

# Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida.

## *Trauma, vulnerability and resilience. Pathologization of “traumatic” life events.*

Federico Menéndez Osorio.

Psiquiatra, A Coruña.

**Resumen:** Se hace una reflexión acerca de lo que se entiende por trauma, vulnerabilidad y resiliencia. Así como un cuestionamiento de la medicalización y psicopatologización de los sucesos y malestares de la vida.

El lenguaje terapéutico que etiqueta en general de “trauma” –como patología– a las consecuencias de los sucesos y catástrofes o al sufrimiento, supone confundir trauma con impacto y una visión reduccionista, mecanicista y canónica de dichos fenómenos y acontecimientos impactantes, sobrecogedores y dramáticos de la vida.

Esta psicopatologización de los hechos y sucesos “traumáticos” implica una colonización psi que considera al ciudadano como alguien frágil, vulnerable, pasivo, dependiente, sin capacidad de iniciativa ni de acción, en definitiva, como víctima y por tanto necesitado de terapias, expertos, guías, salvadores y medidas técnico-sanitarias.

Frente a esta patologización de los sucesos y acontecimientos de la vida, se exponen experiencias concretas de catástrofes, que muestran por el contrario la capacidad de respuesta ciudadana de empatía, altruismo, creatividad y superación, de participación activa e iniciativas de acciones colectivas y comunitarias de resolución de problemas, de apoyo mutuo y solidaridad.

En ocasiones, ante determinados sucesos y malestares de la vida, podemos necesitar ayuda, cuidados y atención terapéutica o de otro tipo, cuando lo precisemos y demandemos, pero esto no supone que se nos tutele, incapacite e infantilice, haciéndonos dependientes, pasivos y frágiles ante toda adversidad y sufrimiento. Ni tampoco convertir los procesos y adversidades de la existencia humana en problemas médicos.

La revista *British Medical Journal* en 2001 –otras revistas lo han manifestado más recientemente– daba la voz de alarma y nos advertía de la creciente tendencia a clasificar como enfermedad los problemas de la gente y proponía un pacto social contra la medicalización de la vida.

**Palabras clave:** Trauma. Vulnerabilidad. Resiliencia. Psicopatologización de los sucesos “traumáticos”. Medicalización de la vida.



**Abstract:** A reflection is made about what is meant by trauma, vulnerability and resilience. As well as a questioning of the medicalization and psychopathologization of the events and discomforts of life.

The therapeutic language that generally labels the consequences of events and catastrophes or suffering as “trauma” –as pathology– involves confusing trauma with impact and a reductionist, mechanistic and canonical view of such shocking, overwhelming and dramatic phenomena and events of life.

This psychopathologization of “traumatic” events and events implies a psy colonization that considers the citizen as someone fragile, vulnerable, passive, dependent, without capacity for initiative or action, ultimately as a victim and therefore in need of therapies, experts, guides, rescuers and technical sanitary measures.

Faced with this pathologization of the events of life, concrete experiences of catastrophes are exposed, which show instead the capacity of citizen response of empathy, altruism, creativity and overcoming, of active participation and initiatives of collective and Community action for problem solving, mutual support and solidarity.

On certain occasions we may need help, assistance and therapeutic or other kind of care, when we need it and demand it, but this does not mean that must be tutored, disabled and infantilized, making us dependent, passive and fragile in the face of all adversity and suffering. Nor convert the processes and adversities of human existence into medical problems.

The British Medical Journal in 2001 –other journals have more recently expressed it– sounded the alarm and warned us of the growing tendency to classify people’s problems as diseases and proposed a social pact against the medicalization of life.

**Key words:** Trauma, Vulnerability, Resilience, Psychopathologization of “traumatic” events, Medicalization of life.

## El constructo de trauma y su patologización

Estamos asistiendo a una patologización como “trauma” de todo hecho o suceso impactante, sobrecogedor, dramático o trágicamente espectacular, que lleve aparejado el horror, el sufrimiento, efectos desgarradores o desastres (catástrofes, suicidios, accidentes, violencias, etc.). Se traumatiza como patológico la adversidad, lo impactante, el sufrimiento, el dolor, la muerte, el duelo, la vulnerabilidad, etc., inherentes a la vida humana.

Se confunde trauma con acontecimiento e impacto con trauma, utilizándose el término trauma en el sentido usual de choque y haciendo del trauma lo equivalente a una fractura o rotura. Como lo refiere J. Moscoso (1) “*antes del siglo XIX, un trauma era una lesión anatómica, más específicamente una fractura de huesos y articulaciones* (p. 262) ... *la palabra trauma era utilizada en el ámbito de la fisiología y cirugía; trauma se fue*

*desplazando hacia un uso psicológico ligado al rechazo del recuerdo en la conciencia y la amnesia del hecho*” (p. 263). Se entiende en ocasiones el trauma psíquico como equivalente al choque, al golpe, al impacto del suceso o del hecho, haciéndolo similar al mecanismo de una fractura o lesión anatómica, como algo mecánico y fijo en la conciencia.

En todo trauma psíquico se necesitan, al menos, dos momentos simultáneos, indisolubles, para crear un trauma. El primer momento es lo REAL, el golpe, el hecho, el suceso, el acontecimiento, lo que uno recibe o le sucede (accidentes, violencias, maltratos, muertes, pérdidas, sufrimientos, etc.). El segundo momento provoca el dolor, el desgarrar, el horror, la vivencia del hecho, la representación de lo real (2). Este momento inseparable e indisoluble del primero, es subjetivo, singular, simbólico e inconsciente. El trauma entendido como huella, como vivencia originaria, lo inasimilable, integrada en la historia del sujeto (3).

No basta vivir un suceso negativo, impactante, sobrecogedor, etc. para que produzca un trauma psíquico. Va a depender de cómo se inscribe el hecho, el suceso, en la historia de quien lo vive, de las capacidades personales constitutivas y de la resiliencia de cada uno (biológicas, genéticas, psíquicas, etc.) de las circunstancias en que se produce, así como del entorno que proporcione apoyo, acogida, poder elaborarlo y verbalizarlo, empatía, solidaridad, etc. por parte del medio. No patologizar el suceso por principio, sino en base a las necesidades y problemáticas concretas y singulares de quien lo vive, específicas y diversas que se precisen en cada caso.

Las experiencias nos muestran cómo los mismos hechos y sucesos “traumáticos” dan lugar a respuestas muy distintas, según las particularidades de cada sujeto y del cómo esos sucesos hayan sido abordados.

Cuando la representación de lo sucedido se hace con normalidad, como en todo tiempo lo hacía la comunidad integrándolo en los hechos vitales y acontecimientos del transcurso de la vida social y del apoyo mutuo y si uno se siente acogido, no culpable, no se patologizan los problemas, ni los sucesos y se permite y favorece la verbalización y elaboración de las violencias vividas, se podrá lograr que ese suceso, ese hecho o acontecimiento no se traduzca en trauma psíquico (2). Ya Taleb señalaba cómo frente al estrés postraumático habría que destacar el crecimiento postraumático en la elaboración y respuesta al mismo(4). En la misma dirección Vygotski, al referirse a la patologización o al tener únicamente en cuenta la anomalía o el defecto, señalaba que en todo déficit o sufrimiento se crean los estímulos para elaborar lo que llamaba la Compensación, proceso orgánico, fisiológico y psíquico de creación de nuevos procesos sustitutivos de defensa y superación (5). Hemos de tener en cuenta que nuestro cerebro, dada su plasticidad, está adaptándose constantemente a las condiciones concretas cambiantes de la vida y a la experiencia; de modo similar a como el sistema inmunológico se modifica en respuesta a los patógenos que encuentra.

Con respecto a la patologización y privatización del sufrimiento, Byung-Chul Han hace una sugerente reflexión de cómo “*se está perdiendo la*

*capacidad de escuchar a otros y de atender su lenguaje y sufrimiento, pasando a ser objeto de terapias. No se establece ningún enlace entre mi sufrimiento y tu sufrimiento. Se privatiza el sufrimiento y el miedo, impidiendo su socialización y favoreciendo el estatuto de dominio”* (6).

Refiriéndose a las crisis, E. Morin afirma: “*ante la crisis en la sociedad se desencadenan dos procesos contradictorios. El primero estimula la imaginación y la creatividad en la búsqueda de soluciones nuevas. El segundo puede traducirse en el intento de volver a una estabilidad anterior o en apuntarse a una solución providencial”* (7).

### **Experiencias comunitarias de afrontar lo “traumático”**

Tenemos ejemplos de experiencias concretas de afrontar lo traumático, como es el caso del Prestige, el hundimiento del petrolero en las costas gallegas (2002) que supuso una gran catástrofe en una amplia zona del litoral. Un prestigioso psiquiatra, profesor de la Universidad de Nueva York, experto en catástrofes y estrés postraumático, afirmó en unas declaraciones en el diario La Voz de Galicia (19-02-2003) que habría más de un 20% de casos de estrés postraumático en la población afectada. La realidad fue que no hubo constancia de casos reseñables de estrés postraumático. Lo que hubo fue algo que no está descrito en los manuales diagnósticos, ni psicopatológicos, o que se ignora al patologizar los problemas.

En el caso del *Prestige*, lo que hubo fue solidaridad, acogida, apoyo mutuo, participación activa de la comunidad, elaboración y reconstrucción de lo destruido de forma espontánea, solidaria y creativa. Se producían así mecanismos de experiencia vital y comunitaria. Se creaban nuevos lazos y experiencias para afrontar las pérdidas y para conocer la realidad y las adversidades.

Se transforma el trauma en una respuesta de creatividad y superación, el sufrimiento en autoconciencia, favoreciendo la autonomía, la empatía, la responsabilidad, el apoyo mutuo, la cohesión de los vínculos sociales y la capacidad de iniciativas y habilidades de acción colectiva y comunitaria. No se patologizaron los problemas, lo cual no quiere decir que no se tuviesen en cuenta

y se atendiesen las necesidades específicas que surgían y se precisase de intervenciones clínicas, psíquicas o de otros tipos.

Otras experiencias son las que relata Rebecca Solnit en su libro *“El paraíso en el infierno”* (8) donde recoge las experiencias de catástrofes (los terremotos de S. Francisco; o de Ciudad de México; o el huracán Katrina; etc.) en las que se muestra la importancia de la acción comunitaria, la solidaridad, la creatividad, la empatía y el altruismo, que surgen en medio del dolor y el desastre, como motor de actuaciones y de respuestas efectivas de la comunidad *“... la solidaridad, el altruismo y la improvisación que también reaparecen en tales momentos las llevamos integradas en nuestro interior. La gente sabe qué hay que hacer en el desastre (p.40)”* (el subrayado es nuestro)... *“al estudiar las catástrofes se hace evidente que hay naturalezas humanas múltiples y contingentes, pero también que la naturaleza primordial que se manifiesta ante una crisis es generosa, empática, resolutiva, valiente y capaz de sobreponerse (p.36).*

Acerca de la patologización de los sucesos o desastres, Solnit señala y advierte que *“el lenguaje terapéutico que se refiere casi exclusivamente a las consecuencias de una catástrofe en términos de trauma, sugiere que el ser humano es fundamentalmente frágil, un yo sin capacidad de acción, un yo que se limita a recibir el golpe, la definición más básica de víctima”* (p.36).

Ante la presente pandemia por el Covid 19, tenemos experiencias de salud comunitaria como la que se realiza desde el observatorio de Salud Comunitaria y Covid 19 apoyando respuestas comunitarias para esta “pandemia social”, que debe ser abordada no solo desde el punto de vista clínico y biomédico, sino también desde el ámbito social y de las desigualdades incorporando las determinantes sociales del problema, y se señala: *“las comunidades actúan como un auténtico escudo social... los servicios públicos deberían poner el foco en las iniciativas que están contribuyendo a frenar la curva, distribuyendo alimentos, colaborando y ayudando a personas solas y vulnerables y realizando toda una serie de actividades espontáneas en las redes comunitarias... necesitamos mayor protagonismo de la ciudadanía, que expresa sus necesidades y*

*que intervenga en los planes de salud...”*. En este sentido hay experiencias concretas en Atención Primaria, por ejemplo, la Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria (Agamfec), así como en otros ámbitos (9).

Es evidente que estos enfoques y experiencias con respecto al papel de las intervenciones comunitarias, así como de la capacidad de respuesta ciudadana, no lo encontramos en general, en los manuales de psicopatología, ni en el DSM, CIE o los manuales diagnósticos, en los cuales hay un enfoque reduccionista de la patología (10).

Al referirnos al trauma tendremos que tener presente el concepto de resiliencia que está interrelacionado y es indisoluble al de trauma. Resiliencia (concepto de la física que significa la resistencia de todo material al impacto) supone esa capacidad que tiene el ser humano ante hechos traumáticos, ante el sufrimiento, la vulnerabilidad o el riesgo, etc., etc. Para Cyrulnik la capacidad de resiliencia permite a un ser afectado, transformar sus magulladuras, lo “traumático”, en un organizador del yo, a condición de que a su alrededor haya una relación de cariño y apoyo que permita la metamorfosis... en el momento que puede expresar sus temores, angustias, fantasías, etc., aprende a descentrarse de sí mismo y elaborar su sufrimiento (2). En el manifiesto del observatorio de Salud Comunitaria al que antes hemos hecho referencia, se señala y destaca la Resiliencia Comunitaria como la capacidad de hacer frente a situaciones de emergencia. En el caso de la Pandemia, el poder recuperarse tiene relación con el conocimiento local, las redes y relaciones comunitarias, la gobernanza y liderazgo, los recursos y activos para la salud, la organización y el desarrollo comunitario (11).

### **La colonización médica y psicopatológica de la vida**

Frente a estos enfoques y experiencias comunitarias, estamos asistiendo a toda una serie de intervenciones “clínicas”, que se están imponiendo y tomando cartas de naturaleza, bajo el manto de “científicos” –es decir científicistas, que no es lo mismo –intervenciones caracterizadas por una compulsiva necesidad de ejercer el “furor sanandi” y protector de toda la sociedad, medicalizando, psicopatologizando, o psicologi-

zando toda problemática o malestar de la vida cotidiana o de los acontecimientos y sucesos impactantes y desplegándose como respuesta una legión de profesionales y de expertos ante los sucesos “traumáticos”.(12)(13)

Este hecho no es en modo alguno un ideal científicamente inofensivo ya que, por un lado, supone una visión reduccionista, uniforme, mecánica y fijo de los fenómenos vitales; y, por otro, hace a la sociedad cada vez más dependiente, pasiva, vulnerable, incapacitada, infantilizada, víctima e irresponsable y por ello necesitada de expertos, técnicos, guías y salvadores ante acontecimientos o sucesos supuestamente traumático. Se favorece de esta manera la falta de iniciativas solidarias y colectivas, así como de redes de apoyo comunitario, sustituyéndolas por expertos y soluciones técnico-sanitarias. A esta psicopatologización de la vida, es lo que Ortiz Lobo e I. de la Mata llaman la colonización psiquiátrica de la vida, de tal modo que como señalan los autores, “*la psiquiatrización de la vida cotidiana está favoreciendo un proceso de actualización en el que el dolor y el sufrimiento son descontextualizados de la biografía del individuo, del entorno social, en el que se desenvuelve y son recodificados como problemas que les corresponde una respuesta técnico-sanitaria. El malestar pierde todo significado y se normaliza en virtud de un diagnóstico y un tratamiento*” (14).

Como refieren S. Márquez y R. Meneu las formas no médicas de afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, así como se está reduciendo la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas. Las personas y la sociedad se hacen así dependientes de la medicina y los servicios sanitarios, que necesitarán cada vez más recursos a la demanda que van induciendo. (15)

¿A quién favorece todo esto? Sin descartar los intereses de la industrias y empresas farmacéuticas, así como a ciertos sectores profesionales, hay una usurpación, privatización y apropiación por parte de los “expertos” y los “técnicos”, de un saber y de un hacer, propio de la comunidad aprendido a lo largo de siglos y siglos y transmitido de generaciones en generaciones. Foucault señala que “*a comienzos del S. XIX la función psi se convierte en el discurso y la introducción de los esquemas de individualización, normaliza-*

*ción y sujeción de los individuos dentro de los sistemas disciplinarios... la función psi como instancia de control de las instituciones*” (16).

Respecto a la privatización e individualización de los espacios sociales y comunitarios, R. Solnit (8) nos dice cómo “*los relatos dominantes últimamente van en la dirección opuesta a los anhelos y las posibilidades sociales. La historia reciente puede leerse como una historia de privatizaciones no sólo económicas, sino también sociales, la mercadotécnica y los medios de comunicación guían nuestra imaginación por los caminos de la vida privada y el placer privado, quedando los ciudadanos como consumidores, desentendiéndose de la participación pública y de cualquier noción de poder político colectivo*” (p. 37).

Subraya Solnit que la privatización económica no hubiese sido posible sin una privatización previa del deseo y la imaginación y alentando a un individualismo que no cuente con la solidaridad y el apoyo mutuo. Nos señala cómo sin embargo “*los desastres, al reintegrar a los afectados a la vida pública y colectiva, desmontan parte de esta privatización que es, en sí, otra catástrofe, más lenta y sutil...*” (p. 38). Bauman al referirse al estado líquido de la modernidad, señala que hay un proceso de individualización en el que los problemas se sufren y solucionan en solitario perdiendo el carácter colectivo y la participación comunitaria y de apoyo mutuo y solidario, “*la experiencia de la vida como una empresa enteramente individual*”, donde los lazos con los otros tienden a ser frágiles y efímeros en detrimento de la solidaridad y de la interdependencia y de los logros colectivos y comunitarios (17). Frente a esta patologización y usurpación de saberes y poderes será cuestión de restituir al ciudadano, a la comunidad, al propio sujeto, su capacidad de dar respuestas solidarias y de apoyo mutuo, su capacidad de decisión, autonomía, iniciativa y responsabilidad, como así lo reclaman, por ejemplo, entre otros, el ya citado Manifiesto por una respuesta comunitaria para una pandemia social (11).

El psicólogo M. Anxo García Álvarez, quien en relación a la demanda de atención en Salud Mental a las familias ante el hundimiento del pesquero Bahía en la costa de Lugo, manifestaba en el diario La Voz de Galicia (10-6-2004), que “*la actuación de los profesionales de salud mental en estos*



*casos debe ser cautelosa, discreta y reducida al mínimo necesario, confiando en la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades y el apoyo comunitario*” (podemos comparar estas orientaciones con las intervenciones, en ocasiones, de legiones de profesionales, que observamos en sucesos actuales). Añadía algo muy importante a recordar y tener en cuenta, “*a lo largo de la historia de la humanidad fuimos creando medios y capacidades para que las pérdidas no nos destruyan; aprendimos a unirnos y solidarizarnos, a cuidar de los nuestros, a rehacer la vida y el mundo con y sin el ser querido y sin olvidarlo... miles y miles de años de construcción psicológica y cultural...*”. Ahora parece que todo esto es cosa del saber de los expertos.

En ocasiones podemos necesitar ayuda psíquica, cuando se precise y se demande, ante situaciones determinadas en las que sucesos o hechos impactantes y trágicos pueden indicar la necesidad de apoyo o intervenciones terapéuticas y ayudas y atenciones diversas. Pero de esto, a presuponer que todo impacto o hecho “traumático” sea equivalente a patológico y que se precise de intervenciones clínicas y un despliegue de profesionales y de expertos, hay toda una distancia que no debe franquearse, cercenando la capacidad de respuestas e iniciativas y de apoyo mutuo personal, social, comunitario, del entorno, etc. ante los acontecimientos y problemáticas vitales.

El que podamos necesitar ayuda psíquica, no supone que nos tutelen, infantilicen e incapaciten, haciéndonos frágiles y dependientes, pasivos y víctimas ante toda adversidad, desgracia y malestar o sufrimiento.

En este afán de intervencionismo y necesidad de salvadores y redentores, así como de empoderadores, se desliza un sentido y una filosofía, que además de no entender lo que es el modo de trabajo comunitario en Salud Mental y la participación de la comunidad, hay una tendencia al intervencionismo, al redentorismo y paternalismo, que bajo el manto de actuaciones técnicas y de científico-ficismo, parte de un presupuesto nada inocente e inofensivo. Como es, el suponer al ciudadano como víctima, alguien pasivo, sumiso, incapaz, infantil y dependiente, a quien se le tiene que empoderar, capacitar y curar. Claro está, que todo ello implica lo que está latente y subyacente en dicho

intervencionismo: que el experto, el técnico, es el que tiene el poder y el saber. Justamente todo lo contrario de la idea del ciudadano que tenía Kant en la Ilustración: ¡iSapere Aude!! (18).

## La vulnerabilidad

La relación trauma/vulnerabilidad se entiende e interpreta en general como relaciones asociadas, en una relación de causa – efecto reduccionista y mecánico, con dudoso rigor conceptual y clínico.

El constructo de vulnerabilidad se abre, al menos, a dos concepciones que van a suponer dimensiones y aplicaciones prácticas muy distintas. Sea, que lo entendamos reducido, en el sentido más usual, lo frágil, lo enfermizo, lo anómalo, lo expuesto a enfermar o al trauma y por tanto precisando de tratamiento, prevención, etc. O bien, por el contrario, lo entendemos también como lo constitutivo, propio de la incompletud, del desvalimiento; el ser en devenir, la prematuridad del ser propio del nacimiento (19); lo creativo y reconstructivo, etc. Para E. Fromm, “*el hombre es el animal más desvalido y desamparado, pero esta debilidad biológica constituye la base de su fuerza, la causa primaria de sus cualidades humanas*” (20). En esta carencia ve Ortega la indigencia constitutiva del sujeto, afirmando: “*frente al ser suficiente de la sustancia o cosa, la vida es el ser indigente, el ente que lo único que tiene es propiamente menesteres. Ese es su trágico destino, pero su ilustre privilegio*” (21).

El niño, el hombre que nace inmaduro e indefenso, al estar carente y desvalido en dependencia al otro –no solo en los cuidados físicos y de la pura necesidad, sino también para su inscripción en el lenguaje y en lo simbólico como ser hablante– le hace abrirse al deseo, al conocer, a la búsqueda, para llenar el vacío y forjarse una existencia singular. Byung-Chul Han recoge una cita de Kant en la que señala: “*si existiese la plena y absoluta satisfacción, la completud, esto supondría un “inerte reposo”, un embotamiento de sensaciones, de la búsqueda, del estímulo para desear e interesarse por el mundo y las cosas*” (22).

La vulnerabilidad constitutiva del ser humano, como precisa J. Leal (23) en cuanto incompletud y desvalimiento, conlleva y se abre a la ética de la ciudadanía, de los cuidados, de la solidaridad,

del deseo, de la empatía, de la resonancia en uno mismo de aquello que es la propia vivencia originaria de la indigencia y vulnerabilidad. La fragilidad e inmadurez originaria, le hacen un ser incompleto y por tanto necesitado de articular lo individual y lo colectivo, el soporte del otro en lo social y comunitario y en su ser humano como sujeto inscrito en el lenguaje.

Hay ocasiones, en que ciertas experiencias que acaecen en la vida (nacimiento de un hijo, enamoramiento, un suceso determinado) promueven en nosotros un cambio que expresamos con la frase “me siento más vulnerable” en el sentido de más humano, más capaz de sentimientos y afectos de los cuales antes no éramos conscientes. El ser humano, a diferencia del animal o la planta, no viene determinado y fijado por las leyes del instinto y de la naturaleza que lo marcan y determinan su lugar y un ser ya definido y canónico. Lacan lo explicita cuando afirma “*los estadios instintuales son ya cuando son vividos, organizados como subjetividad*” (24).

Para Ortega esta vida que nos es dada, no lo es realizada, marcada, ni hecha, cada uno debe hacerse; no hay un ser predeterminado de antemano en su comportamiento (25). No hay una naturaleza humana, afirma Kojève, el hombre se crea por la acción y el deseo (26), marcado por sus condiciones materiales de existencia en tanto sujeto social e histórico. “*La naturaleza peculiar del hombre es la sociedad*”, afirmará M<sup>a</sup> Zambrano, no el instinto, ni la naturaleza, sino la “condición humana” es su característica primordial (27). Entender la vulnerabilidad del sujeto como una anomalía, necesitado de intervenciones terapéuticas, preventivas, etc., supone coartar y tratar todo riesgo e incertidumbre considerándolo como una enfermedad prevalente (15); intentar aislarlo en una burbuja aséptica para protegerlo. Todo ello supone: anular la capacidad de adaptación y de autonomía, de creatividad, de aprender y construir los mecanismos de defensa y de libertad, y el favorecer por el contrario la dependencia, la sumisión y la irresponsabilidad. Dicha visión de la vulnerabilidad reducida a algo anómalo, lleva a considerarlo

como enfermizo, deficitario y estigma, anulando la posibilidad de ser motor de crecimiento, superación y reconstrucción, de aprendizaje de la vida de sus avatares, de su socialización y apoyo mutuo y de su autonomía e integración y participación en las tareas ciudadanas y comunitarias.

Debemos ser conscientes de las limitaciones que tenemos y de las necesidades de atención, cuidados y medidas terapéuticas si las necesitamos, pero no es cuestión de patologizar y de “traumatizar” todo sufrimiento, malestar, vulnerabilidad, adversidad, sucesos, convirtiendo los procesos propios de la existencia humana en problemas médicos. Retomo la cita que antes mencionaba de R. Solnit al respecto de la patologización de las catástrofes y malestares: “el lenguaje terapéutico que se refiere casi exclusivamente a las consecuencias de una catástrofe en términos de trauma, sugiere que el ser humano es fundamentalmente frágil, un yo sin capacidad de acción, un yo que se limita a recibir el golpe; la definición más básica de víctima (8).

## Conclusión

La revista British Medical Journal (28) en el año 2001 nos alertaba y daba la voz de alarma acerca de la creciente tendencia a clasificar como enfermedad los problemas de la gente y proponía un nuevo pacto social contra la medicalización de la vida (podemos añadir la psicopatologización de la misma), a partir de algunas premisas:

La muerte, la enfermedad, el dolor o el sufrimiento son parte de la vida.

La medicina tiene poderes limitados.

Los médicos no lo saben todo.

Los médicos deben reconocer sus limitaciones.

Estas premisas y algunas más específicas, podemos extenderlas al campo de la Salud Mental y abrir a un debate y una reflexión más en profundidad, tan necesario e importante cara a la función y el espacio social y profesional de lo psi y del trabajo comunitario.

### Contacto

Federico Menéndez Osorio ✉ femeos@telefonica.net

## Bibliografía

1. Moscoso, J. *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus. 2011.
2. Cyrulnik, B. *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa. 2002.
3. Fernández Blanco, M. La repetición como concepto fundamental del psicoanálisis. Capiton. Seminarios, 4 Ed. Centro de investigación y docencia en psicoanálisis. CID. Caracas.
4. Taleb, N. C. *Antifragil*. (p67) Barcelona: Espasa Calpe, 2016.
5. Vygotski, L.S. *Obras escogidas*. Tomo V. Madrid: Machado libros, 2012.
6. Byung-Chul Han. *La expulsión de lo distinto*. (p12). Barcelona: Herder. 2017.
7. Morin, E. *Cambiando la vida. Lecciones de la pandemia*. (p 33). Barcelona: Paidós. Planeta, 2020.
8. Solnit, R. *Un paraíso en el infierno*. Madrid: Capitán Swing. 2020
9. <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus-salud-exigen-gobierno-giro-politicos-atajar-curva>
10. Ortiz lobo, A., Sobrado de Vicente. *El malestar que producen los problemas de la vida*. AMF. 2013;9(77):366-372.
11. <http://www.alianza-salud-comunitaria.org/COVID-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social>
12. Anseu, A. *Psiquiatrización de la vida cotidiana. Manual de gestión clínica y sanitaria en salud mental*. Madrid: Edicomplet. Grupo SANED. 2013;233-242.
13. Orueta, R., Santos, C., González, E. *Medicalización de la vida* (I). *Rev.Clin.Med.Fam*. 2011;4:150-161.
14. De la Mata, I., Ortiz Lobo, A. *La colonización psiquiátrica de la vida*. *Archipiélago* 76/2007;39-50.
15. Márquez, S., Meneu, R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. *Gestión Clínica y Sanitaria* vol.5, nº2, verano 2003:47-53.
16. Foucault, M. *El orden psiquiátrico*. (p96). Madrid: Akal. 2005.
17. Bauman, Z. *Comunidad*. Madrid: Siglo XXI. 2009.
18. Kant, E. *¿Qué es la Ilustración? y otros escritos de ética, política y filosofía de la Historia*. Madrid: Alianza Editorial. 2013.
19. Lacan, J. *El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se revela en el psicoanálisis*. En Lacan, J. *Escritos I*. Madrid: Siglo XXI. 1978.
20. Fromm, E. *Ética y psicoanálisis* (p53-54). Madrid: Fondo Cultura Económica. 1980.
21. Ortega Gasset, J. *Historia como sistema*. Madrid: Biblioteca Nueva. 2007.
22. Byung-Cul Han. *Buen entretenimiento* (p105). Barcelona. Herder. 2018.
23. Leal, J. *Los cuidados en el marco de una ciudadanía inclusiva*. *Revista Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría* 2018;38(134):587-666.
24. Lacan, J. *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En Lacan, J. *Escritos I*. (p.82). Madrid. Siglo XXI 1978.
25. Ortega y Gasset, J. *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza edit. 2010.
26. Kojeve, A. *La dialéctica del amo y el esclavo en Hegel* (p.95). Buenos Aires: La Pleyade. 1975.
27. Zambrano, M<sup>a</sup>. *Sobre el problema del hombre*. *Anthropos*. Suplemento 2.(p.100). Marzo-Abril 1987.
28. *British Medical Journal*. *Why are doctors so unhappy?* *BMJ* 2001 May 5;332(7294): 1073-1074.

• Recibido: 8/12/2020.

• Aceptado: 30/12/2020.