

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

# La violencia explícita y encubierta en la clínica de las adicciones.

Fanton, Maximiliano.

Cita:

Fanton, Maximiliano (2011). *La violencia explícita y encubierta en la clínica de las adicciones. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/210>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/T37>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LA VIOLENCIA EXPLÍCITA Y ENCUBIERTA EN LA CLÍNICA DE LAS ADICCIONES

Fanton, Maximiliano

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

## RESUMEN

El trabajo terapéutico con pacientes adictos a nivel institucional plantea una serie de obstáculos característicos que resultan de la tensión entre los objetivos y reglas estables de estas instituciones y las motivaciones variables de los sujetos que acuden a ellas en busca de tratamiento. Entre las dificultades recurrentes se encuentran las conductas desafiantes e impulsivas, quejas, cuestionamientos, recaídas o actitudes apáticas en los pacientes que entorpecen el proceso de recuperación. A fin de intentar neutralizar estos comportamientos, las instituciones que fueron creadas para el bienestar de sus usuarios pueden recurrir a intervenciones de naturaleza violenta que atentan contra la salud de estos. El presente trabajo tiene por objetivo señalar las distintas variantes de violencia disciplinaria que despliegan estas instituciones según la modalidad de tratamiento que ofrecen. Asimismo, se exponen algunos ejemplos clínicos que permiten observar la diferencia entre la violencia explícita o manifiesta de las internaciones y la agresión encubierta o perversa que puede ocurrir en los tratamientos de carácter ambulatorio, haciendo especial énfasis en esta última y en los mecanismos expulsivos que privan a los pacientes del tratamiento de su enfermedad.

## Palabras clave

Adicciones Violencia Expulsión Instituciones

## ABSTRACT

### EXPLICIT AND CONCEALED VIOLENCE IN THE TREATMENT OF ADDICTIONS

The institutional treatment of addict patients presents a series of characteristic obstacles that result from the tension between the stable goals and rules of institutions and the unstable motivations of those who approach them looking for treatment. Among these recurrent difficulties that hinder the recovery process, impulsive and defiant behaviors, complaints, questionings, relapses or apathetic attitudes can be found. In order to neutralize these behaviors, the institutions that were created for the wellbeing of their users may implement measures of a violent nature that may harm their users' health. The present task aims to recognize the different variants of disciplinary violence that these institutions display according to the treatment modality that they offer. Moreover, some clinical examples that illustrate the difference between the explicit violence in therapeutic communities and the concealed or perverse violence in ambulatory treatments are provided, making emphasis on the latter and on the expulsive measures that deprive patients from treatment.

## Key words

Addiction Violence Expulsion Institutions

## 1. Introducción: Dificultades en el abordaje institucional de las drogodependencias

El abordaje institucional de las drogodependencias suele enfrentarse al problema de la divergencia entre los objetivos que éste se propone y los de las personas a las que supuestamente debe amparar. La internación compulsiva del sujeto adicto en riesgo constituye una realidad frecuente y, aunque se trate de una medida estrictamente necesaria, plantea siempre el problema del enfrentamiento entre la voluntad del paciente reticente y el de la institución de salud mental que pretende retenerlo y rehabilitarlo. Si bien esta dicotomía es predecible y fácilmente observable en el caso de las internaciones forzadas, la propia naturaleza del trastorno adictivo determina la aparición de dificultades semejantes incluso en aquellos tratamientos de participación voluntaria donde los pacientes acuden por iniciativa propia. A pesar del predominio del modelo de "comunidad terapéutica" como dispositivo de abordaje de las adicciones en nuestro medio local, cabe destacar la existencia de múltiples formas de tratamiento institucional que no se fundamentan en el aislamiento de la persona con problemas en relación al uso de drogas. Aunque se traten de una minoría, estas instituciones ofrecen una alternativa a la opción tradicional de las internaciones. Más allá de sus diferencias, estos sistemas de tratamiento suelen orientar su labor terapéutica hacia la reinserción y readaptación temprana del sujeto adicto a su medio, en contraposición a la segregación forzada. Asimismo, estas instituciones apelan a la libre participación de los pacientes en sus actividades, siendo su permanencia voluntaria y pudiendo estos abandonar el tratamiento en cualquier momento del mismo.

Aunque no exista en estos tratamientos una obligación a permanecer en ellos, los pacientes con motivaciones conflictivas despliegan actitudes contradictorias de adhesión y rechazo que dificultan la labor terapéutica tanto de los profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) como de los para-profesionales (operadores terapéuticos, talleristas, voluntarios, etc.) que se desempeñan en la institución. Tales pacientes pueden solicitar ayuda y manifestar abiertamente su deseo de realizar un tratamiento, al tiempo que critican sus principios y reglas, las desobedecen o incluso incitan a otros a hacerlo. Sin embargo, debe remarcar que esta clase de inconvenientes no es de ningún modo privativa de un tipo particular de sujeto drogodependiente, sino que es normal y esperable en tanto manifestación del conflicto por ambivalencia que caracteriza a las adicciones. La presencia de impulsos y deseos contradictorios constituye la regla, y no la excepción, en este trastorno en particular (Miller y Rollnick, 1999). Un paciente que se encuentra realizando un tratamiento

para dejar las drogas puede mostrarse reticente, por ejemplo, a dejar de frecuentar lugares y personas relacionadas al consumo de sustancias. La atracción que tales situaciones generan -debido a su proximidad al objeto deseado, es decir, las drogas- y el hecho de ceder a dicha atracción se contradicen con los sentimientos de temor y rechazo a ese mismo objeto que se manifiestan en la realización de un tratamiento como forma de alejamiento y renuncia. Asimismo, tal comportamiento puede llegar a contradecir una pauta formal del tratamiento como, por ejemplo, la prohibición de mantener contacto con usuarios de drogas.

El comportamiento divergente no siempre constituye una flagrante violación a las normas institucionales. De hecho, las transgresiones a las reglas principales que hacen al normal funcionamiento de un tratamiento ocurren de manera excepcional y suelen provocar la expulsión directa de quienes las perpetran. Algunas de las faltas usualmente consideradas como graves son: la violencia física hacia algún integrante de la institución, las amenazas de violencia física o la intimidación, el uso de drogas dentro de la institución, las relaciones sexuales con otro paciente o la intimidación sexual, el robo de objetos personales e institucionales, el vandalismo o la destrucción de propiedad, el contrabando de armas, etc. (DeLeon, 2000). Sin embargo, existen otros comportamientos que pueden alterar el orden y que provocan el fastidio del *staff* institucional, tal como las quejas, los cuestionamientos, la apatía, la disidencia ideológica, la demanda excesiva de atención, las conductas impulsivas o las recaídas frecuentes en el uso de drogas.

## 2. El control en las instituciones "totales"

Las comunidades terapéuticas, "granjas" o internaciones pueden ser consideradas como instituciones "totales" en tanto que todas las dimensiones de la vida del paciente se desarrollan de manera programada, en un mismo lugar y bajo una única autoridad (Goffman, 2007). Frente a las dificultades previamente expuestas de trabajar con pacientes adictos, la institución total puede recurrir a medidas represivas que, aunque sean cuestionables o sencillamente inaceptables en el plano moral y terapéutico, son altamente eficaces al momento de barrer con las resistencias del paciente, degradándolo a una posición de obediencia y sumisión a la autoridad institucional. En las internaciones, los pacientes comparten el encierro, el aislamiento y una rutina formalmente administrada. Las actividades que conforman a dicha rutina son obligatorias y están deliberadamente diseñadas para lograr los objetivos institucionales, de modo que permiten el encauzamiento y la normalización de la conducta individual desviada hacia los ideales de salud y normalidad que la institución sostiene. Incluso en el caso de que estos recursos no bastaran para controlar al comportamiento divergente, la institución total puede apelar a la intimidación, el castigo y, en última instancia, a la expulsión. No obstante, cabe remarcar que la separación de la institución suele cons-

tituir un último recurso frente a la ineficacia de los mecanismos de control y dominio habituales. Por el contrario, se observa en estos tratamientos una tendencia opuesta hacia la abducción del sujeto y la puesta en marcha de mecanismos coercitivos frente a su resistencia, los cuales tienen por finalidad la eliminación del comportamiento divergente y la imposición de valores o ideales homogéneos a través de la violencia explícita. A continuación se expondrá un ejemplo de tales medidas violentas y coercitivas:

*Damián se encontraba realizando un tratamiento ambulatorio por causa de su adicción a la cocaína, luego de haber atravesado varias internaciones. En su sesión de psicoterapia semanal, Damián hablaba de temas diversos pero se resistía a hablar de sus internaciones cuando se lo interrogaba al respecto. Cuando se abordaba el tema, Damián mostraba señales físicas de agitación y manifestaba sentir una gran ansiedad. Luego de algunos meses de terapia, el paciente pudo relatar dos experiencias que él recordaba de manera traumática, ambas relacionadas a sanciones disciplinarias por faltas menores (p. ej., holgazanería, desorden, etc.). En cierta ocasión, el paciente fue desnudado y atado a la cama, para luego ser empapado con agua fría durante la época invernal. En otra ocasión, al paciente se le dieron guantes de boxeo y fue obligado a pelear contra una docena de sus compañeros de tratamiento, hasta caer al suelo exhausto y dolorido por los golpes. Estos castigos eran ejecutados por operadores terapéuticos que le gritaban e insultaban de manera constante, incluso cuando no había cometido ninguna falta.*

Aunque no se pueda ocultar la naturaleza violenta o cruenta de este tipo de procedimientos, estos suelen ser justificados como intervenciones "terapéuticas" que contribuyen en algún sentido al proceso de recuperación. La agresión verbal (gritos, insultos, humillaciones públicas, etc.) respondería a la necesidad de "confrontar" enérgicamente al adicto con aspectos de la realidad que éste no desea asimilar o que "niega" patológicamente (p. ej., "Admití que sos un falopero de mierda"). La concepción del adicto como sujeto caracterológicamente negador parece fundamentar las intervenciones basadas en la agresión verbal (Miller y Rollnick, 1999). La violencia física suele ser ocultada o minimizada (debido a las obvias complicaciones legales que su develamiento puede acarrear) y su utilización parece estar fundamentada en la concepción del adicto como sujeto caracterológicamente antisocial, marginal y peligroso, por lo que se debe intentar anular su impulsividad a través de medios enérgicos y categóricos.

## 3. El control en las instituciones "abiertas"

Los tratamientos de características más "abiertas" (centros de día, ambulatorios en general, etc.) no pueden hacer un uso igualmente eficiente del castigo o de la coerción, debido a que los pacientes participan de manera voluntaria y, al mismo tiempo, pueden escapar al control total de la institución y preservar intactas algunas dimensiones esenciales de su vida cotidiana (p. ej.,

familia, trabajo, amistades, etc.). El castigo basado en la supresión de beneficios (p. ej., cancelación de actividades anteriormente permitidas, degradación de status, etc.) pierde vigor frente a la posibilidad de obtener gratificaciones semejantes en espacios exteriores al tratamiento. Asimismo, el castigo basado en el maltrato y la coerción provocará -con toda probabilidad- la deserción de la mayoría de los individuos que participen voluntariamente y que puedan ejercitar su libre derecho a marcharse.

Las soluciones que se esbozan en estas instituciones con el fin de corregir los comportamientos indeseables suelen respetar un orden lógico y previsible. En primera instancia, se advierte al paciente acerca de su conducta perturbadora y se lo exhorta a modificarla. Si el comportamiento persiste, se procede a la aplicación de algún castigo basado en la remoción temporal de algún beneficio. La repetición en el futuro de las mismas acciones indeseadas puede generar sentimientos de frustración, impotencia y resentimiento en los trabajadores de la institución y, en tanto que muchos de estos comportamientos divergentes no constituyen violaciones evidentes de las normas y pautas institucionales, el *staff* carece de motivos suficientes que justifiquen la expulsión o la derivación a otra institución. En consecuencia, las medidas "correctivas" subsiguientes estarán impregnadas de intenciones expulsivas no declaradas.

El trabajo cotidiano con pacientes adictos puede producir desgaste y frustración en quienes deciden llevar a cabo esta tarea. Las recaídas frecuentes, el comportamiento impulsivo y desafiante, la ambivalencia propia del trastorno, las demandas y reproches de los pacientes y de sus familias -sólo por mencionar algunos factores- pueden llevar al agotamiento o *burnout* del personal y de los profesionales calificados al cabo de poco tiempo (Freudenberg, 1974). En este sentido, es posible entender a las maniobras expulsivas como parte de los síntomas de "deshumanización" del síndrome de *burnout*, ya que las mismas expresan motivaciones esencialmente punitivas y agresivas, así como también implican un grado considerable de insensibilidad por las necesidades del paciente.

La derivación a una internación o la suspensión del tratamiento, por ejemplo, no siempre tienen por finalidad la búsqueda de un mayor beneficio terapéutico para el paciente adicto sino que, por el contrario, esta decisión puede estar fundamentada en el deseo no explicitado de castigar al paciente por alguna ofensa cometida contra las normas institucionales o contra el propio narcisismo de sus trabajadores. Aunque estas motivaciones iatrogénicas nunca llegan a ser manifestadas, la prueba de las mismas radica en el tono emocional en el que se formulan y se aplican estas supuestas medidas terapéuticas. El uso de adjetivos moralizantes y peyorativos ("Es un caprichoso", "Es un maleducado", etc.), el tono de voz elevado, el sarcasmo y la expresión de argumentos rígidos e intransigentes ("Con este paciente no se puede", "Sólo trae problemas", etc.) denuncian los sentimientos subyacentes de frustración e ira que llevan a

la implementación de las medidas expulsivas que aquí se tratan. Frente al fracaso de los métodos usuales de disciplina o la falta de voluntad al momento de encarar situaciones problemáticas y de difícil resolución en el plano terapéutico, los miembros del *staff* institucional pueden intervenir en dirección a la expulsión encubierta de sus pacientes indeseados. Algunas de estas medidas "terapéuticas" permiten vislumbrar parcialmente la intención de exclusión subyacente. Tal es el caso de las amenazas de expulsión ("Si esto no cambia en el futuro, te vamos a derivar"), la declaración de un ultimátum ("Esta es tu última oportunidad") o la formulación de órdenes rígidas y autoritarias de improbable cumplimiento ("O deja a su pareja o deja el tratamiento"). Estas pueden funcionar como verdaderas "profecías autocumplidas" (Watzlawick, 1998), provocando aquello mismo que anticipan al suscitar la resistencia del paciente, así como también desmotivándolo al socavar el vínculo positivo entre éste y la institución.

Existen otras intervenciones, no obstante, en las que la intención expulsiva no se puede percibir a simple vista, sino que opera de manera deliberadamente subrepticia y silenciosa. Tal es el caso de la inducción a un error que justifique la desvinculación, así como aquellas acciones que pretenden socavar el vínculo entre el paciente y la institución a través del desafío o del abandono. En tanto que estas intervenciones se basan en la manipulación, la provocación y la instigación de un comportamiento dañino en un sujeto involuntario, las mismas pueden ser consideradas como auténticamente perversas y concientemente iatrogénicas (Hirigoyen, 2000). Esto las distingue de otras expresiones de la agresividad iatrogénica, como la que es posible percibir en los operadores impulsivos y castigadores característicos de las comunidades terapéuticas (Fantón, 2010). En tales casos, la violencia llega a expresarse abiertamente bajo la forma de gritos, insultos, amenazas o castigos físicos, y no se oculta la intención de denigrar y someter al objeto de estas agresiones. La violencia perversa, en cambio, recurre al empleo de artimañas que, aunque permitan entrever su finalidad destructiva, son esencialmente ambiguas y pueden confundir a sus espectadores y hasta a sus propias víctimas. A continuación se expondrán dos ejemplos de las diversas formas encubiertas que puede asumir la violencia expulsiva:

*Franco era un adicto a la cocaína con síntomas depresivos crónicos, entre los cuales resaltaba una acentuada apatía. Su incumplimiento reiterado de pautas y tareas exasperaron a la mayoría de los operadores, quienes interpretaban estas actitudes como señal de "mala voluntad" y no como síntomas de su grave trastorno depresivo. Además, su honestidad al momento de plantear su ambivalencia en relación al uso de drogas contribuía a ganarse el rencor de los operadores. Aunque Franco reconocía el serio daño que las drogas le habían provocado en su corta vida adolescente, sostenía creencias permisivas en relación al uso futuro de alcohol y marihuana. Afirmaba abiertamente que su sueño era "irse a vivir a las sierras con una chica y fumar ma-*

rihuana todos los días". En lugar de interpretar estas actitudes apolíticas como parte de su trastorno adictivo, los operadores las percibían como desafíos malintencionados.

Durante un taller de trabajo escrito, Franco se encontraba charlando con uno de sus compañeros de tratamiento, quien contaba con poco tiempo en la institución. Contrariamente a su natural tendencia apática, éste decidió ayudar a su compañero brindándole su experiencia personal. Una de las operadoras, Valeria, se encontraba supervisando la actividad de los pacientes, por lo que escuchó la conversación entre ambos. Para sorpresa de Franco, ésta comenzó a hacer acotaciones sarcásticas respecto a lo que compartía con su compañero. Franco decidió ignorar temporalmente estos comentarios para continuar con la charla. A fin de ayudar al principiante con una pregunta que debía responder acerca de "vivir la recuperación", Franco debió explicarle la diferencia entre decir algo y llevarlo efectivamente a la práctica. En esta ocasión, Valeria decidió acotar: "Hacé como Franco, que dice una cosa y después hace todo lo contrario". En este punto, el paciente se sintió ofendido y decidió comunicárselo a Valeria, quien le respondió que se calle, para luego tratarlo de "mentiroso", "pendejo", y otros epítetos denigrantes. Furioso e indignado, Franco decidió marcharse a su casa en ese momento. El resto del equipo de trabajadores aprovechó este abandono repentino de las actividades del tratamiento para justificar su desvinculación y sugerir una internación. Ante sus familiares, se minimizaron las acusaciones del joven y se pusieron en primer plano a sus transgresiones pasadas. A estos los convencieron de que fue el propio Franco quien decidió dejar el tratamiento al huir repentinamente del lugar y, por más que el paciente quiso regresar al día siguiente, no se lo permitieron. Valeria y el resto de los operadores festejaron este acontecimiento con frases como "Mejor; nos lo sacamos de encima".

En esa misma institución, Armando había logrado escalar a la categoría de paciente ejemplar. Los operadores lo apreciaban y delegaban en él algunas tareas básicas, tales como completar la planilla de asistencias durante las mañanas, realizar recados, orientar a los pacientes recién llegados en cuanto a las reglas del lugar, y otras. Armando desempeñaba estas funciones con verdadero orgullo, puesto que lo posicionaban en una categoría superior a la del resto de sus compañeros. Sin embargo, todo cambió luego de su recaída en el uso de drogas. Frustrados y desilusionados, los operadores dejaron de tratarlo afectuosamente y -en ocasiones- hasta de saludarlo. Las tareas que antes realizaba fueron encomendadas a alguien más, lo cual fue vivido por Armando como una pérdida dolorosa de afecto y de status. En los grupos terapéuticos, no se le cedía la palabra con la misma frecuencia que antes e incluso se lo obligaba a permanecer en silencio, ya que se ignoraba la mayoría de sus pedidos para hablar y participar. A raíz de estos cambios, Armando sintió una profunda tristeza que, con el tiempo, se transformó en indigna-

ción y agresividad. Alarmados por la violencia del paciente, los operadores comenzaron a hablar entre ellos acerca de una derivación a una internación. Antes de que esto suceda, Armando decidió abandonar el tratamiento y regresar al uso de drogas.

Franco fue inducido a realizar una acción impulsiva a través de provocaciones que ocultaban su verdadera intención. De este modo, se logró generar en el paciente una reacción perjudicial que justificó su separación de la institución. Ya sea que se utilice el insulto o distintas formas de agresión indirecta como el sarcasmo, estas acciones cuestionables suelen ser presentadas al resto de la institución como "intervenciones terapéuticas" que no pudieron ser correctamente asimiladas por sus receptores. Para encubrir mejor las intenciones expulsivas de dichas "intervenciones", el efector y sus aliados tienden a desplazar la atención sobre la conducta inadecuada del paciente y se evita así la reflexión sobre las causas circunstanciales que pudieron haberla provocado. En su lugar, se considera únicamente a los rasgos psicopatológicos conocidos del paciente y a las transgresiones pasadas que dan cuenta de estos ("Siempre fue impulsivo", "No aprendió a controlar su ira", etc.). El caso de Armando pone en evidencia otra estrategia expulsiva frecuente, la cual consiste en intentar provocar el abandono voluntario de los pacientes problemáticos. En estos casos no se pretende inducir a error, sino que se suelen adoptar medidas para que el paciente se sienta rechazado o desafiado por los representantes de la institución, debilitando su adhesión al tratamiento. La suspensión de los comportamientos habituales de interés y cuidado por el paciente, la cancelación brusca de los aspectos informales y afectuosos del vínculo con éste o el rechazo evidente de la comunicación directa son algunas formas habituales de generar efectos punitivos y expulsivos en los individuos que han transgredido. En ocasiones, los sentimientos de abandono, decepción y rencor que estas medidas producen en los pacientes son lo suficientemente perturbadores como para provocar la deserción voluntaria del tratamiento. Asimismo, la transferencia a un servicio de menor intensidad dentro de la institución o la reducción en la frecuencia y tiempo del servicio prestado pueden entrañar la intención subrepticia de deshacerse gradualmente de los pacientes indeseados, en lugar de denotar su evolución favorable en el proceso de recuperación.

#### 4. Comentario final

A fin de intentar neutralizar los comportamientos divergentes, las instituciones que fueron creadas para el bienestar de sus usuarios pueden recurrir a intervenciones de naturaleza violenta que atentan contra derechos esenciales de estos, tales como el derecho a la salud y a la dignidad. Si bien es posible hallar diversas expresiones de violencia iatrogénica -tanto explícita como encubierta- en las internaciones y en los tratamientos ambulatorios, las observaciones clínicas permiten sugerir tendencias particulares según el tipo de institución. Las internaciones, en tanto instituciones "totales", suelen

presentar mecanismos explícitamente violentos, cruentos y coercitivos contra sus usuarios que tienen por finalidad la normalización de la conducta divergente a través de la sumisión. Los tratamientos institucionales de corte ambulatorio, en tanto instituciones “abiertas”, suelen presentar mecanismos de agresión encubierta contra sus usuarios que tienen por finalidad la remoción o expulsión de los casos más problemáticos a través del debilitamiento del vínculo entre la institución y el paciente. Frente a la iatrogenia institucional, el profesional de la salud mental debería: 1) evitar el silencio y la complicidad voluntaria; 2) denunciar la violencia explícita, ya sea verbal o física, y 3) saber reconocer la violencia encubierta, a fin de poder implementar medidas que puedan contrarrestarla. En este último caso, algunas intervenciones posibles son: a) señalar los progresos de los pacientes que son víctimas de la estigmatización y la violencia encubierta; b) evitar la confrontación directa de los agresores, a fin de evitar posibles comportamientos de negación y reforzamiento (a través de la justificación) de las intervenciones iatrogénicas; c) aportar conocimientos psicopatológicos sobre conductas que, de otro modo, pueden ser interpretadas como simples transgresiones morales; d) proponer soluciones alternativas y constructivas fundamentadas en el conocimiento íntimo de las necesidades del paciente, y e) aprender a reconocer los propios síntomas de *burnout* a fin de no ejercer maltrato o ser cómplice involuntario del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- DeLeon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York: Springer Publishing Co.
- Fanton, M. (2010). “El Maltrato a los Pacientes Adictos Institucionalizados: Reflexiones acerca del Accionar Iatrogénico de los Operadores Socio-Terapéuticos”, *Memorias: II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación, Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 52-54
- Freudenberg, H. J. (1974). “Staff Burnout”, *Journal of Social Issues*, 30(1), pp. 159-165.
- Goffman, E. (2007). *Internados*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hirigoyen, M. F. (2000). *El Acoso Moral*, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller W. & Rollnick S. (1999) *La Entrevista Motivacional*, Barcelona: Editorial Paidós.
- Watzlawick, P. (1998). *La Realidad Inventada*, Barcelona: Editorial Gedisa.