

TÍTULO.- PRISIÓN: SOBREVIVIR EN UN CONTEXTO PARADÓJICO.
AUTOR.- JOSÉ ANTONIO MUÑOZ TORRADO
CENTRO DE TRABAJO: GABINETE DE PSICOLOGÍA KARMA (VIGO)
[Actas II Jornadas de Psicología Clínica. Pp 59-74. Ed COP-G. 2001]

1. INTRODUCCIÓN

La relación profesional entre un terapeuta y su cliente guarda algunas similitudes con otras relaciones profesionales fuera del campo de la terapia. Hay personas que hablan con chamanes, meigas, sacerdotes, futurólogos ... de modo similar a como podrían hacerlo con terapeutas -si las circunstancias contextuales fueran las apropiadas- sobre cuestiones que le llevan a entablar esa relación y que pueden no ser muy diferentes a lo que nosotros hemos dado en llamar "quejas". No quiero defender que seamos chamanes urbanos, sacerdotes de la posmodernidad o futurólogos, aunque muchos hayamos hecho al menos alguna vez la pregunta milagro. Lo que pretendo es resaltar una característica presente en todas estas relaciones: la percepción que el cliente tiene del profesional como **elemento social cuyo rol es ayudar a solucionar** el tipo de peticiones de las que ese cliente es portador. Cuando la petición planteada al profesional es de tipo terapéutico, es decir, cuando se pide su intervención para **cambiar** cuestiones indeseables en su vida o en la de personas con las que mantiene relaciones significativas, le está invitando a adoptar el rol de terapeuta: si lo acepta se están colocando los primeros cimientos de la **unión terapéutica**.

Todos los enfoques de terapia familiar y las demás orientaciones señalan el establecimiento de la unión terapéutica como condición necesaria (aunque no suficiente) para alcanzar los cambios que se han acordado previamente: se pueden describir diferencias en cuanto al peso relativo que se le otorga, las técnicas concretas para conseguirla, el modo en que se conceptualiza... pero en todos se presenta como imprescindible. Sin embargo, **hay lugares donde no tenemos garantías** que las condiciones contextuales permitan el establecimiento de relaciones terapéuticas, y las actuaciones deben encaminarse más hacia el contexto que a realizar "terapia a cualquier precio", peligro del que nos avisan desde hace tiempo otros autores (*Soavi y Vianello 1994, p 159 y sig.*). Voy a referirme a uno de esos lugares -un Centro Penitenciario, el de Vigo-; señalaré algunas características contextuales que pueden poner en apuros a un profesional y algunas de las intervenciones realizadas. Este trabajo parte de la experiencia llevada a cabo entre enero/94 y octubre/96, período en que estuve contratado por Cruz Roja (CR) para realizar un programa de atención a internos con problemas de drogas en dicho centro, como personal colaborador externo.

2. CONTEXTOS IMPOSIBLES

2.1. LA INSTITUCION COMO FUENTE DE PARADOJAS

Goffman (1961, pp 7-76) llama **institución total** a un "lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio". Salvando las distancias, en general todavía hoy tienen vigencia tanto esta definición como las características que él le atribuye, y a él remito a quien interese verlas en detalle.

En algún momento histórico fueron otorgadas a los establecimientos penitenciarios

dos funciones, que actualmente se mantienen:

- Por un lado, la cárcel es un lugar de castigo para quienes han cometido un hecho sancionado por la sociedad; básicamente la cuestión consiste en separar y aislar de los demás a quien no cumple determinadas reglas de convivencia;

- No obstante, puesto que no se puede “desterrar” eternamente a todo aquél que incumple la ley, es necesario reeducarle-resocializarle-reinsertarle para hacer de él un miembro útil a la sociedad, y esta función es encomendada también a las prisiones.

Con esta doble petición se pretende simultanear los contextos de **control** y **ayuda** en el mismo tiempo y lugar; el resultado es un contexto esencialmente **paradójico**:

- Por un lado, **se utiliza el tratamiento como una forma de control**: en la medida en que el interno acepta ser sometido a los tratamientos que se le ofrecen, se favorece la paz y el orden regimental del centro, disminuyen los conflictos entre ellos y los trabajadores. De hecho no son los internos los que definen los objetivos tratamentales, sino que vienen dados “desde arriba” y apuntan a aspectos reconocibles como regimentales.

-Por otro, **se utiliza el control como forma de tratamiento** : desde el *staff* se utiliza el control y el castigo como una forma **en sí misma** de reeducar al interno; se trata de sancionar al interno cuando hace algo que no se quiere que haga. Pero además, se aprovecha el poder sobre el interno para que se someta a tratamiento *voluntariamente*: no sólo se le “exige” que se someta a tratamiento, sino que debe hacerlo voluntariamente, debe elegir tratamiento pero sólo si voluntariamente lo desea; se le intenta concienciar sobre la importancia de asumir un papel activo en su propio tratamiento, pero en muchos casos cuando lo hace y cumple las metas que se le imponen desde el centro, el *staff* puede acabar concluyendo que **realmente** no está “rehabilitado”, sino que es lo bastante inteligente como para saber que le conviene obedecer para alcanzar determinados beneficios. La visión del interno es que si no hace los esfuerzos tratamentales que se le piden no consigue nada, y si los hace probablemente tampoco.

Puesto que la estancia de los internos **no es voluntaria** su objetivo más importante es **acortar el tiempo de internamiento**, para lo cual aprovechará todas las circunstancias a su alcance pero casi siempre por medios no reglamentados: aunque hay determinadas vías “oficiales” para acortar la estancia, el preso considera que los criterios no son igualitarios para todos ni tampoco claros (según los casos, al centro le interesa marcar unas exigencias u otras, y aun hay otras más que vienen dadas y sobre las que no se puede hacer modificaciones). Por ejemplo, si hay sospechas importantes respecto al consumo de drogas la institución puede presionar al interno para que se someta a analíticas de orina, dejándole ver que a cambio recibirá determinada ventaja (un destino concreto o un permiso, por ej.); en cambio, a otro que no consume se le plantearán otras exigencias para conceder las mismas ventajas que al primero; aun puede describirse un 3º supuesto en que las ventajas que el interno solicita **no** pueden ser concedidas por la presencia de criterios imposibilitadores definidos objetivamente por instancias superiores a la jerarquía del propio centro: en este caso posiblemente se ocultará el hecho y se dirá al interno que siempre le irá mejor si sigue la línea que el centro le marca, ofreciéndole otras ventajas pero sin decirle claramente que sus peticiones no pueden ser atendidas. Todo esto -y otros detalles- acaban confirmando al interno una profecía según la cual todos los trabajadores de la institución son iguales (desde vigilantes a miembros del Equipo de Observación y Tratamiento -EOT-) y están por amargarle la vida: acaban encontrando explicaciones autorreferenciales cuasi-persecutorias respecto a cómo es tratado, en continuo agravio comparativo.

Pero la contradicción consustancial de la institución no sólo afecta a los internos, sino que todos aquellos trabajadores cuya labor supone el trato directo con los internos están atrapados con éstos en un **círculo vicioso** que relaciona sistémicamente -y perpetúa- las conductas de ambos grupos: tanto los funcionarios de interior (encargados de la vigilancia) como los del EOT pueden justificar sus acciones hacia los internos como resultado del fiel seguimiento de sus funciones y reacciones normales al comportamiento de los internos, y éstos a su vez justifican la suya como reacción natural al trato que reciben y su pertenencia a una cultura grupal concreta. Como ejemplos de acciones realizadas por los funcionarios y que son motivo de queja por los presos pueden servir los siguientes:

- no pueden ser claros con los internos porque esto puede traer problemas disciplinarios y regimentales,
- se otorgan algunos "pequeños" privilegios a quien te ayuda a hacer tu trabajo más fácil, porque merecen saber que su comportamiento gusta,
- puedes permitir a uno realizar más llamadas telefónicas de las autorizadas porque sabes que no hay problema con él mientras que a otro no, por ser un impresentable o porque cada vez que llama es para pedir que le traigan droga,
- a éste puedes darle un destino en el economato porque ha demostrado su responsabilidad, mientras que el otro es sospechoso de poder utilizarlo en su beneficio,
- si éste pide pastillas para dormir es que las necesita, el otro las pide continuamente para vender en el patio ...

En este régimen de cosas el interno, como miembro de un grupo, desprecia cualquier "favor" de la institución, y **todo lo que provenga del centro puede ser rechazado**: la idoneidad de sus conductas puede llegar a medirla (dentro de ese grupo) por el grado de "ilegalidad y rebote" hacia la institución.

Si consideramos que cualquier acción emprendida desde el centro puede ser incluida por el preso en una de las 2 clases (control o ayuda), y puesto que el interno percibe control y rechaza la institución no es posible llegar a establecer un mínimo de confianza que pueda desembocar en una relación terapéutica. En estas condiciones, cuando el psicólogo externo tiene como función principal atender **derivaciones desde la institución** se encuentra también en una situación paradójica porque: a) tiene que dar respuesta a la petición, b) si atiende la petición "para sí" implícita del derivante éste puede rechazarla, y c) si atiende la petición explícita "para otro" carece de autoridad para estructurar un contexto que le permita trabajar (Sevini Palazzoli y otros, 1988, p.76).

2.2. RESTRICCIONES DE LA PARTE CONTRATANTE

Aunque el lugar de trabajo es la prisión en este caso la entidad contratante es Cruz Roja. El Ministerio de Asuntos Sociales subvenciona, con cargo al 0.52% del IRPF, programas que solicitan diversas ONG's. En determinado momento un técnico de la Asamblea Local de Vigo realiza un programa que, después de un tiempo, es aprobado y se puede poner en marcha; pero ese técnico ya no está con lo cual se contrata a otro, se le da una copia del programa y el mandato de llevarlo a cabo. Así como las características de la institución impiden al interno depositar confianza en el profesional, el contexto definido por el programa es **no terapéutico** debido a su carácter "acabado" y muy estructurado, y plantea restricciones que afectan al profesional y a su capacidad para decidir cómo actuar en cada momento. Cuando un profesional es contratado para un programa se encuentra con unas

condiciones que no posibilitan (o al menos no facilitan) el establecimiento de relaciones terapéuticas. A continuación señalo algunas de estas características, comunes a muchos (si no a todos) los programas del Plan Nacional sobre Drogodependencias:

-Define una **ideología subyacente** que supone entender la drogodependencia como una patología (tal vez crónica) y que a menudo tiene como efecto que quien la sufre no es consciente de su problema: debe convencerse al consumidor de la patología de su conducta, ayudarle como sea para concienciarse de ello, y poner a su alcance todos los medios posibles para que deje el consumo. A diferencia de otros planteamientos de salud, las metas finales tienden a la cronicación de la persona como enferma y a convertirle en un receptor pasivo y perpetuo del tinglado asistencial más que a intentar acortar la ayuda que necesita: en vez de buscar la agencia interna de la persona para que sea autosuficiente en el menor tiempo posible se toma la **retención** como índice de éxito de un programa. Además le da a este problema un estatuto de *enfermedad especial* que precisa todo un aparataje asistencial paralelo a los demás servicios de salud mental.

-Define la **población-diana** con la que debe trabajarse: el portador del problema es el interno y es con él con quien debe trabajarse; en ningún momento se contempla la posibilidad de trabajar con los profesionales del centro o realizar entrevistas conjuntas que incluyan al interno y al profesional como partes integrantes de un mismo problema distinto del consumo de drogas.

-Define qué **tipo de problemas** deben ser atendidos: se trata de abordar las dificultades relacionadas con el consumo de drogas como si de un especialista se tratara: si el interno te pide ayuda para solucionar otro tipo de quejas debes derivarlo a otros servicios.

-Define qué **metodología y actividades** deben utilizarse para alcanzar los objetivos: se toman en consideración determinadas actividades típicas de este tipo de programas, de amplia difusión y aceptación.

-Por supuesto, también define cuáles son los **objetivos** que deben alcanzarse, tanto a nivel individual como estadísticamente.

-Finalmente, define qué criterios "objetivos" deben utilizarse para **evaluar** si las metas del programa han sido alcanzadas, criterios estadísticos que se refieren más a la capacidad de captación y retención que a otros más individualizados.

3. IDEAS UTILES PARA INTRODUCIR MODIFICACIONES.

"Siempre actuamos *desde* y *hacia* contextos. El contexto en que nos encontramos prefigura cómo debemos actuar. Rara vez carecemos de nociones acerca de qué acciones son adecuadas, cuáles no, cuáles se requieren y cuáles son permitidas [**fuerza contextual**]. No siempre, sin embargo, elegimos actuar en la forma prefigurada, y cuando lo hacemos contrariando esa prefiguración [**fuerza implicativa**] a veces modificamos el contexto. Por lo tanto, **actuamos hacia un contexto que puede ser muy distinto de aquél desde el cual habíamos comenzado a actuar...** Si uno quiere intervenir como agente de cambio la pregunta es: "¿qué clase de acciones son suficientemente diferentes de la fuerza contextual, **suficientemente inapropiadas para el contexto** como para tener la fuerza implicativa que origine un cambio en el mismo?"

(Barnet Pearce, 1993

p.278)

Aun cuando las características contextuales impiden el establecimiento de relaciones

que se basen en la confianza mutua, las funciones que se le otorgan al profesional son de asistencia, tratamiento y apoyo: para cumplirlas será necesario, por tanto, realizar algunas modificaciones.

El **punto de partida** tiene características de control: Los internos son derivados desde el EOT, a petición del cual el psicólogo llama al interno, le informa sobre el programa de CR y, si le interesa, firma un contrato de inclusión. La metodología es de reuniones grupales con un planteamiento explícito en el que el psicólogo de CR **aprende** del grupo de internos, consiguiendo un ambiente distendido en el que **no** se habla de aspectos individuales, sino de las vivencias de los presos como **colectivo** dentro de la institución.

Se marca el contexto explícitamente como **no terapéutico**, lo cual suele producir extrañeza en los presos. Se presentan las reuniones como diálogos colectivos en los que se invita a participar a los internos que en la entrevista individual inicial muestren el deseo de hacerlo. En estos momentos iniciales hay ocasiones en que algunos internos hacen "apartes" para pedir apoyo y terapia y yo acepto; más adelante, analizando retrospectivamente algunos de estos casos a la luz de informaciones provenientes de otras fuentes, he visto la posible existencia de **agendas secretas** que desvirtúan cualquier lectura directa y simple de las relaciones establecidas: incluso cuando el interno pedía insistente y explícitamente una relación de ayuda probablemente fueron relaciones "como-si" (*Ackerman,...* 1993).

En cuanto al EOT, en los primeros contactos queda enmarcada la relación como de colaboración mutua, que el EOT quiere concretar de modo que mis funciones implementen las suyas: derivando casos (con lo cual controlan la vía de acceso, decidiendo con qué internos hablaré), y pidiéndome información sobre ellos.

A continuación centraré mi exposición en algunas acciones que han tenido *fuerza implicativa suficiente*, **si no para cambiar el contexto como tal, sí para dar lugar a un ámbito** (incluido en el otro) **lo bastante diferente** respecto del original que me permitió sobrevivir, crear diferencias nítidas (de cara al interno) entre mi función y el EOT, y que la confianza con los internos **no sea imposible**.

3.1 CAMBIOS EN RELACIÓN CON EL EOT

Estableciendo un paralelismo con el proceso terapéutico podríamos decir que, en primer término debemos **unirnos** a la institución de modo que seamos aceptados por ella. La **estrategia de inserción** (*Selvini Palazzoli, 1988, p. 126*) debe seguir la vía jerárquica en el acercamiento y evitar toda connotación negativa de personas e institución. A partir de la inserción, que supone la aceptación y legitimación del contexto, se fueron negociando cambios gradualmente pequeños, de modo que aun habiendo ligeras variaciones a lo largo del 1º año, es al final de éste cuando (tomados en conjunto) se puede notar una diferencia mayor.

1- Todos los cambios fueron **solicitados** previamente a la Subdirección de Tratamiento (en quien la Dirección del Centro delega todos los asuntos relacionados con el programa de CR); esto transmite a la institución el reconocimiento de la jerarquía por parte del psicólogo y el sometimiento a la autoridad del centro.

2- Por lo mismo, el centro **conoce siempre** las actividades que se están llevando a cabo y así sabe qué se hace allí. La percepción del programa va siendo, cada vez más, una cuestión de la que no es necesario preocuparse puesto que ya lo hace una persona en la que se puede confiar.

3- La **necesidad** de los cambios es justificada básicamente sobre dos pilares. Por un lado, en los contactos regulares establecidos con miembros del EOT éstos se interesaban por mi satisfacción en el trabajo: sabían que era un contexto difícil, habían visto cómo se quemaban anteriormente otros profesionales y les interesaba que el personal extrapenitenciario colaborador fuese estable. Esto me ayudó para ir planteando pequeños cambios que solicité *como una forma de trabajar más cómodo*, lo que facilitó que fueran aceptados por ellos. Por otro lado, la finalidad última de los cambios es mejorar mi trabajo y la consecución de unos objetivos que el EOT reconoce como suyos.

4- Para acabar de vencer las reticencias, cada nueva modificación es presentada como un **ensayo**, y será rectificado si, una vez puesto en marcha, no satisface al EOT.

UN EJEMPLO: el cambio más difícil.

Las **peticiones de información** fueron una cuestión difícil de manejar desde el principio: los miembros del EOT los consideraban una colaboración muy importante por mi parte, y aunque explícitamente se respetaba mi deseo de mantener la confidencialidad, continuamente se me pedía colaboración a través de *protocolos* que suponían dar información bastante privada y que podía ser utilizada para tomar decisiones sobre el futuro de los internos: un informe mensual de la evolución individual, un resumen mensual de cada actividad -con horario y control de asistentes- y una propuesta de redención trimestral en función de la motivación y asistencia.

Aprovechando una invitación del centro para contar mi experiencia laboral en las *Jornadas de Drogodependencias y Centros Penitenciarios*, intenté una redefinición respecto a este tema:

-Les propongo un **cambio en las vías de acceso** al tiempo que les indico la imposibilidad de trabajar con el interno en los objetivos que interesan al EOT, si no entra en el proceso algún miembro del mismo.

-Para que el interno me pueda ver con confianza debe establecerse un *deslinde* claro entre el EOT y el programa de CR, para lo cual será necesario **variar** el flujo informativo entre ambos.

A través de la comunicación se creó un momento de cambio que permitió:

1º- poder acceder al programa sin mediar instancia (era la única actividad en la prisión que no precisaba ser solicitada mediante instancia);

2º- el número de derivaciones disminuyó de modo espectacular: de ser prácticamente la totalidad de los casos atendidos, a unos pocos casos concretos que el EOT entendía que estaban pidiendo ayuda por estar pasando un mal momento;

3º- cesaron las peticiones de información quedando únicamente un protocolo mensual por actividades que informa *qué internos* están apuntados y *qué días* asisten;

4º- cambiaron sustancialmente las relaciones con los funcionarios de vigilancia que, aunque no eran malas, sí distantes: debido a cierto distanciamiento mutuo entre los “vigilantes” y los “rehabilitadores”, el tomar una postura nítidamente neutral probablemente les permitió verme como uno de ellos por trabajar muy próximo a los presos (mientras el EOT es rechazado por tomar posturas más “cómodas” en el trabajo).

3.2. MODIFICACIONES EXPLÍCITAS DE CARA A LOS INTERNOS.

Después de la aceptación de las propuestas por parte del EOT, la visión del programa que se transmite a los internos es la siguiente:

1- Se puede **acceder al programa** hablando conmigo directamente, sin necesidad de cursar instancia: la difusión " boca a boca" trae a nuevos internos de la mano de otros que conocen las actividades. Se va extendiendo una visión del psicólogo de CR como un elemento distinto a los trabajadores propios del centro.

2. Para incluirse en las actividades **no se firma un contrato terapéutico**: en función de la conversación inicial el interno puede interesarse por alguna de las informadas. Se explicita que puede asistir cuando quiera, todas las faltas están justificadas. Eso sí, se le pide que en caso de no asistir avise con antelación si le es posible ("si me avisas puedo disponer de ese tiempo para atender a otros compañeros").

3. **Analíticas**: las hay porque me exigen una evaluación del programa. Son **anónimas** porque no necesito saber quién consume o no, sino cuántos. Los internos pueden decidir no hacerlas si no hay al menos un integrante del grupo que vaya a dar negativo.

4. Puesto que el programa es para drogas quise romper esta marca de varios modos:

-por un lado recordándoles que podían plantearme alguna dificultad o preocupación para la cual quisieran mi ayuda aunque no tuviese nada que ver con drogas.

-por otro, no aceptando el consumo de drogas como un problema ("¿para qué quieres dejarlo, si son días que le robas al juez? Si no lo intentaste antes porqué ahora...si lo intentaste y renunciaste ¿cómo es que quieres volver a probar?").

-en algunos casos, y después de grandes esfuerzos por parte del interno para convencerme, acabamos trabajando sobre una redefinición de la queja sobre el consumo de drogas.

5. **No hay beneficios penitenciarios** por asistir a las actividades. Aunque desde el *staff* se cree que la única forma de implicar a los internos es ofrecerles algo a cambio, no tengo ningún interés en que esto sea así. He vaciado en lo que pude la búsqueda de beneficios secundarios que además pudieran significar un uso del programa para fines propios de cara a la institución. Por cierto: no significó un descenso del número de usuarios.

6. **Transparencia** en cuanto al contacto quincenal que mantengo con el EOT y respecto al flujo de información; en este sentido también les indico que nuestras conversaciones son **confidenciales** pero "tu ya sabes que en estas casas las paredes oyen", con lo cual les advertía que por su bien y también por el mío propio, se reservasen todo aquello cuyo conocimiento por terceros pudiera perjudicarle.

4. ACERCA DE LA ACTITUD DEL PROFESIONAL. CONCLUSIONES.

Para finalizar, quisiera decir que por más que nos guste desempeñar un rol terapéutico, hay ocasiones en que debemos ser precavidos y no dar por hecho que con nuestras intenciones basta para que la relación quede establecida de tal modo: el contexto en que nos movemos puede imposibilitar la aparición de este tipo de relaciones, y en una institución el contexto es tan potente que no puede ser redefinido desde nuestra posición (al menos en este caso concreto). No obstante se pueden crear condiciones más favorables de trabajo que no imposibiliten las condiciones previas al establecimiento de una relación terapéutica, aun sin formar un marco terapéutico inequívoco.

Fácilmente podemos olvidar que **no somos jueces**, y caer en la búsqueda de responsabilidades que expliquen el deplorable estado de las cosas; una búsqueda tan ambiciosa como estéril, que en definitiva nos aparta de logros más pequeños (y por ello asequibles) si nos preguntamos "**en estas condiciones ¿qué está en mi mano para mejorar las cosas?**".

Solamente a través del **respeto** y la **aceptación** de las instituciones en las que trabajamos y de las personas con que nos relacionamos podremos conseguir algo. No podemos trabajar con los funcionarios de vigilancia o del EOT si los vemos como intencionadamente falsos, injustos e inhumanos: igual que nosotros, están realizando su trabajo. En cuanto a la relación con las personas que están allí contra su voluntad, más respeto si cabe.

Aunque hasta ahora hablé de modificaciones que pretenden transmitir al interno la posibilidad de verme como una persona en la que se puede confiar, y un lugar en el que uno puede buscar apoyo o ayuda hablando con un profesional independiente del centro que no toma decisiones que puedan dañarle, hay otro efecto sobre el profesional que quiero comentar:

Decía al principio que para establecer relaciones potencialmente terapéuticas la confianza ha de ser **mutua**. Habitualmente al profesional la confianza en el cliente "**se le supone**", y así debería ser (es parte de nuestro trabajo); pero en una prisión la reacción más natural puede ser la repulsa, el enjuiciamiento y otras incompatibles con la confianza. Por el contexto de trabajo uno puede sentirse *agredido* al creer que está siendo manipulado/utilizado por el interno para conseguir otros fines secundarios, pero el reconocimiento del contexto institucional ayuda a relativizar los actos de los presos hacia los demás (incluido el profesional) como parte de esas circunstancias en las que está inmerso: al conectar las conductas con el contexto se ven más desde una perspectiva "en relación con" y se hace más fácil nuestro respeto hacia los internos. Por tanto, podemos aceptar lo que busque en la actividad (salir de la celda, dar cierta imagen al EOT o funcionarios, cumplir con una coerción, quejarse y/o reivindicar, buscar redenciones o distracción...) y también lo que te pidan (consejo, terapia, información, apoyo...) teniendo en cuenta que uno se mantenga en sus funciones profesionales. Después de todo, hace algo muy respetable: intenta salir adelante aprovechando los medios que se ponen a su alcance.

* * * * *

BIBLIOGRAFÍA (*)

- ACKERMAN F, COLAPINTO JA, SCHARF CN, WEINSHEL M y WINAVER H: El cliente involuntario: evitando la "terapia-como-si". *Sistemas Familiares*, abril 1993 (pp 9-14). Buenos Aires.
- ALBIZU SORIANO B y FABREGAT OLCOS J: Porqué una relación transparente en un contexto coactivo, en *Actas del XVI Congreso Español de Terapia Familiar* (pp 351-358). Valencia, 1995.
- BARNETT PEARCE W: Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad, en *Schnitman DF: Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Ed Paidós, 1993 (pp 265-283).
- CECCHIN G: Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. *Sistemas Familiares*, abril 1989. Buenos Aires.
- CABERO ALVAREZ A: Apuntes para una guía de supervivencia del terapeuta familiar en un contexto público de Salud Mental, en *Navarro J y Beyebach M (comp.): Avances en Terapia Familiar Sistémica* (pp 197-213). Ed Paidós. Barcelona, 1995.
- SOAVI G Y VIANELLO O: El contexto de control como posibilidad de cambio en una familia en crisis, en *Cirillo S: El cambio en los contextos no terapéuticos*. Ed Paidós. Barcelona, 1994.

- CIRILLO S y DI BLASIO P: Niños maltratados. Ed Paidós. Barcelona, 1991.
- DE SHAZER S: Claves para la solución en terapia breve. Ed Paidós. Buenos Aires, 1986.
- DAPONTE J y LOPO M: Proyecto de Terapia Familiar para la reinserción de menores en sus familias de origen, presentado en el curso de verano "*El trabajo con familias en Servicios Sociales*". Universidad de Vigo, 1995.
- FERNANDEZ RODRIGUEZ JM y CABERO ALVAREZ A: Medicina, psicología y sociedad: medicalización y psicologización de los conflictos sociales. Seminario "*Ecología y Salud Mental*". UNED. Gijón, 1992.
- FISCH R, WEAKLAND JH y SEGAL L: La táctica del cambio. Ed Herder. Barcelona, 1984.
- GOFFMAN E: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Ed Amorrortu. Buenos Aires, 1970.
- HALEY J: El arte de ser esquizofrénico, en *Las tácticas de poder de Jesucristo y otros ensayos* (pp 53-75). Ed Paidós. Barcelona, 1994.
- KRIEG P: Puntos ciegos y agujeros negros: los medios como intermediarios de las realidades, en *Watzlawick P y Krieg P (comp): El ojo del observador* (pp 123-131). Ed Gedisa. Barcelona, 1994.
- LAMAS PERIS C: Formación diferenciada versus formación uniforme, en *Actas de las XV Jornadas Nacionales de Terapia Familiar* (pp 273-280). Bilbao, 1994.
- RODRIGUEZ-ARIAS JL, FONTECILLA G, GONZALEZ M y RAMOS M: Aplicación de un modelo de terapia familiar breve en una Unidad de Salud Mental, en *Espina A y Pumar B: Terapia Familiar*. Ed Fundamentos. 1996.
- RODRIGUEZ DIAZ FJ, PAINO SG y VALVERDE J: Evaluación en instituciones totales: la cárcel, en *Blanco Picabia A (ed): Apuntes de intervención psicológica en medicina* (pp 411-434) Ed Promolibro. Valencia, 1994.
- ROSENHAN DL: Acerca de estar sano en un medio enfermo, en *Watzlawick P y otros: la realidad inventada* (pp 99-120). Ed Gedisa. Barcelona, 1993.
- SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS PENITENCIARIOS (ed.): El medio penitenciario. Manual de información. Dirección general de Instituciones Penitenciarias. Madrid, 1993.
- SELVINI PALAZZOLI M: Al frente de la organización. Ed Paidós. Barcelona 1988.
- SELVINI-PALAZZOLI M, BOSCOLO L, CECCHIN G y PRATA G: Elaboración de hipótesis, circularidad, neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión, en *Selvini M (comp): Crónica de una investigación* (pp 336-352). Ed Paidós. Barcelona, 1990.
- SLUZKI CE: La red social: frontera de la práctica sistémica. Ed Gedisa. Barcelona, 1996.
- TOMM K: La entrevista como intervención, en *Beyebach M y Rodríguez-Arias: Terapia familiar. Lecturas 1*. Departamento de ediciones y publicaciones de la Universidad Pontificia de Salamanca. Salamanca, 1988.
- VON GLASSERSFELD E: Despedida de la objetividad, en *Watzlawick P y Krieg P(comp): el ojo del observador* (pp 19-31). Ed Gedisa. Barcelona, 1994.
- WATZLAWICK P, BEAVIN JH y JACKSON DD: Teoría de la comunicación humana. Ed Herder. Barcelona, 1981.
- WATZLAWICK P, WEAKLAND JH y FISCH R: Cambio. Ed Herder. Barcelona, 1985.

(*) (Aunque de las anteriores referencias sólo unas pocas se mencionan expresamente en el texto, todas ellas han sido útiles en la elaboración de versiones anteriores de este trabajo: sirva el citarlas aquí como muestra de reconocimiento y agradecimiento a todos los autores).

1997.

Vigo, septiembre de
José Antonio Muñiz Torrado