

El síntoma Housing First: De la cronicidad a la comunidad. Una práctica ética en el campo de las desinserciones, adicciones y Salud Mental.

*The Housing First symptom: From chronicity to the community.
An ethical practice in the field of disinsertions, addictions
and Mental Health.*

Cosme Sánchez Alber.

Trabajador social, Máster en Adicciones, Experto en Salud Mental Comunitaria. Bilbao.

Resumen: El presente artículo aborda el fenómeno Housing First a partir de una serie de casos y ejemplos prácticos. Los casos de Housing First suponen un reto para las estructuras de atención social y de salud mental comunitaria. Son casos que hacen agujero en la red asistencial bajo diferentes modalidades de rechazo. Son los que no quieren participar del programa, los desinsertados del proyecto del bienestar global. Aquellos que con su rechazo nos muestran el camino, los déficits y el estrecho margen de manio-bra del programa asistencial. Este es uno de los puntos fuertes del modelo HF, poner el acento en el fracaso, en lo que cojea, en lo que no marcha, es decir, apoyarnos en lo que hace síntoma en la red asistencial.

Palabras clave: Housing First, acompañamiento, construcción del caso, espacio sociosanitario, Salud Mental Comunitaria, Trabajo en red.

Abstract: This article addresses the Housing First phenomenon from a series of cases and practical examples. Housing First cases embody the limits and challenges of institutional program. These are cases that make a hole in the healthcare network under different types of rejection. They are those who do not want to participate in the program, the disinserted from the global welfare project. Those who with their rejection show us the way, the deficits and the limits of the assistance program for all. This is one of the strengths of the HF model, putting the emphasis on failure, on what is limping, on what is not working, that is, supporting ourselves with what is a symptom in the healthcare network.

Key words: Housing First, accompaniment, case building, Community Mental Health, network.

Housing First: El síntoma de la red asistencial

Los casos de Housing First¹ (HF) suponen un reto para las estructuras de atención social y salud mental comunitaria, y por ello nos sirven de brújula. Son casos que hacen agujero en la red asistencial bajo diferentes modalidades de rechazo. Son los insumisos de la burocracia y el lazo social. Los que no quieren participar del programa, los desinsertados del proyecto de la sociedad del bienestar global. Aquellos que con su rechazo nos muestran el camino, los déficits y los límites del programa asistencial para todos. Es este uno de los puntos fuertes del modelo Housing First, poner el acento en el fracaso, en lo que cojea, en lo que no marcha, es decir, apoyarnos en lo que hace síntoma en la red asistencial.

Con Freud aprendimos que el síntoma puede ser descifrado, interpretado, es decir, que tiene un sentido y una función. El síntoma es una respuesta subjetiva, una defensa frente a un malestar, por ejemplo un trauma. Freud descubre, en el trabajo clínico con sus pacientes, que el síntoma neurótico está relacionado con algo que no fue elaborado a nivel simbólico tomando el camino de la represión. El malestar del síntoma radica en su repetición; el retorno de lo reprimido. Esta compulsión a la repetición es lo que nos interesa destacar, de manera que podamos evitarla, tratándola con los instrumentos y recursos con los que contamos en la extensa, plural y diversa red asistencial.

Muchos de los psiquiatras, trabajadores sociales y educadores que desarrollan su acción en diferentes servicios de la red de salud mental, adicciones y acompañamiento social saben de esta repetición implacable, personas que atienden desde hace mucho tiempo, casos que se cronifican en la red asistencial, que entran y salen de prisión, del Hospital, de una desintoxicación y que acceden a

diversos tratamientos de los que salen eyectados, expulsados o abandonan de manera reiterativa para volver a la calle. Esto genera gran malestar e impotencia tanto entre los profesionales y servicios de atención directa como entre aquellos sujetos que fracasan, una y otra vez, en sus intentos de ser realojados en un vínculo social haciendo uso de las estructuras de promoción y protección social. Me consta que directores, políticos y gestores de las redes de atención sociosanitaria se encuentran, a su vez, muy comprometidos en esta tarea. Este compromiso los ha llevado a impulsar, recientemente, un nuevo proyecto residencial que participa de las lógicas y el estilo del método Housing First, en Bizkaia².

Mi hipótesis es que HF se apoya en el síntoma de la red asistencial para proponer otro tipo de respuesta y de abordaje posible, adaptando los servicios a la singularidad de cada persona, frente a las problemáticas emergentes y a sus nuevas formas clínicas: desinserciones, adicciones y salud mental. Apoyarnos en el síntoma, en aquello que fracasa y que insiste, es siempre una buena política, precisamente para evitar la repetición.

Una práctica y una institución capaz de adaptarse a la singularidad de cada persona

En el presente apartado expongo algunos ejemplos prácticos³, en virtud de mi labor de acompañamiento y coordinación de un centro de día en el campo de la exclusión social, la Salud Mental y las adicciones, donde atendemos a diferentes personas, algunas de las cuales han accedido a un proyecto residencial que participa de las ló-

1 En el año 2015 la Diputación Foral de Bizkaia impulsa un proyecto residencial basado en los principios del método conocido como Housing First. Se apuesta por un modelo residencial de baja exigencia y centrado en la persona. Pese a los múltiples obstáculos, el proyecto sigue en marcha, no sin ciertas variaciones, adaptándose a la coyuntura social, política y económica de la Comunidad Autónoma Vasca. El presente artículo se apoya en la oportunidad que he tenido de acompañar a siete personas que accedieron al programa.

2 La Diputación Foral de Bizkaia ha impulsado un programa residencial que participa de las lógicas del método Housing First. El programa "Habitat Bizkaia" nace gracias al esfuerzo y la voluntad política de los profesionales y políticos del Departamento de empleo, inclusión social e igualdad.

3 Los ejemplos que aquí se presentan han sido debidamente tratados y modificados para preservar la confidencialidad y la protección de los datos. Todos los nombres son ficticios. Su interés radica en aportar elementos concretos y específicos de la práctica diaria y están dirigidos a la conversación y al debate clínico y social entre profesionales del sector. El acto clínico, educativo y social se justifica en el caso por caso, en el uno por uno. Su eficacia ha de ser contrastada y puesta a prueba en cada caso concreto, sostener a cada persona y promocionarla en el vínculo social, una tarea compleja sobre la que cada practicante responderá desde su ética, su acto y el discurso que lo soporta.

gicas del método Housing First. Nuestra práctica de acompañamiento se apoya en el trabajo de construcción de los casos, la clínica y la singularidad, dando un lugar a la palabra de cada persona y haciendo espacio a los sujetos.

Ejemplo 1. “Quieren mi dinero”

Lucía, a quien atendemos en el servicio de acompañamiento para personas en situación de exclusión social, acaba de acceder a un servicio residencial (es su tercer intento, en los dos pisos anteriores fue expulsada por agredir a una compañera). Nos cuenta que allí se encuentra “vigilada las 25 horas del día”, “me roban”, “hablan de mí a mis espaldas”, “me quieren echar”. Le pregunto por cómo poder arreglárselas con ello, me dice “quieren mi dinero”. Lucía ha pensado que quizás podría dejar su dinero en una caja fuerte en su centro de día, además añade “la música me ayuda, así me dejan en paz y voy a lo mío”. Apoyo esto con énfasis y determinación. Lucía compra una caja para su dinero y la deposita en nuestro centro de día, “bajo llave”, al mismo tiempo que se compra unos auriculares y nos pide que le descarguemos canciones de internet. Con esta operación, aparentemente sencilla, Lucía ha dejado de perseguirse en el piso. Ahora dice, “voy a lo mío, no me altero y cumplo con mis responsabilidades”.

Lucía se encuentra invadida por fenómenos de intrusión, lo que está en juego es su propia existencia, “ser echada”. Se encuentra vigilada 25 horas al día, capturada en la mirada del Otro. Sin embargo, Lucía inventa una solución muy original. Localiza un objeto que puede condensar la maldad del Otro (Lo que el otro quiere de mí, “mi dinero”) y que le aporta una significación más precisa y delimitada, desplazando el interés del Otro de su persona -de su ser, de su existencia- a su dinero. En la paranoia, el Otro se muestra extremadamente voraz, quiere el objeto del sujeto, en este caso su dinero. Cuando el sujeto pone a resguardo su objeto, las interpretaciones delirantes ceden. Por otro lado, el uso de los auriculares le permite una separación real del objeto voz (muy invasivo en este caso). Bajo estas coordenadas, Lucía puede ocupar un lugar más apacible y explorar otros recorridos posibles, de momento, bajo el amparo de la institución.

Ejemplo 2. Un sitio para Andrea: “necesito un centro”

El equipo de educadores de calle nos solicita para atender a Andrea. Es una joven de 25 años que lleva mucho tiempo viviendo en la calle y no engancha en ningún recurso social. Nos advierten que se trata de un caso muy complicado que siempre se desconecta de las propuestas que le hacen (pisos de acogida, albergues, tratamientos psiquiátricos), no obstante mantiene un buen vínculo tanto con ellos como con su psiquiatra, lo que nos orienta de cara a organizar un trabajo en red, periódico y que perdura en el tiempo. También nos informa de la posición de rechazo, tan radical, de esta joven.

Andrea fue ingresada en un hogar de protección infantil a la edad de dos años “me dejaron allí porque mi madre no tenía sitio”, sin embargo, sus constantes fugas derivan en una situación muy precoz de sinhogarismo. Desde siempre, Andrea pone en aprietos a las instituciones y servicios que la atienden, roba, se pelea, miente, se fuga y, en consecuencia, es expulsada y vuelve a la calle, una y otra vez. Se trata de poder ubicar estos actos que, más allá de considerarlos como “conductas disruptivas”, son el esfuerzo de un sujeto por abrirse un lugar en el Otro, tener un lugar, “mi madre no tenía sitio”. Son actos que ponen en falta al Otro, son maneras de hacerlo enfadar, desesperarlo, angustiarse, enloquecerlo, tenerlo preocupado hasta el límite de provocar su rechazo, que es una manera, muy real, de hacerlo existir.

Andrea necesita, una y otra vez, asegurarse de que el Otro, en este caso una institución, no tiene un sitio para ella. Es una lógica un poco diferente, pero es la lógica de Andrea. La lógica de su síntoma. El sujeto ha quedado fijado a las condiciones de su Otro primordial, aquel que no disponía de un sitio para ella⁴. Sin embargo, y orientados por la clínica, podemos iniciar un trabajo con

4 La madre de Andrea vivía en la calle. Este dato, que me fue revelado tan solo en una ocasión, explica en parte las relaciones entre Andrea y la calle, en su dimensión de Otro primordial. En una serie de casos, diferentes pero solidarios entre sí, podemos advertir que la calle ha funcionado como institución, como lugar de inscripción y de transmisión posible, cuando la escuela, las instituciones de protección a la infancia o la parentalidad declinan su función o no pueden ejercerla.

ella representando un interlocutor institucional diferente, incompleto, donde Andrea pueda, no sin dificultades, construir un sitio a partir de una incompletud. Para Andrea es necesario que al Otro le falte algo, de lo contrario, ella misma cava una deuda en el Otro, produce un agujero real en el Otro; fugándose, agujereando las puertas, robando, mintiendo, golpeando. Son maneras de poner al Otro en falta y reivindicar un lugar que nunca tuvo.

Atiendo a Andrea desde hace siete años en un Centro de Día. Las primeras palabras que me dirigió fueron “necesito un centro... porque tengo la cabeza descentrada, mi madre no se pudo ocupar de mí, nadie me enseñó nada, no tengo referencias”. En otra conversación me explica que ella sabe muchas cosas, en particular, “cosas que he aprendido en la calle y que me gustaría enseñar” (la calle ha funcionado, para Andrea, como una institución, es decir, como una *transmisión* posible). Le digo que, efectivamente, es ella quien sabe. Añado que, quizás, estaría dispuesta a enseñarnos algunas de esas cosas que ella sabe y nosotros no. Entonces, se inicia un período muy productivo para Andrea. Ha pensado en solicitar una ayuda para arreglarse la boca, también quiere solicitar la Renta de Garantía de Ingresos (RGI) y hacerse una valoración de minusvalía “y tener mi propia casa”. Quiere sacarse el DNI y nos solicita para poder guardar en el centro su medicación psiquiátrica y tomarla de manera regular. Quiere solicitar plaza fija en un albergue e ir a un comedor social. Yo le ofrezco acompañarla en estas cuestiones, pero le pongo una condición, que lo haga con el equipo de “tu centro” de día, que lo organice ella con los voluntarios, los profesionales y los estudiantes en prácticas “que están aquí para aprender lo que usted tiene para enseñarles” subrayo. Es así como Andrea nos va eligiendo para enseñarnos algunas cosas cada día, organizando su centro, los ritmos, el tiempo y el lugar, de manera que le vamos acompañando en las diferentes cuestiones que quiere hacer. Pasado un año, Andrea tiene una RGI, duerme en un albergue de forma estable y está a la espera de la resolución de la valoración de minusvalía.

En la actualidad, siete años después y tras haber sido expulsada de manera definitiva de los albergues sociales, Andrea accede a un proyecto social que le ofrece una casa para ella sola en un contex-

to comunitario. Acude de manera regular al Centro de Salud Mental, toma una medicación y hace deporte, le gusta la tecnología, la ciencia, “arreglar cosas”, la música y ha vuelto a estudiar para obtener el graduado escolar. Andrea ha construido un lugar, a partir de adaptarnos a sus condiciones subjetivas; respetando la dignidad de su síntoma.

Para nosotros se trataba de ocupar una posición diferente para Andrea, advertidos de la repetición de hacerse echar de aquellos servicios que, eventualmente, la atendían y querían ayudarla. Lo conseguimos de diversas maneras. En primer lugar, como ya he señalado, ocupando una posición de no-saber que hizo posible relanzar el saber propio del sujeto, ponerlo en circulación, compartirlo y hacer uso de él. En un segundo tiempo ubicando una falta en nosotros, descompletándonos, produciendo un vacío del que Andrea puede hacer un uso. Esto le proporcionó un cierto lugar, ser aquella que nos enseña cosas, en lugar de ser “la expulsada”; aquella que provoca el rechazo del Otro. Las consecuencias de este desplazamiento en su posición subjetiva la impulsan a iniciar una búsqueda en el lugar del Otro, a partir de una serie de inscripciones, por eso decide sacarse el carnet de “identidad”, solicitar una casa, una minusvalía e interesarse por el saber del Otro; el graduado escolar. Una apertura a un naciente vínculo social.

Para sostener este vínculo transferencial, tan delicado y frágil, se trata de que Andrea pueda seguir ocupando el lugar central con respecto al saber. Es decir, hacer como que no sabemos (lo cual es cierto) y que sea ella quien nos enseñe cual va a ser su manera de centrarse. De esta manera, Andrea nos incluye en su subjetividad, en su marco de trabajo. Para ella podemos seguir representando este Otro incompleto, en falta, que dispone de un sitio para Andrea.

Ejemplo 3. «Me leen los pensamientos»

Martín se sienta en un ordenador y escucha música con sus auriculares, cuando un educador del centro de día se acerca, Martín le dice “es para que no me lean los pensamientos”. Martín fue abandonado a la edad de cinco años y desde los dieciocho vive en la calle, haciendo uso de los albergues sociales de manera eventual. Cuida mucho su imagen y siempre nos pregun-

ta “¿Cómo me ves?”. Martín se compra cremas faciales, colonias, ropa moderna y cuida mucho su aseo personal. También nos pide que le hagamos fotos que después edita y en las que se ve guapo. Un día me dice que lleva una semana sin venir al centro de día porque tenía “mala cara”, “no quiero que nadie me vea mal” y me explica que le gente puede saber cómo se siente por su mirada, por su cara. Le digo sorprendido “nadie puede saber cómo te sientes si no se lo dices, es imposible!”. Desde entonces, Martín acude al centro aunque se encuentre mal, habla con nosotros y nos pide ayuda para avanzar con su vida.

El trabajo de Martín en el centro de día consiste en separarse de estas interpretaciones delirantes a partir de construirse una imagen y ubicar los bordes, y los límites, de su propio cuerpo. También escribe relatos de ficción sobre niños abandonados y adolescentes que encuentran el amor, un amor idealizado. Para él se trata de restituir algo del amor, de la imagen y de la mirada que no tuvo, a partir de estas ficciones “que tienen un final feliz” y que le permiten pensarse de otra manera. Poner un final, un punto de discontinuidad entre el abandono, del que fue objeto, y su porvenir. En la actualidad ha dado el paso de acceder a un piso de HF “donde tengo un espejo en el que me veo de cuerpo entero y un armario para guardar mi ropa”. Le acompañamos en este nuevo comienzo.

Ejemplo 4. “Una cadena”

Ismael acude a solicitar plaza en nuestro centro de día, tiene 47 años. Cuando era un niño y, tras la prematura muerte de su hermano, Ismael se fugó de casa y se hizo adicto a la heroína, estas fueron las respuestas del sujeto (la adicción y la errancia) frente al agujero abierto en lo real tras la muerte de su hermano pequeño. Le pregunto sobre sus necesidades e intereses: “Necesito un ordenador, quiero buscar mis principios para avanzar mi futuro, escribir mi libro. Mi vida es un caos”. Le propongo, si le parece bien, que los educadores del servicio puedan enseñarle el manejo básico de los ordenadores y los procesadores de texto, “una colaboración”. Ismael me responde “Sí, una cadena”.

Ismael ha escrito ya cuatro libros. En el primero de ellos, «vida de un toxicómano», narra su vida

como adicto a la heroína. Justo antes de terminarlo incluye un cambio en el título, lo llamará vida de un ex-toxicómano. Tras escribirlo, Ismael abandonará el consumo de tóxicos y se pone a trabajar repartiendo periódicos y escribiendo poemas. A partir de este momento, dice que es «escritor y poeta». Es decir, deja caer su identificación al “ser-toxicómano” y frente al vacío que esta identificación deja viene otra en su auxilio, una palabra que le representa, una nominación particular: «Soy escritor y poeta». En su segundo libro «El chico de la calle», Ismael relata sus viajes, su deambular y su vida en la calle. Tras publicarlo, Ismael accede a una casa de un proyecto de la Diputación, dejando su vida en la calle. He aquí el compromiso de este sujeto con su escritura. Un ordenador que introduce tres tiempos: «Parar, pensar, actuar. ¡Una cadena!» señala Ismael. Su tercer libro lleva por título «Almas rotas», donde sitúa con absoluta precisión la coyuntura de su desencadenamiento y los efectos en su cuerpo. «Alma rota» es el significante que el sujeto encontró (inventó) para nominar el efecto que produjo en su cuerpo la prematura muerte de su hermano, momento de desencadenamiento de Ismael. Al escribir sobre este acontecimiento, Ismael reintroduce en el discurso, en la cadena del lenguaje, aquello que quedó por fuera de la significación como un real traumático. Finalmente escribe el que, hasta la fecha, es su último libro «El comienzo».

La escritura es, para Ismael, un lugar que le permite instaurar «una cadena» allí donde no la había, en el lenguaje. Un lugar a partir del cual inaugurar un nuevo orden, una re-escritura, y, en consecuencia, producir «un comienzo» (su último libro). Con su escritura, Ismael inventa una solución propia, sintomática, para tratar su trauma y tomar una distancia. Por mi parte, fue necesario que yo desinflara toda una serie de ideales de re-inserción social y terapéutica que el sujeto traía consigo, permitiéndole así ocupar un lugar diferente frente al vacío que esos ideales dejaban. Ismael me dice: «Escribir es una liberación, me libero de mi rabia, de mi ira, es como un imán, me pego a la silla y al ordenador y escribo para las futuras generaciones, para dar testimonio, es terapéutico, no sé por qué, pero me libera. Pasar del caos al orden, de la oscuridad de la noche a la luz». Como su autor señala, se trata de un libro dirigido a las nuevas generaciones, a los que

están por advenir, a los que aún no participan del desorden del mundo ni de los malentendidos propios del vínculo social. Un libro dirigido al futuro.

El encuentro con lo real es siempre del orden de lo traumático. Es un impacto por fuera de sentido. Ningún ser hablante puede eludir o escamotear este encuentro, que es siempre contingente e inesperado. El trauma, que habita en cada uno de nosotros, orienta, sin saberlo, nuestras vidas. Es aquello que no cesa de no escribirse. Un real que nos concierne y que retorna, una y otra vez, sin posibilidad de inscripción o elaboración. Un tratamiento de lo real traumático por la vía del acto de escribir. Una escritura viva que tiene el estatuto de un acto, y que instaura un tiempo inédito y, en consecuencia, tiene la virtud de separarlo del pasado e inaugurar un principio, un porvenir; un comienzo. Un futuro.

Ejemplo 5. El saber pasa al mundo

A los 15 años y a raíz del diagnóstico de un tumor cerebral, Alain decide fugarse de la casa familiar “no quería tener nada, vivía sin nada, solo quería esperar a la muerte, todos saben lo que tengo y que voy a morir, estaba marcado y todos lo sabían”. Alain se refugia en las drogas “con la droga ya no me venían estos pensamientos” y durante quince años vive en la calle. Tras dos años de trabajo con él en el centro de día decide iniciar un voluntariado, sin embargo a los pocos días lo deja porque “todos saben que voy a morir”. La proximidad con el vínculo social hace aflorar nuevamente su certeza delirante y su saber privado pasa al mundo, “todos lo saben”. Siente que lo dejan de lado, “ya no me miran igual, me rechazan, lo saben”.

En el acompañamiento con Alain se trata de ir, poco a poco, apartándolo de esta certeza pero sin contradecirla de manera frontal, encontrando otras maneras de vivir y de hacer, que apoyamos a medida que van surgiendo, y que lo separan de estos pensamientos. Por ejemplo, Alain comienza a tomar una medicación psiquiátrica, accede al programa HF, regula sus visitas al centro de día e inicia un voluntariado, esta vez, con animales. “Tengo que hacer las cosas al revés, contradecir mis propios pensamientos, si tengo una tendencia a aislarme y quedarme en casa, pues hago lo contrario, salir, distraerme y no pensar tanto,

venir a hablar contigo me sienta bien”. De esta singular manera, Alain va poco a poco contradiciendo sus certezas en los diferentes ámbitos de su vida. La certeza sigue ahí, fija, pero el sujeto ha conseguido situarse de otra manera frente a ella, la utiliza para contradecirla, con la palabra y con los actos. Esta invención es un hallazgo muy valioso para Alain, que le permite introducir una barrera, un límite a la intrusión de ese Otro que quiere saberlo todo. De esta manera, el sujeto puede tener una intimidad; una vida privada y propia frente a los pensamientos de intrusión. Ahora puede tener secretos y «hasta puedo mentir». Por otra parte, el voluntariado que realiza con animales (“me siento útil y necesario”) hace posible un cierto lazo social donde la confianza se va, poco a poco, abriendo camino: “los animales nunca te juzgan, se puede confiar en ellos”.

La certeza psicótica se encuentra por fuera de toda dialéctica posible, inaccesible por la vía del significante. Sin embargo, cabe la posibilidad de aislarla y tomar una distancia; encontrando fórmulas de separación. En el campo de las adiciones conviene que cada sujeto pueda ubicar la función que el tóxico ocupa en su economía subjetiva, en este caso, un autotratamiento, una forma de sedación que le permitía desconectarse de sus propios pensamientos.

Tras multitud de fracasos en servicios residenciales Alain ha encontrado una cierta estabilización a partir de ser incluido en el proyecto HF, donde cuenta con un espacio privado alejado de las miradas por las que se siente rechazado.

Ejemplo 6. Una ayuda social

Juan, a quien atendemos en el centro de día, accede a un recurso residencial, tras años viviendo en la calle. En la entrevista de acceso al servicio le explican que debe, obligatoriamente, solicitar una ayuda social. Juan no desea pedir esta ayuda ya que ha solicitado una valoración de minusvalía y confía en poder percibir, en un futuro, una pensión con motivo de su problemática psíquica (una solicitud que Juan ha realizado con el acompañamiento y el apoyo tanto de su psiquiatra como de la trabajadora social de la red de Salud Mental). Los educadores del piso le dicen que no cumple con los requisitos para una minusvalía y que no se la van a conceder, en consecuen-

cia, deberá solicitar la RGI (Renta de Garantía de Ingresos). En esta entrevista le informan de la normativa del servicio, tareas y compromisos que debe adquirir, haciendo especial hincapié en las expulsiones en caso de incumplimiento. A las dos semanas de acceder al servicio residencial es expulsado «por no querer participar del programa» (palabras del equipo educativo). Juan me cuenta que él no quiere pedir la ayuda económica que le proponen, me dice «quieren controlarme y manipular mis pensamientos». Me explica que él «solo quería un techo, una protección». En la actualidad, Juan se encuentra viviendo en una casa del proyecto HF, percibiendo la pensión de minusvalía y acudiendo a entrevistas de trabajo en el campo de la diversidad funcional.

Ejemplo 7. Una respuesta violenta frente al desalojo

Aitor se encuentra muy angustiado desde que a dos de sus familiares les hayan diagnosticado Covid-19. Teme contagiarse y le cuesta mantener el confinamiento en el recurso residencial donde vive desde hace dos años. Una noche y ante la emergencia de la angustia decide salir del piso y dar un paseo. Cuando vuelve le dicen que está expulsado. Realiza, entonces, actos de violencia (“para que venga la policía y tener un techo donde dormir”). Pasa la noche en comisaría y a la mañana siguiente le recibimos en el centro de día. Se encuentra sin medicación psiquiátrica (está en el piso y no puede acceder a ella) y con ideaciones delirantes de contagio. Ni come, ni bebe ni va al baño por miedo al contacto con materiales, utensilios o recipientes que contengan el virus.

Este ejemplo da cuenta de los efectos de una expulsión, como recurso “educativo”, en multitud de servicios de la red asistencial. ¿Qué ha pasado? El sujeto se queda sin lugar en el Otro, sin asidero, y como resultado tenemos la respuesta violenta, paradójica, para ser re-alojado de nuevo (es un intento desesperado para incluirse de nuevo en el Otro). La consecuencia de haber quedado sin lugar, sin marco, es un desencadenamiento franco (muchos de los desencadenamientos que vemos se producen en coyunturas en las que el sujeto pierde su lugar: frente a una pérdida de empleo, una ruptura sentimental, un desahucio, la muerte de un ser querido, etc.).

En lugar de escuchar a Aitor y poder flexibilizar su acompañamiento, ofreciéndole un espacio para hablar de estas preocupaciones que invaden su vida, se recurre a la expulsión directa, sin explicaciones (ies la normativa!). El sujeto queda identificado a una posición de excluido (echado) y su sintomatología delirante se agudiza notablemente, instalándose una desconfianza masiva que arrasa todo el campo de su subjetividad (no puede expulsar nada de su cuerpo, tampoco introducir nada). Como ya constatamos día tras día en nuestra práctica, estas prácticas de expulsión generan respuestas violentas, pero además producen desestabilizaciones clínicas muy severas (desencadenamientos masivos).

Ejemplo 8. “La muerte me persigue... pero yo soy más rápido”

El desencadenamiento de su psicosis se produjo con el anuncio de la muerte de su padre cuando Rober tenía siete años. Han pasado 35 años desde aquel día, Rober ha pasado por multitud de servicios de salud mental y adicciones, recayendo una y otra vez desde el comienzo de su adicción a los nueve años. Su vida ha transcurrido entre albergues, calle y comunidades terapéuticas. “La muerte me persigue desde que los médicos le dijeron a mi padre que iba a morir, soy un muerto en vida”. Los albergues sociales, los tatuajes y el consumo de tóxicos han sido su tratamiento hasta que accede al proyecto HF.

Desde su entrada en la vivienda nos habla de la presencia de la muerte, cuando se va a dormir piensa que no volverá a despertar, ve sombras en la oscuridad de su domicilio, pasa el día fuera de casa y teme volver al caer la noche, piensa que existe una maldición en la familia de su padre y siente que su madre podría morir en cualquier momento. Para tratar esta presencia mortífera nos apoyamos en la solución del sujeto, los tatuajes, de manera que le proponemos escribir sobre estos pensamientos recurrentes. Día tras día me trae sus escritos y los leemos juntos, esta operación le permite alejarse de estos pensamientos y elaborar diversas soluciones que va poniendo en práctica. Rober, con su deslumbrante ironía, afirma “la muerte me persigue... pero yo soy más rápido”.

Ahora nos invita a comer a su casa, cocina muy bien y le gusta, ha adquirido un ordenador para

poner música punk y sus últimos tatuajes son el nombre de su padre, una “viuda negra” y “los jinetes del apocalipsis”, es decir, que utiliza su cuerpo como superficie de inscripción para simbolizar lo real de la muerte y elaborar sus duelos pendientes, “me siento vivo” nos dice.

Desinserciones, adicciones y salud mental. Lo que nos interesa del modelo Housing First

El interés que puede suscitar este método va mucho más allá de su utilidad práctica y empírica, ya que está dirigido a los tres fenómenos clínicos y sociales fundamentales de nuestra época y del malestar en nuestra civilización: la fractura de los lazos sociales y los fenómenos identificatorios, el empuje masivo al goce sin límites y la adicción global, y las problemáticas psíquicas que cobran el estatuto de una epidemia depresiva, hiperactiva o suicida. Las dificultades que el programa institucional encuentra en la atención de estos síntomas globales son características de nuestra modernidad. Falta de coordinación y recursos entre áreas sanitarias y sociales, puerta giratoria, falta de financiación, burocracia excesiva, burn out entre profesionales, dificultades de acceso a los servicios, cronificación, desamparo institucional, iatrogenia, exclusiones y desinserciones, pobreza generalizada, etc.

El modelo HF subvierte, y organiza, las estructuras estatales de distribución de los cuidados abordando estos tres fenómenos de manera conjunta y racional. HF se dirige a personas que viven en la calle y tienen problemáticas asociadas a la salud mental y las adicciones. Para estas personas resulta prácticamente imposible acceder a un hogar, no solo debido a condiciones estructurales, sociales, clínicas y subjetivas sino, fundamentalmente, debido a los condicionantes terapéuticos y burocráticos que profesionales y servicios estiman suficientes, necesarios, imprescindibles para acceder a un servicio residencial. HF permite reubicar y cuestionar estos procedimientos, apoyándose en dos principios:

1. Los derechos de las personas atendidas.
2. Adaptar los servicios a la singularidad de cada caso.

Se trata de dos principios muy simples a partir de los cuales se subvierte toda la lógica asistencial.

No por nada, el modelo HF genera múltiples rechazos y desavenencias entre políticos y agentes sociales. ¿Qué tienes estos dos preceptos, aparentemente inocuos, para inocular tanto interés y rechazo? ¿Cuál es su carácter transformador? Podríamos pensar que estos dos principios no tienen nada de novedoso y que, en este sentido, deberían estar incorporados al programa asistencial desde hace mucho tiempo... o quizás no. Si Housing First los ha situado como principios vectores, y fundamentales, de una práctica posible e innovadora, ¿será, quizás, que en nuestras prácticas no se tienen en cuenta? ¿Habremos sido capaces de organizar una red asistencial, una cultura de trabajo, sin tomar lo suficientemente en serio estos dos principios éticos?

Los derechos de las personas atendidas. No hay práctica sin ética

Comencemos por los derechos. Es una cuestión de derechos, lo demás vendrá después. Hay que reconocer que la propuesta es original. Es decir, que, paradójicamente, HF permite situar, de otra manera, el acceso a la red asistencial, a las estructuras de cuidados, y a la atención social y sanitaria apoyándose, no en un tratamiento preceptivo ni en un programa de intervención previo al encuentro con cada persona, sino a partir de situar la dimensión humana del derecho de acogida y protección universal. Es un derecho humano.

Este modelo reintroduce la función de la Ley en su dimensión de orden y de límite, de regulación, frente a otro tipo de intervenciones terapéuticas. Esto permite situar la función social, de acogida y asilo, como primordial, primera y prioritaria, en el programa de protección social. Constituir espacios de acogida. A partir de esta acogida sin condiciones, quizás, más adelante, puedan proponerse otro tipo de intervenciones de carácter terapéutico o educativo. Intervenciones que tendrán que contar con el consentimiento de la persona y siempre que no interfieran en el menoscabo de sus derechos humanos.

Los principios fundamentales de Housing First⁵ (2016, p.23):

- La vivienda es un derecho humano.

⁵ Guía Housing First Europa (2016). Traducida por Fundación RAIS. www.housingfirstguide.eu

- Elección y control para las personas usuarias.
- Separación de vivienda y tratamiento.
- Orientación a la recuperación.
- Reducción del daño.
- Compromiso activo sin coerción.
- Planificación centrada en la persona.
- Apoyo flexible y disponible durante el tiempo necesario.

Es evidente, para todo buen lector, que esta metodología articula punto por punto todos los excesos del programa institucional, situando sus límites éticos a partir de apuntalar y garantizar los derechos de las personas usuarias del servicio. Es una operación estratégica muy singular. Poner el derecho en el centro de la intervención permite sostener un límite y una orientación de trabajo colaborativo entre diferentes disciplinas y servicios.

Los derechos humanos permiten situar unos límites a la intervención terapéutica, excesiva, en el campo de la acción social y el trabajo con el otro. Usted tiene derecho a ser atendido, escuchado, tanto en su palabra como en su diferencia, en un servicio hecho a su medida. Adaptando la atención social a la singularidad de cada persona, una por una. No es tanto la noción de casa, tenerla o no tenerla, sino la estructura organizacional la que se encuentra comprometida bajo unos principios de atención que permitan alojar a estas personas; ofrecerles un lugar.

La función prioritaria de las instituciones se sostiene de un deber de humanidad, de hospitalidad y de acogida, frente a las dificultades que cada uno atraviesa. Esto es previo a toda intervención terapéutica, adaptativa o normalizadora.

Acoger el síntoma como lazo social

Eric Laurent, en una conferencia de 2008 en el Instituto Clínico de Buenos Aires que lleva por título *El delirio de normalidad*, sostiene una tesis fundamental para todos aquellos profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental y la exclusión social, en la que aborda las relaciones posibles entre el síntoma y el vínculo social, lo dice así: “lo irreductible del síntoma como lazo social verdadero aunque no sea unificador”.

Hay una diferencia entre el síntoma, tal y como lo concebimos en la clínica de orientación lacaniana, y el síntoma en su dimensión psiquiátrica, deficitaria, como trastorno que hay que erradicar o curar. El síntoma contiene, además de una dimensión sufriente, una salida o solución, una respuesta *verdadera* a partir de la cual es posible un lazo al Otro. Síntoma y lazo social están íntimamente relacionados. No hay lazo social que no esté orientado, delimitado y contorneado, por el síntoma de cada uno.

Hay un núcleo de malestar en el síntoma que produce un llamado al Otro, una demanda de ayuda. El síntoma tiene una vertiente subjetiva, de invención sintomática, que orienta al sujeto, es una brújula de la que se puede hacer un uso social. Las instituciones, en su dimensión de acogida, deben ser capaces de acoger el síntoma que cada uno porta consigo. Acoger el síntoma es acoger la diferencia, la diversidad de posiciones subjetivas que se dirigen a nosotros y que permitirán, a cada uno, orientarse en el lazo social haciéndose cargo de sus propios síntomas y malestares e inventando sus propias modalidades de respuesta, es decir, de inclusión social.

A modo de conclusión

Los planteamientos jurídico-políticos que están detrás del modelo Housing First nos permiten situar algunas de las paradojas y contradicciones que habitan en el programa asistencial, y que se declinan en los proyectos y programas de inclusión social que ofrecemos a la ciudadanía.

Apoyarse en los derechos de toda persona a ser acogido, escuchado y realojado es una buena política social, y de salud mental, que compromete el trabajo y la conversación entre múltiples agentes y Departamentos de diferentes instituciones (Ayuntamientos, Diputaciones Forales, Gobierno Vasco). Una política que permita reorganizar las redes socio-sanitarias y terapéuticas para sacarles el máximo rendimiento y eficacia social, eso sí, a condición de realizar un trabajo de acompañamiento intenso y bien orientado, basado en la centralidad de cada caso, e incorporando a los diversos agentes y servicios que trabajan en la red de Salud Mental, adicciones e inclusión social.

Frente al exceso de normativas y protocolos que ordenan una práctica, nosotros proponemos orientarnos por la singularidad. En el campo de nuestra praxis se evidencia que, para construir un lugar en el mundo, cada persona se ve confrontada a inventar una manera propia, por fuera

de las normas y las soluciones prêt-à-porter. El profesional bien podrá acompañarlas en esta tarea, descompletando su propio saber y favoreciendo las invenciones de cada sujeto implicado. Es decir, acogiendo el síntoma de cada uno.

Contacto

Cosme Sánchez Alber ☎ 620 313 855 ✉ cosmesan@hotmail.com
Calle Solokoetxe 3 • 48006 Bilbao

Bibliografía

- Laurent E. (2008). *La clínica analítica hoy. El síntoma y el lazo social*. Conferencia del 27 de noviembre de 2008 en el Instituto Clínico de Buenos Aires, *El delirio de normalidad*.
- Sánchez C. (2013). *La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor por la pregunta y la construcción del caso en red*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 11, número 45.
- Sánchez C. (2015). *Un método para la construcción de los casos: encontrar una brújula en el trabajo con el otro*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 13, número 53.
- Sánchez C. (2016). *La función social de las instituciones en la atención a las personas sin hogar un deber de humanidad. El ejemplo de HOUSING FIRST*. Revista Norte de Salud Mental. Vol. 14, número 55.
- Guía Housing First Europa (2016). Traducida por Fundación RAIS. www.housingfirstguide.eu
- *El programa 'Habitat Bizkaia' confirma su eficiencia en el proceso de inclusión social de personas sin hogar*. Área de prensa de la DFB. Artículo de 2 de diciembre 2019.

- Recibido: 6/11/2020.
- Aceptado: 14/12/2020.