

colectivo Silesia

Índice

1. Investigaciones multirresistentes	1
2. Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir "¿cómo estás?"	5
3. (multi)Resistencias al cambio: un diálogo entre dos miradas	10
4. Municipalismo y salud: el lado débil de la cuerda	12
5. Cuando por triaje entra el heteropatriarcado	14
6. Resistencias a caminar un palmo sobre el suelo	18
7. #Silesiarecomienda	21

Investigaciones multirresistentes.

por Elena Ruiz, **Vicky López**, **Javier Padilla**.

El título del número 2 de este boletín surge releendo el artículo de Paul Farmer "**Social Scientists and the New Tuberculosis**" para el **curso de Investigación Militante y Cualitativa que impartimos y compartimos en la Escuela de Verano de Salud Pública de Menorca**. Un tema tan aparentemente biomédico, el desarrollo de la multirresistencia a tuberculostáticos, encierra un trabajo de

investigación etnográfico en el que el autor a través de la experiencia de Robert David, un joven haitiano con TB multirresistente, va a contradecir las dos causas, eminentemente biológicas, señaladas hasta ese momento (1997): la llegada del VIH y la aparición de cepas de micobacterias resistentes a múltiples fármacos. En su lugar, el estudio muestra que las fuerzas que operan en esta nueva epidemia ("the new tuberculosis"), la cual asolaba las zonas industrializadas y a las personas sin hogar de EEUU antes del advenimiento del VIH, son de orden socio-económico y político: pobreza,

inequidad económica, violencia política y racismo. Lo explica muy bien Farmer en el siguiente párrafo:

“¿Cómo explica la literatura biomédica el incremento de las resistencias? Citaré una influyente revisión publicada recientemente en el New England Journal of Medicine: ‘En condiciones de monoterapia, toma errática de la medicación, omisión de uno o más de los fármacos prescritos, dosificación subóptima, pobre absorción del medicamento o insuficiente número de medicamentos activos en el régimen terapéutico, un M. tuberculosis sensible se puede convertir en resistente a múltiples medicamentos en cuestión de meses’. En esta frase, Iseman recita una lista de “factores de riesgo” de tuberculosis multirresistente, cada uno de los cuales es una parte inseparable de las vidas de millones de personas como Robert Davis, adultos malnutridos que desarrollan reactivaciones de la tuberculosis, la cual se trata -cuando se trata- con un pequeño número de medicamentos inconstantemente disponibles. Existe, entonces, una “economía política de la tuberculosis multirresistente”. Esto es, hay fuerzas a gran escala que hacen que la monoterapia y la toma errática de medicación sea mucho más probable en lugares como Haití o Harlem que, digamos, en comunidades más privilegiadas donde la tuberculosis

multirresistente no se ha convertido en un problema.”

A pesar del interés de estos estudios, la docencia, la investigación y la intervención en materias de salud se encuentran dominadas por una perspectiva biologicista, que relega a un segundo nivel los factores socio-culturales, políticos y económicos, reducidos a variables secundarias y abordados a través de metodologías que no aportan una teoría relacionante de los mismos. Esta **visión atomizada, desagregada y desarticulada de las ciencias positivistas** impide acceder a la realidad para cambiarla de forma que acaba operando como una herramienta de influencia y construcción de hegemonía. Las preguntas que nos surgieron al realizar el curso y cuya reflexión realizamos junto al resto de participantes del mismo son: *¿en qué consiste esta hegemonía?; ¿sobre qué pilares se sustenta? y ¿Cuáles son las dificultades desde la propia experiencia para llevar a cabo una investigación y docencia que escape de estas lógicas?* A lo largo de este artículo queremos exponer algunas de las respuestas que hubo durante el curso para contribuir con una vuelta más a la espiral que supone cualquier investigación - acción - participativa.

Al iniciar el curso, haciéndonos eco de un artículo de la revista AMF: **“Las ciencias blandas en Atención Primaria: hablamos de la investigación cualitativa”**, proponíamos una lluvia de ideas sobre qué nos sugerían los conceptos de “duro” y “blando”, de “técnicas duras y técnicas blandas”. Había un consenso en torno a que lo



duro se asociaba a robustez y valía, relacionándose también con lo masculino. En lo que se refería a la investigación, estas ideas se traducían en un orden jerárquico por el cual las ciencias “duras” y las técnicas cuantitativas gozaban de un mayor reconocimiento y prestigio, en base a dos líneas de argumentación: la objetividad y neutralidad que se les suponía las dotaba de un mayor rigor científico y por otro lado, su valía era defendida en base a su representatividad y reproducibilidad.

Estas asunciones que operan en el imaginario colectivo ameritaron varias reflexiones: 1) Existe un desconocimiento generalizado sobre la existencia de herramientas de validación en las técnicas cualitativas, y por consiguiente, en las ciencias que las suelen emplear y a las que se les da el nombre, con su carga simbólica, de ciencias blandas. 2) Hay una negación sistemática de la intencionalidad de la ciencia. 3) Reposar, por norma, la valía de la ciencia en la representatividad y

reproducibilidad, es negar otras cualidades como la relevancia, la adaptabilidad y la democratización, que pueden aportar otras técnicas a la hora de conocer e intervenir en una realidad compleja. Llevándolo a lo cotidiano, para desmitificar esta escala de valores dentro de la investigación, cualquiera puede hacer una lista de pros y contras de una maleta dura y una maleta blanda. 4) No podemos caer en un “solucionismo tecnológico” en el pensemos que las técnicas cualitativas y las ciencias “blandas” nos van a conducir a una sociedad más equitativa. Lo que sí tenemos que entender es que la hegemonía de lo cuantitativo esconde un orden jerárquico del conocimiento favorecedor del status quo. Es precisamente ese orden sobre el que tenemos que actuar, recuestionándonos qué le da valor a unos saberes y unas personas sobre los demás.

Volviendo al trabajo de Farmer, hay una reflexión que parece del todo oportuna en este momento. Cuando se aborda el tema de las multirresistencias es común

trabajar sobre la figura del mal o buen cumplidor/a del tratamiento. También es común considerar el mal cumplimiento un problema de creencias erróneas que se solventa a través de la educación sanitaria. Esta exageración de la agencia individual viniera a insinuar que cualquier paciente puede cumplir el tratamiento antituberculoso. El caso del haitiano Robert Davis, habla de otra realidad diferente. En su caso el mal cumplimiento del régimen terapéutico, que lo condujo a la muerte a los 29 años, no escondía una idea diferente sobre la naturaleza de la enfermedad. Aunque en el artículo Farmer hablará de otros estudios donde la vinculación de la TB con otras explicaciones como la brujería o el *susto* no interfería en el acceso a la medicación antiTB ni se observaban peores parámetros de adherencia. Tampoco escondía desinterés ni desconfianza en el tratamiento, como muestra el proceso de endeudamiento familiar para costearlo y las largas distancias recorridas y los varios internamientos para recibirlo. Por el contrario, la historia de Robert Davis es representativa de otros muchos casos más de TBC mutirresistente y muestra una relación sólida con la violencia estructural, representada por diferentes barreras a la agencia individual como son la limitación de recursos personales, la inestabilidad política, la falta de programas públicos de prevención de la tuberculosis, la escasez de medicación e incluso una electricidad inestable dentro de los centros sanitarios.

Varias de las aportaciones del curso sobre las dificultades de realizar una investigación comprometida parten de

una apreciación similar, la imposibilidad de separar la elección individual de las condiciones estructurales que la posibilitan. Así, aún creyendo en la validez e idoneidad de otras metodologías (cualitativas y participativas) y en otros enfoques (militantes) de investigación muchas de las personas asistentes al curso expresaban dificultades vinculadas a la profesionalización de la investigación en un ambiente de precariedad laboral, meritocentrismo e hiperproductividad. En este sentido la falta de revistas donde publiquen investigación cualitativa de calidad y el bajo índice de impacto aparecieron como fuertes limitantes, al igual que la escasez de referentes para este tipo de investigación en los ámbitos laborales y académicos (incluidas las unidades docentes de MIR). Otra variable en esa rueda de meritocentrismo e hiperproductividad era el tiempo. El tiempo como limitante que aboca a investigaciones anacrónicas en las que es difícil reconstruir la historia del proceso en estudio.

Este diagnóstico de dificultades para una investigación y docencia comprometida con la emancipación social da un especial sentido a alternativas que en nuestros días están surgiendo muy cerca ampliando desde lo colectivo, como no podía ser de otra manera, nuestra capacidad de acción. La intuición de las mismas está en la base de este colectivo y seguro también en iniciativas como La Cabecera y **su primer congreso financiado por crowdfunding**, así como en el **PACAP** y la **Alianza de Salud Comunitaria**

Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir “¿cómo estás?”

por Clara Benedicto y Marta Carmona

"All screening programmes do harm, some do good as well"

JA Muir Gray

Acudimos puntuales a sus pantallas para transmitirles nuestro desasosiego ante una de esas iniciativas que pueden ver brotar en su entorno de trabajo, quizá incluso acompañadas de aplausos, *ya-era-horas* o *menos-mal-que-por-fin-hacemos-algo-con-este-tema*. El año pasado se publicaron las **nuevas recomendaciones de la US Preventive Services Task Force** aconsejando realizar cribado (oportunisto) de depresión en Atención Primaria. Las guías fueron en seguida secundadas por la American Academy of Family Medicine y flanqueadas por el **enésimo artículo** sobre enfermedades infradiagnosticadas en AP (casi nunca llevados a cabo por profesionales de este nivel asistencial). Con un grado de recomendación B (*alta certeza de que el beneficio neto es moderado, o existe certeza moderada de que el beneficio neto es de moderado a sustancial*) se propone utilizar escalas como la PHQ, HADS (hospitalaria) o GDS en ancianos, en adultos que acudan por cualquier motivo a consulta, y ofrecer a los que puntúen por encima de un umbral determinado un tratamiento consistente en antidepresivos, psicoterapia (cognitivo-conductual) o ambos. Afirma

además que los daños derivados del screening son *pequeños o inexistentes*.

Aparentemente la depresión está infradiagnosticada en Atención Primaria, aunque esto se determina fundamentalmente en estudios transversales o de corto recorrido mientras **otros** que continúan el seguimiento sugieren que los casos acaban emergiendo (en especial los más graves) mientras que muchos acaban remitiendo sin ninguna intervención sanitaria (en especial los leves y moderados). Estos últimos son, además, el grupo en el que la eficacia de los antidepresivos es similar al placebo y están más expuestos a yatrogenia, por lo que resulta poco probable que merezca la pena tratar. Encontramos por ejemplo **estudios naturalistas** más cercanos a la práctica clínica en los que no se aprecian diferencias a un año entre tratados y no tratados, por lo que no parece que los casos no diagnosticados sufran serias consecuencias. O un estudio de cohortes con seguimiento a 3 años de más de 34.000 pacientes diagnosticados según el DSM-IV en el que el diagnóstico era un pobre predictor de la necesidad de tratamiento, ya que casi la mitad no se había tratado y al final del seguimiento había dejado de reunir **criterios de enfermedad mental**. Por tanto, se generan dudas más que razonables sobre si es verdad que infradiagnosticamos, y sobre si esto tiene que cambiar.

Por otra parte, una Atención Primaria donde exista **longitudinalidad** (esa

entelequia) implica un cupo de personas asignadas, conociéndose bien a muchas de ellas, y un barrio y unos contextos culturales y socioeconómicos que también son familiares. No es así en muchos centros donde se realizan los estudios de cribado, fundamentalmente en UK y US, donde no tiene por qué existir el concepto de cupo o la relación de conocimiento mutuo entre profesional y población. Dada la importancia de la vivencia, las causas y los contextos en la salud mental, llama la atención que frente a la variabilidad de los diagnósticos, una concordancia baja entre unx médicx de familia y una escala diagnóstica **se interprete sistemáticamente** como incapacidad o ignorancia del primero. Pero no sólo genera dudas el introducir otra herramienta (más) que uniformiza hasta lo artificial la experiencia personal y clínica, que no está validada para un cribado poblacional (se presentan 3 o 4 escalas distintas que cada estudio usa a su criterio), y presenta como objetiva una medición cuantitativa que varía según **el punto de corte** que se establezca. También la validez de escalas y pruebas experimentales en contextos clínicos se ha puesto en cuestión más de una vez, incluso en temas menos resbaladizos que la salud mental. De entre las muchas respuestas críticas a estas recomendaciones, otros estudios sugieren sustituir la escala por **dos simples preguntas** (basadas en ánimo deprimido y anhedonia) y nosotras planteamos si no sería mejor interesarse *poblacionalmente* por cómo están nuestros pacientes (esto está ya inventado y se llama bio-psico-social) en lugar de preocuparnos por etiquetarlos.

Por si fuera poco nos cuesta mucho aceptar que los daños derivados del screening sean “pequeños o inexistentes”. Dar un diagnóstico supone dibujar un marco interpretativo alrededor del síntoma que puede generar estigma, infantilización de la población, desplazamiento de la responsabilidad de los problemas socioeconómicos y medicalización del sufrimiento; así como efectos secundarios tanto de la psicoterapia como de los psicofármacos que vienen de la mano del diagnóstico. Porque, si no es para tratar, ¿para qué queremos diagnosticar precozmente?

“Tratar”. Aquí nos encontramos con otro frente incómodo. La prevalencia de la depresión **se multiplicó** por **1000** tras la aparición de los ISRSs. Aunque esas moléculas estaban conceptualizadas como un tratamiento resultaron ser un instrumento francamente efectivo de diseminación del diagnóstico. Al igual que Foucault sostiene que son los sistemas jurídicos los que producen aquellos sujetos a los que dicen representar, de pronto el tratamiento de la depresión produce la patología que pretendía tratar. Hasta la aparición de los ISRSs los tratamientos indicados para la depresión implicaban una serie de efectos adversos de gravedad no desdeñable, que a la luz de las décadas parecían contener esa producción diagnóstica. Durante esa época la entidad nosológica de la melancolía suponía un misterio y motivo de enardecido debate para todos lxs psicopatólogxs. Imposible de encuadrar de forma clara en las psicosis o las neurosis, la extrema gravedad que



solían alcanzar los síntomas, el nivel de deterioro psicosocial asociado y la frecuente concomitancia de ideación delirante respaldaban la apuesta por su idiosincrasia psicótica. Esa discusión resulta implanteable ante la presentación habitual del síndrome ansioso-depresivo. La melancolía, si la buscamos en el actual diagnóstico de depresión psicótica, mantiene una prevalencia análoga a la que tenía antes de la irrupción de los ISRSs en la maquinaria diagnóstico-discursiva. El constructo ansioso-depresivo llamado hace escasas décadas *tristeza, tribulaciones, desdicha o aflicción* prolifera en todos los niveles de atención clínica, sin que tengamos nada claro que la calidad de vida de quienes

reciben ese diagnóstico mejore gracias a ello.

Ante un tratamiento que hace proliferar la enfermedad en vez de paliarla/contenerla cabría preguntarse ¿sólo hay más diagnóstico o la sociedad ha cambiado suficiente como para que se produzca más melancolía que en décadas previas? Como se postula para el TDAH, **quizá ambas opciones sean correctas**. Ahora bien, el discurso en torno al sufrimiento personal en las épocas previas a la proliferación diagnóstica del síndrome ansioso-depresivo distaba de ser idóneo. Desde la culpabilización *valle-de-lágrimas*, a la privatización de toda discordancia con lo establecido *la-ropa-sucia-se-lava-en-casa*, la normatividad castrante basada en el

honor y el patriarcado *veinte-años-sin-color-ni-celebraciones-por-la-muerte-de-un-padre*, numerosos mecanismos asumidos por la comunidad para manejo de ese sufrimiento han perpetuado durante siglos el dolor y la incapacidad para la toma de elecciones vitales.

Así, la problemática derivada del sobrediagnóstico, fundamentalmente por la iatrogenia química pero también por el discurso biocomercial, es clara pero ¿hay alguna forma de negar la asunción "sufrimiento = desequilibrio neuroquímico" en el cerebro sin invocar los discursos anteriores? Y más importante, ¿quién debe decidir qué discurso se escoge para comprender el sufrimiento propio? La producción científica basada en hipótesis neuroquímicas nunca confirmadas pero publicitadas como realidad férrea es extremadamente poco ética. Ahora bien, si un paciente, fuera del discurso serotoninico, hace un relato de su malestar asimilándolo a una entidad nosológica, a un proceso anómalo y lesivo a combatir de forma frontal, ¿a quién corresponde validar o no esa elección? Por otra parte, en una sociedad asentada sobre una máquina que de forma inexorable convierte en producto de consumo cada elemento vital, ¿tenemos alguna responsabilidad en evitar que salud y sufrimiento mentales se conviertan también en productos de consumo? En este contexto, ¿qué significado político tiene diagnosticar depresión? Y, volviendo al origen, ¿qué significado político tiene buscar de forma activa un diagnóstico cuando el sujeto no ha escogido ese discurso?

Cribar a la población que acude a la consulta es enfocar una luz a sus pies para ver de qué lado de una línea están. Pero cuando la línea que traza la frontera entre lo terrenal y lo sanitario, lo normal y lo patológico, no se trata de un *gold standard* analítico/de imagen, sino de un cambiante (y expansivo) consenso de expertos con manifiestos **conflictos de interés**, usarla como divisor parece poco objetivo. Además, mirando a los pies dejamos fuera de foco el contexto sociofamiliar y el camino por el que la persona llega a nuestra consulta. ¿Podemos decir que está deprimida Ana, madre separada de dos hijas, que lleva 4 años en paro, acaba de recibir la notificación de desahucio y no puede dormir por la angustia? ¿O lo llamamos pobreza, soledad, injusticia social o miedo? La forma de nombrar tiene valor performativo y condiciona nuestras decisiones y expectativas, por lo que **no es lo mismo** usar un código Z que un diagnóstico psiquiátrico. Muy probablemente uno nos conducirá a realizar una escucha empática, devolver lo reactivo de los síntomas y animar a que busque soluciones en otro sitio (y probablemente a plantearnos nuestras decisiones como votantes, consumidoras, ciudadanas) y el otro a proponer psicoterapia, fármacos, o ambas.

A la vez, desde el ejercicio técnico estamos contribuyendo a la construcción de una única forma de legitimar el sufrimiento: categorizarlo como enfermedad, como entidad medible y demostrable por un *instrumento infalible*

como es la ilusión social que se construye en torno a la ciencia médica. Tras la expresión "tengo una depresión de caballo" se esconden multitud de mandatos sociales. Qué reacciones son las apropiadas y cuáles no según cada situación, cuál es el salvoconducto para llorar en público, para no ir a trabajar, para reclamar cuidado o para escoger aislamiento. El diagnóstico, que intramuros de la consulta pretende marcar un retorno a un estado saludable se convierte en un manual de **buen comportamiento** para damas y caballeros, como los ha habido en todas las épocas. Más allá de la eficacia de los abordajes, el diagnóstico tiene una utilidad indiscutible, eso sí, justificar la adjudicación de incapacidades laborales transitorias y permanentes, que eximan al/la trabajadorx de acudir a su puesto de trabajo sin, a priori, sufrir represalias por ello. La utilidad de esta posibilidad es innegable para todo aquel que pretenda asumir que el trabajo es desempeñado por personas. Ahora bien, esto nos llevaría a la eterna pregunta: ¿es el/la médicx quien tiene que legitimar ese sufrimiento? ¿Validarlo en torno a escalas que comparen las repercusiones somáticas de cada unx en situación de adversidad? ¿Es el criterio clínico, basado en datos supuestamente objetivos como las ideas de culpa, el deseo de suicidarse, la capacidad de dormir y/o comer, etc el único o el más apropiado para designar quién debe estar exento de trabajar debido a su sufrimiento psíquico? Volveremos a este punto en próximos artículos, pero esa discusión escapa a la intención de este texto, ya que ni siquiera nos centramos en aquellos diagnósticos que tienen esa potencial utilidad de proteger a unx

trabajadorx en un momento de desbordamiento, sino en aquellos que se buscan de forma proactiva.

Que utilizando un cribado instauremos estos diagnósticos basados en unos síntomas concretos minimiza la incómoda incertidumbre de ambas partes, pero también aniquila la subjetividad, sin tener en cuenta las **conceptualizaciones** de la salud-enfermedad ni sus expectativas. El sufrimiento se convierte en algo sobrenatural, intolerable y anormal sobre lo que hay que intervenir, en lugar de acogerlo y darle un sentido dentro de la narrativa propia de la paciente. El saber médico, su lenguaje y su aparato de pensamiento colonizan entonces los saberes, lenguajes y pensamientos que construyen la comunidad.

Así pues, nos resistimos. Centrar la atención en el cribado no sólo supone un riesgo de medicalizar el sufrimiento y hacer daño. También distrae nuestra atención de lo que pasa a nuestro alrededor (el patriarcado, el individualismo, el biologicismo, la pobreza, la desigualdad) construyendo un presente de alivio sintomático y planicie emocional en el que la respuesta no es la resistencia, sino la resignación.

(multi)Resistencias al cambio: un diálogo entre dos miradas.

por **Carmen López Fando** y Alfonso López Fando

Quando no somos capaces ya de cambiar una situación, nos enfrentamos al reto de cambiar nosotros mismos.
Viktor Frankl (1905-1997)



Nos cuesta cambiar aunque sea para bien. Salir de nuestra zona de confort, aunque no sea cómoda, supone salir del patrón de carácter y de relación al que nos hemos acostumbrado. En muchas ocasiones, experimentamos (multi) resistencias a lo nuevo, a lo diferente, al cambio. Esta puede ser una de las

grandes paradojas de nuestra vida: somos cambio, creación, co-creadores, nuestras células son buena muestra de ello y, sin embargo, tendemos a la repetición, a la rutina, al estancamiento.

Somos trans-formación, trans-ito. Si lo acogemos fluimos. Si no nos aceptamos así, enfermamos. "Nos bloqueamos". La Tierra se mueve a 280.000 kms. por hora así que es imposible que estemos ahora donde estábamos ayer. Sufrir no es otra cosa que resistirse a lo que es. Intentar que lo que tiene que suceder no suceda, o que lo que tiene que irse, no se vaya, es sufrimiento. Parece más saludable que ya que nos tras-ladamos, lo hagamos conscientes y con gusto.

Hay un beneficio secundario que justifica no cambiar. Podríamos vivir más sanamente, más conscientes, más presentes, más responsables, más libres pero vivir así tiene un coste que muchos no estamos dispuestos a aceptar, aunque lo formulemos como deseo cada día.

Vivir desensibilizados, negando lo que sucede, no permitiendo que nos afecte, tiene el coste de no vivir conectados con nuestra esencia pero el beneficio de adjudicar al afuera, a los otros (nuestros padres, nuestra sociedad, a nuestros compañeros/as ...) la culpa de nuestros males y así no tener que decidir, apostar y arriesgarse al cambio.

Vivir alimentados de introyectos, de pre-juicios, opiniones convertidas en certezas sin masticar y contrastar, tiene el precio de no experimentar por una misma la vida que tenemos delante, pero tiene el beneficio de vivir protegidos/as , amparados en el miedo

de otros, con la seguridad que da vivir en una pequeña burbuja.

Vivir proyectando en los demás para que sean otros los que cambien el mundo que no nos gusta, tiene el precio de terminar viviendo en el espacio que nos dejan, no el que elegimos, pero tiene el beneficio de sobrevivir sin hacerse cargo de la realidad y no hacerse responsable de su transformación.

Vivir transformando la energía de la acción en pensamientos o en sentimientos de lamento y queja, tiene el coste de hacerse daño y enfermar, pero tiene el beneficio del victimismo, del desamparo y el abandono de nuestra propia capacidad para elegir cómo queremos vivir y hacerlo real.

Vivir desviando nuestra energía en pequeñas tareas urgentes, tiene el coste de no andar centrados en lo importante, pero también por eso pagamos el precio de nuestra continua insatisfacción en la que ningún logro nos parece suficiente porque realmente no alimentamos lo esencial de nuestra vida.

Vivir enganchados y confluyentes con el entorno tiene el precio de hacernos dependientes y perpetuar patrones infantiles pero tiene el beneficio de creer que como no podemos vivir sin el otro. De que son los demás los responsables de encontrar el sentido de nuestra vida y son los otros los que deben hacer algo para que nosotros seamos felices.

Vivir sanos es vivir despiertos, es preguntarse, contrastar, explorar, atreverse a cambiar. Atravesar la

pereza, el miedo, la vergüenza como resistencias emocionales al cambio. Curar heridas, hacer cicatriz, y atreverse a cambiar relaciones enganchadas en el pasado por vínculos renovados en el presente. Cuidar-se y cuidar, atravesar el individualismo social en el que crecemos y cambiarlo por una mirada más amplia, más cierta. El sujeto del ser humano no es un yo aislado no es solo individuo, es persona, es nosotras/os. Es Comunidad. Somos Comunidad.

Nuestra tarea es habitar los contextos privados y públicos en los trabajamos y vivimos. Muchas veces no se nos invita a hacerlo en esta sociedad acomodada. Cuerpo y alma estancados se resisten. Por eso los cambios necesitamos hacerlos juntos, juntas, muchos, aleteos de mariposa, para que unos y otros nos ayudemos a atravesar las (multi) resistencias que tenemos por inercia.

Este texto es fruto de unas cuantas conversaciones inacabadas en distintos espacios (horas juntos, emails, intercambios de libros, ...) a lo largo de nuestros días. Somos: Alfonso López Fando (Gestalt Coach y Psicoterapeuta Gestalt del Centro CLAVES de Badajoz) y Carmen López Fando (médica de familia y parte de Colectivo Silesia) para este número de Multirresistencias.

Lopez-Fando, A . Proceso terapéutico individual. Resistencias emocionales al cambio. Tesis doctoral. ([Disponible aquí](#))

Pierret, G. La Terapia Gestalt. Su práctica en la vida cotidiana, ed. Dilema y Mandala ed., Madrid, 1990

Municipalismo y salud: el lado débil de la cuerda.

por Vicky López y Javier Padilla.

Los municipios tienen que ser agentes centrales en las políticas de salud porque están más pegados a la realidad de la gente. Los municipalismos deben saber enarbolar iniciativas de salud en todas las políticas. El lugar idóneo para realizar unas políticas de salud basadas en determinantes es el ámbito de lo local porque es desde donde parte todo lo demás. El derecho a la salud pasa, indefectiblemente por el derecho a la ciudad.

Estas son algunas de las frases que pueden aparecer al hablar de políticas e iniciativas de salud en el ámbito de lo local. Sin embargo, la realidad material de los municipios en España en estos años es mucho más compleja que cualquier eslogan. La expropiación de

competencias gracias a la actual regulación de las entidades locales, así como otros factores de ahogo a su capacidad para desarrollar políticas propias y distintas -especial mención merece la limitación a la tasa de reposición, que merma las plantillas de trabajadores y trabajadoras municipales e incentiva la contratación de servicios con entidades privadas, así como la regla de gasto y otras tantas joyas que limitan el presupuesto año tras año y nos obligan a destinarlo al pago de la deuda-, suponen un techo que ha dejado de ser de cristal para convertirse en hormigón.

Decía Eduardo Galeano que *lo único que se construye desde arriba son los pozos*, y esto es algo que se materializa como real cuando se trata del ámbito de la salud. En general, las políticas de salud se caracterizan por una notable verticalidad y un sentido desde arriba hacia abajo; por un lado, esto ocurre



porque la tecnificación de todo lo que tiene que ver con la salud ha supuesto una concentración de saberes y poderes por parte de las élites técnicas, que son quienes miden las necesidades -o determinan cuáles son-, diseñan los programas, las políticas y las implementan; por otro lado, esta verticalidad ocurre también por un tema de escala; en el ámbito de *lo político*, durante los años de expansión de las instituciones públicas en nuestro país, *la salud* quedó identificado con *la sanidad*, y ésta siempre ha sido un asunto de instituciones de rango mayor: el Estado y las Comunidades Autónomas. Conseguir la conversión de estructuras de gran escala en ámbitos de participación y construcción de abajo a arriba es complicado, especialmente cuando todo camina hacia la verticalización desde arriba y la tecnificación de todo.

Sin embargo, hay esperanza. Paralelamente a la construcción material de políticas de salud muy tecnificadas, poco participadas, muy verticales y de gran escala, se ha ido construyendo cierta conciencia colectiva de la importancia de la visión de *salud en todas las políticas públicas*; esta difusión de la salud en las políticas de urbanismo, medio ambiente, empleo, igualdad u organización del territorio supone una interpelación a la creación de desarrollos de *la salud* más allá de *lo sanitario* y, sobre todo, mucho más allá de *lo vertical*.

El ayuntamiento de Madrid con sus medidas anticontaminación, el ayuntamiento de Barcelona con sus políticas sobre vivienda, la apuesta por la energías renovables del Ayuntamiento

de Cádiz, las políticas municipales de bicicleta de Sevilla,..., son ejemplos de que las entidades municipales tienen mucho que decir en el ámbito de desarrollar políticas que mejoren la salud de las personas más allá del ámbito de lo sanitario.

Entonces, ¿qué quiere decir eso de municipalizar la salud? Rescatamos palabras de **algo que escribimos hace unos años a este respecto:**

Existe un discurso bastante predominante dentro de la política sanitaria que dice que los ayuntamientos no tienen competencias en salud; esto es una consecuencia directa de haber reducido la salud a lo sanitario y lo sanitario a lo meramente asistencial. Introducir una visión de desigualdades sociales en salud en todas las políticas, conseguir que la ciudad sea saludable en su diseño urbanístico, crear entornos en los que la población pueda participar y desarrollar hábitos de vida saludables en unas condiciones de vida mejores, gozar de espacios de socialización para mejorar las redes de cuidados, tomar las riendas de las decisiones que pueden afectar a nuestra salud y la de nuestras personas más cercanas. Todo eso es municipalizar la salud; tomar las decisiones políticas que generen acciones de modo que, con un conocimiento cercano del territorio y una participación directa de la población, consigan que sea la gente la que pueda marcar la agenda y mover el volante de las políticas que

afectan a lo más inmediato de sus vidas y su salud.

El municipalismo entendido como práctica política y no sólo como ámbito de actuación, convierte los territorios en los escenarios sobre los que democratizar la salud, en los que hacer política desde lo cotidiano. Una oportunidad incomparable para recuperar ese concepto de salud expropiado y construir uno común basado en lo colectivo, replantear prioridades y virar hacia modelos de desarrollo basados en la vida y no en lo monetario (es evidente la relación entre la economía feminista y la construcción de salud en todas las políticas) y, sobre de todo, de bajar hacia lo micro para construir lo macro. Como lienzos de todo esto, encontramos calles, barrios, plazas... en los que dibujar salud y deconstruir sociedades. Experiencias de mapeos colectivos, urbanismo feminista, metodologías participativas, bancos de tiempo, procesos de dinamización locales... que se proyectan más tarde en presupuestos participativos, cartografías críticas, ciudades de los cuidados, escuelas de participación o auditorías de la deuda. Salud desde lo pequeño para construir el todo. Políticas que desbordan la institución, a partir de las resistencias, construyendo salud aún sin nombrarla.

Como si por el triaje entrara el heteropatriarcado.

por **Marta Carmona**.

Existe un reino por el que ando a menudo en el que crece una hierba llamada *resistencia*. En ese reino resistencia es el movimiento que no permite acceder a lo inconsciente, impidiendo al deseo volverse palabras, trabando y dificultando la propia evolución. Pero yo, que vi V y leí a Fortún mucho antes de oír hablar de ese reino, tengo un concepto de resistencia que se parece más al tuyo que a ese. En ese reino al que voy hay otra planta, llamada *contratransferencia*, que sí he vuelto oficial para mi día a día. Te traigo hoy una historia construida sobre la contratransferencia de un reino y la resistencia de otro.

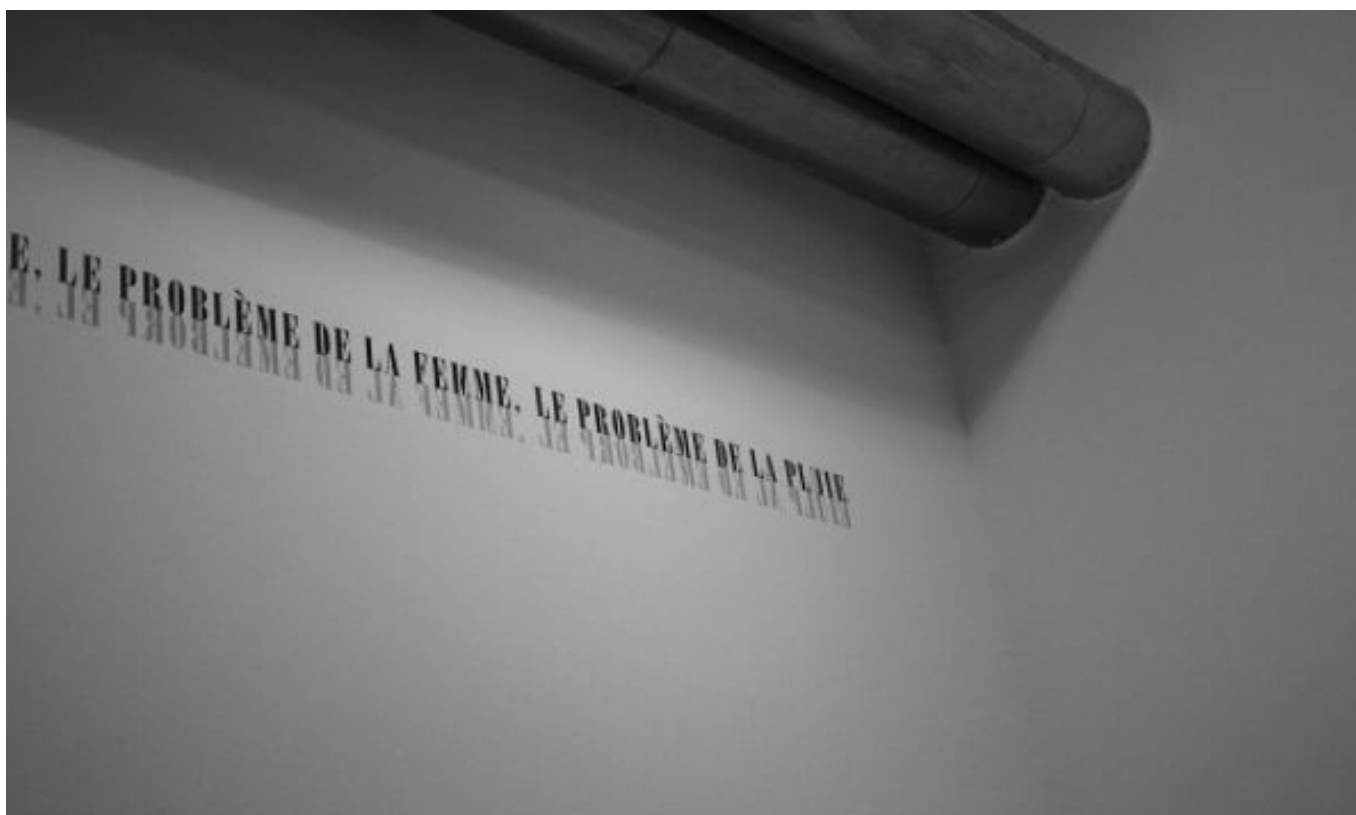
Hay contratransferencias atroces. De congoja, de vacío, de rabia, de extenuación, de pavor, de soledad extrema. Las hay estupendas. De comunidad, de esperanza, de alivio, de confraternización.

De entre todas las contratransferencias que he conocido (y conoceré) la para mí más horrible es la que atruena cuando atiendo a un paciente que viene a psiquiatría porque quiere matar a su mujer. Desconozco los números y los datos de cuánto pasa esto a nivel poblacional. A mí me ha pasado bastantes veces. La salud pública y sus vapores son axiales en este su colectivo amigo y no hablaré aquí de su importancia, ya la conocen. Pero la salud pública no entiende de contratransferencias. La contratransferencia la experimentáis tú y (con suerte) tu coterapeuta, con cara

de pazguatas las dos, ante la ola que bate por fuera y la que bate por dentro. Inefable e in-gif-able. No sé si lo que yo he visto es replicable o reproducible. Así que no sé qué proporción de los maltratadores viene, ni si los que vienen son los que luego matan y después/durante se matan, no lo sé, no sé dónde mirarlo. Y aunque lo buscara y lo viera transformado en datos, esos datos se acercarían a lo que hablo pero no serían *de lo que te estoy hablando*. Tampoco hablo de alguien que, en contexto de un trastorno mental grave que le rompiera el pensamiento, pudiera tener esa idea (de estos no he visto ninguno, alguno habrá, como hay de todo, pero es anecdótico). Hablo de hombres sin trastorno mental grave, a veces sin ningún trastorno, a veces con una ansiedad leve que en un contexto no medicalizador ni siquiera estaría descrita como trastorno. Que vienen y

dicen "si no me ayudáis a pararme la voy a matar".

Es como si te llamaran de triaje porque ha venido a filiarse el patriarcado. De residente siempre le decía a un adjunto que necesitábamos un ajedrez en nuestro box de urgencias por si un día se filiaba la Muerte por un cuadro de ansiedad, y a ver qué hacíamos si no para atenderla. Pero cuando se filia el patriarcado no puedes deflagrar el patriarcado porque sigue siendo un señor al cual tienes obligación de atender, sin discriminación de ningún tipo (bien claro lo dejan el régimen sancionador y la ética, tanto la que pretenden apropiarse los neutralistas-que-sonríen-al-nazi-y-dan-caridad-al-pobre como la que intentamos defender nosotros). Pero si tienes que atender a un señor que quiere matar a su mujer, no es lo



mismo atenderlo por su dolor abdominal o incluso su insomnio que atenderle *porque quiere matar a su mujer*. No sé cómo lo manejan las demás. Yo te puedo contar cómo lo manejo yo. Que es mal. Lo manejo mal.

Por una parte te vienen a la cabeza todos los maestros que has tenido y te han instruido en no medicalizar, no psiquiatrizar, no psicologizar conductas que no son trastornos psiquiátricos. Ni un violador ni un maltratador son enfermos, son hijos sanos del patriarcado. Más allá de que medicali/psiquiatri/psicologi-zar sea malo a nivel global (eso de las construcciones de discurso que hablamos Siempre), también en el caso individual implica desresponsabilizar (o al menos atenuar la responsabilidad) de quien está planteándose una conducta delictiva. Por otra parte puedes-debes (según el caso) avisar a la policía y al juzgado para poner en su conocimiento la situación. Aunque casi nunca sea como dicen las guías (esto sí se puede encontrar fácilmente), porque cuando ves esta situación en la realidad es medio blanco medio negro, es un día de estos la mato pero a lo mejor hoy no, pero a lo mejor hoy sí; no es un "la voy a matar ahora", que es fácilmente resoluble con dos llamadas.

A veces (menos veces, pero me ha pasado unas cuantas también) el hombre que quiere matar a *su* mujer (gracioso el lenguaje que te obliga a decir lo que no quieres) viene acompañado de su familia, que en la mayoría de los casos le apoya. A veces es la familia de él. A veces es la familia

de ella. A veces te encuentras hablando con una pareja que dicen que están tan asqueados de "lo que le está haciendo su propia hija a este chico tan bueno que prefieren verla bajo tierra, o bajo las ruedas de un coche". Y lo que está haciendo la hija es querer separarse de *su* marido (gracioso el lenguaje, otra vez). A veces la familia, de él o de ella, te pide un parte de lesiones psicológicas para demostrar que es ella la que le maltrata a él y él *tiene que pegarla*.

Tú no la conoces a ella. Ni le conoces a él ni a la(s) familia(s) más que de un rato. Pero sabes qué es el patriarcado. Sabes qué son las náuseas, las ganas de morirte, jubilarte y estudiar otra carrera, todo a la vez. En clínica y en la vida en general hay que contrastar las informaciones. Pero hay casos concretos en los que, de verdad, no hace falta. No hace falta contrastar qué motiva que un sistema familiar esté legitimando matar a alguien por una petición de divorcio. O unos cuernos o sospecha de ellos, o cualquier elemento de la vida relacional que podrá gustar más o menos, doler menos o más, pero no puede ni remotamente explicar la necesidad de matar a alguien.

Por otra parte, mientras intentas ordenar todo esto piensas, siempre se dice "matan a su pareja y se suicidan después, por qué no alterarán el orden", y esta vez tienes delante a alguien que antes de hacerlo está intentando impedirlo. Que está pidiendo ayuda. Desde el lenguaje del patriarcado, porque es donde vive, sueña y piensa, pero pidiendo ayuda al fin y al cabo. Aguantas el tipo. Te reafirmas en que no tendría sentido una expulsión.

La pantalla que se abre ahora mantiene la consigna de no medicali/psiquiatri/psicologi-zar pero además la eterna deconstrucción del rol de psiquiatra clásico, rol que no quieres contribuir a perpetuar. Podrías atribuirlo todo a un diagnóstico construido ad hoc, cancelar toda otra narrativa, pugnar por un hueco explícito en el DSM 6, hundir las ideas bajo megadosis de fármacos que acabaran a la larga con todo rastro de voluntad. "No es culpa suya, es una enfermedad, sólo tiene que tratarse". Pero no es para eso para lo que deben servir los diagnósticos, ni los tratamientos, ni la psiquiatría; ni con los maltratadores ni con nadie. Tienes unas herramientas que, mal usadas, posibilitarían hacerlo, pero no lo puedes hacer. Supongo que los cirujanos también tienen esta sensación. Como esta profesión consiste en poner palabras, puedes entonar el sortilegio que te saca de la situación. XXXXX tú eres responsable de tus actos, yo te puedo ayudar a tranquilizarte, que seguro que te ayuda a decidir mejor, pero me estás hablando de algo muy grave, de un delito, y la responsabilidad de tus actos es exclusivamente tuya. La situación se suele calmar, el paciente suele desdecirse del plan, la familia (donde digo familia puedo decir entorno, amigos, compañeros, ya me entienden; que busquemos lo comunitario no quiere decir que la comunidad haga siempre lo bueno) suele mantener la narrativa pero de una forma más calmada. Te acuerdas de mujeres maltratadas a las que has atendido y te han contado cómo un amigo del maltratador, policía de profesión, le dijo ante testigos "ahora con la ley ella te puede buscar un lío serio, así que haz cosas que no dejen

marca, como escupirle en la boca". Te inquieta más el entorno que alienta que el que ejecuta. No tienes claro si eso tiene sentido o es que has tenido que crear un escotoma para poder tratar con el/al maltratador y niegas esa dimensión en él y no en su entorno. Te das cuenta de que no te puedes fiar de lo que opinas (pasa mucho en este trabajo. Igual en otros también, no sé, yo te hablo del mío). Se van. ¿Buscar el teléfono de la mujer para avisarla de la situación infringe alguna ley? ¿Avisar al médico de cabecera de esa mujer? Si se ha desdicho del plan de matarla ¿tengo que avisar al juez? ¿Debo hacerlo? ¿La pongo en peligro más aún?

¿He psiquiatrizado la violencia patriarcal? ¿Hay alguien intentando psiquiatrizarse esa violencia o es el movimiento natural en la sociedad tal y como la entendemos? ¿Puedo vomitar después de ver pacientes o hay que esperar al cambio de guardia? ¿Qué hago con la residente, que lleva descompuesta un rato? ¿Cómo se resiste al patriarcado? ¿Cómo se resiste al patriarcado cuando el lenguaje de tu profesión no lo concibe? He leído miles de informes, he escrito puede que algún millar también. Sólo he visto dos veces escrita en ellos la palabra "heteropatriarcal", ninguna de las dos veces fui yo. ¿Puede una doctrina pretendidamente ateórica explicar el comportamiento de alguien que quiere matar a su mujer porque considera que está en su derecho a hacerlo?

Me releo y pienso, no cuento nada que no sea, en el fondo, el conflicto al que se enfrenta todo el mundo en su trabajo, en sus relaciones, en su vida. Yo lo meto en mi marco profesional, que

es muy especialito pero, en sí, el fenómeno es bien conocido. Obviedades. Me pregunto qué dirán los representantes de Éticaindustria en torno al derecho a la intimidad de los pacientes que acuden con esa demanda. Releo atentamente, no hay ningún caso reconocible porque todo lo que ejemplifico me ha sucedido varias veces, en situaciones distintas, ciudades distintas, comunidades autónomas distintas. O qué dirán quienes empezaron a leer esto buscando algún tipo de solución propositiva, de la que tampoco he hablado. Así que creo que sólo hablo de mi contratransferencia.

De mi resistencia no, porque no sé cómo hacerla.

Resistencias a caminar un palmo sobre el suelo.

por **Javier Padilla**.

“Sólo es un trabajo”.

Posiblemente es la forma más resumida que conocemos de quitarle heroicidad y dramatismo a la profesión médica.

“Sólo es un trabajo”.

En las últimas décadas la profesión médica “ya no es lo que era” (dicho esto encendiendo un puro a la salida del hospital); esto se debe básicamente, según quienes se lamentan de ello, a la entrada de personas pertenecientes a hogares de rentas medias-bajas (beca mediante, en muchas ocasiones) en las facultades de medicina, **la proletarización** y posteriormente la precarización de lxs médicxs así como, entre otras cosas, el cambio de

paradigma de la práctica asistencial desde un modelo basado en la explotación intensiva y paternalista de la asimetría de conocimiento hacia otro en el que la asimetría de conocimiento clínico se contraponen a la asimetría de conocimiento-voluntades-preferencias de la subjetividad del paciente.

Ese “**para hablar con un médico hace falta otro médico, es un problema de simetría**”, que decía el Pérez-Reverte de la profesión médica, Rafael Matesanz, evidencia una visión de la profesión que tal vez deberíamos hacernos mirar. Esa simetría no encontrada con nadie que no sea una imagen especular de uno mismo dice mucho de una medicina ensimismada e **intelectualmente onanista**, que cree que para mirar a la sociedad se tiene que poner las gafas de lejos porque no es algo que le quede muy cercano.

La profesión médica, si es que existe más allá que como agregado de personas (no nos referimos a la conceptualización del ejercicio de la medicina), nunca se ha caracterizado ni por su buena lectura de la realidad social ni por su capacidad para encabezar cambios sociales*. No solo **por la huelga de médicos en Canadá cuando se universalizó la asistencia sanitaria**, la participación sistemática **en torturas** o en la ejecución de la **pena de muerte**, sino también por el intento de mantener un status que se rompe cuando se horizontaliza al médico con respecto al resto de la sociedad.

“Solo es un trabajo”.

Para muchxs de lxs que formamos parte de este colectivo, ser médico es un trabajo, no una identidad emanada del



fondo de nuestros seres desde la más tierna infancia. Nos puede gustar más o menos, pero no es la condición de médicos la que nos otorga cierta preeminencia en la consecución de derechos laborales o sociales. Esta visión desmistificada de la profesión médica no es sinónimo de una mercenarización de la misma, sino que defendemos que muchos de los dilemas éticos y morales que se plantean como únicos en nuestra práctica también son compartidos por otros colectivos (algunos de ellos también del ámbito de la sanidad).

Habitualmente, cuando alguien plantea que los médicos hemos de desprendernos de nuestra capa de superhéroes para acercarnos hacia una práctica más normalizada dentro de la sociedad se nos acusa de sustituir lo moral por lo administrativo, convirtiendo

el quehacer médico en una labor técnica sin otro valor más allá que el de la aplicación de acciones concretas desprovistas de valores.

Nada más allá de eso, de lo que hablamos es de deselitizar una profesión que en la actualidad vive una especie de nostalgia con olor a naftalina, añorando tiempos en los que formaba parte de ese 1% de élite social y que lo que lamenta no son las desigualdades sociales, sino haber dejado de formar parte colectivamente del vagón de cabeza de las mismas.

Se puede criticar a la medicina heroica por la vía de la burocratización (y su cercanía con prácticas que Arendt podría acercar a la banalización del mal o Baumann a la preeminencia de lo administrativo sobre lo moral) o por la vía de la centralidad de una ética de lo colectivo dentro de la práctica médica.

Nos quedamos con lo segundo, con la fuerte idea de que la deselitización no es una vía para la conversión de la consulta en una cadena de montaje, sino en un camino para la transformación de la medicina en algo más parecido a la sociedad de la que forma parte. Muchos son los textos que han escrito esto mejor que nosotros, aquí solo dejamos tres párrafos de algunos de ellos; el primero del imprescindible John Berger en "un hombre afortunado"

"No hay muchos médicos que sepan diagnosticar bien; ello no se debe a que carezcan de conocimientos, sino a que son incapaces de comprender todos los datos posiblemente relevantes, no sólo los físicos, sino también los emocionales, históricos y medioambientales. Buscan una afección concreta en lugar de buscar la verdad sobre la persona, lo que podría sugerirles varias. Se dice que con el tiempo los ordenadores terminarán diagnosticando mejor que los médicos. Pero los datos que se introduzcan en el ordenador tendrán que ser el resultado de un reconocimiento íntimo e individual del paciente".

El segundo de Ernesto Guevara al hablar en la inauguración de un curso organizado por el Ministerio de Salud Pública de Cuba.

"Muchas veces debemos cambiar todos nuestros conceptos, no solamente los conceptos generales, los conceptos sociales y los filosóficos, sino también, a

veces, los conceptos médicos, y veremos que no siempre las enfermedades se tratan como se trata una enfermedad en un hospital, en una gran ciudad; veremos entonces cómo el médico tiene que ser también agricultor, un poco pedagogo... como tendremos que ser políticos también; como lo primero que tendremos que hacer no es ir a brindar nuestra sabiduría, sino ir a demostrar que vamos a aprender con el pueblo"

Y por último, éste de Normand Bethune, de un libro básico para la memoria (pasada, presente y futura) médica:

"¡Qué vergüenza enriquecernos a expensas de las miserias de nuestros semejantes! Déjennos organizarnos de modo que no podamos seguir siendo explotados, como lo hemos sido hasta ahora, por nuestros políticos. Déjennos volver a definir la ética médica -no como código de etiqueta profesional entre médicos, sino como código de moralidad y justicia elementales entre la medicina y las personas-."

Probablemente la orientación comunitaria de los servicios de salud empiece por unx mismx.

* Salvo maravillosas excepciones -**mención especial a Normand Bethune**-; pero las excepciones no suelen tener capacidad para constituir la denominación de "clase".

#Silesiarecomienda

que veas...

¿Qué es el urbanismo feminista? por el Col.lectiu Punt 6.

<https://www.youtube.com/watch?v=dl4TOCPMMBA>

[Girlhood](#) (Bande des filles) de Céline Sciamma

[Criando Ratas.](#)

[Paris is burning](#)

[Si può fare](#)

que escuches...

[Lisistrata](#) de Gata Cattana

[La Celestina](#) de Lhasa de Sela

[Katyusha](#) (la explicación del vídeo me ha encantado, no lo he podido evitar)

[Fuel my fire](#) de L7

que leas...

S.T.A.R ([Street](#) [Transvestite](#) [Action](#) [Revolutionaries](#))

[Mujeres en la hoguera](#)

Candidatos presidenciales ¿locos?

<http://aen.es/blog/2016/09/13/mientras-tanto-en-internet-candidatos-presidenciales-locos/>

Medicamentos que no podremos pagar: una llamada a la acción.

http://www.eldiario.es/tribunaabierta/Medicamentos-podremos-pagar-llamada-accion_6_566653356.html

Por cuatro duros

<http://capitanswing.com/libros/por-cuatro-duros-como-no-apanarselas-en-estados-unidos/>

Luces y sombras en rehabilitación psicosocial

<http://aen.es/FlipBook/index-aen2.html#p=21>

La medicina social y su función biopolítica

<https://t.co/3veUnmwpNV>