

ASESORAMIENTO SISTEMICO A EQUIPOS EN PSIQUIATRIA Y TRABAJO SOCIAL; CAMINOS HACIA LA CREACION DE LA FANTASIA INSTITUCIONAL

Autor:
Jochen Schweitzer

Traducción:
Estel Ortells i Ros

EL pensamiento sistémico se ha ampliado en los últimos años desde el campo de la Terapia de Familia a otros campos prácticos. Uno de ellos es el asesoramiento de instituciones y equipos. Con esto podemos centrarnos en cliente («supervisión de casos») o bien referirnos a la cooperación en un equipo o institución («asesoramiento de equipo/asesoramiento de institución»). Ambos casos anteponen frente a otros un análisis de las reglas de juego institucionales —de la institución misma en la que se trabaja como asesor, y del sistema del bienestar del cual esta institución es una parte.

Yo mismo, actualmente ejerzo la supervisión externa de casos y el asesoramiento de equipos en varias ramas de la psiquiatría y del trabajo social. Referido a estos campos de trabajo, expondré los siguientes puntos:

1. Descripción de las reglas del juego institucionales y especialmente en el contexto del sistema social estatal alemán.

2. Presentación de la praxis de la supervisión de casos y asesoramiento de equipo.

3. Presentación de algunas ideas sistémicas inspiradas en el «Qué pasaría si...», sobre posibles nuevas reglas de juego para la psiquiatría y el trabajo social.

1. REGLAS DE JUEGO EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS Y SOCIALES EN ALEMANIA: LA HISTORIA DEL CLIENTE INVOLUNTARIO

Alemania (Occidental) es un país con un sistema de bienestar amplio, altamente diferenciado y especializado, relativamente burocratizado. Este sistema fue inicialmente inspirado y llevado a cabo, por presiones políticas, a partir de un movimiento de trabajadores social-demócratas y fue también apoyado por la doctrina social de la Iglesia Católica. Pero fue

institucionalizado por alguien totalmente diferente: el aristócrata protestante Otto Von Bismark, canciller del imperio alemán en la década de los 80 del siglo XIX, en un intento con éxito de pacificar el movimiento obrero a través de otorgar seguridades sociales. Desde entonces, en la República Federal Alemana se ha desarrollado el sistema de bienestar con una gran continuidad a través de los diferentes sistemas políticos, desde la República de Weimar, en el III Reich del nacional-socialismo, hasta después de la 2.ª Guerra Mundial. Aún hoy, en la Alemania reunificada prevalece con pequeños cambios.

Para aclarar la forma de funcionar de este sistema de bienestar, me gustaría invitarles a algo que, seguramente, les parecerá una tarea un poco rara: A un corto viaje fantástico. Se desarrolla en una ferretería y en un restaurante. Este viaje fantástico permitirá aclarar de una forma metafórica las reglas del juego de este sistema.

1. Imagínese usted que entra en una ferretería. Quiere comprar clavos. Le dicen que sólo puede comprar los clavos en un paquete, junto con diferentes tornillos, un martillo, unas tenazas y un destornillador; usted se había hecho la idea de pagar 70 pesetas por los clavos pero, de repente, se percató de que el paquete entero cuesta aproximadamente 1.500 pesetas. Finalmente decide comprar el paquete porque necesita los clavos urgentemente.

2. Después va usted a un restaurante. El camarero no le pregunta «¿Qué desea tomar?», sino «¿Qué problema tiene?». En caso de que su problema sea hambre o simplemente apetito, él le responde que ése no es el problema correcto: «Aquí sólo servimos a gente que tenga un problema crónico, no un problema pasajero». El camarero informa que usted, para ser servido en este restaurante, debe tener una minusvalía, una psicosis o como mínimo un trastorno de la

personalidad o que usted debe ser incapaz de educar a sus hijos, que usted debe haber maltratado a menores o haber sido víctima de abusos sexuales; o que usted debe estar hace tiempo parado o bien que debe demostrar padecer de una combinación de todos estos problemas.

3. De alguna forma consigue convencer al camarero de que usted padece alguno de estos problemas. Él le trae entonces un menú limitado pero suficiente. Después de comer, usted se encuentra saciado, agradablemente refortalecido y quiere irse, pero el camarero le dice: «Ya que usted padece un problema crónico que aún mantiene, no puede abandonar este restaurante por su cuenta, en contra de mi prescripción. Yo debo seguir sirviéndole».

4. Usted empieza a ponerse algo nervioso y a chillar al camarero. A esto responde él «Ya que a usted le falta control sobre su problema, y por eso es especialmente peligroso para usted mismo y para los otros, debo retenerle aquí amparándome en la ley... de la protección de personas problemáticas. Usted tiene el derecho de hablar con un abogado en el plazo de 3 días». Él cierra la puerta y lo que usted ve es que este restaurante tiene dos partes, una con una puerta abierta y otra con una puerta cerrada.

5. Imagínese usted que consigue llegar a su casa unos días después. En casa comprueba el paquete de la ferretería. Entonces descubre que los clavos eran demasiado débiles, el martillo se rompe, el destornillador se dobla. Entonces lee la etiqueta del paquete que pone «Nosotros garantizamos que este paquete contiene un martillo, clavos, tornillos, unas tenazas y un destornillador. Pero no garantizamos que ninguna de estas herramientas funcione».

Déjenme extraer las reglas de este juego:

1. Para ser servido usted necesita tener un problema —no

cualquier problema, sino especialmente uno que esté contemplado por esta institución.

2. Usted no puede elegir simplemente qué prestación desea —debe tomar el paquete completo.

3. Tan pronto como la prestación ha comenzado usted se convierte en un cliente a largo plazo que no puede deshacerse de esta prestación.

4. Usted no puede ser servido contra su voluntad —si es necesario con violencia.

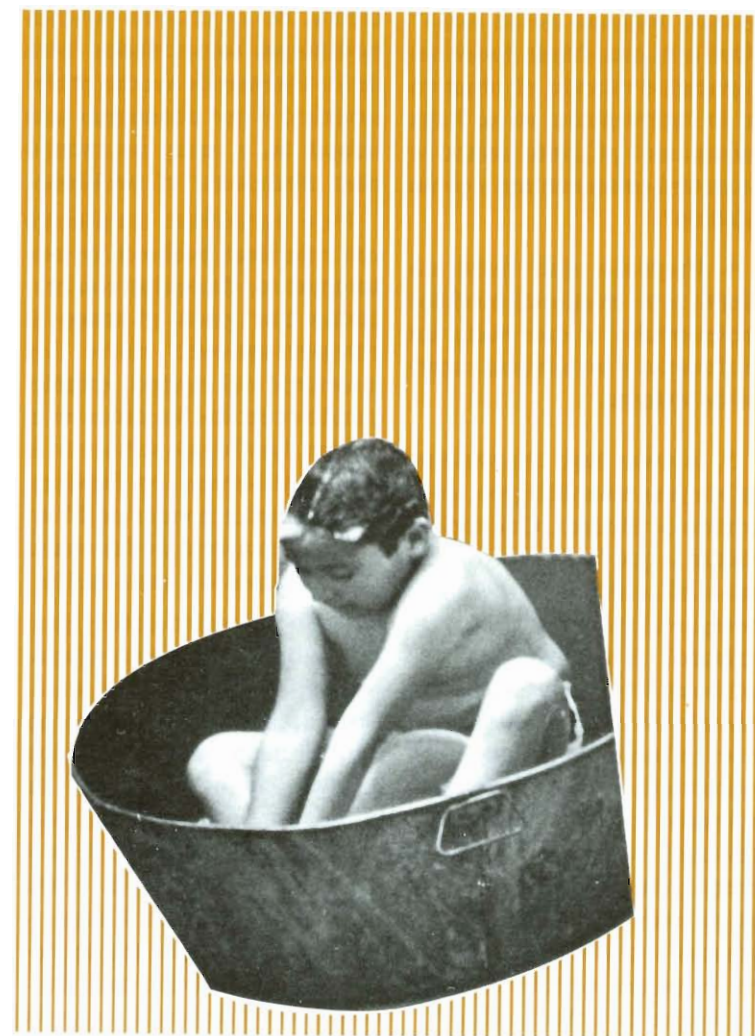
5. La institución garantiza que usted será servido —pero no que la prestación se adecue a su demanda.

Estas reglas parecen válidas para la filosofía comercial de los servicios abiertos del régimen de la Seguridad Social, de la Psiquiatría y del Trabajo Social en Alemania, siempre que el cliente sea una persona pobre: Para clínicas psiquiátricas, asilos psiquiátricos, talleres protegidos, servicios sociales para jóvenes, centros educacionales para niños y jóvenes. También parecen buenas, en parte, para servicios médicos primarios y para organizaciones de personas con minusvalías mentales o físicas.

Los social-políticos están de acuerdo en que Alemania Occidental es hoy una «sociedad de dos tercios», en la cual dos tercios de la población está económicamente acomodada, mientras que un tercio tiene grandes dificultades para subsistir con sus limitados ingresos. Este tercio se compone de parados y de beneficiarios de ayudas sociales, de personas ancianas con rentas bajas y de madres solteras con hijos.

¿Cómo puede usted recibir, en una sociedad como ésta, lo que necesita, si usted no gana o no posee suficiente dinero? Yo contestaría a esta pregunta con dos argumentos:

1. ¿Usted debe desarrollar un problema! Debe ser un problema que se acople a las expecta-



tivas de las leyes sociales y del bienestar. Entonces usted recibe algo (alojamiento, vestidos, dinero, comida, contactos profesionales). Pero usted no recibe esto gratuitamente, usted debe aceptar lo que conlleva: usted recibe muchas cosas de más que no necesita en absoluto; tampoco recibe las cosas en el momento que usted desea; a usted se le atribuye un déficit personal y usted debe aceptar un gran control social.

2. Usted debe cultivar este «problema adecuado» y debe encontrar profesionales que le ayuden en este cultivo. Esto se evidencia más si usted es un paciente psicótico, con jubilación anticipada, que debe recibir pensión ya a los 30 años. Cada 2 años debe buscar un funcionario-psiquiatra que corrobore si usted todavía está incapacitado para el trabajo por razones psiquiátricas y si este estado es temporal o permanente. En el caso de que usted, por cualquier razón, no pueda realizar su tra-

bajo todavía, le sería conveniente seguirse mostrando psicótico hasta que usted reciba una pensión permanente.

Una consecuencia de esta lógica del bienestar es la idea de la «cadena terapéutica» o de la «red asistencial total» —dos ideas que son muy prominentes en la psiquiatría y en la terapia de alcohol y drogas—. La carrera de estos pacientes es, a menudo, un largo deambular de una a otra institución. El abandono total de este sistema cerrado se entiende como fenómenos de «rotura del tratamiento» o como una «huida en la pseudo-seguridad», los cuales pueden tener connotaciones tan negativas o más como la falta crónica de éxito en la terapia.

Estas reglas institucionales, le dejan al cliente y a la ayuda profesional dos alternativas de tratamiento: O aceptan la definición del problema (lo que lleva a una posición depresiva) o la niegan (lo que lleva a un conflicto).

Un modo de ayudar al cliente en el cultivo de su problema es solucionarle el problema. Cuanto más desamparado se muestre el cliente, más amparadora intenta mostrarse la ayuda social —un modelo de comportamiento escalador y complementario—. Aunque muchos horarios de prestación de servicios «contra-reloj», en organizaciones psiquiátricas, hacen necesario que el paciente que tenga un problema en mitad de la noche o en un sábado por la tarde, tenga que esperar hasta el siguiente día laboral ya que, según esta idea horaria, sería demasiado pesado esclarecerlo cuando se presenta.

Después de un tiempo, este modelo de ayudas profesionales es vivenciado como una carga y finalmente como una sobrecarga. Muchos servicios y centros psiquiátricos han desarrollado estrategias dirigidas a compartir igualmente esta carga: ¡«A uno le toca sufrir la carga del otro»! Ningún profesional debería llevarla sólo (nos referimos a la carga que supone trabajar con personas enfermas). Así, encontramos instituciones en las cuales existen de 5 a 10 profesionales que son (casi) en la misma medida responsables desde 12 hasta 30 clientes. Para conseguir el intercambio de información necesario se necesitan más de 10 horas de reuniones de equipo por semana, de tal manera que el trabajador a tiempo parcial pasa a veces la mitad del tiempo de su trabajo en dichas reuniones. Algunos de estos equipos, todavía opinan que este intercambio de información es insuficiente.

2. PRAXIS DEL ASESORAMIENTO SISTEMICO DE EQUIPO: «¿PUEDE SER ALGO MENOR?»

Esta descripción mía de las reglas del juego de las instituciones de la psiquiatría y el tra-

bajo social en un estado burocrático de bienestar, lleva a conclusiones, a mi modo de ver, pragmáticas. Después de 5 años de trabajo como estudiante-cofuncionario en trabajo social y unos 10 años de dedicación a la clínica psiquiátrica y psicósomática, desde hace 2 años me ocupo sobre todo de la supervisión externa en organizaciones fronterizas entre la psiquiatría y el trabajo social, intentando responder estas preguntas.

Las reflexiones anteriores han influenciado, sobre todo, en el cómo y en qué dirección pregunto en dichas supervisiones, así:

1. Me informo ampliamente sobre el contexto de derivación: ¿Quién quiere un tratamiento profesional, con qué finalidad y quién no lo quiere y por qué razones? Los clientes, frecuentemente, han de pedir «tratamiento», cuándo quieren, fundamentalmente, alojamiento, comida, dinero o en general buscan contacto personal. Los profesionales deben solicitar, frecuentemente, supervisión, cuándo quieren, fundamentalmente, tener tiempo libre en este trabajo tan duro, un poco de espacio para echar pestes o la ocasión (si se trabaja en turnos) de encontrarse una vez con todos sus compañeros de equipo.

2. Efectúo la pregunta de quién es especialmente escéptico en relación a la derivación y la pregunta de qué podríamos hacer juntos para solucionar este escepticismo. A veces aclaro este escepticismo como un signo de una autonomía especial. También pregunto cómo ha intentado hasta ahora este sistema solucionar el problema, cuáles de estas soluciones han funcionado y cuáles han fallado y si el contexto de la consultación actual se asemeja más a los intentos de solución exitosos o a los más sensatos.

3. Pregunto por las limitaciones del tiempo de cualquier intervención. ¿Qué debe suceder hasta que el cliente o el profesional digan: «ahora ya he conseguido lo que quería y ahora no

necesito ninguna ayuda más»? ¿Qué otra cosa harán todos los implicados cuando el objetivo de la intervención ya se haya conseguido? ¿Cuánto tiempo se necesitará como mínimo y como máximo?

4. Pregunto qué haría un cliente si no existieran servicios profesionales y qué haría un profesional si no existiera supervisión externa.

5. A veces hago una variante de «la pregunta milagro», en el sentido de Shazer: ¿Qué haría el cliente y qué haría el profesional si el problema que les une desapareciera por medio de un milagro? A menudo aparecen entonces claramente efectos colaterales indeseados tras uno de estos milagros: El cliente no exigiría más su pensión; debería desaparecer la agradable relación personal entre profesional y cliente; una clínica o un centro psiquiátrico tendría demasiadas «camas vacías» y la reducción en los pagos pondría en riesgo las «cajas de enfermedad».¹

6. Si un cliente o una institución se encuentra en un estado depresivo, yo pregunto qué podrían hacer para sentirse todavía más deprimidos, ¿cómo podría empeorar su problema?

7. Intento pedir algo más de fantasía institucional: ¿Qué harían los profesionales con su tiempo si la mitad de sus clientes solucionaran, de repente, sus problemas ellos solos? ¿Cómo cambiarían las reglas institucionales en un centro psiquiátrico de estancia prolongada, si los pacientes fueran observados y tratados como personas adultas y responsables de sí mismos? ¿Qué pasaría si una clínica psiquiátrica funcionara para alguno de sus pacientes como un hotel que ofrece al huésped alojamiento, desayuno y «small talk»² y por lo demás le deja en paz?

Resumiendo: Yo albergo a menudo la idea de que «menos podría ser más»; que los profesionales podrían ayudar a veces más haciendo menos; que pro-

blemas de los clientes también podrían ser solucionados fuera de los sistemas de ayudas profesionales; y que abandonar una terapia es, a veces, un camino para abandonar el problema.

Para mostrarme congruente con estas ideas, acabo en los asesoramientos de equipo con preguntas que giran en torno al comportamiento entre los miembros del equipo, estableciendo acuerdos limitados en el tiempo, igual como se hace en la terapia sistémica con familias: Normalmente no más de 10 sesiones la mayoría de las cuales con un mes de separación.

Cuando de verdad debe y puede cambiarse algo en las relaciones profesionales, esto se manifestará en poco menos de un año. Si nada cambia y yo sigo todavía como asesorador de equipo, me convertiré en innecesario como «miembro del sistema» y con ello también como asesorador de equipo. En supervisiones de casos de tratamientos clínicos no hago esta limitación necesariamente, ya que la veo más semejante a una «formación» que a una «terapia».

Básicamente intento evitar una mezcla de asesoramiento de equipo y supervisión de casos, sobre todo en equipos con graves problemas de cooperación. Así, lo que ofrezco es un «asesoramiento de equipo puro». Sólo cuando los problemas de la cooperación están aclarados puede tener sentido el plantear un nuevo acuerdo sobre supervisión de casos.

3. FANTASIAS SISTEMICAS SOBRE NUEVAS REGLAS DE JUEGO EN PSIQUIATRIA Y TRABAJO SOCIAL: «SI EL CLIENTE FUERA EL REY»

Según mi experiencia, no se pueden solucionar a un mismo nivel una larga lista de problemas institucionales del sistema social y de salud de Alemania Occidental, ni siquiera con un buen asesoramiento de equipo y

supervisión de casos. Según mi experiencia sí que se podrían producir nuevas ideas respecto a la filosofía y la praxis de los servicios institucionales si en los asesoramientos de equipo y supervisión de casos se introduce el uso de la pregunta hipotética circular referida al futuro (Peggy Penn, 1986), este tipo de preguntas también podrían ser incluidas en las líneas de dirección de las organizaciones y en la discusión general socio-política. Junto a mi colega Dieter Reuter, he desarrollado bajo el título: «Si el cliente fuera el rey» (Schweitzer y Reuter, 1991 b), un escenario a partir de estas ideas que les voy a presentar a continuación:

1. Si el control social y asesoramiento/prestación de ayuda estuvieran estrictamente separados

Thomas Szasz (1990) ha propuesto, también en el campo de la psiquiatría y del trabajo psico-social, introducir la clara separación de roles que existe en los acontecimientos judiciales entre el defensor y el fiscal. Cada cliente debería saber de antemano en su contacto con un profesional, qué intereses representan en primer lugar. ¿Representa el profesional los intereses de la opinión pública representada por el Estado en el orden público y el control y no quiere admitir querer «ayudar» al cliente? (esto lo llamaremos a partir de ahora «institución de control») o ¿está simplemente obligado a estos intereses y no tiene ni derecho ni obligación de tener en cuenta estos intereses públicos? (esto lo llamaremos «institución de servicio»).

Esta diferenciación podría tomar forma en la psiquiatría ambulatoria como una separación de funciones entre el médico-funcionario y el psiquiatra privado, en la psiquiatría cerrada entre el hospital psiquiátrico y las resistencias psiquiátricas. En la ayuda a jóvenes podría diferenciarse ambulatoriamente entre lo que estrictamente serían oficinas de control juvenil orien-



tadas a la manipulación y organizaciones puramente de asesoramiento; así como en centros cerrados, entre «reformatorios» y «centros ocupacionales».

Un pensamiento tal debería solucionar la mezcla entre control y ejercicio de la tutela, por un lado y, entre ayuda y tratamiento por el otro. Paradojas del tipo «¡tú debes querer!» tal como hoy son endémicas, desaparecerían. Los clientes sabrían más claramente lo que deberían hacer para llegar a una institución de control o de ocupación.

También se debería solucionar, vista la denominación actual de las motivaciones de ayuda en el oficio social, el problema de cómo los trabajadores en instituciones de control podrían desarrollar un autoconocimiento positivo de su labor.

Sería de gran ayuda aquí, seguro, una puesta en común conse-

cuente, resumiendo los derechos básicos individuales en estas organizaciones. Eventualmente también sería una consecuencia congruente un cambio en las profesiones: más funcionarios de administración, cuidadores y, eventualmente, policías, menos trabajadores sociales, pedagogos y psicólogos.

Los siguientes pensamientos se refieren únicamente a las instituciones de servicios. Desarrollar escenarios de este tipo para instituciones de control nos parece una tarea para el futuro muy estimulante.

2. Si los clientes pudieran utilizar instituciones de servicios de los jóvenes o de la psiquiatría tal como otros clientes utilizan asesores fiscales

Hogares de servicios y clínicas de servicios acabarían siendo organizaciones de rendimiento social, con las cuales los clien-

tes cerrarían contratos libremente. Éstas ofrecerían una gama de prestaciones de las cuales los clientes podrían elegir las que pudieran satisfacer sus pretensiones. El socio del contrato no sería el estado sino el cliente, la forma judicial adecuada sería más bien el Derecho Privado que el Derecho Administrativo.

En cualquier caso, los clientes de centros educacionales o de la psiquiatría tienen siempre mucho menos dinero que los de los asesores fiscales —a menudo demasiado poco para poder pagar el servicio—. Entonces aparecería la pregunta: ¿Cómo se podría hacer una oferta tan económica o quién podría hacer a los clientes lo suficientemente pudientes para que pudieran estar en este mercado de prestaciones sociales como peticionarios? Dos opciones financieras que se pueden combinar entre ellas al respecto las discutiremos más adelante (ver el punto 5).

3. Si no se llegara a la indigencia sino a la necesidad (o: quien quiere puede)

Una preferencia para alcanzar una medida de prestación social ya no sería el déficit, la indigencia, la patología del que posee el problema o su familia sino sencillamente su deseo de exigir una medida de este tipo. La razón de este deseo podría dar igual para la institución, los clientes podrían abandonar el mostrarse enfermos o necesitados para llegar a disfrutar de esa prestación.

Un matrimonio viejo compuesto por dos caracteres contrapuestos. A ella le gustaba la antroposofía y lo espiritual, él soñaba en irse a los campings de Europa del Sur, con tienda de campaña y el Bildzeitung.³ Ambos llevaban años viviendo juntos, con la idea de que las cosas bonitas sólo las podían hacer juntos, lo que vistas tan diferentes preferencias, lleva a pensar que no existían cosas bonitas. Un día descubrió la mujer, la cual siempre iba a final de verano a una clínica psiquiátrica a

causa de su depresión, que para él también podía dirigirse a una clínica antroposófica bonita que satisficiera dichas exigencias. Cuando el marido descubrió que a su mujer le gustaba estar allí, se fue por primera vez sólo con la roulotte de vacaciones.

En una sesión de terapia sistémica estaría clara la adecuación de la estancia en la clínica de la mujer para la separación, pero a la vez pacificación, de las necesidades de ambos. ¿Podría también, aun sin depresión, dejarse ingresar en la clínica cada otoño para vacaciones formativas para poder tener los dos esta vivencia? ¿Podría, si no fuera admitida allí sin síntomas depresivos, simularlos para conseguirlo? ¿Podrían permitirse siquiera sin depresión y sin clínica, por una vez en otoño, dos bonitas vacaciones separadas?

Para la institución existe la necesidad de probar criterios de entrada casi objetivos, a través del diagnóstico o a través del examen de las preferencias en las exigencias. Simplemente se utilizaría dicho diagnóstico, que es válido para la pacificación de la necesidad del cliente.

Esto conllevaría seguramente grandes cambios en los planes de personal y en el mercado laboral. Para gran parte del ente consultivo, para el servicio interno de los servicios sociales, para los servicios psicológicos en las oficinas laborales, así como para clínicas ambulatorias orientadas al diagnóstico puro y oficinas de asesoramiento, se plantearía una nueva orientación de su labor en el orden del día.

4. Si al cliente le vendieran sólo las prestaciones sociales que él realmente quiere

Al que utiliza las prestaciones sociales temporales y parcialmente temporales le puede ir igual que al cliente en un supermercado que quiere comprar un par de clavos y sólo puede adquirirlo con un paquete en el

que se incluyen tenazas, destornillador y martillo.

En el paquete de «acogida temporal o parcialmente temporal» están la mayoría de las veces incluidas: Un techo para cobijarse, una cama, desayuno, comida caliente y cena; apoyo psicológico, social-pedagógico y médico; trabajo; colegio o terapia ocupacional; una motivación para permitir transitoriamente no ir al trabajo o a la escuela; para acabar, pero no por último, con una seguridad financiera durante el tiempo de acogida, así como, a veces el ir acumulando puntos de más en el camino hacia un sueldo estatal a largo plazo, por ejemplo en forma de una pensión temprana. (Respecto a los aspectos financieros de una carrera psiquiátrica, formuló Szasz [1990]: «En América tenemos psiquiatras licenciados estatalmente y esquizofrénicos licenciados estatalmente. Ambos tienen buenas salidas»). Muchas de estas prestaciones sólo las puede alcanzar el cliente en un paquete común.

Hogares y clínicas podrían flexibilizar su oferta ajustándose a la demanda correspondiente. A un cliente sólo le podría ofrecer un techo y un cuidado completo, a otro sólo una comida caliente y un alojamiento nocturno. Al tercero le ofrecerían quizá sólo un permiso de incapacidad de comparecer en el trabajo o la escuela, a un cuarto inspecciones médicas y tratamiento, a un quinto, para terminar, conversaciones de asesoramiento psicológico.

Una mujer mayor era internada frecuentemente en una unidad psiquiátrica para agudos, entre otras cosas porque se cambiaba las compresas hasta 40 veces al día públicamente en la calle.

En el pabellón se encontraba aparentemente bien y la médico y ella se caían bien (también tenía contacto continuo con los demás pacientes, aunque cada vez el contacto era más superficial. Cada tarde tomaba el me-

tro a la ciudad y se sentaba allí en un café y al anochecer volvía de nuevo al pabellón. El único problema era, pues, que debido a criterios de definición, no podía quedarse mucho tiempo en un pabellón de cuidados agudos. Todas las medidas de cuidados a largo plazo, incluidas las visitas de familiares, las rechazaba, seguramente porque los pensamientos de sentirse reclusa le resultaban desagradables y porque sólo la sensación de separación de la unidad de agudos, le hacía más llevadera la cronicidad de su caso.

¿Qué pasaría, pensó la médico del pabellón, después de una supervisión, si consideráramos en su caso nuestra unidad de agudos como un hotel medio, con cuidados y cama, paseo después de comer, reservas y cancelaciones, y nuevas posibles reservas en cualquier momento, en tanto hubieran camas libres? Entonces se solucionarían los problemas de la paciente de momento. De todas formas, se preguntaba el médico jefe, aunque encontrando en principio esta idea atractiva, ¿qué diría la sociedad aseguradora, respecto a los costes de esta solución en forma de hotel? A los cuidadores les pareció una buena idea en relación a esta paciente concreta, pero presentaba problemas en el tratamiento igualitario de todos los pacientes.

Al acometer cada una de estas ofertas podríamos encontrarnos fuera del sistema psicosocial real. Si todas estas ofertas nos las imaginamos en forma de colegios de pensión completa con obligación escolar flexible, en forma de comidas gratuitas comunales, en forma de suficientes y económicas viviendas para todos, en forma de seguridad de sueldo independiente del trabajo y en forma de problemas cuasi médicos o cuasi pedagógicos, sin las preferencias en exigir unas necesidades de tratamiento, entonces se reduciría drásticamente la necesidad de acogida temporal o parcialmente temporal, seguramente.

5. Si las personas pobres recibieran su manutención y sus prestaciones psicosociales sin «comprobación de la necesidad»

¿Cómo podrían ser financiadas las ideas discutidas hasta el momento refiriéndonos a clientes pobres (receptores de ayuda social, parados, personas sin vivienda, pensionistas tempranos)? Respecto a esto dos ideas:

a) El cliente se presenta con suficiente poder adquisitivo para financiar necesidades básicas cotidianas como vivienda, comida, etc., sin «comprobación de necesidad».

Un modelo para esto debería abandonar la idea del «sueldo base social», tal como ha sido propuesto en el contexto de la seguridad de los ancianos por el Grauen Panther⁴ y los Verdes. Cada ciudadano del estado recibiría un sueldo base adquisitivo, independiente del trabajo, el cual le garantizaría la supervivencia, por ejemplo actualmente unas 70 ó 100.000 pesetas al mes.⁵ Si alguien necesita más de estos ingresos mínimos debería conseguirlos cada uno por sí mismo, en forma de producto de su trabajo o de cobro de pensión. Como contrapartida, el estado debería extender las prestaciones sociales en función de la necesidad, como por ejemplo ayudas sociales, ayudas a parados, etc.

b) El producto debería ofrecerse por la organización gratuitamente o a bajo coste. Si el responsable de un hogar o de una clínica renunciara a la contabilización, y a los balances administrativos de cuidados y tareas diarias, acabaría el juego: «una parte del estado social se queda atrás respecto a la otra parte del estado social», esta solución supondría un ahorro de personal de administración.

Si se observa el estado social como un todo, esta solución seguramente permanecería neutral en cuanto a costes. En este sen-

tido, ya ha hecho hincapié Ellis Huber (1989) en que «Las organizaciones del ente sanitario se comportan actualmente como compartimentos de un gran consorcio que hacen como si fueran pequeños negocios que rivalizan entre ellos».

6. Si el cliente sólo fuera costeado cuando tuviera hambre

Cada sistema tiene su propio ritmo, su «propio tiempo» (Novotny, 19...). Los sistemas de clientes tienen generalmente otro ritmo que las organizaciones de las prestaciones psicosociales. Por ello, los clientes se enfrentan a menudo con ofertas llenas de sentido, que ya habían sido imaginadas en principio por ellos —lamentablemente a menudo antes de que ellos quieran o cuando ya no quieren—. Esto también es válido sobre todo en el transcurso de contactos crónicos entre clientes y ofertantes.

Frecuentemente se convierte en activa una oficina de juventud cuando los padres aparecen sobrecargados o insolventes en sus tareas educativas. Si se saca al niño en este momento de su familia se pueden aliviar ambos, tanto el niño emplazado en un lugar extraño como sus padres y eventualmente hermanos. Después de este momento, si se resuelve esta pausa de alivio con éxito, surge a menudo de nuevo la dependencia del otro como respuesta a la medida adoptada anteriormente. Esto es válido según nuestras experiencias especialmente cuando durante este tiempo ha ocurrido un cambio agradable en la familia: han aumentado los ingresos familiares, se ha adquirido una vivienda mayor, ha terminado con éxito una desintoxicación alcohólica de alguno de los padres, se ha vuelto a casar la madre, etcétera.

Ahora la progresión depende mucho de la idea del tiempo del trabajador de ayuda juvenil. Si éste sigue un concepto de constancia («quien fue una vez inca-

paz de educar, será siempre incapaz de educar»), la familia caerá más bien en una batalla por la competencia con él para adoptar la medida correcta. Si sigue por el contrario un concepto de ciclo («hoy así, mañana quizá será de una forma totalmente diferente») intentará más bien remitirse en el futuro de las dudas en las inclinaciones familiares. Los trabajadores de ayuda juvenil podrían sincronizar sus respuestas al ritmo propio de la familia y establecer con ellos un consenso que debe ser probado más bien en períodos cortos de tiempo (Schweitzer y Reuter, i, Dr.).

Los ofertantes tienen con sus clientes distintas fases en sus relaciones crónicas; con frecuencia se enfrentan a una nueva e inesperada situación de crisis. Esto induce a menudo la hipótesis depresiva «¡Dios mío, otra vez una caída!». Pero ellos podrían observar este acontecimiento en lugar de como una «recaída», como una «propulsión»⁶ (Weber, 1991). Entonces se plantean otras preguntas, por ejemplo: «¿Por qué justamente ahora?», «¿cuál es la diferencia respecto de la vez anterior?» y «¿para qué podría ser este acontecimiento útil justamente ahora?».

Las respuestas a estas preguntas podrían llevarnos a consecuencias sobre todo capaces de reducir el estrés. Unas veces, los ofertantes se darían cuenta de que ya no existe la hasta ahora amplia necesidad de sus intervenciones. Unas veces, notarían que ahora tendría mucho más sentido un tratamiento integral y temporalmente muy diferente (por ejemplo limitado). Otras veces se darían cuenta de que, justamente ahora, el no hacer nada o el no actuar sería la intervención más apropiada.

Una condición para todo esto es, además, una recogida de información sistémica sobre los cambios en las relaciones a través del tiempo. Esto lleva tiempo —tiempo de trabajo prestado—. Las instituciones deberían

acostumbrarse también a remunerar el no hacer nada razonado sistemáticamente como un trabajo de gran sentido.

7. Si el cliente exigiera una garantía de calidad (de la validez del producto)

Se dice que los médicos de la China medieval eran considerados como dignos de honorarios, sólo cuando sus ocupaciones tuvieran éxito. ¿Qué pasaría si los actuales oficios cuidadores y curadores, sólo pudieran sobrevivir económicamente cuando tuvieran éxito y si la definición de «éxito» no fuera determinada por ellos sino por sus clientes? El gran facilitador Jay Haley (1989) propuso unas tarifas adecuadas a los casos: Tantos dólares por hacer desaparecer una enuresis, y un precio tanto mayor por hacer desaparecer una psicosis.

En contra, se pueden añadir que los resultados de esta transparencia en las relaciones de las prestaciones sociales entre clientes y ofertantes son muy difíciles de calcular para la situación de mercado. Más allá de esto se debería partir de que el cliente mismo sabría qué es lo mejor para él y cuándo puede considerar su problema solucionado.

Tomar esta medida, también para psicóticos y jóvenes disociales, no es susceptible de consenso socialmente en este momento.

Por otra parte, obligaría a las instituciones de prestación social a aclarar, a la par que sus posibilidades, también las limitaciones ante las reclamaciones o exigencias de los clientes. Puede ser que se protegiera a algún cliente en precaria situación de vida, de tener esperanzas no realistas según las posibilidades previstas por su ayudante, pero por otra parte, podrían ser protegidos algunos ayudantes de las posibles dudas que surgieran en sus fantasías omnipotentes sin solución.

NOTAS DE TRADUCCION

- ¹ Seguro de enfermedad alemán.
- ² En inglés en el original («una breve conversación»).
- ³ Periódico sensacionalista alemán.
- ⁴ «Panteras Grises» (conocido como «partido de los abuelos»).
- ⁵ Referidas al nivel salarial en Alemania.
- ⁶ En alemán introduce un juego de palabras: «Rück-fall»/«Vor-Fall», literalmente «caída-hacia-atrás»/«caída-hacia-adelante».

BIBLIOGRAFIA

- HALEY, J. (1989): «Why not Long-Therm-Therapy?» *Developing Family Therapy*, Karlsruhe, 15.
- HUBER, E. (1989): *Paradigmawechsel in der Gesundheitspolitik?* Vortrag beim Kolloquium der Abt. Familientherapie der Univ. Heidelberg.
- NOVOTNY, H. (1989): *Eigenzeit*, Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- PENN, P. (1986): «Vorwärts-Kopplung». *Familiendynamik*, 11.
- SCHWEITZER, J.; D. REUTER (1991): «Heimerziehung: systemische Anregungen für Familienberatung, Pädagogik und Organisation». *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 40 (5).
- SCHWEITZER, J.; D. REUTER (1991): «Wenn der Kunde König Wäre» - Ideen zur Zukunft öffentlicher psychosozialer Dienste». *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 9 (4).
- SZASZ, T. (1990): *Psychiatrie, Antipsychiatrie - und was nun?* Vortrag bei dem Forum der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, Heidelberg, 2.
- WEBER, G. (1991): *Rückfall oder Vorfall - über den systemischen Umgang mit sich vermeintlich wiederholenden Verhaltensweisen*. Seminar auf dem Kongress «Das Ende der groben Entwürfe un das Blühen systemischer Praxis», Heidelberg, 3.