristics of patients who are violent to staff and towards other people from a community mental health service in South East England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 753-757.
- Rippon, T. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 452-460.

- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., y Catling-Paull, C. (2010). Violence Towards Nurses, the Work Environment, and Patient Outcomes. *Journal of Nurses Scholarship, 42*, 13-22.
- Ryan, D., y Maguire, J. (2006) Aggression and Violence – A proble in Irish Accident and Emergency Departments? *Journal of Nursing Management, 14*, 106-115.
- Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., y Fukahori, H. (2013). Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*, 1368-1376.
- Spector, P. (1975). Relationships of organizational frustration with reported behavioural reactions of employees. *Journal of Applied Psychology, 60*, 635-637.
- Spector, P. (1978). Organizational Frustration: A Model and Review of the Literature. *Personnel Psychology, 31*, 815-829.
- Spector, P., Fox, S., y Domalgaski, T. (2006). Emotions, Violence, ad Counterproductive Work Behavior. En E. Kelloway, J. Barling y J. Hurrell (2006), *Handbook of Workplace Violence* (pp. 29-46). Londres: Sage.
- Spector, P., Coulter, M., Stockwell, H., y Matz, M: (2007). Perceived violence climate: A new construct and its relationship to workplace violence and verbal aggression, and their potential consequences. *Work & Stress, 21*, 117-130.
- Spector, P., Zhou, Z., y Che, X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies, 51*, 72-84.
- Steinert, T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 133-141.
- Sullivan, P. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing, 18*, 591-601.

- Swain, N., Gale, C., y Greenwood, R. (2014). Patient aggression experienced by staff in a public hospital setting. *The New Zealand Medical Journal*, 127, 1-9.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Taylor, J., y Rew, L. (2010). A systematic review of the literature: Workplace violence in the emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1072-1085.
- Tilly, C. (2007). *Violencia colectiva*. Barcelona: Hacer.
- Tolan, P. (2007). Understanding Violence. En D. Flannery, A. Vazsonyi y I. Waldman, (Eds.), *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp.5-18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tolhurst, H., Baker, L., Murray, G., Bell, P., Sutton, A., y Dean, S. (2003). Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 11, 231-236.
- Walsh, B., y Clarke, E. (2003). Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression, *Work & Stress*, 17, 170-181.
- Warr, M. (2007). Violence and Culture in the United States. En D. Flannery, A. Vazsonyi, y I. Waldman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (pp. 571-582). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wassell, J. (2009). Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safety Science*, 47, 1049-1055.
- Wei, C-Y-. Chiou, S-T., Chien, L-Y., y Huang, N. (2016). Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 63-70.
- Wells, J., y Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 230-240.

- Winstanley, S., y Whittington, R. (2002). Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 144-147.
- Whittington, R., y Higgins, L. (2002). More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl., 412), 37-40.
- Whittington, R., y Wykes, T. (1992). Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 480-486.
- Whittington, R., y Wykes, T. (1994). Violence in psychiatric hospitals: are certain staff prone to being assaulted? *Journal of Advanced Nursing*, 19, 219-225.
- Yang, L-Q., y Caughlin, D. (2017). Aggression-Preventive Supervisor Behavior: Implications for Workplace Climate and Employee Outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22, 1-18.
- Yokoyama, M., Suzuki, M., Takai, Y., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., y Yamamoto-Mitani, N. (2016). Workplace bullying among nurses and their related factors in Japan: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2478-2488.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Rurra, S., y Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2329-2341.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., y Halfens, R. (2012). Factors Associated With Resident Aggression Toward Caregivers in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 44, 249-257.

- Zelnick, J., Slayter, E., Flanbaum, B., Butler, N., Domingo, B., Perlstein, J., y Trust, C.
(2013): Part of the Job? Workplace Violence in Massachusetts Social Service Agencies. *Health and Social Work, 38*, 75-85.
- Zimbardo, P. (2007). *El efecto Lucifer. El porqué de la maldad*. Barcelona: Paidós.