



# La vida emocional en la pandemia

David Fajardo-Chica  
Olbeth Hansberg  
Editores





La vida  
emocional  
en la  
**pandemia**



# La vida emocional en la pandemia

David Fajardo-Chica  
Olbeth Hansberg  
Editores



**SDI** SECRETARÍA DE  
DESARROLLO  
INSTITUCIONAL

**SUAEM**  
SEMINARIO UNIVERSITARIO SOBRE AFECTIVIDAD Y EMOCIONES

**Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información**

**Nombres:** Fajardo-Chica, David, editor. | Hansberg, Olbeth, editor.

**Título:** La vida emocional en la pandemia / David Fajardo-Chica, Olbeth Hansberg, editores.

**Descripción:** Primera edición. | Ciudad México : Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Desarrollo Institucional, 2021.

**Identificadores:** LIBRUNAM 2131477 (libro electrónico) | ISBN 9786073054881 (libro electrónico).

**Temas:** Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos psicológicos. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Aspectos sociales.

**Clasificación:** LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 362.1962414—dc23

Los contenidos de la obra fueron analizados con software de similitudes por lo que cumplen plenamente con los estándares científicos de integridad académica, de igual manera fue sometido a un riguroso proceso de dictaminación doble ciego con un resultado positivo, el cual garantiza la calidad académica de la obra, que fue aprobado por el Comité Editorial de la Secretaría de Desarrollo Institucional.

***La vida emocional en la pandemia.***

Primera edición electrónica: 14 de diciembre de 2021.

D.R. © 2021, Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán, C. P. 04510, Ciudad de México.

**Secretaría de Desarrollo Institucional**  
Ciudad Universitaria, 8o. Piso de la Torre de Rectoría  
Alcaldía Coyoacán, C. P. 04510, Ciudad de México.

ISBN de la obra: 978-607-30-5488-1

Diseño de portada y diseño editorial: Elia Pérez Neri

Fotografía de portada: Sarah Cassidi (pseudónimo). Es original y cedida para su uso en nuestra portada.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Hecho en México.

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| AGRADECIMIENTOS  | 9   |
| INTRODUCCIÓN   | 11  |
| <i>David Fajardo-Chica &amp; Olbeth Hansberg</i>   |     |
| CAPÍTULO 1. Determinantes sociales<br>de la salud mental en la pandemia                          | 15  |
| <i>María Elena Medina-Mora, Martha Cordero &amp; Claudia Rafful</i>                              |     |
| CAPÍTULO 2. Descontrolada, excesiva y persistente preocupación                                   | 35  |
| <i>Pablo Gaitán-Rossi</i>  |     |
| CAPÍTULO 3. ¿Por qué respondemos diferente a la pandemia?<br>Género y salud mental               | 59  |
| <i>Claudia Rafful &amp; Martha Cordero</i>   |     |
| CAPÍTULO 4. “Somos médicos. No dioses”.<br>La identidad médica frente a la pandemia de COVID-19. | 77  |
| <i>Marcia Villanueva</i>   |     |
| CAPÍTULO 5. Emociones y polarización social<br>en tiempos de COVID-19                            | 103 |
| <i>Alice Poma</i>  |     |

|   |     |
|---|-----|
| CAPÍTULO 6. La peste de Atenas: Tucídides y Sófocles                            | 127 |
| <i>David García Pérez</i>   |     |
| CAPÍTULO 7. Revalorización del ocio mediante el confinamiento                   | 143 |
| <i>Gustavo Maldonado</i>  |     |
| CAPÍTULO 8. El justo miedo: temor colectivo y colaboración                      | 163 |
| <i>Abraham Sapién</i>   |     |
| CAPÍTULO 9. Emociones, socialidad y la nueva normalidad                         | 181 |
| <i>Juan Loaiza</i>  |     |
| CAPÍTULO 10. Felices por siempre: estoicismo<br>como educación de las emociones | 199 |
| <i>Leonardo Ramos-Umaña</i>   |     |
| PARTICIPAN EN ESTA OBRA   | 221 |



# AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la audiencia del ciclo de conferencias que dio origen a este proyecto y a quienes siguen nuestras transmisiones en redes sociales. Al apoyo de la Secretaría de Desarrollo Institucional de la Universidad Nacional Autónoma de México. A la colaboración académica de Abraham Sapién, Diana Rojas Velásquez, Efraín Gayosso y Leonardo Ramos-Umaña. A la secretaria técnica del SUAFEM, Katya Hinke, y el asistente del seminario, Daniel Soberón. A Marina Barrón, Ana Zamora y Adriana Núñez Macías por su apoyo editorial. A la beca posdoctoral DGAPA-UNAM para el proyecto “Conceptualización del dolor y el sufrimiento en la medicina paliativa” en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, asesorado por Asunción Álvarez del Río.



# INTRODUCCIÓN

*David Fajardo-Chica & Olbeth Hansberg*

La pandemia de COVID-19 impactó nuestra vida. Los elementos de la crisis, el duelo, la frustración y la impotencia hacen parte de la afectividad que cada quien vive de acuerdo a sus circunstancias y personalidad. Esos sentires guardan elementos en común que dan lugar al diálogo y la reflexión colectiva. Trasladar lo afectivo del ámbito privado al público trae consigo la promesa de una mayor comprensión: no solamente sobre nuestras experiencias individuales en tiempos de crisis y cambio, sino también frente a cómo manejar el tira y afloja entre lo que queremos y podemos como comunidad humana.

A dos meses del inicio del confinamiento, el Seminario Universitario de Afectividad y Emociones [SUAFEM], de la Universidad Nacional Autónoma de México, convocó una actividad académica transmitida en línea dirigida a un público general. Tuvimos la fortuna de encontrar, ya en ese entonces, investigaciones en curso que tomaban en cuenta el aspecto afectivo y emocional de lo que ocurría. En ellas, el sentir emocional se toma de diversas maneras: como variable de análisis poblacional, como categoría descriptiva de la organización social, como elemento comparativo entre diferentes poblaciones y situaciones o como eje de reflexión sobre el sentir humano. Las distintas miradas a la afectividad reflejan la manera en que proceden los distintos campos de estudio representados en esta compilación.

*La vida emocional en la pandemia* empezó con un ciclo de conferencias. Extendimos el ejercicio propuesto en esas charlas e invitamos a quienes participaron a profundizar sus planteamientos y contribuir con un texto al presente volumen. Autoras y autores participaron con entusiasmo y tuvimos la fortuna de sumar un par de plumas nuevas.

En la actualidad, el estudio de las emociones ha generado un renovado interés. En el pasado se les tomó como distorsión al correcto pensamiento y mala

guía para la acción, sin embargo, aunque a menudo pueda ser así, se han abierto discusiones respecto a su papel positivo en la adquisición de conocimiento, en la obtención de bienestar, en la cooperación social, e incluso, en la fundamentación de la moral. De acuerdo al llamado “giro afectivo” o de “las emociones”, estas dimensiones hacen parte importante de quienes somos. No obstante, en muchas disciplinas académicas esta perspectiva es periférica e, incluso, ornamental; desde SUAFEM seguiremos contribuyendo a su fortalecimiento.

En cada texto se desarrolla un tema de forma independiente. Sin embargo, proponemos una organización posible para ellos. Hemos ordenado las contribuciones desde aquellas que dan cuenta de rasgos afectivos de la población general, hasta reflexiones particulares que buscan aportar aprendizajes precisos. Esta variedad es prueba de que las reflexiones sobre la afectividad confluyen no solo desde diferentes disciplinas, sino también en cuanto a sus diferentes alcances.

Iniciamos con “Determinantes sociales de la salud mental en la pandemia”, de María Elena Medina-Mora, Martha Cordero y Claudia Rafful. En este capítulo, nos ofrecen un amplio análisis acerca de los aspectos de la vida en sociedad que influyen en el impacto emocional que ha traído consigo la enfermedad generalizada y el confinamiento. Medina-Mora ha estudiado por décadas la salud mental y el papel de las adicciones en la vida humana a escala poblacional y global. Ella y sus colaboradoras (a quienes presentaremos a propósito del tercer capítulo) ofrecen respuesta a cuestiones como quiénes se han enfermado más y por qué. El efecto multidimensional de la pandemia es diferencial en virtud de la edad, la condición de salud previa, el género y el acceso a los servicios de salud. La vida emocional ocurre en un contexto social, a menudo pleno de dificultades.

Continuamos con “Descontrolada, excesiva y persistente preocupación”. Pablo Gaitán Rossi plantea similitudes importantes entre la epidemia de ansiedad que se ha extendido y continúa extendiéndose y aquello que, desde antes, experimentan quienes presentan un trastorno de ansiedad. Gaitán Rossi ha liderado equipos de investigación que monitorean el estado de la salud mental en la población mexicana. En su capítulo, clarifica y articula importantes elementos de este trastorno, para luego contarnos algunas lecciones para pensar la presente epidemia de ansiedad que a todos les ha costado la tranquilidad.

En “¿Por qué respondemos diferente ante la pandemia? Género y salud mental”, Claudia Rafful y Martha Cordero presentan su investigación acerca de cómo las mujeres reciben cargas adicionales que generan entornos de injusticia a su alrededor. Las trayectorias de investigación de las autoras confluyen en su interés por cómo las situaciones sociales determinan la salud mental de las personas. En este estudio, ellas ofrecen un panorama difícil para el género femenino en la pandemia: una carga mayor en trabajo de cuidados y riesgos más pronunciados. Trazan recomendaciones sobre cómo entender el afrontamiento a la pandemia en términos sociales y con perspectiva de género.

La cuarta contribución es “Somos médicos. No dioses”. La identidad médica frente a la pandemia de COVID-19. Marcia Villanueva Lozano, médica y filósofa, cuestiona las formas ambivalentes en que se representa socialmente al profesional de la salud: personas dotadas de talentos y capacidades más allá de lo humano, pero a la vez vilipendiados y desprotegidos al no cumplir con tan altas expectativas. En este capítulo, Villanueva presenta resultados de su investigación acerca de cómo se forma la identidad médica y cómo estas formas institucionalizadas y socialmente aceptadas en ocasiones son más perjudiciales que benéficas.

“Emociones y polarización social en tiempos de COVID-19” es el quinto capítulo. En él, la socióloga Alice Poma hace un retrato del mapa afectivo de quienes participan en movimientos sociales. Alice Poma ha practicado y promovido el estudio de movimientos de resistencia y protesta con énfasis en su dimensión emocional. Nos presenta los resultados parciales de una investigación en los que describe las formas en que ocurre una polarización social que es emocional y afectiva. Falta de empatía, culpa, resentimiento, lealtad, rabia, miedo, todas ellas hacen parte de un análisis que considera el papel del modelo económico en la respuesta afectiva social a la pandemia.

David García en “La peste de Atenas: Tucídides y Sófocles” nos lleva a mover el foco de atención de la pandemia presente a una antigua. Él es filólogo interesado en la retórica, el teatro y la tragedia griega. En su texto, nos plantea un recorrido erudito entre distintos pasajes que fungieron como fuentes de significado para las personas de la antigüedad que encararon una contingencia sanitaria común. En el tratamiento metafórico de la tragedia, la enfermedad del pueblo fue entendida como reflejo de la enfermedad social que trae consigo la tiranía.

“Revalorización del ocio a través del confinamiento” es la séptima contribución. Gustavo Maldonado presenta su trabajo en el reciente campo de los estudios sobre el ocio. El confinamiento ha permitido que los focos se posen sobre formas de la afectividad que no han sido exploradas de manera prioritaria. El aburrimiento, el encierro, la incomodidad, el tiempo libre, el ocio, el juego, todos ellos fenómenos cotidianos, hasta hace poco no han hecho parte de la reflexión *mainstream* en el campo de las ciencias humanas. La mirada que propone Maldonado está a medio camino entre la filosofía crítica de herencia marxista y una forma terapéutica de afrontar la construcción de nuestra propia humanidad.

Abraham Sapién en “El justo miedo: temor colectivo y colaboración” plantea un marco conceptual que permite pensar al miedo como una emoción colectiva que abre oportunidades para la convergencia de intereses. Sapién es filósofo y como parte de su proyecto ha planteado formas culturales y colectivas de expresión y superación del sufrir. En este capítulo, presenta un marco aristotélico según el cual hay ciertas formas apropiadas de temer. En su discusión plantea y revisa distinciones entre la temeridad, la valentía, el vicio y la virtud. Aprender a temer mejor es posible y una mejor forma de hacerlo es en comunidad.

El noveno capítulo es “Emociones, socialidad y la nueva normalidad”. Juan Loaiza valora elementos de emociones sanitarias y señala algunas recomendaciones para la vida afectiva en la nueva configuración social. Loaiza es filósofo he investiga sobre las emociones y la psicología. Propone que los cambios radicales que hemos experimentado nos acercan a reconocer experiencias como el choque cultural o el trastorno del espectro autista.

Cerramos el volumen con “Felices por siempre: estoicismo como educación de las emociones”. En él, Leonardo Ramos-Umaña plantea algunas tesis de la filosofía estoica de la antigüedad que son de utilidad para estos tiempos de crisis. La aceptación respecto a los límites de nuestra agencia y la tolerancia hacia aquello que debemos afrontar llevan a una vida feliz. Ramos-Umaña ejemplifica cómo investigar la filosofía de la antigüedad es un ejercicio con toda vigencia y urgencia: los temas que enfrentaron y enfrentamos no se distancian. Al contrario, al practicarse desde situaciones existenciales similares, pero con sus propias contingencias, es fuente novedosa de sabiduría.

Esperamos que esta colección sea de interés para quienes se hayan acercado a ella, que cada quien encuentre alguna utilidad en su lectura y que esta iniciativa contribuya a un mejor entendimiento de nuestra vida emocional en esta pandemia y las venideras.

# CAPÍTULO 1. Determinantes sociales de la salud mental en la pandemia

*María Elena Medina-Mora, Martha Cordero & Claudia Rafful*

## Determinantes sociales de la salud mental frente a la pandemia

La incertidumbre, la tensión y el sufrimiento que acompañan a la pandemia por SARS-CoV-2 y la necesidad de aislamiento social para contenerla han acompañado a la humanidad con emociones mayoritariamente disruptivas que surgen automáticamente en situaciones de riesgo o incertidumbre. Estas emociones incluyen al miedo, la irritación, el enojo, la ira y la desconfianza ante la indefensión, la tristeza, la frustración, la vergüenza, la culpa y el arrepentimiento. Están asociadas con la exposición vicaria a la muerte, pérdidas de seres queridos, ansiedad de salud y temor de infectar a familiares o morir en soledad, entre otras experiencias amenazantes que despiertan emociones negativas y que afectan el estado de ánimo y debilitan las habilidades de afrontamiento.

El miedo que no se puede enfrentar naturalmente con ataque o huida se convierte en ansiedad, incluida la ansiedad de salud que, cuando es moderada, lleva al cumplimiento de las recomendaciones para cuidar la salud, pero puede escalar a ansiedad crónica y a estados disfuncionales. De la misma manera, el aislamiento prolongado aumenta el riesgo de problemas de movilidad y cognición y puede llevar a un desenlace psicopatológico.

La vulnerabilidad física se deriva de condiciones asociadas con la edad y con enfermedades inmunodepresoras. Estas pueden ser crónicas como las cardíacas, pulmonares, renales, hepáticas, sanguíneas; o metabólicas como la obesidad y el sobrepeso. La enfermedad mental previa aumenta también el riesgo de desarrollar COVID-19 (Taquet *et al.*, 2021). En ambos casos disminuye la probabilidad de recibir atención médica por la emergencia por COVID-19.

A estas enfermedades las acompaña la vulnerabilidad social que proviene de disparidades que han cobrado su precio, aumentando el riesgo de morir.

Durante este tiempo de pandemia por COVID-19, una proporción importante de la población ha vivido situaciones de estrés disruptivo. Se trata principalmente de las personas en pobreza que no cuentan con las condiciones para quedarse en casa o atender su salud, las mujeres en quienes se ha concentrado la carga de la familia, o las niñas, niños y mujeres que viven en hogares en donde hay violencia, las personas de la tercera edad que viven aisladas y las poblaciones marginadas por su orientación sexual, origen étnico, entre otros. Son fenómenos que, especialmente en esta pandemia, se han caracterizado por su continuidad. Es decir, no se trata de eventos estresantes únicos, sino recurrentes y con múltiples discriminaciones por la pertenencia a múltiples grupos.

México ha sido fuertemente afectado por la pandemia de COVID-19. El primer caso fue registrado el 27 de febrero de 2020 y las medidas de confinamiento se iniciaron el 23 de marzo. Desde agosto de 2020, México clasificó como el tercero en nuevos casos de mortalidad en las Américas, después de Estados Unidos y Brasil (Pan American Health Organization [PAHO] y World Health Organization [WHO], 2020). A nivel global, en las primeras semanas de diciembre de 2020, México fue el doceavo país con más casos de contagios y cuarto en mortalidad por COVID-19, con 1,250,044 casos de contagio y 113,953 muertes, respectivamente (WHO, 2021).

La pandemia de COVID-19 en México llegó en medio de un contexto de inequidad social asociada a un conjunto de determinantes sociales. En 2018, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 52.4 millones de personas (42%) vivían en situación de pobreza, 36.7 millones (29.3%) eran vulnerables por presentar alguna carencia social de vivienda, alimentación, seguridad social, salud o educación; el ingreso de 61.1 millones (48.8%) era insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias y alrededor de 20.2 millones (16.2%) no tenían acceso a servicios de salud (CONEVAL, 2020). Además de estas características sociales que enfrentaba casi la mitad de los mexicanos antes de la pandemia, la población también presentaba condiciones metabólicas de salud que condicionan la evolución de la COVID-19. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), también en 2018, 15.2 millones de personas de 20 años y más (18.4%) tenían hipertensión y 8.6 millones (10.3%) diabetes (Secretaría de Salud *et al.*, 2020).



En este capítulo abordamos el problema desde la perspectiva de los determinantes sociales, su relación con las emociones disruptivas y el malestar emocional. Iniciamos con una descripción conceptual de la relación entre estos constructos. Profundizamos el análisis de los determinantes sociales que están influyendo en la manera en la que los mexicanos vivimos la pandemia, y presentamos las características que la literatura científica ha identificado como factores de riesgo para generar enfermedades. Después, analizamos cómo afecta la pandemia a México y a quiénes afecta. Posteriormente, centramos la atención en las políticas públicas que han facilitado o impedido que las personas puedan mantenerse sanas durante la pandemia. Finalmente, presentamos una serie de recomendaciones necesarias para mitigar los efectos de la pandemia en la salud mental de las personas que viven en un contexto de desigualdad social.

## Determinantes sociales de la salud

La salud de las personas, la forma en la cual viven y se desarrollan, constituye el termómetro más claro del avance de las políticas sociales y económicas de un país. Dicho de otra manera, las desigualdades sociales y la calidad del estado de salud de la población son el resultado de la distribución de los ingresos, bienes y servicios a la población. Aspectos como la cobertura de atención en salud, el nivel educativo, las condiciones laborales, el acceso a servicios básicos en la vivienda, la calidad de la vivienda y la seguridad alimentaria llevan a una mejor calidad vida. A estos aspectos se les conoce como “determinantes sociales”, responsables de las desigualdades en la salud y de las inequidades entre grupos de población (WHO, 2009).

La “desigualdad en salud” se define como las diferencias en el estatus de salud entre distintos segmentos de la población y que se asocian con características como *género, raza, etnicidad, educación, ingreso, discapacidad o vivir en diferentes áreas geográficas*. Las inequidades en salud son las disparidades resultado de políticas y prácticas *socioeconómicas sistemáticas, evitables e injustas* que crean barreras a la oportunidad. La desigualdad y la inequidad están ligadas muy estrechamente con la justicia social, que busca asegurar protección y acceso equitativo a las libertades, los derechos y las oportunidades; cuidar a los miembros de la sociedad en mayor desventaja depende de cómo se distribuyen los bienes y servicios (Shim, 2020).

Mientras que las personas al frente de los servicios de salud cuestionan qué órgano, aparato o sistema está comprometido y ocasiona el malestar de una persona ingresada a urgencias con el fin de salvarle la vida, quienes se interesan en los determinantes sociales se preguntan por qué la persona ingresada está en el hospital. En la búsqueda del determinante que explica el evento surge, por ejemplo, que el paciente no fue al doctor cuando inició el malestar porque tenía que trabajar para llevar comida al hogar, vive al día y no tiene otro medio de subsistencia a su alcance, viene de un hogar en pobreza que lo llevó a dejar temprano la escuela para trabajar y sobrevivir. El órgano afectado tiene poco que ver con la razón de su llegada al hospital, la razón está en las inequidades, la pobreza que lleva a la falta de oportunidades para la educación, el empleo y el acceso a los servicios de salud. Esta evidencia sugiere que el bienestar de la población solo se alcanzará si se trabaja a la par en la atención de la salud y en la mitigación de los determinantes sociales de la enfermedad.

Determinantes sociales como un bajo nivel socioeconómico se asocian con mayores índices de miedo (Pulido y Herrera, 2017). La exposición a la pobreza se ha asociado con problemas para identificar las emociones y con un riesgo incrementado de resultados emocionales negativos (Erhart *et al.*, 2019): esto afecta el desarrollo emocional de los niños, puede llevarles a problemas de conducta e incrementa el riesgo de enfermedad mental. Por otro lado, los programas de desarrollo de habilidades socioemocionales ayudan a mitigar estos efectos negativos (Allen *et al.*, 2014).

La manera en la cual una persona vive desde el nacimiento hasta su muerte se ve afectada por determinantes sociales que modifican la salud, la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura. Los determinantes sociales de la salud son los factores que impactan en la salud y el bienestar. El estudio de los determinantes sociales colocó a las enfermedades no transmisibles, la salud mental y el uso de sustancias en la agenda de los objetivos de desarrollo sostenible (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015). Los determinantes sociales de salud y de la salud mental, los cuales no son en esencia diferentes a los de la salud en general, son muy incapacitantes, poco atendidos y, por lo tanto, están relacionados a la mortalidad prematura (entre 10 y 25 años antes de su esperanza de vida) en las personas que tienen trastornos mentales graves (Liu *et al.*, 2017).

En salud mental estos determinantes sociales se han dividido en 5 rubros:

1. *demográficos*, que incluyen factores como el género, el cual tiene un impacto en la sobrecarga de trabajo, la violencia de pareja y la discriminación;
2. *económicos*, como los asociados con la pobreza y, en particular, con la exposición continua a vicisitudes que provocan estrés, discapacidad y desesperanza;
3. *geográficos*, que se relacionan con las características del vecindario, como falta de infraestructura, agua o luz, y un ambiente construido (*built environment*) inseguro;
4. *ambientales*, que incluyen trauma y estrés ante desastres, como las pandemias; y
5. *socioculturales*, relacionados con el estigma y la carencia de oportunidades de educación, empleo, vivienda, participación en sociedad y apoyo social (Lund *et al.*, 2018).

Estos determinantes, que han jugado un papel muy importante en la pandemia evidenciando la disparidad, han mostrado una fuerte asociación con el inicio y la persistencia de trastornos mentales, los cuales se traducen en una serie inequidades en la salud y la respuesta social que se otorga (Patel *et al.*, 2018).

La evidencia científica también muestra estrategias para la mitigación del impacto de los determinantes sociales en la salud mental. Estas estrategias incluyen la reducción de la violencia relacionada con el género, el maltrato infantil y la discriminación en el dominio demográfico; las transferencias de recursos, la reducción de la inequidad del ingreso, mejoras en el empleo en el ámbito económico; mejoras de vivienda y vecindarios seguros en el entorno inmediato; la respuesta temprana a los eventos ambientales y la protección de los ecosistemas en la esfera ambiental; y el fortalecimiento de la educación, de las redes de apoyo y fortalecimiento del capital social (Lund *et al.*, 2018). Por esto, es que se requiere una perspectiva de justicia social, la cual asegure

1. la protección y acceso equitativo a las libertades, los derechos y las oportunidades,
2. el cuidado de los miembros de la sociedad en mayor desventaja y
3. que considere que la distribución de bienes y servicios en la sociedad depende de cómo se distribuyen estos recursos.

Así, otro aspecto importante es la interseccionalidad de la opresión o privilegio a partir de la pertenencia a múltiples categorías sociales (Office of the Surgeon General *et al.*, 2001).

La atención a la salud mental es importante no solo porque es éticamente necesario reducir el sufrimiento humano, sino porque los costos individuales y públicos asociados con los trastornos mentales han aumentado (Patel *et al.*, 2018). Se ha documentado que la inversión en salud mental puede aumentar la capacidad y la productividad de quienes padecen trastornos mentales y sus familiares (PAHO, 2018b).

La relación de los determinantes sociales, las emociones y la salud mental señalan un camino para una mejor respuesta frente a la COVID-19.

## Contexto de la pandemia por COVID-19 en México

Previo a la pandemia, se había estimado que los determinantes sociales contribuían en 70% a la muerte prematura a través de patrones de conducta, circunstancias sociales, cuidado de la salud y exposición ambiental. En el contexto de la pandemia, esta proporción atribuible a los determinantes sociales se ve reflejada en las condiciones de salud que están afectando principalmente a las personas con características de precariedad, como tener empleo informal, vivir en situación de pobreza, falta de agua corriente, entre otras. Así, las respuestas de salud frente al coronavirus, como el confinamiento, lavarse las manos, usar alcohol en gel y cubrebocas, resultan inaccesibles para una proporción importante de la población mexicana. Por esto, se considera que la solidaridad y la atención a los determinantes sociales son un factor de la resiliencia comunitaria.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) publicó proyecciones de la población en situación de pobreza extrema y pobreza (Tabla 1). En 2019, México tenía un porcentaje de pobreza extrema similar al de América Latina (11.1% y 11.0% respectivamente) y 10 puntos más de pobreza (41.9% y 30.3% respectivamente). Los datos son alarmantes para toda la región, sin embargo, las proyecciones de pobreza en México son más altas que en el resto de la región en todos los escenarios. Las proyecciones para el crecimiento de la pobreza (de 41.9 en 2019 a 47.8 en un escenario medio en 2020) y de la pobreza extrema (de 11.1 en 2019 a 15.9 en un escenario medio en 2020) en México son mayores que las estimadas para América Latina (de 30.3 a 34.7 y de 11.0 a 13.5 respectivamente).

En este mismo reporte, la CEPAL publicó las proyecciones de variación del Índice Gini, el principal indicador de desigualdad utilizado por las naciones (World Bank, 2014). En toda la región, se calculó un aumento de la desigualdad, pero sería más alto el aumento (de 3.0% o más) en Argentina, Brasil, Ecuador, México y Uruguay (CEPAL, 2020).

**Tabla 1. Proyecciones en porcentajes de pobreza y pobreza extrema en México y América Latina**

|                | Pobreza extrema |      |                 |      | Pobreza |      |                 |      |
|----------------|-----------------|------|-----------------|------|---------|------|-----------------|------|
|                | 2019            |      | Escenarios 2020 |      | 2019    |      | Escenarios 2020 |      |
|                | Nivel           | Bajo | Medio           | Alto | Nivel   | Bajo | Medio           | Alto |
| México         | 11.1            | 14.9 | 15.9            | 17.1 | 41.9    | 46.7 | 47.8            | 48.9 |
| América Latina | 11.0            | 13.0 | 13.5            | 14.2 | 30.3    | 33.7 | 34.7            | 35.8 |

*Nota.* Fuente: Informe Especial COVID-19 (CEPAL, 2020).

Así como había estimaciones críticas de la desigualdad y la pobreza, los trastornos mentales estaban en aumento en todo el mundo previo a la pandemia (Patel *et al.*, 2018). En los países de ingresos medios y bajos, 80% de las personas que requiere atención no recibe ayuda. Esta situación se ha agudizado por la pandemia, tanto por las medidas de confinamiento como a consecuencia de la interrupción de los servicios de salud mental en 93% de los países. Dada la emergencia de salud directamente relacionada con la COVID-19, no se ha logrado enfatizar la importancia de aumentar el gasto mundial en salud, el cual es menor a 2% del presupuesto en salud, de los cuales, 80% se destina a hospitales de salud mental y no a la atención comunitaria. Casi mil millones de personas vivían con trastornos mentales y casi un billón de dólares se perdía anualmente por la falta de productividad debido únicamente a la depresión y a la ansiedad (los dos principales trastornos mentales en el mundo). La asistencia internacional para el desarrollo destina menos de 1% del financiamiento en salud para la salud mental. Tanto la inversión de los países como la de las instancias

internacionales es baja a pesar de haber evidencia del retorno de la inversión de 5 USD por cada 1 USD gastado tan solo para la depresión y la ansiedad, y de 6 USD la atención a los trastornos por consumo de sustancias (World Federation for Mental Health [WFMH], 2020).

En México, tenemos un Sistema de Salud segmentado, en el que la atención a la salud se otorga con base en el trabajo. De esta manera, aproximadamente la mitad de la población tiene seguridad social. En 2005 se creó el Seguro Popular, que dio atención a la población sin seguridad social (Laurell, 2013). Este sistema fue abolido en 2019 y se creó un sistema con un presupuesto reducido mediante el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), aún sin operación a inicios de 2021.

La carga de la mala salud mental es muy alta (16%) (PAHO, 2018b), 8 veces superior a la proporción del presupuesto de salud (de 2%) y con una disminución paulatina desde 2013, incluido 2021 cuando tenemos una carga mayor de atención por la demanda no atendida durante la pandemia por prioridad del COVID-19, un aumento significativo en el número de casos afectados durante la pandemia al observado antes, incluyendo a las personas con secuelas neuropsiquiátricas que afectan a algunas de las supervivientes de estados graves de COVID-19 (Llanos Guerrero y Méndez Méndez, 2020).

De 2011 a 2016, se formaron 570 más psiquiatras con una tasa 3.68 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, pero 60% de los psiquiatras se concentran en 3 ciudades. Así, en la Ciudad de México se tiene una tasa de 20.73/100,000 habitantes, mientras que en Chiapas es de 0.57/100,000 habitantes (Heinze *et al.*, 2016). Si bien ha habido un aumento de médicos generales (de 1.9 por 100,000 habitantes en 2001 a 9.5 en 2017) y psicólogos (de 0.9 a 3.9 respectivamente) principalmente en servicios de salud mental para primer nivel y en centros de salud mental en las comunidades, estos siguen siendo insuficientes para atender la demanda (Cordero *et al.*, 2019). Se estima que alrededor de 75% de la población con trastornos mentales no tiene acceso a servicios de atención (Medina-Mora *et al.*, 2003; Resendiz *et al.*, 2018), en parte, debido a que 80% del presupuesto se gasta en tercer nivel (PAHO, 2018a).

México tiene 38 hospitales psiquiátricos para atender a 129.2 millones de habitantes (Cordero *et al.*, 2019), de los cuales 77% está en ciudades grandes o cerca de ellas (Berenzon *et al.*, 2013); hay una mediana de estancia hospitalaria de 16 días, sin embargo, existen también unidades asilares en donde se ha abandonado a pacientes principalmente con discapacidad intelectual grave (Cordero *et al.*, 2019). Además, 70% de las consultas ambulatorias se ofrecen en hospitales

psiquiátricos (PAHO, 2018a), contrario a las recomendaciones internacionales de atender a la mayor parte de la población en clínicas y centros de atención primaria (Patel *et al.*, 2016). Entre 2001 y 2016, hubo una disminución paulatina de camas en hospitales psiquiátricos de 5.07 por 100,000 habitantes a 2.81, con un ligero incremento en 2017 a 2.98 (Cordero *et al.*, 2019). Desafortunadamente, esta disminución no ha sido acompañada con aumento de camas en hospitales generales que se mantuvo en 0.1 por 100,000 habitantes de 2001 a 2014 y después disminuyó ligeramente (Cordero *et al.*, 2019), con un aumento de personas con trastornos mentales en el sistema penitenciario (Siebenförcher *et al.*, 2020).

La pandemia ha aumentado la proporción de personas con enfermedad mental que necesitarán ayuda. En una revisión sistemática con datos de 10 países, se encontró una prevalencia de 31.9% de la ansiedad y 33.7% de la depresión en población general durante la pandemia (Salari *et al.*, 2020). Datos similares se han encontrado en México, tanto en una muestra de población general encuestada de manera telefónica (32.4% síntomas de ansiedad y 27.3% síntomas de depresión) (EQUIDE, 2020), como en el personal de salud (31.3%) (Robles *et al.*, 2020).

¿Quiénes han enfermado más durante la pandemia en México?

Con la aparición de la pandemia de COVID-19 en 2019, el estudio de la salud mental y de los determinantes sociales ha cobrado mayor relevancia. Lo anterior se debe, por un lado, a que los efectos de la pandemia se presentan diferencialmente entre los países, las personas, los estratos socioeconómicos y los grupos sociales. Por otro lado, la pandemia ha traído consecuencias asociadas con problemas de salud mental tras confinamiento, tales como, el incremento de la violencia y síntomas afectivos. Otra consecuencia de la pandemia es el estrés que genera la necesidad de salir a trabajar debido al insuficiente respaldo financiero e institucional que permita acatar las medidas de confinamiento.

Con el fin de analizar el papel que juegan ciertos determinantes sociales en la pandemia por COVID-19, se analizaron las características sociales de los 25 municipios con mayor incidencia y mortalidad en México observada hasta la segunda semana de diciembre de 2020. Los datos se obtuvieron del registro de casos de COVID-19 de la Secretaría de Salud (Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud, 2020) y de los indicadores a nivel municipal de pobreza multidimensional del CONEVAL (CONEVAL, 2017).

De acuerdo con los datos públicos de la Secretaría de Salud (Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud, 2020), hubo en México, entre el 27 de febrero y el 13 de diciembre de 2020, 1,250,044 casos de COVID-19, de los cuales 113,953 personas (9.1%) fallecieron directamente por esta causa. De los 2,446 municipios que comprenden el territorio mexicano, 25 concentraron 38.6% (482,558 personas) de los casos y 31.8% (36,278 personas) de las defunciones (Tabla 2). Al comparar algunos de los determinantes sociales de la población habitante de estos 25 municipios, se observó que 17.4% (83,996 personas) de los casos vivía en municipios en los que mayor porcentaje de población tiene un ingreso insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias; 83.5% (n= 402,705) vivía en alguno de los municipios en los que la mayoría de la población tiene acceso a servicios de salud, seguridad social, alimentación y servicios básicos en su vivienda, pero su ingreso no le permite satisfacer sus necesidades básicas, es decir, es vulnerable por ingresos; y 64.6% (311,699 personas) vivía en alguno de los municipios en los que mayor porcentaje de su población carece de acceso a servicios de salud.

**Tabla 2.** *Características sociales de los 25\* municipios con mayor incidencia de COVID-19*

|  | N (482,558) | %     |
|--|-------------|-------|
| Menor porcentaje de población con ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias               | 398,562     | 82.6% |
| Municipio con mayor porcentaje de población con ingreso es insuficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias | 83,996      | 17.4% |
| Menor porcentaje de población en situación de pobreza  | 466,979     | 96.8% |
| Mayor porcentaje de población en situación de pobreza  | 15,579      | 3.2%  |
| Menor porcentaje de población vulnerable por ingresos  | 79,853      | 16.5% |
| Mayor porcentaje de población vulnerable por ingresos  | 402,705     | 83.5% |
| Menor porcentaje de población con alguna carencia social   | 308,713     | 64.0% |
| Mayor porcentaje de población con alguna carencia social   | 173,845     | 36.0% |



|   | N (482,558) | %     |
|---|-------------|-------|
| Menor porcentaje de población con carencia de acceso a servicios de salud | 170,889     | 35.4% |
| Mayor porcentaje de población que carencia de acceso a servicios de salud | 311,669     | 64.6% |
| Menor porcentaje de población con rezago educativo                        | 458,713     | 95.1% |
| Mayor porcentaje de población con rezago educativo                        | 23,845      | 4.9%  |
| Menor porcentaje de población que carece de acceso a seguridad social     | 462,608     | 95.9% |
| Mayor porcentaje de población que carece de acceso a seguridad social     | 19,950      | 4.1%  |
| Menor porcentaje de población con inseguridad alimentaria                 | 389,793     | 80.8% |
| Mayor porcentaje de población con inseguridad alimentaria                 | 92,765      | 19.2% |

*Nota.* \*Incluye: Aguascalientes, Aguascalientes; Mexicali, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua; Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco, Ciudad de México; Durango, Durango; Ecatepec de Morelos y Nezahualcóyotl, Estado de México; León, Guanajuato; Guadalajara, Jalisco; Monterrey, Nuevo León; Puebla, Puebla; Querétaro, Querétaro; San Luis Potosí, San Luis Potosí; Hermosillo, Sonora; Centro, Tabasco y Mérida, Yucatán.

Fuente: elaboración propia con datos públicos (Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud, 2020).

Respecto a las características demográficas y de salud de la población con COVID-19 residente en los 25 municipios con mayor incidencia (Tabla 3), se observa que la mayoría son hombres (83.3%), sin derechohabiencia (65%), tuvieron contacto con otro caso confirmado de COVID-19 (53.6%), tenían entre 25 y 52 años, 22.5% consideró ser migrante, 13% contaba con diagnóstico de diabetes, 15% refirió haber recibido diagnóstico de obesidad, 17% tenía hipertensión y 8.7% consumía tabaco. Únicamente 16.7% fue hospitalizado, de estos, 16.6% fue intubado y 7.7% ingresó a la unidad de cuidados intensivos. Del total, 7.5% de los casos fallecieron.

**Tabla 3.** *Condiciones de los casos de COVID-19 en los 25\* municipios con mayor incidencia*

|   | N(482,558) | %     |
|---|------------|-------|
| Hombres   | 401,766    | 83.3% |
| Mujeres   | 80,792     | 16.7% |
| <b>Derechohabiencia</b>                               |            |       |
| Derechohabientes (IMSS, ISSSTE, SEMAR, SEDENA, PEMEX) | 154,658    | 32.0% |
| Sin derechohabiencia (SS, SES, Municipales)           | 313,854    | 65.0% |
| Privados  | 14,046     | 2.9%  |
| Neumonía  | 63,803     | 13.2% |
| Diabetes  | 62,296     | 12.9% |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)        | 5,054      | 1.0%  |
| Asma  | 11,781     | 2.4%  |
| Hipertensión  | 81,853     | 17.0% |
| Inmonosupresión                                       | 266        | 1.2%  |
| Enfermedades cardiovasculares                         | 8,087      | 1.7%  |
| Obesidad  | 73,194     | 15.2% |
| Insuficiencia renal crónica                           | 7,070      | 1.5%  |
| Tabaquismo  | 42,116     | 8.7%  |
| Hospitalización                                       | 80,792     | 16.7% |
| Intubación  | 13,434     | 16.6% |
| Unidad de cuidados intensivos                         | 6,248      | 7.7%  |
| Tuvo contacto con otro caso de COVID-19 positivo      | 237,064    | 53.6% |
| Migrante  | 388        | 22.5% |
| Defunción   | 36,278     | 7.5%  |

*Nota.* \*Incluye: Aguascalientes, Aguascalientes; Mexicali, Baja California; Ciudad Juárez, Chihuahua; Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Coyoacán, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Tláhuac, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco, Ciudad de México; Durango, Durango; Ecatepec de Morelos y Nezahualcóyotl, Estado de México; León, Guanajuato; Guadalajara, Jalisco; Monterrey, Nuevo León; Puebla, Puebla; Querétaro, Querétaro; San Luis Potosí, San Luis Potosí; Hermosillo, Sonora; Centro, Tabasco y Mérida, Yucatán.

Fuente: elaboración propia con datos públicos (Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud, 2020).

La crisis por COVID-19 en México ha puesto en evidencia serios desafíos para la política y la salud pública. Los resultados aquí expuestos indican que los municipios donde se han registrado mayor número de casos de COVID-19 se caracterizan por tener una proporción más alta que el promedio nacional de personas sin acceso a servicios de salud y con ingresos insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas. La mayor parte de la población de estos municipios puede estar desempleada o dedicarse al sector informal, pues se encontró que más de la mitad de los casos no contaba con derechohabencia a ninguna institución de salud que brinde servicio a población trabajadora. Por otro lado, las proporciones más altas de hipertensión y diabetes observadas en la población de estos municipios es más alta que el promedio nacional reportado por la ENSANUT (Secretaría de Salud *et al.*, 2020). Todo esto pone en evidencia la necesidad de reorientar la política pública para mitigar los efectos de la pandemia en la población que vive en un contexto de desigualdad social.

Por esto, se considera que la solidaridad y la atención a los determinantes sociales son un factor de la resiliencia comunitaria. El Banco Mundial recomienda un programa en tres etapas que incluyen:

1. salvar vidas, evitar la transmisión y asegurar acceso a servicios de salud para los hogares en situación de vulnerabilidad, y a las vacunas y preparación para futuras pandemias;
2. proteger a la población en pobreza y en condiciones de vulnerabilidad con abasto de alimento e ingresos, empleo, promoción de microempresas y trabajo informal y formar resiliencia para futuras crisis; y
3. la creación de empresas y empleo, y la asistencia financiera que permita mantener los empleos, especialmente en las pequeñas y medianas empresas (World Bank, 2020).

Finalmente, es necesario considerar el efecto del confinamiento en los hogares. Más de la mitad de la población residente de los municipios con mayor incidencia de casos tuvo contacto con otro caso positivo. Si bien lo anterior puede deberse a varias situaciones, al analizar esto a la luz de la insuficiencia de ingresos y carencia de servicios de salud de quienes viven en estos municipios, podríamos considerar que esto coloca a los miembros de las familias en una situación muy estresante que puede derivar en problemas de salud mental propiciados por la imperiosa necesidad de salir a trabajar porque no hay un respaldo financiero

ni institucional que permita quedarse en casa. Estas vicisitudes se han reflejado en el aumento de violencia doméstica y estrés; lo cual también se asocia con la presencia de sintomatología de trastornos mentales.

Bajo este contexto, es evidente la necesidad de diseñar e implementar intervenciones estructurales para paliar los efectos de la pandemia en los municipios más afectados por el virus, en los cuales existían condiciones de vulnerabilidad por pobreza y carencias sociales previas. Además, cabe mencionar que la crisis de la pandemia puede aumentar esta vulnerabilidad. Implementar programas dirigidos a poblaciones cuyo ingreso económico dependa de salir diariamente y a quienes carecen de vivienda o servicios básicos con actividades concretas y alcanzables beneficia a la población que no solamente está en mayor riesgo de contagio y mortalidad, sino también de vivir un estrés prolongado que afectará en la salud mental. Esto sería plausible si se reestructura tanto la política social, como los programas sociales y de salud desde una visión de justicia social y equidad basada en evidencia científica.

De manera inmediata, los indicadores de los estragos de la COVID-19 en la población se reflejan en el número de casos y de fallecimientos; de manera secundaria, ya se han discutido las posibles consecuencias económicas y financieras. Sin embargo, dentro del análisis, aún nos queda por incluir la carga de la enfermedad, la cual es cuantificada principalmente mediante dos indicadores: los años de vida saludables (AVISA) perdidos y los años vividos con discapacidad (Murray y Lopez, 2013). Dentro de la carga de la enfermedad, una proporción importante de la discapacidad y de los AVISA perdidos estarán relacionados con la sintomatología y trastornos mentales. Por esto, una de las intervenciones en las que podemos trabajar es en generar intervenciones educativas para la población general para transformar el miedo en oportunidades para reforzar la unión de la familia (Naves-Barcelos *et al.*, 2020).

La generación de políticas públicas basadas en el diagnóstico poblacional y en mecanismos con evidencia de éxito podrá encaminar los esfuerzos de la comunidad académica, los profesionales de la salud y la población general para atender los determinantes sociales que están generando una situación de doble vulnerabilidad (de contagio de la COVID-19 y trastornos mentales). Se requiere de un aumento al acceso a servicios de salud con enfoque a la atención a largo plazo, la cual puede ser mediante programas comunitarios y atención en el primer nivel (clínicas) y hospitales generales. De esta manera, la atención en el tercer nivel

se podrá destinar a atender a los casos más resistentes y más graves. Además, se requiere de programas complementarios que promuevan la integración en la sociedad, hogares protegidos y ajustes razonables en los lugares de trabajo y en los centros educativos *ad hoc* a las necesidades de las personas que están presentando sintomatología y trastornos mentales.

Junto con la modificación del sistema de salud que aproveche la oportunidad para corregir la arquitectura del primer nivel de atención estrechamente conectado con hospitales generales, a fin de que pueda dar seguimiento a las enfermedades crónicas, entre ellas los trastornos mentales, se pueden poner en marcha múltiples programas para disminuir los determinantes sociales del malestar emocional (Lund *et al.*, 2018), especialmente los que atienden las disparidades, corrigen políticas y prácticas injustas y evitables y están comprometidas con la justicia social (Shim, 2020). La prevención de la pobreza, del desempleo, de la mala e insuficiente alimentación, de la violencia y del abandono de adultos mayores tienen un especial lugar en la pandemia.

Existen además intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas eficientes y eficaces para atender trastornos mentales (Patel *et al.*, 2018) y se han probado una serie de intervenciones que promueven el bienestar (Campion *et al.*, 2020). Sobresalen aquellos que han mostrado ser eficaces para cuidar la salud física y mental de los padres, el apego infantil, los programas de parentalidad positiva, los programas escolares que desarrollan habilidades para la vida y el manejo de las habilidades socioemocionales, la promoción de la interacción social, espacios verdes, arte, cultura, creatividad, atención plena, de lugares de trabajo que valoran condiciones saludables como horarios flexibles, capacitación e intervenciones en línea y el envejecimiento saludable que atiende las deficiencias sensoriales auditivas y de visión y promueve la planeación de la última etapa de la vida a fin de cumplir metas pendientes cuando se tiene salud y la capacidad para hacerlo.

Conocemos el trayecto a lo largo del ciclo vital que lleva hacia la enfermedad mental, pero también conocemos las intervenciones que llevan al bienestar, como el cuidado de la salud de los padres, la prevención de embarazos no deseados, la espaciación entre los hijos, la adecuada relación madre-hijo, la estimulación del infante, la parentalidad positiva, las actividades recreativas, la promoción de apoyo entre los pares, el compromiso cívico, etc. (Patel *et al.*, 2018).

Llevar estas medidas a la comunidad es posible si nos reunimos en un compromiso con la disminución de los determinantes sociales que llevan a la desigualdad, con la inclusión y la promoción de emociones positivas y de la resiliencia. Se

trata de impulsar la transición de la desesperanza a la resiliencia, de la soledad a las nuevas formas de relacionarnos, del miedo al cuidado de la salud, del enojo a las soluciones de cambio, de cuidarnos a nosotros mismos para cuidar a otros y hacer llegar el conocimiento adquirido a la población.

## Referencias

- Allen, J.; Balfour, R.; Bell, R. y Marmot, M. (2014). "Social determinants of mental health". *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Berenzon, S.; Saavedra, N.; Medina-Mora, M. E.; Aparicio, V. y Galván, J. (2013). "Evaluation of the mental health system in Mexico: where is it headed?" *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(4), 252-258.
- Campion, J.; Javed, A.; Sartorius, N. y Marmot, M. (2020). "Addressing the public mental health challenge of COVID-19". *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 657-659.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *El desafío social en tiempos de COVID-19*. (Serie Informe Especial COVID-19). <http://hdl.handle.net/11362/45527>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2017). *Pobreza en los municipios de México, 2017*. [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Paginas/pob\\_municipal.aspx](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Paginas/pob_municipal.aspx).
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020). *Resultados de pobreza en México 2018 a nivel nacional y por entidades federativas*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/PobrezaInicio.aspx>.
- Cordero, M.; Berenzon, S.; Robles, R. y Real, T. (2019). *La atención de la salud mental en el tercer milenio*. Documento presentado en la Reunión Anual de Investigación XXXIV, México.
- Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud (2020). *Base de datos de COVID-19*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informacion-epidemiologica>.
- Erhart, A.; Dmitrieva, J.; Blair, R. J. y Kim, P. (2019). "Intensity, not emotion: the role of poverty in emotion labeling ability in middle childhood". *Journal of Experimental Child Psychology*, 180, 131-140.
- Heinze, G.; Chapa, G.; y Carmona-Huerta, J. (2016). "Los especialistas en psiquiatría en México". *Salud Mental*, 39(2), 69-76.

- Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad (2020). *Impactos del COVID-19 en México. ENCOVID-19*. <https://equide.org/pobreza/https-equide-org-pobreza-impactos-del-covid-19-en-mexico/>.
- Laurell, A. C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO.
- Liu, N. H.; Daumit, G. L.; Dua, T.; Aquila, R.; Charlson, F.; Cuijpers, P.; Druss, B.; Dudek, K.; Freeman, M.; Fujii, C.; Gaebel, W.; Hegerl, U.; Levav, I.; Munk Laursen T.; Ma, H.; Maj, M.; Medina-Mora, M.-E.; Nordentoft, M.; Prabhakaran, D., ... Saxena, S. (2017). "Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas". *World Psychiatry*, 16(1), 30-40. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>.
- Llanos Guerrero, A. y Méndez Méndez, S. (2020). "Presupuesto para salud mental: relevancia ante el COVID-19". *Centro de Investigación Económica y Presupuestaria*, A. C. <https://ciep.mx/pGHu>.
- Lund, C.; Brooke-Sumner, C.; Baingana, F.; Baron, E. C.; Breuer, E.; Chandra, P.; Haushofer, J.; Herrman, H.; Jordans, M.; Kieling, C.; Medina- Mora, M.E.; Morgan, E.; Omigbodun, O.; Tol, W.; Patel, V. y Saxena, S. (2018). "Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews". *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
- Medina-Mora M. E.; Borges G.; Lara M. C.; Benjet C.; Blanco J. J.; Fleiz B. C.; Villatoro, V. J.; Rojas, G. E.; Zambrano, R. J.; Casanova R. L.; y Aguilar-Gaxiola S. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud mental*, 26(4), 1-16.
- Murray, C. J. L. y López, A. D. (2013). "Measuring the Global Burden of Disease". *New England Journal of Medicine*, 369(5), 448-457. doi:10.1056/NEJMr1201534.
- Naves-Barcelos, M.; Castro, T.; Medeiros, P.; Silva Tostes, C. B. da; Almeida, J.; Torres da Silva, J. R.; Gelvane Tostes, J.; Aparecido da Silva, J.; Cysne Coimbra, N.; Lourenço da Silva, M. y Freitas, R. L. de (2020). "Role of education after the COVID-19 pandemic fear: a multidisciplinary and scientific perspective". Preprints, Versión 3, 1-24. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.710>.

- U.S. Department of Health and Human Services (2001). *Mental health. Culture, race, and ethnicity: a supplement to mental health. A report of the Surgeon General*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center of Mental Health Services. <https://drum.lib.umd.edu/bitstream/handle/1903/22834/sma-01-3613.pdf?sequence=1>.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
- Pan American Health Organization (2018a). *Atlas of mental health of the Americas 2017*. Washington, D.C., Pan American Health Organization. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664?show=full>.
- Pan American Health Organization (2018b). *The burden of mental disorders in the region of the Americas, 2018*. Washington, D.C., Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/documents/burden-mental-disorders-region-americas-2018>.
- Pan American Health Organization y World Health Organization (2020). *Epidemiological alert: COVID-19 among healthcare workers*. Washington, D.C., Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>.
- Patel, V.; Chisholm, D.; Dua, T.; Laxminarayan, R. y Medina-Mora, M. E. (2016). *Mental, neurological, and substance use disorders: disease control, priorities*. Washington D.C., World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0426-7.
- Patel, V.; Saxena, S.; Lund, C.; Thornicroft, G.; Baingana, F.; Bolton, P.; Chisolm, D.; Collins, P.; Cooper, J.; Eaton, J.; Herrman, H.; Herrzallah, M.; Huang, Y.; Jordans, M.; Kleinman, A.; Medina-Mora, M. E.; Morgan, E.; Niaz, U.; Omigbodun, O. ... Unützer, J. (2018). "The Lancet Commission on global mental health and sustainable development". *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
- Pulido, F. y Herrera, F. (2017). "La influencia de las emociones sobre el rendimiento académico". *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 29-39. doi:<https://doi.org/10.22235/cp.v11i1.1344>.
- Resendiz, E.; Bustos, M.; Mujica, R.; Soto, I.; Cañas, V.; Fleiz, C.; Gutiérrez, M. d. L.; Amadora, N.; Medina-Mora, M. E.; y Villatoro, J. (2018). "National trends in alcohol consumption in Mexico: results of the National Survey on Drug, Alcohol and Tobacco Consumption 2016-2017". *Salud Mental*, 41(1), 7-15.



- Robles, R.; Rodríguez, E.; Vega-Ramírez, H.; Álvarez-Icaza, D.; Madrigal, E.; Durand, S.; Morales-Chainé S.; Astudillo, C.; Real Ramírez, J.; Medina Mora, M. E.; Becerra, C.; Escamilla, R.; Alcocer-Castillejos, N.; Asencio, L.; Díaz, D.; González, H.; Barrón Velázquez, E.; Fresán, A.; Rodríguez Bores, L., ... Reytez-Terán, G. (2020). "Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 18(S1516). doi:10.1590/1516-4446-2020-1346.
- Salari, N.; Hosseinian-Far, A.; Jalali, R.; Vaisi-Raygani, A.; Rasoulpoor, S.; Mohammadi, M.; Rasoulpoor S.; y Khaledi-Paveh, B. (2020). "Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis". *Globalization and Health*, 16(57). doi:10.1186/s12992-020-00589-w.
- Shim, R. (2020). *Social determinants of mental health across the lifespan* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=j2UpZ-ELxA8>.
- Siebenförcher, M.; Fritz, F. D.; Irrarázaval, M.; Benavides Salcedo, A.; Dedit, C.; Fresán Orellana, A.; Herrera Ramos, A.; Martínez López, N. I.; Molina C.; Rivas Gómez, F. A.; Rivera, G.; Sandia Saldivia, I.; Torales, J.; Trujillo Orrego, N.; Heinz, A. y Mundt, A. P. (2020). "Psychiatric beds and prison populations in 17 Latin American countries between 1991 and 2017: rates, trends and an inverse relationship between the two indicators". *Psychol Med*, 1-10. doi:10.1017/S003329172000269X.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT 2018*. México, Secretaría de Salud. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut\\_2018\\_presentacion\\_resultados.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf).
- Taquet, M.; Luciano, S.; Geddes, J. R.; y Harrison, P. J. (2021). "Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA", *Lancet Psychiatry*, 8(2), 130-140.
- World Federation of Mental Health (2020). *Día Mundial de la Salud Mental 2020. Salud mental para todos y todas: mayor inversión-mayor acceso*. [https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD2020\\_v01\\_Spanish\\_resized.pdf](https://wfmh.global/wp-content/uploads/WMHD2020_v01_Spanish_resized.pdf).
- World Health Organization (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/closing\\_the\\_gap\\_how\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_es.pdf?ua=1).

World Health Organization (2021). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>.

World Bank (2014). *GINI index (World Bank Estimate)*. <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>.

World Bank (2020). *How the World Bank is helping countries with COVID-19 (coronavirus)*. <https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2020/02/11/how-the-world-bank-group-is-helping-countries-with-covid-19-coronavirus>.

## CAPÍTULO 2. Descontrolada, excesiva y persistente preocupación

*Pablo Gaitán-Rossi*

### Descontrolada, excesiva y persistente preocupación

En este capítulo se traza un hilo conductor desde las expresiones cotidianas de la ansiedad hasta formas atípicas, pero recurrentes, experimentadas durante la pandemia por la COVID-19. Este camino nos llevará a explorar la medida en que diversos elementos se conjugan en la preocupación constante; algunos de ellos internos, como percibir la amenaza distorsionada, mientras otros son externos y convergen en la noción de desastre, siempre pautado por las condiciones sociales de la población que la sufre. Se examinarán diferentes elementos de la ansiedad producida por el encierro mientras se establecen momentos diferenciados en virtud del cambio del conocimiento público respecto a las particularidades de la amenaza. Se comentan resultados de un estudio poblacional que muestra una faceta sobre la afectación emocional que la población mexicana vivió durante el confinamiento. Se concluye que una mejor comprensión de la situación pasa por entenderla como una *sindemia*, en donde la enfermedad se conjuga con importantes elementos sociales de vulnerabilidad colectiva.

La ansiedad es la anticipación aprehensiva a una amenaza futura; es la antesala emocional al miedo que genera un daño real o percibido. La certeza de una calamidad que se avecina, a ojos del incrédulo o del afortunado, implica una sobreestimación de la peligrosidad de los eventos cotidianos; es la desproporción en asegurar que se acerca un desastre inminente.

A diferencia del estrés común –fluctuante y transitorio–, quien padece de un trastorno de ansiedad no consigue sacudirse la sensación de intranquilidad. La mayoría de las personas viven situaciones más o menos traumáticas que suelen

sobrellevarse más o menos bien y por ello sus efectos se acotan temporalmente. En cambio, el trastorno de ansiedad puede tener detonantes específicos y supone una persistencia en el tiempo de pensamientos invasivos, pronunciados y angustiantes (Craske y Stein, 2016). Es la ausencia de paz mental. Suele vincularse con creencias improbables o irracionales, como la renuncia a entrar en un lugar porque puede ser que no haya salidas de emergencia. Estos mecanismos han llevado a considerar que el trastorno de ansiedad es un desorden básico de la personalidad, cuyas particularidades reflejan procesos centrales de todos los trastornos emocionales (Barlow, 2004).

Los trastornos de ansiedad son el grupo de padecimientos mentales más común en el mundo (Baxter *et al.*, 2013) e incluyen la angustia de separación, la agorafobia, y varios desórdenes de pánico (American Psychiatric Association [APA], 2013). La mayoría de ellos se caracteriza por estar anclado a un objeto o circunstancia que detona la ansiedad, como es el caso de las fobias. Por ejemplo, con la ansiedad social una persona evita situaciones en las que puede ocurrir un escrutinio social, incluso ante situaciones banales como que desconocidos atestigüen cómo come o bebe en un restaurante. Esta posibilidad desencadena pensamientos obsesivos en los que desconocidos se sentirán ofendidos por su conducta e irremediablemente propiciará reacciones de rechazo y humillación (APA, 2013). La ansiedad que genera esta ideación es la que vuelve preferible evitar contactos sociales imprevistos.

Propiamente, el diagnóstico de un trastorno de ansiedad ocurre cuando, después de una entrevista clínica, se realiza un juicio subjetivo basado en la frecuencia, persistencia, severidad, distrés y grado de incapacidad para manejarse en la vida cotidiana. Y cuando no se atiende puede convertirse en un padecimiento crónico. Los ataques de pánico –incrementos súbitos e intensos de miedo y angustia, acompañados de una marcada dificultad para respirar– son una de sus manifestaciones agudas (APA, 2013).

## Ansiedad desdibujada

El trastorno de ansiedad generalizado es un caso diferente dentro de los trastornos de ansiedad porque presenta las características distintivas del grupo, pero no se ata a una situación u objeto específicos. El manual que clasifica los trastornos mentales lo define como la preocupación excesiva, incontrolable y persistente en *múltiples dominios* –como exigencias escolares, responsabilidades laborales, escasez

económica, pendientes domésticos, o amenazas posibles hacia los hijos– en las que la persona considera que no tiene el control de una situación (APA, 2013). Conforme la ansiedad invade más dominios de la vida de una persona, conforme es más incapacitante, es más probable que la persona alcance un umbral clínico de *trastorno*.

La preocupación constante es la principal manifestación cognitiva de la ansiedad (Craske y Stein, 2016). Es un tipo de inquietud que dificulta la concentración, genera olvidos y provoca irritabilidad. Son pensamientos intrusivos que interrumpen las actividades cotidianas. La sensación de estar al límite provoca una fatiga permanente, sudores y sueño interrumpido, además de su contraparte corporal como tensión muscular, tics, comezón, temblores y dolores dispersos. En casos más severos, puede haber mareos, náusea y hasta diarrea. Este tipo de ansiedad genera una mayor cautela ante nuevos estímulos, una vigilancia constante, y con ello comportamientos que rehúyen la exposición a riesgos amorfos. Estas precauciones atípicas se expresan en un amplio abanico de conductas que van desde la necesidad sutil de apoyarse en personas –y en talismanes– para resolver situaciones cotidianas hasta el rehusarse a asistir a eventos importantes (Craske y Stein, 2016).

La preocupación consume tiempo y energía y supone una considerable reducción en la calidad de vida y una constante sensación de tener mala salud. Por ello, las afectaciones se observan en un menor rendimiento laboral, mayor ausentismo al trabajo y asistencia frecuente a servicios de salud. De hecho, una dificultad para su diagnóstico es que las personas presentan primero una larga lista de quejas físicas antes de mencionar la ansiedad crónica, la cual muchas veces es la causa subyacente de lo demás (Portman *et al.*, 2012). La ansiedad puede ser uno de los elementos que expliquen los mecanismos de cómo el estrés se incorpora –se vuelve cuerpo– y enferma, dado que es un factor de riesgo para intentos de suicidio, enfermedades cardíacas y, en general, de mortalidad prematura (Newman *et al.*, 2013).

El GAD, como también se le conoce a la ansiedad generalizada, por sus siglas en inglés, es un padecimiento mental y emocional que no es atribuible a una enfermedad biológica –como a deficiencias hormonales por hipertiroidismo o a enfermedades cardíacas y respiratorias. Y el GAD puro es raro (Portman *et al.*, 2012). Tiende a presentarse en combinación con el abuso crónico de sustancias tóxicas, en especial con el alcohol y; marcadamente, con depresión mayor y con estrés post-traumático. Por lo general, comienza en la adolescencia y su pico ocurre entre los 35 y 55 años, aunque las personas

suelen reportar que se han sentido ansiosos toda su vida (Baxter *et al.*, 2013). Las expresiones clínicas son similares a lo largo del ciclo vital, pero en ciertas etapas los contenidos de la preocupación se repiten, como los adolescentes con la socialización, los adultos con la seguridad de sus hijos y los ancianos con la fragilidad de su cuerpo. Notablemente, afecta al doble a mujeres que a varones (Craske y Stein, 2016).

El GAD se ha observado en muchas partes del planeta y suele haber ligeras variaciones culturales, como un mayor énfasis en el componente mental en algunas regiones y en el emocional en otras (APA, 2013). A pesar de que la medición del GAD no ha sido consistente, en promedio, en el mundo, se considera que una de cada nueve personas va a reportar algún síntoma de ansiedad en algún año de su vida. También destacan las importantes variaciones que se han documentado en la prevalencia anual, la cual va desde un 2.4% en Europa hasta un 30% en Latinoamérica (Craske y Stein, 2016). En el continente americano los trastornos de ansiedad constituyen la segunda causa de años perdidos por discapacidad (4.9%) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018). De acuerdo con la última medición epidemiológica del año 2000, la prevalencia de trastornos de ansiedad en los mexicanos es de 14.3% (Medina-Mora *et al.*, 2003).

## Intolerancia a la incertidumbre

Una revisión académica reciente alerta sobre lo poco que se sabe de las causas del GAD. Estudios incipientes muestran cierta susceptibilidad genética, al igual que algunas imágenes cerebrales sugieren que la sobre-reactividad de la región límbica juega algún papel, pero en la práctica los mecanismos fisiopatológicos se desconocen (Craske y Stein, 2016). Investigaciones epidemiológicas y psicosociales de diversa calidad concluyen que algunos factores de riesgo para desarrollarlo son maltrato y abuso infantil, estilos parentales severos, apegos inseguros, inhibiciones del comportamiento y estrés del entorno (Newman *et al.*, 2013). Pero los propios revisores reconocen que estos hallazgos son poco específicos porque aplican a casi cualquier trastorno mental (Craske y Stein, 2016).

Los avances más interesantes para entender el GAD se enfocan en comprender los mecanismos psíquicos y los elementos centrales de la preocupación constante: la distorsión de la amenaza, la sensación de vulnerabilidad y el afecto negativo.

Las primeras aproximaciones sistemáticas postulan que el GAD se origina en una distorsión de los esquemas cognitivos con los que se interpretan situaciones

de peligro (Beck *et al.*, 2005). Los esquemas que se utilizan para interpretar situaciones cotidianas son marcos de creencias construidos con base en experiencias previas y que llevan tanto a sobreestimar la magnitud y la severidad de una amenaza como a subestimar la propia capacidad de manejarla. Estos sesgos cognitivos provocan que una persona con GAD constantemente monitoree el entorno para identificar señales de peligro y con facilidad pueda interpretar situaciones ambiguas como pistas de escenarios catastróficos. La generalización de estas distorsiones a varios dominios de la vida tiene un efecto multiplicativo en la cascada de preocupaciones que asaltan a una persona día a día (Beck *et al.*, 2005). Teorización posterior muestra que la forma de aprehender el peligro es dinámica y relacional con respecto a la posición de la persona (Riskind y Williams, 2005). Los sesgos cognitivos no son sistemáticos sino subjetivos y contextuales de acuerdo con la situación. En ese sentido, un examen no siempre despierta ansiedad –ni a todos ni en todo momento– pero el drama del GAD es que no se relaciona con la dificultad o con las implicaciones del examen mismo, sino con la sensación de incapacidad para manejar un fracaso que se vive como inevitable.

Otras aproximaciones enfatizan el aspecto emocional como una sensación constante de pérdida de control que guía tanto los pensamientos de preocupación como los comportamientos en búsqueda de protección (Barlow, 2004). Desde esta perspectiva, el mecanismo central del GAD es la incapacidad de predecir el futuro, lo que detona el torrente de ansiedad. Pero otros precisan que realmente es la intolerancia a la incertidumbre la que precede a los pensamientos de preocupación (Robichaud *et al.*, 2019). La ambigüedad es la que se experimenta como incómoda e injusta; tan intolerable que irrita y enoja. Es una incertidumbre que se transmuta en problemas irresolubles, imágenes agobiantes, pensamientos incisivos y amenazas inminentes. La preocupación es entonces el esfuerzo por darle alguna forma a la incertidumbre; una estrategia miserable de lidiar con ella.

Terceros no suelen apreciar el nivel de sufrimiento psíquico que implica el GAD porque la ansiedad aparece por razones nimias, pero se experimenta de forma incontrolable (Portman *et al.*, 2012). Estudios muestran que personas con GAD son altamente reactivas a detonantes internos y externos y la manera en que manejan esa sensibilidad exacerbada es desplazándola a pensamientos de preocupación (Newman *et al.*, 2013). Las personas con GAD viven con mayor intensidad las experiencias emocionales cotidianas. Y la preocupación crónica

genera un estado de distrés sostenido que funciona como una estrategia para estar emocionalmente preparado para el peor resultado ante cualquier evento (Newman *et al.*, 2013). Las personas con GAD pueden cambiar rápidamente de un estado de relajación a uno de emoción negativa –entendidos de manera amplia como emociones dolorosas como la tristeza, el miedo, o la culpa (Stringer, 2013)– y la preocupación ayuda a regular estos súbitos contrastes emocionales. Inclusive, las imágenes catastróficas se consideran un mecanismo psíquico adaptativo para no enfrentar temas que resultan insoportables (Portman *et al.*, 2012). Y es precisamente una sorpresa del entorno, la percepción de una amenaza cuando se tiene la guardia baja, la que provoca drásticos contrastes emocionales. Paradójicamente, el estado de alerta permanente se convierte en una defensa miserable contra los incrementos súbitos del afecto negativo. La intolerancia a la incertidumbre –asociada al afecto negativo– hace preferible el estado de alerta ante la certeza de algún daño por venir.

## Vivir el desastre

Un desastre ocurre cuando una amenaza imprevista se hace realidad (K. J. Tierney, 2007). La ONU reportó que entre el 2005 y el 2015 alrededor del mundo más de 700,000 personas perdieron su vida a causa de un desastre, 1.4 millones resultaron heridos y 23 millones perdieron su hogar, además de que las pérdidas económicas asociadas a desastres se estiman en 1.3 trillones de dólares (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2015).

Los desastres son eventos inesperados de gran escala que generan trauma, enfermedad y muerte; implican una destrucción física y económica que sacude múltiples estructuras sociales (Kotsireas *et al.*, 2016). La escala de los desastres interrumpe procesos esenciales en los que se basa la cotidianidad, como la provisión de alimentos y de servicios médicos o la calidad de la vivienda (K. Tierney, 2012). Los desastres se han vuelto más frecuentes en las últimas décadas, en particular por efectos del cambio climático, pero también han incrementado su intensidad y su complejidad por la mayor concentración poblacional, la mayor interdependencia económica y de movilidad, así como por las condiciones de vulnerabilidad de algunos grupos, como los adultos mayores (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2014).

La literatura académica hace tiempo que abandonó la idea de que un desastre constituye un evento discreto y acotado, causado por la naturaleza, que nos



afecta a todos. En su lugar predomina el entendimiento de que los desastres “naturales” están íntimamente ligados a las estructuras físicas y sociales en las que ocurren y que por tanto sus efectos no están distribuidos de manera igualitaria y suelen prolongarse mucho más tiempo después del golpe (Klinenberg, 2015). Por ejemplo, el Huracán Katrina que azotó en 2005 a Nueva Orleans provino de un fenómeno meteorológico, pero sus estragos están vinculados con la ubicación de la ciudad, con fallas en la infraestructura disponible, a decisiones gubernamentales y, aún así, las consecuencias fueron mayores en zonas pobres en donde la recuperación económica fue más lenta que en otros vecindarios (Graif, 2016). Por ello, en términos de impacto y de recuperación, la vulnerabilidad ante los desastres cobra mayor importancia que el desastre en sí.

Bajo este marco, la noción de vulnerabilidad comprende la probabilidad diferenciada de sufrir los efectos negativos de la amenaza, así como la desventaja en el acceso a capacidades y recursos –materiales, monetarios, políticos y de información– para navegar el proceso de recuperación (Arcaya *et al.*, 2020). Por ello, los desastres evidencian descarnadamente las desigualdades sociales en las cuales hay grupos demográficos que sufren de manera desproporcionada su devastación. Y siempre es imperativo subrayar que la vulnerabilidad social es interseccional porque afecta de diversas y complejas maneras a combinaciones por sexo, edad, raza y clase (Watkins-Hayes, 2014). Más aún, se ha demostrado que no se recibe al desastre en igualdad de condiciones: la mala salud física, los padecimientos mentales previos, el aislamiento social, o el estatus legal precario, entre una larga lista, producen gradientes de vulnerabilidad social ante el desastre (Arcaya *et al.*, 2020). Por tanto, las consecuencias de los desastres se nutren de las desventajas previas y por ello mismo, cuando el daño excede a la capacidad de recuperación, también constituyen una trampa de pobreza que acelera un círculo vicioso de carencias (Hallegatte y Dumas, 2009).

Otra de las enseñanzas de la literatura sobre desastres es que la salud mental suele verse afectada de manera importante durante y después del golpe, pero que, a la vez, el desarrollo del padecimiento no es igual al observado durante periodos de normalidad (Galea, 2017). Modelos poblacionales han mostrado que el manejo y la recuperación de un desastre suelen atravesar cinco fases (Rudenstine y Galea, 2014). En la primera etapa, la prioridad se encuentra en la preservación –en la supervivencia– del grupo inmediato al obtener información sobre la situación y en asegurar la salud, la estabilidad económica, alimentaria y de la vivienda. La segunda etapa suele sobreponerse con la primera e involucra la preservación

de la población, en la cual surgen comportamientos altruistas para beneficiar a los más necesitados. Desastres caracterizados por el aislamiento social pueden ser especialmente graves porque dificultan la construcción de redes de apoyo fundamentales para la recuperación (Aldrich, 2015). En esta fase la ansiedad y el miedo ante las dificultades para garantizar la preservación del grupo son respuestas emocionales razonables y esperadas (Rudenshine y Galea, 2014).

Una vez que el peligro ha pasado, en la tercera etapa se internaliza la experiencia en procesos de duelo por la pérdida de personas, propiedades y, en general, por la pérdida de la seguridad. Es el momento en que surgen narrativas para comprender lo ocurrido y se busca erigir memoriales transicionales o permanentes para honrar la memoria de quienes ya no están. Aún cuando la ansiedad pueda permanecer, el enojo y la tristeza –más característicos de la depresión– suelen convertirse en las emociones dominantes y es hasta este momento que inicia una nueva rutina, siempre informada por el trauma reciente (Rudenshine y Galea, 2014). La cuarta etapa se caracteriza por la externalización de esas emociones, las cuales –en el mejor de los casos– suelen dirigirse a un esfuerzo por reducir vulnerabilidades sociales y construir capacidades para atenuar los próximos desastres. Para la mayoría de las personas, las afectaciones emocionales serias desaparecen y prueban haber sido episódicas y de corta duración (Galea, 2017). En la última etapa se presenta una normalización de la vulnerabilidad y la adaptación cultural a las circunstancias posteriores al desastre (Rudenshine y Galea, 2014).

De acuerdo con este modelo poblacional, la ansiedad suele ser una presencia común en las primeras dos fases, cuando el peligro sigue presente, pero poco a poco cede conforme el duelo por las pérdidas se instala. Además es razonable considerar que en las primeras etapas el grado de exposición –la cercanía– al desastre es el mejor predictor de la severidad del daño en salud mental. Estimaciones generales señalan que el estrés ocasionado por el desastre puede ser sustantivo: 30-40% entre los directamente afectados, 10-20% en personal de rescate y 5-10% en la población en general (Goldmann y Galea, 2014). De ahí que el personal esencial –tanto proveedores de salud, como responsables de primeros auxilios y todo el personal de servicios que permite a la economía seguir funcionando– es quien suele llevarse las cargas más pesadas sobre su salud física y mental, particularmente en forma de estrés post-traumático (Benedek *et al.*, 2007).

La evidencia disponible sobre las consecuencias en salud mental ocasionadas por un desastre no siempre consigue diferenciar entre etapas o entre poblaciones en riesgo y se mezclan las consecuencias inmediatas con las de largo plazo. No obstante, lo que sugiere es que, en adición a la ansiedad y a la depresión, resulta común observar aumentos en sentimientos de soledad, en el abuso de sustancias tóxicas, en violencia familiar y –en las personas directamente afectadas– estrés post-traumático y duelos largos y problemáticos (Goldmann y Galea, 2014). Más aún, se ha visto que los efectos que se experimentan a corto plazo no son los mismos que se vivirán a lo largo del tiempo, el desarrollo de los síntomas no necesariamente será lineal y el apoyo comunitario es especialmente importante para la recuperación (Arcaya *et al.*, 2020). La severidad de estos padecimientos también estará en función de la susceptibilidad personal y de la vulnerabilidad social. Por ello, al igual que con los desastres que evidencian y exacerban la desigualdad social, los padecimientos de salud mental tampoco afectan a todos por igual. Al contrario, la expectativa es que padecimientos como la ansiedad y la depresión también se nutran de desventajas previas y que abonen al círculo vicioso de las carencias sociales.

### Ansiedad del encierro

La pandemia por COVID-19 –por lo menos en buena parte del 2020– ha confirmado varios de los hallazgos de la literatura sobre desastres; la cual anticipa que los daños ocasionados por estos eventos afectan más profundamente a países de ingresos medios y bajos debido a la pobreza, a la mala regulación para su prevención, a la baja disponibilidad tecnológica y a la debilidad institucional de sus gobiernos (ONU, 2015).

Durante los primeros meses en que la pandemia asoló México, el 70% de los muertos directamente vinculados al SARS-COV-2 tenían una escolaridad de primaria o menos y empleos en sectores de servicios de la menor remuneración (Hernández Bringas, 2020). Indirectamente, la pandemia interrumpió procesos médicos vitales para la salud de los no-infectados, en particular en los hospitales públicos; interrupciones que van desde la reducción en la detección de padecimientos hasta la suspensión del tratamiento de enfermedades crónicas como cáncer y diabetes (Ángel *et al.*, 2020).

El impacto económico en el país es sustantivo; con una contracción de la economía alrededor del 20% en los primeros meses, primero por el cierre de las

fronteras –que dislocó cadenas globales de valor y canceló el turismo– y después por la suspensión de actividades no esenciales durante la “Jornada de Sana Distancia” que redujeron el ingreso y el consumo, lo que incrementó el desempleo y la pobreza (Esquivel, 2020). A diferencia de otros países de Latinoamérica, la ausencia de una expansión de programas de asistencia social implicó que en México la pobreza creciera aceleradamente y el gobierno no consiguió mitigar el impacto económico de la pandemia (Lustig *et al.*, 2020). La doble crisis sanitaria y económica tuvo múltiples efectos negativos, entre los que destacó una preocupante reducción en la seguridad alimentaria, particularmente entre los hogares más pobres del país (Gaitán-Rossi *et al.*, 2020b). La pandemia por COVID-19 es una gran calamidad cuyas repercusiones apenas comenzamos a comprender.

Al tiempo que la experiencia ha mostrado que la pandemia por COVID-19 comparte características con los desastres, también es cierto que por su extensión global y por su larga duración, resulta una calamidad con cualidades singulares. La convivencia generalizada con un virus contagioso, potencialmente fatal, es algo difícil de asimilar. Aunque probablemente el rasgo más memorable en el imaginario colectivo –al menos en términos de ansiedad– es el confinamiento; el proverbial: “¡Quédate en casa!”. Es una medida que implica un fuerte desgaste por la restricción de movimiento, provoca enorme frustración por el aislamiento social y se acompaña de incertidumbre por la lentitud de sus efectos y la posibilidad permanente de endurecerse siempre más (Rajkumar, 2020). Aún cuando sea la política adecuada para reducir el contagio, tiene un costo considerable para la psique de los ciudadanos e introduce su propia dosis de irracionalidad.

La pandemia causa una preocupación constante, antes que otra cosa, por la salud propia, la de familiares y la de los amigos –sobre todo entre quienes presentan factores de riesgo por el SARS-COV-2. La ominosa presencia del termómetro y del oxímetro son recordatorios permanentes de la fragilidad de la salud. Pero este período también implica una nueva sensibilidad –una nueva vigilancia y una inusitada suspicacia– ante cualquier descuido que pueda suponer un contagio: lo mundano se torna peligroso. Como en otras pandemias, la información cambiante y compleja constituye un terreno fértil para remedios exóticos, explicaciones rebuscadas y conspiraciones detalladas sobre lo que ocurre, así como para sorprendentes chivos expiatorios y conocidas fantasías de fin de mundo; aunque, sin duda, la novedad es la desquiciada viralidad de *Whatsapp* y *Face-*

*book*, que juegan un papel catalizador clave (Toledo Garibaldi, 2020). En más de un lugar, el mensaje sanitario se tiene que reducir a su mínima expresión: “el coronavirus existe”.

La omnipresencia del peligro se magnificó al inicio de la pandemia porque se desconocía buena parte de la información sobre el comportamiento del virus y las formas más efectivas de prevenirlo. En una primera etapa había que estar hiper-atentos a las *superficies contaminadas*, lo que aumentó el lavado de manos y la colocación obsesiva de “gel anti-bacterial”. Además fue un momento en que se popularizó el verbo *sanitizar*; mismo que tomó multiplicidad de formas, desde la supuesta desinfección de cualquier objeto que entrara a casa –en especial del mercado– hasta el cuidado del suelo del hogar con pequeños tapetes de dos partes –una con líquido desinfectante y otra con tela gruesa o pasto sintético para secar zapatos– e inclusive, en algunos comercios o plazas públicas, se instaló una puerta similar a un detector de metales que arrojaba un misterioso vapor purificador. Los primeros meses sin duda pueden describirse como de una constante ausencia de paz mental.

En un segundo momento, cuando la Organización Mundial de la Salud [OMS] precisó que el principal modo de transmisión del virus son los aerosoles que viajan por vía aérea (OMS, 2020), la preocupación fue el contacto con los otros: los espacios cerrados, la cercanía con el otro, se convirtieron en las principales fuentes de peligro. Sin duda el tapabocas se volvió tema de discusión diaria –el material, la forma de colocarlo, la pertinencia de rehusarlo– y hasta alcanzó el bizarro estatus de símbolo político en el que evitarlo era supuestamente una expresión de libertad (Navarro, 2020). El intento por retomar algún tipo de cotidianidad implicó un compromiso con nuevas formas de interacción y de re-imaginar los espacios –ahora siempre con ventilación.

La dificultad por hacer sentido de una situación incierta abonó a la ansiedad de todos durante la pandemia. La angustia por el acceso a una atención médica de calidad, las dudas sobre el final de la pandemia, la inquietud sobre la recuperación de la economía, la especulación ante los cambios sociales que se avecinan –todo ello alimentando una ansiedad difusa, generalizada, difícil de articular. El confinamiento obligó a vivir al día, en un presente largo y viscoso. A fin de cuentas, la pandemia muestra que nadie está completamente blindado, nadie sabe si es inmune y nadie anticipa con claridad lo que un futuro oscuro pueda traer.

## Vulnerabilidad generalizada

Tal vez las vivencias aquí descritas –o versiones de ellas– fueron experiencias comunes que de alguna manera recuerdan un filón de miedo experimentado poblacionalmente. No obstante, el tema central para entender la ansiedad durante la pandemia son los detonadores específicos que se asocian indirectamente con el confinamiento. Una de las lecciones de la pandemia es que la comprensión del sufrimiento psíquico no puede separarse de las circunstancias en que se experimenta y por ello es necesario identificar los estresores que la agravan (Brooks *et al.*, 2020). ¿Quiénes sufrieron desproporcionadamente los efectos emocionales por su vulnerabilidad social –por su mayor exposición al virus y por su menor capacidad de protección?

Al inicio del confinamiento, en abril de 2020, el Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad [EQUIDE], de la Universidad Iberoamericana, se embarcó en un proyecto para entender las consecuencias de la pandemia en diversas áreas. En aquel momento la prioridad era monitorear la reducción de ingresos, la pérdida de empleo y la disminución de la seguridad alimentaria, aunque ya era claro que la ansiedad y la depresión revelarían un tipo de impacto que no es el que suelen buscar las agencias estadísticas, por lo que se ganó un lugar entre los indicadores periódicos. El proyecto –bautizado como ENCOVID-19– consistió en recolectar mensualmente una encuesta telefónica a una muestra aleatoria y representativa de mexicanos mayores de 18 años con teléfono celular; cada muestra incluyó entre 800 y 1600 personas y pueden consultarse los detalles metodológicos, así como las bases de datos (Teruel Belismelis *et al.*, 2020). El indicador de salud mental que más interés despertó durante los primeros meses fue, precisamente, el de ansiedad; medido con la escala GAD-2 (García-Campayo *et al.*, 2012). Los resultados son reveladores sobre la vida emocional durante la pandemia.<sup>1</sup>

Uno de los hallazgos más llamativos fue que en abril de 2020 el 32.4% reportó síntomas de ansiedad. 1 de cada 3 mexicanos con síntomas de ansiedad es un número alto, sobre todo si se considera que la medición más reciente mostraba un 14.3% –aunque también es necesario señalar que las muestras eran diferentes

---

<sup>1</sup> Mayor detalle sobre estos resultados puede encontrarse en EQUIDE *et al.*, (2020). La continuación de la serie de resultados se encuentra en UNICEF *et al.*, (2020).

y, sobretodo, que se usó una escala distinta que engloba los múltiples trastornos de ansiedad y no solo la generalizada. Sin embargo, porcentajes similares y con la misma escala empiezan a observarse en otros países (Hamadani *et al.*, 2020). Inclusive, una aproximación no-probabilística en México encontró una prevalencia todavía mayor (Galindo-Vazquez *et al.*, 2020). Más sorprendente aún es que ese número –el 32%– se mantuvo constante de abril a agosto (Gaitán-Rossi *et al.*, 2021). En otras palabras, la ansiedad durante el confinamiento fue alta, pero se ha mantenido alta durante cinco meses seguidos y la regularización parcial de actividades no se ha visto reflejada en una disminución de los síntomas de ansiedad.

Como era de esperarse, las mujeres han sido quienes reportan más ansiedad (Plummer *et al.*, 2016). En abril, la diferencia fue de 10 puntos porcentuales: los varones reportaron un 27% de ansiedad y las mujeres 37%. De igual manera, esta diferencia se mantuvo durante 5 meses (Gaitán-Rossi *et al.*, 2021). No es fácil explicar la brecha de género con los datos disponibles, en especial porque es un patrón que se ha observado sistemáticamente en múltiples momentos y lugares (Baxter *et al.*, 2013). No obstante, la ENCOVID-19 arroja pistas importantes sobre esta coyuntura. Primero, es de destacar que la ansiedad es mayor en hogares donde habitan niños, niñas y adolescentes (35.7%) que en los hogares sin ellos (26.6%). Consecuentemente, la ansiedad va subiendo conforme el número de menores de edad aumenta, alcanzando hasta 48.4% en hogares donde viven 3 o más. Además la ansiedad es mayor en hogares en los cuales la madre es la principal cuidadora (38.5%) por comparación a los hogares más equitativos en los que ambos padres se encargan del cuidado de los hijos (24.9%). De especial preocupación es cómo en los hogares en donde los menores de edad cursan la escuela a distancia aumenta la tensión familiar (Pérez Hernández y Gaitán-Rossi, 2020). Las discusiones dentro de las familias durante el confinamiento aumentaron en un tercio y, en estos hogares, los síntomas de ansiedad llegaron a ser de 43% en donde aumentó un poco y de 62% en donde aumentó mucho.

El entorno familiar durante el confinamiento afectó también a los niños; en un 15% de hogares mencionaron que el menor fue agresivo o terco, o que dejó de comer, o que tuvo problemas para dormir o que se presentaron miedos nuevos o recurrentes. Y en los mismos hogares donde los niños tuvieron alguno de esta serie de problemas, la ansiedad del cuidador se elevó a 57%. En suma, uno de los estresores significativos para explicar los altos niveles de ansiedad puede

encontrarse dentro del hogar, justamente como una angustia por conciliar trabajo remunerado, doméstico y de cuidados a niños, niñas y adolescentes. Y es esta misma ebullición la que puede desembocar en violencia familiar (Brooks *et al.*, 2020).

La esfera pública también resultó un espacio plagado de estresores en los que la ansiedad de los mexicanos excedió el 32% –y los indicadores de ocupación ofrecen una buena ventana a lo sucedido. La población con un empleo informal no tuvo acceso a las medidas de protección al salario que proporcionaron algunos empleadores formales y tuvieron que navegar el encierro con una reducción importante de su ingreso; entre ellos, la ansiedad llegó a 40%, diez puntos por arriba que en la población con un empleo formal. Uno de los indicadores que más dividió la experiencia de la pandemia fue el de la posibilidad o no de quedarse en casa durante el confinamiento. De acuerdo con datos de la ENCOVID-19, para el mes de abril de 2020, el 35% de los hogares no tenía los recursos económicos suficientes para resguardarse en casa y se veía en la necesidad de salir a trabajar para tener un ingreso mínimo. En este grupo de personas la ansiedad alcanzó un 44%. Y el porcentaje más alto de ansiedad estuvo en un 59%, entre la población sin ocupación y que buscaba un empleo durante el confinamiento. Lo anterior implica que la precariedad laboral, en sus diversas expresiones y por la exposición diferenciada al virus, constituye un factor fundamental para aumentar la ansiedad de una persona.

La extensión de la pandemia por COVID-19 también significa una prolongación del estrés doméstico y económico al que están sometidas las familias. Eso supone que modifican sus estrategias de afrontamiento hacia la adversidad para adaptarse como mejor pueden a las nuevas condiciones. La notable reducción del empleo y el desplome del ingreso han forzado a las familias a echar mano de sus ahorros, de sus reservas, y después a hacerse de recursos de otras maneras. La paciencia de los caseros por recolectar rentas y la de los bancos por reiniciar los pagos de créditos pendientes eventualmente terminó. En mayo de 2020, el 25% pidió prestado entre sus conocidos, el 18% dejó de pagar deudas y servicios, el 11% vendió o empeñó algún objeto y el 4% recurrió a un banco para amortiguar sus deudas. En promedio, el porcentaje de ansiedad de quienes tuvieron que recurrir a este tipo de estrategias de afrontamiento a la adversidad fue de 46%.

En el ámbito familiar, una de las consecuencias más lacerantes de la pandemia es la reducción de la seguridad alimentaria en las familias mexicanas. Conforme avanza la pandemia, las familias comenzaron a preocuparse más de lo habitual por si la alimentación en casa sería suficiente. Más adelante, las reducciones



en inseguridad alimentaria significaron disminuciones en la calidad de la dieta, como reducir la variedad de alimentos y conformarse con los más baratos, abundantes y calóricos. Y por último, en los meses de julio y agosto de 2020, fue claro que la inseguridad alimentaria severa ya suponía sacrificios en la cantidad de alimentos en los hogares y había quien se saltaba comidas o se limitaba a una sola durante el día (Gaitán-Rossi *et al.*, 2020a). Es de notar que los niveles de inseguridad son mayores en hogares de menores recursos y en hogares con niños, niñas y adolescentes (Gaitán-Rossi *et al.*, 2020a). Y estas experiencias tienen su repercusión directa en los niveles de ansiedad (Pourmotabbed *et al.*, 2020). Los hogares que en mayo presentaron inseguridad alimentaria severa o moderada reportaron una prevalencia de ansiedad del 43% y, si estos hogares tenían menores de edad, la prevalencia de ansiedad subió a 48%.

Hasta ahora el dato que menos debería sorprender es que las personas con menor nivel socioeconómico son quienes se encuentran más vulnerables ante la pandemia. Y por ello tampoco debe asombrar que una persona de nivel socioeconómico bajo reporta tres veces más ansiedad que una persona de nivel alto. Los estresores que generan ansiedad son un crudo recordatorio de la importante diferencia entre *sentirse* inseguro y *estar* inseguro ante un futuro incierto. Vivir en el presente, *vivir al día*, no tiene el mismo significado para todos. No siempre hay una salida de emergencia cuando llega la calamidad.

## Sindemia por COVID-19

Una “epidemia” se define como la presencia en exceso de una enfermedad en un momento y en una región delimitados; una pandemia también representa un exceso de enfermedad sobre la expectativa normal de su ocurrencia, pero que no se acota geográficamente porque ocurre en todo el mundo (Gordis, 2013). Durante una pandemia importa observar curvas –discutir si se doman, si se aplanan o si repuntan– y establecer proporciones macabras como la de exceso de mortalidad, justamente, porque esas definiciones representan la dimensión de la anormalidad. Esto es lo que buscan evidenciar las estadísticas presentadas sobre la prevalencia de ansiedad: 1 de cada 3 mexicanos, al menos durante cinco meses.

La sindemia, en cambio, es un término utilizado para describir la interacción de dos o más enfermedades o padecimientos que afectan desproporcionadamente a poblaciones marginalizadas o en condiciones de pobreza (Singer *et al.*, 2017). A diferencia de la pandemia, en la que importa el tamaño y la distribución

geográfica de la enfermedad, ante una sindemia interesa más el aumento en la *intensidad* de un padecimiento que se potencia en forma de comorbilidad hasta prácticamente generar un fenómeno nuevo, uno que requiere un abordaje distinto al que exigen los padecimientos por separado. La sindemia es interseccional por definición. También tiene un componente contextual porque suele presentarse en condiciones sociales adversas –como lo son entornos de desigualdad, violencia estructural, y estigma– que en sí mismas explican la *concentración* geográfica de la sindemia (Singer *et al.*, 2017). La sindemia bien puede ser un término menos conocido, pero es uno que muestra una perspectiva necesaria para dimensionar la profundidad de la tragedia por COVID-19.

El panorama que muestra el proyecto de la ENCOVID-19 es uno en el que las crisis sanitaria, económica y social provocan interacciones perniciosas. Los resultados indican que los niveles de ansiedad son alarmantemente altos –más intensos– cuando se combinan con estrés familiar, desempleo, e inseguridad alimentaria, en particular en mujeres y en la población de menor nivel socioeconómico. Muestran que no debe normalizarse la brecha de género, sino indagar en los estresores singulares que afectan más a las mujeres – la inequidad en las tareas del hogar, como las de cuidados, tiene un costo alto e inaceptable. Más aún, estas concentraciones de padecimientos en algunos grupos amplifican sus efectos adversos en ansiedad por un insuficiente y frágil sistema de protección social y de salud –y un virtualmente inexistente sistema de salud mental (Kola, 2020). Y la prolongación de la pandemia probablemente empeore los resultados en salud de estas combinaciones (Pérez-Escamilla *et al.*, 2020). La nefasta constelación sindémica durante el COVID-19 es una expresión clara de la desesperación por vivir al límite.

La vulnerabilidad social ante la confluencia de las crisis implica una pérdida efectiva de control sobre las situaciones cotidianas. La incertidumbre generalizada provoca una incomodidad aprehensiva que con facilidad se torna en tensión e irritabilidad en diferentes esferas de la vida, especialmente la familiar. El GAD es relacional y contextual porque, bajo estas circunstancias, se vuelve razonable la sobreestimación de la peligrosidad ante las múltiples amenazas de la pandemia: simplemente se desconoce cómo se interconectan los problemas, cuánto tiempo más durarán y cuáles serán las eventuales soluciones, si es que llegarán. No hay manera de anticipar el futuro y hace falta la confianza en la predictibilidad de las rutinas (Luhmann, 2005). En una constelación sindémica las novedades sí pueden ser nuevos peligros y se justifica el intento por estar preparados ante

cualquier eventualidad. La vulnerabilidad social crónica de algunos grupos efectivamente reduce su capacidad de respuesta y da forma a los esquemas cognitivos con los cuales señales ambiguas se interpretan como el anuncio de las desgracias ya conocidas; se vive en estado de alerta. Quien ha experimentado inseguridad alimentaria tiene una agudeza especial para detectar el desabasto y un ligero incremento en el precio de los alimentos. Cuando se vive una catástrofe en tantos dominios de la vida, determinar la proporción adecuada del daño es un trabajo inconmensurable y la justa evaluación del riesgo se convierte en una tarea inútil sino es que demencial.

La incapacidad de visualizar el futuro inmediato durante la sindemia por COVID-19 detona una cascada invasiva de pensamientos de preocupación. Por supuesto que la mayoría de ellos serán pesimistas, exagerados, catastróficos, pero al menos son un intento fútil por anticipar, planear, recobrar algo de control sobre una situación incontrolable. Aparecen las creencias exóticas y la superstición, porque esto puede ser un castigo divino. Pero es un torrente de pensamientos irracionales que difícilmente encuentra asidero, ninguna solución permanece, ningún pensamiento alivia –y la ansiedad excesiva persiste, incontrolada e informe. Los incesantes pensamientos de preocupación son entonces un miserable intento por desviar la profunda tristeza por tantas pérdidas y por ocultar el miedo indecible de una tragedia mayor e inevitable.

El desarrollo del GAD está vinculado con vivencias crónicas de carencias y abusos. Sin embargo, eventos vitales inesperados, como la pérdida, bastan para que algunos individuos estén persistentemente ansiosos como una forma de prepararse para otros potenciales eventos impredecibles (Newman *et al.*, 2013). Esto sugiere que, por una parte, la sindemia por COVID-19 constituye un shock externo que sirve para ampliar el entendimiento sobre un fenómeno psíquico como el GAD. Pero, por la otra, la alta reactividad de las personas con GAD, su mayor intensidad durante periodos de normalidad, ayudan a entender la experiencia emocional generalizada durante un período tan incierto. Así como Merton (1938) apelaba a entender cómo funciona una persona normal ante circunstancias anormales de anomia, la pandemia invita a empatizar con personas inermes ante una situación crítica. La epidemia de ansiedad no es una ilusión. Somos muchos a los que nos está costando sacudirnos la intranquilidad.

Desastres previos muestran que, en la mayoría de los casos, los padecimientos de salud mental ligados a sus consecuencias son transitorios; son una reacción razonable en las etapas en las que la supervivencia está en juego. También avi-

san que el síntoma de hoy es la ansiedad, pero el de mañana será el enojo y la tristeza. Desafortunadamente los desastres previos nos dicen poco sobre una pandemia larga y cruel. Enfrentamos, como podemos, un futuro incierto.

## Referencias

- Aldrich, D. P. (2015). "The Emergence of Civil Society: Networks in Disasters, Mitigation, and Recovery". En U. Fra.Paleo (Ed.), *Risk Governance. The Articulation of Hazard, Politics and Ecology* (pp. 135-148). Springer.
- Ángel, A.; Díaz, Juan Pablo; Santaella, A. y Roldán, N. (2020, 2 de septiembre). 1.5 millones de personas dejaron de ser atendidas en hospitales públicos del país por la pandemia. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/09/millones-personas-dejaron-atencion-hospitales-pandemia/>.
- American Psychiatric Association (2013). "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)". <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Arcaya, M., Raker, E. J. y Waters, M. C. (2020). "The Social Consequences of Disasters: Individual and Community Change". *Annual Review of Sociology*, 46(1), 671-691. doi:10.1146/annurev-soc-121919-054827.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Baxter, A. J.; Scott, K. M.; Vos, T. y Whiteford, H. A. (2013). "Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression". *Psychol Med*, 43(5), 897-910. doi:10.1017/S003329171200147X.
- Beck, A. T.; Emery, G. y Greenberg, R. L. (2005). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Benedek, D. M.; Fullerton, C. y Ursano, R. J. (2007). "First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers". *Annu Rev Public Health*, 28, 55-68. doi:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037.
- Brooks, S. K.; Webster, R. K.; Smith, L. E.; Woodland, L.; Wessely, S.; Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi:10.1016/s0140-6736(20)30460-8.

- Craske, M. G. y Stein, M. B. (2016). "Anxiety". *The Lancet*, 388(10063), 3048-3059. doi:10.1016/s0140-6736(16)30381-6.
- Esquivel, G. (2020). "Los impactos económicos de la pandemia en México". *Economía UNAM*, 51(51), pp. 28-44. doi:https://doi.org/10.22201/fe.24488143e.2020.51.543.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad y EVALÚA CDMX (2020). *Encuesta sobre los efectos del COVID-19 en el bienestar de los hogares con niñas, niños y adolescentes en la Ciudad de México. ENCOVID19-CDMX*. <https://www.unicef.org/mexico/media/5561/file/ENCOVID%20CDMX%20Diciembre.pdf>.
- Gaitán-Rossi, P.; Vilar-Compte, M.; Teruel Belismelis, G. y Pérez-Escamilla, R. (2020a, 16 de octubre). *Los claroscuros de la inseguridad alimentaria en México*. Universidad Iberoamericana. <https://ibero.mx/prensa/analisis-los-claroscuros-de-la-inseguridad-alimentaria-en-mexico>.
- Gaitán-Rossi, P.; Vilar-Compte, M.; Teruel, G. y Pérez-Escamilla, R. (2020b). "Food insecurity measurement and prevalence estimates during the COVID-19 pandemic in a repeated cross-sectional survey in Mexico". *Public Health Nutrition*, 24(3), 1-25. doi:10.1017/s1368980020004000.
- Gaitán-Rossi, P.; Pérez-Hernández, V. H.; Vilar-Compte, M.; Teruel, G. (2021). "Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México". *Salud Pública de México*, 63(4), 478-485. <https://doi.org/10.21149/12257>.
- Galea, S. (2017). *Healthier: Fifty thoughts on the foundations of population health*. Oxford University Press.
- Galindo-Vazquez, O.; Ramirez-Orozco, M.; Costas-Muniz, R.; Mendoza-Contreras, L. A.; Calderillo-Ruiz, G. y Meneses-García, A. (2020). "Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population W". *Gac Med Mex*, 156(4), 298-305. doi:10.24875/GMM.20000266.
- García-Campayo, J.; Zamorano, E.; Ruiz, M. A.; Pérez-Paramo, M.; Lopez-Gomez, V. y Rejas, J. (2012). "The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice". *Health Qual Life Outcomes*, 10(114). doi:10.1186/1477-7525-10-114.
- Goldmann, E. y Galea, S. (2014). "Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*, 35, 169-183. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182435.

- Gordis, L. (2013). *Epidemiology* (5a ed.). Elsevier Saunders.
- Graif, C. (2016). "(Un)natural disaster: vulnerability, long-distance displacement, and the extended geography of neighborhood distress and attainment after Katrina". *Popul Environ*, 37(3), 288-318. doi:10.1007/s11111-015-0243-6.
- Hallegatte, S. y Dumas, P. (2009). "Can natural disasters have positive consequences? Investigating the role of embodied technical change". *Ecological Economics*, 68(3), 777-786. doi:10.1016/j.ecolecon.2008.06.011.
- Hamadani, J. D.; Hasan, M. I.; Baldi, A. J.; Hossain, S. J.; Shiraji, S.; Bhuiyan, M.; Mehrin, S. F.; Fisher, J.; Tofail, F.; Tipu, S.; Grantham-McGregor, S.; Biggs, B. A.; Braat, S.; y Pasricha, S. R. (2020). "Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series". *The Lancet Global Health*, 8(11), e1380–e1389. doi:10.1016/s2214-109x(20)30366-1.
- Hernández Bringas, H. (2020). "Mortalidad por Covid-19 en México. Notas preliminares para un perfil sociodemográfico". *Notas de coyuntura del CRIM*, (36). <http://doi.org/10.22201/crim.001r.2020.36>.
- Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad, La Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, Acción Ciudadana Frente a la Pobreza y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). *Resultados de la #ENCOVID19Infancia. Acumulado mayo-julio de 2020*. <https://www.unicef.org/mexico/media/4496/file/Acumulado%20de%20mayo%20a%20julio.pdf>.
- Klinenberg, E. (2015). *Heat wave: A social autopsy of disaster*. University of Chicago Press.
- Kola, L. (2020). "Global mental health and COVID-19". *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 655-657. doi:10.1016/s2215-0366(20)30235-2.
- Kotsireas, I. S.; Nagurney, A.; y Pardalos, P. M. (Eds.) (2016). *Dynamics of Disasters—Key Concepts, Models, Algorithms, and Insights* (Vol. 185). Springer.
- Luhmann, N. (2005). *Confianza*. Universidad Iberoamericana y Anthropos Editorial.
- Lustig, N.; Martínez Pabon, V.; Sanz, F. y Younger, S. D. (2020). *The Impact of Covid-19. Lockdowns and Expanded Social Assistance on Inequality, Poverty And Mobility in Argentina, Brazil, Colombia And Mexico*. ECINEQ, Society for the Study of Economic Inequality.

- Medina-Mora, M.; Borges, G.; Lara Muñoz, C.; Benjet, C.; Blanco Jaimes, J.; Fleiz Bautista, C.; Villatoro Velázquez, J.; Rojas Guiot, E.; Zambrano Ruíz, J.; Casanova Rodas, L.; y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". *Salud mental*, 26(4), 1-16.
- Merton, R. K. (1938). "Social Structure and Anomie". *American Sociological Review*, 3(5), 672-682.
- Navarro, M. F. (2020, 24 de julio). *El uso (político) del cubrebocas en México*. FORBES. <https://www.forbes.com.mx/el-uso-politico-del-cubrebocas-en-mexico/>.
- Newman, M. G.; Llera, S. J.; Erickson, T. M.; Przeworski, A. y Castonguay, L. G. (2013). "Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment". *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 275-297. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Boosting Resilience through Innovative Risk Governance*. (OECD Reviews of Risk Management Policies). <https://doi.org/10.1787/9789264209114-en>.
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*. <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). "Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030". [https://www.preventionweb.net/files/43291\\_sendaiframeworkfordrren.pdf](https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf).
- Organización Panamericana de la Salud (2018). "La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas". [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y).
- Pérez Hernández, V. H.; y Gaitán-Rossi, P. (2020). "Usos desiguales de 'Aprende en Casa'". *Faro Educativo, Apunte de política*, (18).
- Pérez-Escamilla, R.; Cunningham, K. y Moran, V. H. (2020). "COVID-19, food and nutrition insecurity and the wellbeing of children, pregnant and lactating women: A complex syndemic". *Maternal & Child Nutrition*, 16(3). doi:10.1111/mcn.13036.
- Plummer, F.; Manea, L.; Trepel, D. y McMillan, D. (2016). "Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis". *Gen Hosp Psychiatry*, 39, 24-31. doi:10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005.



- Portman, M.; Riskind, J. y Rector, N. (2012). "Generalized Anxiety Disorder". En *Encyclopedia of Human Behavior* (2a Ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375000-6.00175-0>.
- Pourmotabbed, A.; Moradi, S.; Babaei, A.; Ghavami, A.; Mohammadi, H.; Jalili, C.; Michael E. S; y Miraghajani, M. (2020). "Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis". *Public Health Nutr*, 23(10), 1778-1790. doi:10.1017/S136898001900435X.
- Rajkumar, R. P. (2020). "COVID-19 and mental health: A review of the existing literature". *Asian J Psychiatry*, 52, 102066. doi:10.1016/j.ajp.2020.102066.
- Riskind, J. H. y Williams, N. L. (2005). "The Looming Cognitive Style and Generalized Anxiety Disorder: Distinctive Danger Schemas and Cognitive Phenomenology". *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 7-27. doi:10.1007/s10608-005-1645-z.
- Robichaud, M.; Koerner, N. y Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Rudenstine, S. y Galea, S. (2014). "Behavioral consequences of disasters: a five-stage model of population behavior". *Disaster Med Public Health Prep*, 8(6), 497-504. doi:10.1017/dmp.2014.114.
- Singer, M.; Bulled, N.; Ostrach, B. y Mendenhall, E. (2017). Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, 389(10072), 941-950. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X.
- Stringer, D. M. (2013). "Negative Affect". En Gellman M. D., y Turner J. R., (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1303-1304). Springer.
- Teruel Belismelis, G.; Pérez Hernández, V. H.; Gaitán-Rossi, P.; López Escobar, E.; Vilar-Compte, M.; Triano Enríquez, M. y Hernández Solano, A. M. (2020). "Encuesta Nacional sobre los Efectos del COVID-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos (ENCOVID-19-ABRIL)" (Versión 1) [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3950528>.
- Tierney, K. (2012). "Disaster Governance: Social, Political, and Economic Dimensions". *Annual Review of Environment and Resources*, 37(1), 341-363. doi:10.1146/annurev-environ-020911-095618.
- Tierney, K. J. (2007). "From the Margins to the Mainstream? Disaster Research at the Crossroads". *Annual Review of Sociology*, 33(1), 503-525. doi:10.1146/annurev.soc.33.040406.131743.
- Toledo Garibaldi, L. (2020, 17 de junio). *La suma de todos los miedos: COVID-19 en las cadenas de WhatsApp de Chiapas*. Pie de página. <https://piedepagina>.



mx/la-suma-de-todos-los-miedos-covid-19-en-las-cadenas-de-whatsapp-de-chiapas/.

Watkins-Hayes, C. (2014). "Intersectionality and the Sociology of HIV/AIDS: Past, Present, and Future Research Directions". *Annual Review of Sociology*, 40(1), 431-457. doi:10.1146/annurev-soc-071312-145621.



# CAPÍTULO 3. ¿Por qué respondemos diferente a la pandemia? Género y salud mental

*Claudia Rafful & Martha Cordero*

¿Por qué respondemos diferente ante la pandemia?  
Género y salud mental

A inicios de 2020, se comenzaron a registrar casos de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Esta enfermedad inicialmente afecta el sistema respiratorio y tiene efectos a corto y largo plazo en el resto del organismo, incluyendo el sistema vascular (Puntmann *et al.*, 2020) y el sistema nervioso (Iadecola *et al.*, 2020). La COVID-19 es una enfermedad altamente contagiosa, se transmite a partir de gotas de saliva y hay indicios de ser una enfermedad con transmisión aérea (Prather *et al.*, 2020). Es decir, la transmisión es directa entre individuos e indirecta a través del contacto con las partículas que quedan tanto en los objetos como en el aire. La Organización Mundial de la Salud [OMS] difundió que no es una enfermedad altamente letal, pero que sí requería de una respuesta expedita internacional para poder hacerle frente (World Health Organization [WHO], 2020). Por esto, en casi todos los países se optó por medidas de confinamiento y distanciamiento físico. En algunos, como España y Chile, las medidas implicaron sanciones que iban desde multas hasta la detención por la guardia civil y carabineros, respectivamente. En otros, como en México, las medidas sanitarias y de confinamiento no se vincularon con la restricción legal de la movilidad; se apeló a la preservación de la libertad, a la auto-restricción de la movilidad y al cierre de actividades económicas no esenciales (Jornada Nacional de Sana Distancia).

A nivel internacional disminuyó el tráfico aéreo y muchas fronteras se cerraron; el confinamiento, en alguna medida, continuará hasta que no se distribuyan vacunas y tratamientos a la mayor parte de la población global.

Frente a este panorama, una de las principales preocupaciones de la población general ha sido la salud mental. Ya sea por el miedo al contagio propio y de las personas queridas, por el confinamiento o por las implicaciones sociales y económicas, se ha puesto atención mediática y académica a la psicopatología y a las emociones relacionadas con la COVID-19 y todo lo que ha implicado su aparición en nuestras vidas.

El propósito de este capítulo es analizar, desde una perspectiva de género, las respuestas emocionales y psicosociales del confinamiento y la pandemia en México. Para esto, presentamos brevemente los conceptos claves de la salud y sus determinantes sociales. Después, analizamos la manera en la que el sexo y el género han estado relacionados con la COVID-19 y la salud. En esta sección, hicimos especial énfasis a los casos de COVID-19 en la Ciudad de México. Finalmente, presentamos recomendaciones para paliar los efectos de la COVID-19 en la salud mental en el marco de las políticas públicas necesarias para reajustar las relaciones interpersonales y laborales que ponen en mayor vulnerabilidad a las mujeres.

## Salud y sus determinantes sociales

La OMS, desde 1948, determinó que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social” (WHO, 2006). Esta definición, aun siendo concisa, reconoce los factores psicosociales para llegar a un estado óptimo de bienestar. Sin embargo, ha llevado décadas operacionalizar los componentes mentales y sociales para pasar del paradigma de la salud como biofísica a biopsicosocial. En ese marco, se reconocen como determinantes sociales de la salud a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (WHO 2004). Estas condiciones están moldeadas por factores externos a las personas y que inciden en ellas de manera directa, como la distribución del ingreso, y de manera indirecta como el ejercicio del poder y recursos locales, nacionales e internacionales. Así, son los determinantes sociales de la salud—y no las características genéticas—los responsables de las inequidades de salud entre las personas y las poblaciones de distintos países. En el caso de la COVID-19, pocos meses

fueron necesarios para mostrar que, al igual que otras infecciones como el VIH y la hepatitis C (Dean y Fenton, 2010), esta es una enfermedad infecciosa que afecta de manera distinta a los países, dependiendo no solo de la salud de las personas, sino de sus condiciones socioeconómicas (Burström y Tao, 2020) y la robustez de los sistemas de salud (Ataguba y Ataguba, 2020). Este tema se desarrolla con mayor profundidad en el primer capítulo (Medina-Mora *et al.*, 2021) de este volumen .

Una vez definida la salud y los determinantes sociales, resulta necesario presentar la definición de salud mental. De acuerdo con la OMS, la salud mental “es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (WHO, 2004). Así como con el concepto “salud”, la salud mental no solo se refiere a la ausencia de los trastornos mentales, sino al desarrollo de las personas de acuerdo con sus capacidades tomando en cuenta dos factores adicionales: 1) el afrontamiento al contexto (“capacidad de hacer frente al estrés normal de la vida”) y 2) el derecho/obligación de servir a los demás (“contribuir al desarrollo de su comunidad”). De manera secundaria, la definición extensa que provee la OMS también incluye la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales, la protección de los derechos humanos y la atención a las personas con trastornos mentales (WHO, 2004). En este capítulo, nos enfocamos en los dos primeros aspectos: el afrontamiento y la contribución al desarrollo de la comunidad.

El afrontamiento consiste en la manera en la cual hacemos frente al estrés cotidiano y se divide en dos tipos: activo y pasivo (Folkman y Lazarus, 1990). El afrontamiento activo o dirigido a la acción incluye procesos cognitivos y conductuales, como la resolución de problemas, la expresión de emociones, la búsqueda de apoyo social y la reestructuración cognitiva, la cual consiste en la modificación de pensamientos asociados con una amenaza. El segundo mecanismo de afrontamiento, el pasivo o no dirigido a la acción, incluye procesos cognitivos como pensamientos ansiosos y autocrítica, y conductas como la evitación de problemas y el aislamiento social.

Ante cambios en el ambiente, las personas también mostramos una variedad de estrategias de afrontamiento que pueden ser adaptativas o desadaptativas. Algunos ejemplos de estrategias adaptativas son el miedo ante una amenaza, la tristeza ante una pérdida, la expresión regulada de las emociones, la planificación y

la búsqueda de apoyo social. En cambio, las estrategias desadaptativas son aquellas que en algún momento fueron funcionales y ayudaron a enfrentar exitosamente problemáticas ambientales, pero que se fueron distorsionando y se tornaron negativas, como la represión de los pensamientos y la expresión no regulada de las emociones, la rumiación, el consumo de sustancias y las conductas evitativas de situaciones que detonen emociones.

El afrontamiento que presentan difiere no por las características biológicas de los cuerpos sexuados, sino por los atributos que social, histórica, cultural y geográficamente se asignan a mujeres y hombres. Es decir, las diferencias en el afrontamiento se dan por cuestiones de género y no por el sexo. Esta concepción de los roles tradicionales de género invisibiliza la gama de expresión de identidad y sexualidad que existen en diferentes culturas; por lo que enfatizamos el reduccionismo no solo de los roles de género, sino de la misma investigación que pocas veces ha reconocido la diversidad sexogenérica.

Con el objetivo de conocer las emociones y estrategias de afrontamiento de los primeros meses de la pandemia, se realizó una encuesta en línea con una muestra no representativa de 2,650 personas que vivían en México (Ramos-Lira *et al.*, 2020). En esta, se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Comparadas con los hombres, las mujeres reportaron sentirse preocupadas, temerosas, tristes y usar estrategias de afrontamiento como sentirse emocionalmente más cercanas a otras personas y buscar ayuda de amigos y familiares para compartir sus emociones y preocupaciones. Es decir, las mujeres reportaron preocupación, tristeza, pero también buscan compartir sus inquietudes con las personas cercanas. En contraste, comparados con las mujeres, los hombres reportaron calma, esperanza e indiferencia ante la pandemia. Cabe destacar que la recolección de datos de dicha encuesta se dio en el marco de confinamiento alto, pero ya habiendo iniciado el programa de reactivación económica mediante la apertura de las actividades, conocida como “la Nueva Normalidad” (Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud, 2020). En este capítulo, y basándonos en la literatura, planteamos que las emociones de las personas encuestadas son una expresión no solo del género, sino de los reajustes a las actividades, uso del tiempo y obligaciones que mujeres y hombres han tenido que enfrentar en los distintos ámbitos en los que se desempeñan.

## Género, salud y COVID-19

Los estereotipos de “lo femenino” y “lo masculino” cruzan la manera en la que se expresa y moldea la conducta. Los estudios de género han mostrado cómo estos roles permean la forma en la que tradicionalmente mujeres y hombres piensan, sienten y se relacionan (Halim *et al.*, 2011). Por lo tanto, el género también moldea el afrontamiento ante la pandemia de COVID-19 y todos los cambios en las interacciones, tanto de la vida cotidiana como las extraordinarias. Un análisis con perspectiva de género permite evidenciar el impacto diferenciado de los problemas y las soluciones, conocer la opinión y preocupaciones en cuanto a las políticas públicas, y el impacto que las distintas acciones pueden tener en la eliminación de la desigualdad entre mujeres y hombres (Comisión Interamericana de Mujeres, 2020a y 2020b).

La perspectiva de género también permite analizar las expectativas persistentes impuestas a mujeres y hombres dentro de los ámbitos familiar, laboral y político. Las normas sociales de género se traducen en creencias, actitudes y prácticas, incluido el relegar trabajos de cuidado a las mujeres. Las expectativas que se tienen en la sociedad acerca de los papeles que mujeres y hombres desempeñan en sus casas, lugares de trabajo y en la comunidad (United Nations Development Perspective [UNDP], 2020).

El confinamiento como política de salud pública tuvo como efecto secundario una crisis en los cuidados, la cual implicó un aumento en la carga de trabajo relacionado con los cuidados y la atención a las personas confinadas en un mismo espacio (Comisión Interamericana de Mujeres, 2020a y 2020b). A pesar de las luchas feministas y las ganancias en derechos laborales de las mujeres, los cuidados se siguen considerando una actividad propia de las mujeres. Por cuidados, nos referimos no solo a la responsabilidad de atender y velar por los seres queridos, también incluimos las actividades remuneradas relacionadas con la atención a otras personas. Tal es el caso de los cuidados en el ámbito de la salud y la educación.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo [ENOE] (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2020), 95.7% de las personas que trabajan en labores de cuidado (de niños, personas con discapacidad y adultos mayores) son mujeres y más de una tercera parte de las mujeres (79.2%) ocupan su tiempo en cuidar a sus familiares (INMUJERES,

2020). En el área de la salud, se ha encontrado que 79.1% del personal de enfermería y 38.7% del personal de medicina son mujeres (INMUJERES, 2020).

Para profundizar en las diferencias entre mujeres y hombres en la pandemia, analizamos la base de datos públicos de los casos reportados por la Secretaría de Salud de la Ciudad de México (Gobierno de la Ciudad de México [Secretaría de Salud CDMX], 2021) con fecha de corte de la primera quincena de enero de 2021 (Tabla 1). Seleccionamos las principales actividades relacionadas con los cuidados: trabajo no remunerado dentro del hogar, trabajo remunerado de carácter clínico en el sistema de salud (medicina, enfermería, odontología y laboratorista), trabajadores de la salud de no clínicos y docencia. El resto de las actividades las agrupamos en la categoría de “otras no relacionadas con cuidados”.

**Tabla 1. Casos de Covid-19, por sexo en unidades de la Ciudad de México hasta enero 2021 (n= 397,371)\***

|  | Mujeres              |       | Hombres               |       | Total      |        |
|--|----------------------|-------|-----------------------|-------|------------|--------|
|  | n                    | %     | n                     | %     | n          | %      |
|  | n= 201, 433<br>(51%) |       | n= 195,938<br>(49.3%) |       | n= 397,371 |        |
| Casos positivos <sup>2</sup>                   | 201,433              | 29.5% | 195,938               | 31.1% | 397,371    | 30.3%  |
| Ocupación <sup>3</sup>                         |                      |       |                       |       |            |        |
| Medicina                                       | 4,216                | 2.1%  | 4,596                 | 2.3%  | 8,812      | 2.2%   |
| Enfermería                                     | 9,044                | 4.5%  | 2,409                 | 1.2%  | 11,453     | 2.9%   |
| Odontología                                    | 395                  | 0.2%  | 276                   | 0.1%  | 671        | 0.2%   |
| Laboratorista                                  | 428                  | 0.2%  | 344                   | 0.2%  | 772        | 0.2%   |
| Hogar  | 60,702               | 30.1% | 3,923                 | 2.0%  | 64,625     | 16.3%  |
| Docencia                                       | 2,578                | 1.3%  | 1,224                 | 0.6%  | 3,802      | 1.0%   |
| Trabajo en salud no clínico                    | 5,722                | 2.8%  | 4,590                 | 2.3%  | 10,312     | 2.6%   |
| Otras ocupaciones no relacionadas con cuidados | 118,348              | 58.8% | 178,576               | 91.1% | 296,924    | 74.7%  |
| Edad <sup>3</sup>                              |                      |       |                       |       |            |        |
| < de 1 año                                     | 331                  | 0.2%  | 357                   | 0.2%  | 688        | 0.17%  |
| 1 a 26 años                                    | 36,199               | 18.0% | 34,608                | 17.7% | 70,807     | 17.82% |



¿Por qué respondemos diferente a la pandemia? Género y salud mental

|  | Mujeres              |       | Hombres               |       | Total      |        |
|--|----------------------|-------|-----------------------|-------|------------|--------|
|  | n= 201, 433<br>(51%) |       | n= 195,938<br>(49.3%) |       | n= 397,371 |        |
|  | n                    | %     | n                     | %     | n          | %      |
| 27 a 60 años   | 135,319              | 67.2% | 129,911               | 66.3% | 265,230    | 66.75% |
| > de 60 años   | 29,584               | 14.7% | 31,062                | 15.9% | 60,646     | 15.26% |
| <b>Contacto con otro caso de COVID-19 positivo<sup>3</sup></b> |                      |       |                       |       |            |        |
| No   | 77,618               | 40.4% | 84,197                | 45.8% | 161,815    | 43.03% |
| Sí   | 114,628              | 59.6% | 99,583                | 54.2% | 214,211    | 56.97% |
| <b>Intubado<sup>3</sup></b>                                    |                      |       |                       |       |            |        |
| No   | 16,048               | 83.8% | 24,375                | 79.3% | 40,423     | 81.0%  |
| Sí   | 3,112                | 16.2% | 6,367                 | 20.7% | 9,479      | 19.00% |
| <b>Neumonía<sup>3</sup></b>                                    |                      |       |                       |       |            |        |
| No   | 184,899              | 91.8% | 170,334               | 86.9% | 355,233    | 89.40% |
| Sí   | 16,534               | 8.2%  | 25,604                | 13.1% | 42,138     | 10.60% |
| <b>Unidad de cuidados intensivos<sup>3</sup></b>               |                      |       |                       |       |            |        |
| No   | 17,963               | 93.8% | 28,270                | 92.0% | 46,233     | 92.65% |
| Sí   | 1,197                | 6.2%  | 2,472                 | 8.0%  | 3,669      | 7.35%  |
| <b>Recuperación<sup>3</sup></b>                                |                      |       |                       |       |            |        |
| Mejoría  | 72,361               | 87.6% | 68,990                | 78.7% | 141,351    | 83.01% |
| Caso grave   | 3,021                | 3.7%  | 4,809                 | 5.5%  | 7,830      | 4.60%  |
| Defunción  | 7,230                | 8.8%  | 13,878                | 15.8% | 21,108     | 12.40% |

*Nota.* \*Fecha de corte: primera quincena de enero de 2021; <sup>2</sup>Casos confirmados con prueba de laboratorio; <sup>3</sup>Diferencia estadísticamente significativa al  $p < 0.05$ . Fuente: elaboración propia con datos públicos (Secretaría de Salud CDMX, 2021).

Entre febrero de 2019 y enero de 2021, se confirmaron 397,371 casos positivos de COVID-19, con una proporción similar de casos de mujeres (51%) y hombres (49.3%). Alrededor de 4 de cada 10 de las mujeres que tuvieron un resultado positivo de COVID-19 (41.2%) reportaron realizar actividades de

cuidado como su principal actividad; específicamente 30.1% reportaron dedicarse al hogar, seguidas de las enfermeras (4.5%), las trabajadoras de la salud no clínicas (2.8%), las médicas (2.1%), las docentes (1.3%) y las odontólogas y laboratoristas (0.2% cada una). En contraste, solamente 8.9% de los hombres con COVID-19 en la Ciudad de México reportaron tener actividades de cuidado. La lista la encabezan los médicos y los trabajadores de la salud no clínicos (2.3% cada uno), seguidos por quienes se dedican al hogar (2.0%), enfermeros (1.2%), docentes (0.6%), laboratoristas (0.2%) y odontólogos (0.1%). Estas diferencias son estadísticamente significativas. Es decir, de las personas que han tenido COVID-19, la proporción de quienes reportaron dedicarse a actividades de cuidado es significativamente mayor en las mujeres que en los hombres. Respecto a la edad, se muestra una distribución muy homogénea entre los sexos (mujeres: media=42.4, desviación estándar [D.E.] =16.8; hombres: media=42.7, D.E.=17.1), la mayoría de los casos se concentra entre las personas de 27 a 60 años, es decir, la población en edad productiva y no en la tercera edad como se pronosticaba al inicio de la pandemia.

El siguiente bloque de variables que analizamos fueron las relacionadas con el contacto con personas con COVID-19 y la progresión de la enfermedad. De especial atención es que, significativamente, una mayor proporción de mujeres (59.6%) que hombres (54.2%) con COVID-19 reportaron haber tenido contacto con otro caso positivo. Esto podría asociarse con las actividades cotidianas de las mujeres; como se mencionó, 4 de cada 10 mujeres contagiadas por COVID-19 llevan a cabo actividades de cuidado a otros, lo cual las pone en mayor riesgo de contagio. Si además consideramos que la estrategia nacional no ha promovido las pruebas a menos de tener complicaciones y que la diabetes e hipertensión afectan en mayor proporción a las mujeres que a los hombres, es posible que las mujeres busquen atención con mayor frecuencia. Esto también resulta especialmente importante, dado que la mayor proporción de mujeres reportaron dedicarse al hogar; por lo que es improbable haberse contagiado en otro ámbito que no sea el de la atención de su casa (incluyendo pago de servicios y compras). En suma, no es que las mujeres hayan estado más expuestas a casos positivos, sino que tienen la certeza de ello debido a que los han cuidado. En la evolución de la enfermedad, también hay diferencias significativas por sexo; más hombres (20.7%) que mujeres (16.2%) han sido intubados, han tenido neumonía (13.1% vs. 8.2%), y han estado en cuidados intensivos (8.0% vs. 6.2%). Asimismo, de manera general, los hombres han presentado cuadros más graves (5.5%) y han fallecido (15.8%) comparados con las mujeres (3.7% y 8.8% respectivamente).

También analizamos las características de ocupación en los casos de defunciones (Tabla 2). A la fecha, de las personas con prueba positiva confirmatoria de COVID-19 en la Ciudad de México, hay una proporción significativamente mayor de hombres (7.1%) que de mujeres (3.6%) que han fallecido. Respecto a las características de ocupación de estas personas, la brecha de género (y no sexo) es más marcada que en los casos positivos. Más de la mitad de las mujeres (56.7%) que han fallecido por COVID-19 se dedicaban al hogar, seguidas por 1.9% que se dedicaban a profesiones de salud y 0.5% a la docencia. El resto (40.8%) reportó actividades distintas a las de cuidados. En contraste, la mayoría de los hombres (93.4%) que han fallecido en la Ciudad de México por COVID-19 no se dedicaban a alguna actividad relacionada con los cuidados. Dentro del grupo que se dedicaba a los cuidados, 3.7% reportó dedicarse al hogar, 1.2% eran médicos y 1.7% al resto de las categorías presentadas en la Tabla. Estas diferencias en las actividades también son significativamente diferentes entre sexos.

**Tabla 2.** Defunciones por COVID-19 por sexo en Ciudad de México hasta enero 2021 (n= 397,371)\*

|                                  | Mujeres           |       | Hombres              |       | Total     |       |
|----------------------------------|-------------------|-------|----------------------|-------|-----------|-------|
|                                  | n= 7,230<br>(34%) |       | n= 13,878<br>(65.7%) |       | n= 21,108 |       |
|                                  | n                 | %     | n                    | %     | n         | %     |
| <b>Defunción<sup>2</sup></b>     |                   |       |                      |       |           |       |
| No                               | 194,203           | 96.4% | 182,060              | 92.9% | 376,263   | 94.7% |
| Sí                               | 7,230             | 3.6%  | 13,878               | 7.1%  | 21,108    | 5.3%  |
| <b>Defunciones por ocupación</b> |                   |       |                      |       |           |       |
| Medicina                         | 30                | 0.4%  | 169                  | 1.2%  | 199       | 0.9%  |
| Enfermería                       | 44                | 0.6%  | 26                   | 0.2%  | 70        | 0.3%  |
| Odontología                      | 5                 | 0.1%  | 9                    | 0.1%  | 14        | 0.1%  |
| Laboratorista                    | 3                 | 0.0%  | 11                   | 0.1%  | 14        | 0.1%  |
| Hogar                            | 4,102             | 56.7% | 512                  | 3.7%  | 4,614     | 21.9% |
| Docencia                         | 36                | 0.5%  | 61                   | 0.4%  | 97        | 0.5%  |

|  | Mujeres           |       | Hombres              |       | Total     |       |
|--|-------------------|-------|----------------------|-------|-----------|-------|
|  | n= 7,230<br>(34%) |       | n= 13,878<br>(65.7%) |       | n= 21,108 |       |
|  | n                 | %     | n                    | %     | n         | %     |
| Trabajado en la salud no clínicos              | 57                | 0.8%  | 129                  | 0.9%  | 186       | 0.9%  |
| Otras ocupaciones no relacionadas con cuidados | 2,953             | 40.8% | 12,961               | 93.4% | 15,914    | 75.4% |

*Nota.* \*Fecha de corte: primera quincena de enero de 2021; <sup>2</sup>Diferencia estadísticamente significativa al  $p < 0.05$ . Fuente: elaboración propia con datos públicos (Secretaría de Salud CDMX, 2021).

El contexto que estos datos nos brindan es que una proporción importante de mujeres que reportan como principal ocupación los cuidados se han enfermado y fallecido. Sin embargo, el análisis sería parcial si no consideráramos a las mujeres que no reportan como principal ocupación la de cuidados (remunerados o no), pero que dedican un tiempo considerable a la atención de su hogar.

En México, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (Addati *et al.*, 2018), las mujeres realizan 76.2% del trabajo no remunerado de cuidados del hogar. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo [ENUT] (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] e INMUJERES, 2020) definió cuidados como “actividades específicas para atender, asistir, acompañar, vigilar y brindar apoyo a los integrantes del hogar o a otras personas, con la finalidad de buscar su bienestar físico y, en el caso de los niños pequeños, la satisfacción de sus necesidades”. Los cuidados pueden ser directos o indirectos; los segundos son los que se realizan a la par de otra actividad principal. De acuerdo con la ENUT (Tabla 3), en 2019, entre las personas de 12 años y más, las mujeres reportaron dedicar 19.2 horas más que los hombres al trabajo doméstico no remunerado en su propio hogar (30.8 vs. 11.6 horas semanales), 6.9 más horas en cuidados directos (12.3 vs. 5.4 horas semanales), 15.9 más horas en cuidados indirectos (28.8 vs. 12.9 horas semanales) y 3.3 más horas en trabajo no remunerado para otros hogares (9.7 vs. 6.4 horas semanales). Sin embargo, estas diferencias de horas dedicadas a los cuidados no se compensan en las horas de trabajo remunerado. Es decir, de

manera global, las mujeres trabajan más, ya que dedicaron 6.2 más horas que los hombres al tiempo total de trabajo semanal (59.5 vs. 53.3 horas, respectivamente) (INEGI e INMUJERES, 2020).

**Tabla 3.** *Horas semanales dedicadas al trabajo en México por sexo en personas mayores de 11 años de acuerdo con la ENUT (INEGI & IN Mujeres, 2020).*

| Indicadores <sup>1</sup>                             | Mujeres | Hombres |
|--|---------|---------|
| Trabajo doméstico no remunerado para el propio hogar | 30.8    | 11.6    |
| Cuidados directos                                    | 12.3    | 5.4     |
| Cuidados pasivos                                     | 28.8    | 12.9    |
| Trabajo no remunerado para otros hogares             | 9.7     | 6.4     |
| Tiempo total de trabajo                              | 59.5    | 53.3    |

*Nota.* Fuente: Encuesta Nacional del Uso del Tiempo [ENUT]. <sup>1</sup>Tiempo en horas semanales.

En el último trimestre de 2019, las mujeres reportaron aproximadamente 22 horas semanales destinadas a cuidados no remunerados (los hombres reportaron 14). Al momento de publicación de este libro, se cuenta con un *proxy* de la Encuesta Telefónica de Ocupación y Empleo [ENOE] (Feix, 2020), la cual se realizó en abril de 2020. En dicha encuesta, las mujeres reportaron un aumento en las horas semanales destinadas a cuidados no remunerados de 22 en 2019 a 30 en abril de 2020. Los hombres también reportaron un aumento, sin embargo, este fue menor (de 14 a 20 horas semanales). Esta encuesta capturó el aumento en las actividades de cuidado realizadas durante el primer mes de la Jornada Nacional de Sana Distancia (del 23 de marzo al 30 de mayo de 2020).

A nivel internacional, previo a la pandemia, se calculaba que tomarían 257 años en cerrar la brecha de género en la oportunidad económica (UNDP, 2020). Sin embargo, la pandemia agudizó las condiciones estructurales, particularmente la división sexual del trabajo, la cual obstaculiza la participación igualitaria de las mujeres en el mercado laboral comparada con la participación de los hombres (Feix, 2020). En México, para finales de 2019, de las 37.7 millones de personas de la población no económicamente activa [PNEA], 72.68% eran mujeres (27.4 millones de

mujeres vs. 10.3 millones de hombres); para mayo de 2020, el total de la PNEA incrementó a 50.3 millones de personas, de las cuales 65.2% eran mujeres (32.8 millones de mujeres vs. 17.5 millones hombres) (Feix, 2020). Es decir, el desempleo afectó a 12.6 millones de personas más en mayo de 2020 que a finales de 2019 y afectó en ese momento a una mayor proporción de hombres que de mujeres. Esto ha puesto en una situación de mayor vulnerabilidad a toda la población, ya que el aumento en el desempleo de un sexo no es un avance para el otro sexo. Dentro del sector de la PNEA, la diferencia entre mujeres y hombres radica en que las mujeres reportaron no estar disponibles para trabajar porque estaban a cargo de las tareas domésticas no remuneradas (Feix, 2020). Cerca de 17 millones de mujeres y únicamente 1 millón de hombres reportaron como razón el no estar disponible para una actividad económicamente activa porque se dedicaban al trabajo doméstico no remunerado (Feix, 2020).

El confinamiento requerido para mitigar la propagación de la pandemia mediante la Jornada Nacional de Sana Distancia y los lineamientos subsecuentes (“la nueva normalidad” y los semáforos epidemiológicos), ha afectado de especial manera a las mujeres que tienen hijos, tanto en hogares monoparentales como biparentales. A nivel de las familias, ha habido decisiones de género disfrazadas de decisiones económicas; dado que las mujeres tienden a tener los trabajos más precarios y los hombres a tener un ingreso mayor y menor flexibilidad laboral, son las mujeres quienes han cedido su empleo y tiempo a las labores de cuidado relacionadas con los cambios en la vida por la pandemia. La precariedad de los empleos de muchas mujeres las está llevando al desempleo durante la pandemia; ya sea por recortes en los lugares de trabajo o por tener que encargarse de los cuidados de la casa. Las desigualdades de género afectan a todos los hogares; sin embargo, quienes más sufrirán las consecuencias sociales y económicas del COVID-19 serán las mujeres de los niveles socioeconómicos más bajos, con menor educación y que viven en hogares en los que tiende a haber más personas dependientes y mayor dificultad para implementar el distanciamiento social dado el hacinamiento (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020).

Durante la segunda mitad del siglo xx se lograron muchos avances en la igualdad de género; se ha normalizado desde hace décadas el desempeño de las mujeres en trabajos remunerados fuera del hogar. Sin embargo, la brecha que aún queda se relaciona con otros cambios en las normas sociales que permitan que las mujeres dejen de ser las encargadas principales de las labores domésticas y de cuidado.

Desafortunadamente, el panorama actual no favorece este cambio; desde antes de la pandemia se había diagnosticado un aumento en el sesgo de las normas de género relacionado con una percepción de roles de género más marcada entre los hombres jóvenes que en los hombres de generaciones anteriores (UNDP, 2020).

## Conclusiones y recomendaciones

El impacto que ha tenido la COVID-19 ha sido la de una sindemia, en la que se han evidenciado las desigualdades sociales y económicas, en las que el género es solo una de esas facetas. Estas desigualdades cruzan a mujeres y hombres que están perdiendo sus empleos, enfermando, sufriendo pérdidas familiares y falleciendo.

Hablar de afrontamiento y emociones en la pandemia con perspectiva de género, forzosamente lleva a reflexionar más allá de los estereotipos de las mujeres sensibles y los hombres como racionales. Los datos que presentamos en este capítulo muestran que no es falta de sensibilidad de los hombres si en un momento inicial reportaron estar tranquilos, sino que son las mujeres las que de manera inmediata modificaron sus horarios y labores para poder atender las necesidades de sus familias.

Los mecanismos de afrontamiento, si bien son individuales, están permeados por el contexto psicosocial en el que se encuentra la persona. Si este contexto incluye las normas de género en las que se espera un papel protector y de cuidado de las mujeres hacia los demás, es de esperar que tengan más búsqueda de recursos de afrontamiento, especialmente cuando tienen a su cargo personas en especial riesgo de enfermar de COVID-19. Por esto, el afrontamiento debe ser considerado una respuesta social y no individual; las personas respondemos al ambiente no solo por los estímulos inmediatos, sino por las posibles consecuencias de nuestros actos.

Los datos de los casos positivos de la Ciudad de México que presentamos en este capítulo muestran que las mujeres que enferman y fallecen están a cargo del cuidado y atención de otras personas. Esto nos ayuda a entender de una manera más global por qué sus respuestas emocionales han sido de temor, tristeza e incertidumbre. Respecto a la proporción prácticamente doble de fallecimientos de hombres, es posible que se deban también a roles de género relacionados con la exposición a la COVID-19 en ambientes fuera de sus hogares.

Bajo este contexto es evidente que las mujeres, por un lado, se encuentran en una situación de desigualdad económica y social durante la pandemia por

COVID-19 y, por otro, enfrentan la carga que la sociedad impone respecto a llevar a cabo el cuidado de sus familiares, lo cual pone en riesgo su integridad física y mental, pues, tal como se discutió a lo largo de este capítulo, las mujeres más afectadas por la pandemia son aquellas que realizan actividades de cuidado a los otros, además reportan con mayor frecuencia sentirse preocupadas, temerosas y tristes (Ramos-Lira *et al.*, 2020).

El confinamiento podría tener un carácter cíclico, por lo que cualquier medida económica, laboral y social necesita una perspectiva de género. Las políticas actuales solamente profundizan las desigualdades en términos de retroceso en los espacios laborales, pérdidas de recursos humanos y aumento de la pobreza de las mujeres y de quienes están bajo su responsabilidad (Comisión Interamericana de Mujeres, 2020a). Además, afectarán de manera más directa a las mujeres en situaciones de mayor vulnerabilidad, como las trabajadoras domésticas y las mujeres que viven en zonas rurales.

Aunque la diferencia en el tiempo dedicado a los cuidados denote acuerdos implícitos y explícitos dentro de los hogares, producto de las normas sociales de género, es indispensable que se elaboren políticas públicas que aborden esta desigualdad. Esto puede ser a través de la institucionalización de los sistemas de cuidados y de salud (INMUJERES, 2020). Así como por razones económicas no se optó en México por un confinamiento forzoso, también por razones sociales es necesaria una perspectiva del cuidado colectivo que suplante la idea del cuidado como solo una responsabilidad familiar. Es decir, en lugar de que la política pública apele a la unión familiar, evidencie que esto pone en un papel de desigualdad a la mujer, por lo que, en lugar de enfocarse en el trabajo desde casa (*home office*), se reestructuren los espacios públicos para que las mujeres no tengan una carga adicional de trabajo no remunerado y además puedan continuar realizando sus trabajos y actividades profesionales y recreativas, a las cuales tienen derecho, como los hombres.

## Referencias

Addati, L.; Cattaneo, U.; Esquivel, V. y Valarino, I. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. (Reporte). International Labour Organization. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633135.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf).



- Ataguba, O. A., y Ataguba, J. E. (2020). “Social determinants of health: the role of effective communication in the COVID-19 pandemic in developing countries”. *Global Health Action*, 13(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1788263>.
- Burström, B., y Tao, W. (2020). “Social determinants of health and inequalities in COVID-19”. *The European Journal of Public Health*, 30(4), 617-618.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*. (Informes COVID-19). [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45335/5/S2000261_es.pdf).
- Comisión Interamericana de Mujeres. (2020a). *COVID-19 en la vida de las mujeres. Razones para reconocer los impactos diferenciados*. (Argumentario). Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf>
- Comisión Interamericana de Mujeres (2020b). *COVID-19 en la vida de las mujeres: emergencia global de los cuidados*. (Argumentario). Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/cim/docs/CuidadosCOVID19-ES.pdf>.
- Dean, H. D. y Fenton, K. A. (2010). “Addressing social determinants of health in the prevention and control of HIV/AIDS. Viral hepatitis, sexually transmitted infections, and tuberculosis”, *Public Health Reports*, 125(4)4, 1-5.
- Dirección General de Epidemiología y Secretaría de Salud (2020). Base de datos de COVID-19. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127>. Fecha de consulta: diciembre de 2020.
- Feix, N. (2020, octubre). *México y la crisis de la COVID-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos*. (Nota técnica). Organización Internacional del Trabajo. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/--ilo-mexico/documents/publication/wcms\\_757364.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/--ilo-mexico/documents/publication/wcms_757364.pdf).
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1990). “Coping and emotion”. En Stein N. L.; Leventhal, B.; y Trabasso, T. (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Gobierno de la Ciudad de México. 2021. *Base de datos de casos asociados a COVID-19*. Portal de Datos Abiertos de la CDMX [Base de datos]. <https://datos.cdmx.gob.mx/explore/dataset/casos-asociados-a-covid-19/information>.

- Halim, M. L.; Ruble, D. N. y Amodio, D. M. (2011). "From pink frilly dresses to 'one of the boys': a social-cognitive analysis of gender identity development and gender bias". *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 933-949.
- Iadecola, C.; Anrather, J. y Kamel, H. (2020). Effects of COVID-19 on the nervous system. *Cell*, 183(1), 16-27. <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2768916>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2020). *COVID-19 y su impacto en números desde la perspectiva de género*. (Informe). Gobierno de México. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/543160/Covid19-cifrasPEG.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres (2020, 8 de octubre). *Comunicado de prensa Núm. 458/20. Se presentan resultados de la ENUT 2019* [Comunicado de prensa]. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENUT/Enut\\_Nal20.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/ENUT/Enut_Nal20.pdf).
- Medina-Mora, M.; Cordero, M. y Rafful, C. (2021). Determinantes sociales de la salud mental en la pandemia. En Hansberg, O. y Fajardo-Chica, D. (Eds.), *La vida emocional en la pandemia*. UNAM.
- Prather, K. A.; Marr, L. C.; Schooley, R. T.; McDiarmid, M. A.; Wilson, M. E.; y Milton, D. K. (2020). "Airborne transmission of SARS-CoV-2". *Science*, 370(6514), 303-304. 10.1126/science.abf0521.
- Puntmann, V. O.; Carerj, M. L.; Wieters, I.; Fahim, M.; Arendt, C.; Hoffmann, J.; Shchrendigina, A.; Escher, F.; Vasa-Nicotera, M.; Zeiher, M.; Vehreschild, M. y Nagel, M. (2020). "Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)". *JAMA Cardiology*, 5(11), 1265-1273. 10.1001/jamacardio.2020.3557.
- Ramos-Lira, L.; Rafful, C.; Flores-Celis, K.; Mora Ríos, J.; García-Andrade, C.; Rascón Gasca, M. L.; Bautista Aguilar, N; y Cervantes Muñoz, C. (2020). "Emotional responses and coping strategies in adult Mexican population during the first lockdown of the COVID-19 pandemic: gender differences matter". *Salud Mental*, 43(6), 243-251.
- Secretaría de Salud (2020, 29 de mayo). Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Técnicos Específicos para la Reapertura de las Actividades Económicas. *Diario Oficial*. [http://nuevanormalidad.gob.mx/files/Acuerdo\\_Salud\\_290520\\_VES-1.pdf](http://nuevanormalidad.gob.mx/files/Acuerdo_Salud_290520_VES-1.pdf).
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México (2021). Base del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para el seguimiento a posibles casos de CO-

- VID-19 en la Ciudad de México. Recuperado de: <https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/base-covid-sinave>. Fecha de consulta: enero de 2021.
- United Nations Development Program (2020). *2020 Human Development Perspective. Tackling social norms. A game changer for gender inequalities*. (Reporte). [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hd\\_perspectives\\_gsni.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hd_perspectives_gsni.pdf).
- World Health Organization (s.f.). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health>.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health* (Reporte). Geneva-. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).
- World Health Organization (2006). *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement (Informe)*. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
- World Health Organization (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation report 46*. (Reporte). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331443/nCoVsitrep06Mar2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



# CAPÍTULO 4. “Somos médicos. No dioses”. La identidad médica frente a la pandemia de COVID-19

Marcia Villanueva

## Introducción

En 2014, el gremio médico mexicano se organizó en respuesta a la detención de dieciséis doctores involucrados en un litigio por negligencia médica y creó el movimiento #yosoy17 con el propósito de manifestarse contra demandas judiciales por negligencia, violencia obstétrica y otras formas de mal praxis. Con el lema “Somos médicos, no dioses”, los integrantes de este movimiento han pedido que se reconozca públicamente que no están exentos de errores en el ejercicio de su profesión, pues son tan falibles *como cualquier otra persona* (Aristegui Noticias, 2014; Excélsior, 2014). Detrás de estas peticiones yace un sentido de deshumanización de los médicos que ha pasado desapercibido en la literatura sobre la deshumanización de la medicina. Distintas disciplinas como la psicología social, la bioética y la propia medicina han estudiado la cosificación de los pacientes y el trato impersonal que estos reciben por parte del personal de salud (por ejemplo, Haque y Waytz, 2012; Waytz y Schroeder, 2014). En contraste, se ha explorado poco el sentir generalizado que existe entre los médicos por no ser reconocidos como humanos, el cual se evidencia con el lema de #yosoy17.

En el contexto de la pandemia COVID-19 resulta muy relevante reflexionar sobre la deshumanización del personal de salud por la presión laboral y social a la que están expuestos. En las siguientes páginas ofreceré argumentos para sostener que la deshumanización de los médicos deriva de la construcción social de

su identidad profesional y que las representaciones sociales sobre estos agentes durante la pandemia, lejos de protegerlos, han reforzado las condiciones de posibilidad de su deshumanización.

El capítulo inicia con una sección sobre la construcción social de las identidades, tomando como referencia el trabajo de Lindemann, una filósofa que ha contribuido a las teorías antropológicas de la filosofía sobre la identidad personal, las cuales integran perspectivas narrativas y sociales para ofrecer definiciones sobre qué es ser una persona y para dar explicaciones acerca de cómo se constituyen las identidades personales.

Posteriormente, con base en material empírico recopilado antes de la pandemia, se expone un análisis sobre la construcción social de la identidad médica como un proceso en el que se deshumaniza a los médicos. Estos hallazgos empíricos son producto de mi investigación doctoral, en la que utilicé una combinación de métodos de investigación cualitativos para explorar la relación entre la formación profesional de los médicos y la deshumanización de la medicina. En primer lugar, realicé veintiséis entrevistas semiestructuradas a estudiantes de medicina, médicos generales y médicos especialistas de México (8, 9 y 9 participantes, respectivamente). Las entrevistas se realizaron en persona (para los médicos de la Zona Metropolitana del Valle de México) o vía teleconferencia (para los médicos de otros estados)<sup>1</sup> y se grabaron con autorización previa, para después transcribirlas y codificarlas. Adicionalmente, realicé una etnografía virtual en Facebook durante 3.5 años (de enero de 2015 hasta julio de 2018), basada en el seguimiento de 2 grupos de médicos y 9 perfiles públicos de medicina. El análisis de los datos virtuales se realizó con entradas a mi diario de campo y a través de imágenes guardadas (capturas de pantalla) que posteriormente codifiqué para su análisis. Para reportar los resultados, utilicé pseudónimos para los entrevistados y eliminé el nombre de usuario de Facebook de las publicaciones, respetando por completo el anonimato de los participantes. Cabe mencionar que algunos resultados de mi investigación doctoral y de análisis posteriores del trabajo de campo recabado para ella ya se encuentran publicados, pero se distinguen del trabajo que aquí se presenta por el análisis que se realiza a partir de los hallazgos empíricos (Villanueva, 2020; Villanueva y Castro, 2020; Castro y Villanueva, 2019; Villanueva, 2019).

---

<sup>1</sup> La muestra incluye estudiantes y médicos de 11 estados del país (BJ, CDMX, Chih., Dur., Edo. Méx., Jal., NL, SLP, Ver., Yuc. y Zac.), que han estudiado y/o trabajado en instituciones médicas públicas y privadas.

Finalmente, la tercera sección del texto presenta algunas reflexiones acerca de la identidad médica en el contexto de la pandemia de la COVID-19, alimentando mis argumentos con publicaciones de Facebook que recopilé deliberadamente para este trabajo (aún sigo los grupos y perfiles públicos con los que realicé anteriormente la etnografía virtual de mi tesis doctoral).

El análisis de este texto se apoya en un conjunto de memes que forman parte del material empírico de mi investigación. Los memes son dispositivos cómicos que pretenden provocar la risa con el fin de “relativizar y poner distancia, desde el humor, a las tensiones, malestares y conflictos de la vida cotidiana” (Ballesteros, 2016: 25). A diferencia del chiste que se comunica de manera oral, los memes son composiciones verbo-visuales de naturaleza digital que se transmiten por la red y rápidamente adquieren popularidad, siendo susceptibles de evolucionar a medida que viajan virtualmente, se comentan y se recontextualizan. Cualquier persona puede crear un meme y ponerlo en circulación: existen múltiples aplicaciones gratuitas y disponibles en línea que permiten crear memes en cuestión de segundos, haciendo uso de un banco de imágenes predeterminado a las que se le inserta un texto. De esta forma, los usuarios de la red adquieren un carácter de “prosumidores” de memes, pues ellos mismos los producen y consumen (Ballesteros, 2016). Cuando un usuario crea o reenvía un meme, tiene en mente el contexto de recepción, es decir, reconoce lo que es gracioso en su contexto social, de tal suerte que su acción es una forma de identificación y vinculación con las demás personas que conforman el grupo virtual en el que él participa. En este sentido, los memes deben entenderse como productos culturales que permiten entender el mundo social que les ha dado origen, pues están anclados en un contexto sociocultural concreto y nos revelan el imaginario compartido en ese espacio (Pérez Salazar, 2017).

Resulta imposible reproducir aquí los memes que proporcionan evidencia de la presente investigación porque aún existe un vacío legal en materia de derechos de autor que regule el uso y reproducción de este tipo de imágenes en medios impresos. Se invita a los lectores a ver estas imágenes en el video de la plática que se impartió en el marco del *Ciclo de conferencias en línea: La vida emocional en la pandemia*, disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGVIA>.

## La construcción social de las identidades

Las ciencias sociales ofrecen muchas teorías sobre la construcción social de las identidades, enfocándose en la interacción de las personas y su entorno social. Lindemann ha retomado las contribuciones de Goffman (1959) en esa área y las ha llevado al terreno de la filosofía. En su libro más reciente (Lindemann, 2014), esta filósofa ofrece una teoría sobre la construcción social de las identidades basada en una práctica fundamental a la que denomina la “práctica social de la personeidad”.<sup>2</sup> Esta consiste “en la expresión corporal de sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones que constituyen una personalidad humana, y que son reconocidos por otros, quienes a su vez responden a lo que ven” (Lindemann, 2014, p: 15). Conceptualmente, la práctica social de la personeidad requiere de cuatro elementos: 1) una procesión de estados mentales –i.e. una *subjetividad* que contiene sensaciones, emociones, creencias, actitudes, deseos, disposiciones, etc.; 2) la *expresión* de estos estados mentales a través de nuestro cuerpo humano; 3) el *reconocimiento* de lo que se expresa; y 4) una *respuesta* basada en ese reconocimiento. En pocas palabras:

la personeidad simplemente es la expresión corporal de los sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones que constituyen una personalidad humana, reconocida por otros, quienes responden en ciertas maneras a lo que ven (Lindemann, 2014: 15; mi traducción).

Lindemann funde su perspectiva social de la personeidad (2014) con su propuesta de la identidad narrativa (2001) al describir la práctica social de la personeidad como una actividad narrativa a través de la cual se construyen identidades. Es decir, la práctica social de la personeidad depende de las historias a través de las cuales hacemos sentido de quiénes somos. Lindemann sostiene que la identidad personal está formada por un conglomerado narrativo formado por historias y fragmentos de historias que representan las diferentes facetas de

---

<sup>2</sup> Originalmente en inglés: *social practice of personhood*. En español no contamos con un vocablo equivalente al término anglosajón *personhood*, que se refiere a la condición de ser persona. En inglés, –hood es un sufijo abstracto que tiene significado categorial y designa “el estado de ser N”, de tal forma que *personhood* designa el estado de ser persona. En español, el sufijo más parecido es –dad (con sus variantes –edad, –idad, –ilidad), de tal suerte que *personhood* podría traducirse como personalidad o personeidad. Prefiero esta última opción para evitar confusiones por el significado ordinario de personalidad.



las personas, incluyendo *narrativas grupales* –que son socialmente compartidas y representan las identidades sociales– y *narrativas personales* –que revelan cómo una persona se diferencia de los demás individuos de los grupos sociales a los que pertenece.

Nuestro conglomerado narrativo funciona como un mostrador para la interacción social: por un lado, establece las expectativas que tienen las demás personas sobre nuestro comportamiento, y, por otro lado, establece también las actitudes y reacciones que tienen hacia nosotros, esto es, el trato que nos dan. En la medida en que una persona conozca las historias que constituyen mi conglomerado narrativo, estará predispuesta sobre el tipo de acciones y reacciones que yo podría tener y también sobre cómo debe tratarme. Dicho de otro modo, los cuatro elementos de la práctica social de la personeadad incluyen las historias que conforman los conglomerados narrativos de las personas que interactúan entre sí.

Para Lindemann, “sujetar” (*hold*) a alguien en una identidad implica interactuar con esa persona con base en el conglomerado narrativo que constituye su identidad personal. En oposición, “soltar” (*let go*) se refiere a renunciar a historias que no representan de manera adecuada a una persona. En la mayoría de las interacciones sociales, las identidades se sujetan principalmente por narrativas grupales. Como explica Goffman (1963,2006) en estas dos citas:

El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con ‘otros’ previstos sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño, las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social (12).

Si bien los contactos interpersonales entre extraños están particularmente sujetos a respuestas estereotípicas, a medida que las personas se relacionan de forma más íntima ese acercamiento categórico va retrocediendo, y gradualmente la simpatía, la comprensión y la evaluación realista de las cualidades personales ocupa su lugar (67).

Las categorías sociales a las que se refiere Goffman son representadas por las narrativas grupales descritas por Lindemann. Estas narrativas nunca son meramente descriptivas, sino que también prescriben una serie de reglas implícitas socialmente compartidas sobre quién pertenece a qué categoría social. Esta idea también está ligada al análisis que Butler (1997) ha hecho respecto de las identidades de género, quien ha defendido que “las categorías de identidad nunca

son meramente descriptivas, sino que siempre son normativas, y como tales, excluyentes” (Butler, 2001: 33-34). Lindemann explica que, conforme aprendemos a hablar, no solo aprendemos los nombres de esas categorías sociales, sino también las reglas sobre cómo aplicarlas a las personas. Asimismo, aprendemos a qué categorías sociales pertenecemos nosotros y aplicamos esas narrativas grupales a nosotros mismos. En última instancia, las narrativas grupales funcionan como estereotipos o modelos ideales que deben imitarse para pertenecer a esas categorías sociales.

### La identidad médica como una identidad deshumanizada

Desde mediados del siglo pasado, la sociología de la medicina empezó a indagar acerca de la educación médica, abarcando temas desde la socialización de los alumnos hasta las relaciones entre instituciones como universidades, hospitales, el Estado y organizaciones de salud internacionales (Merton, 1957; Becker, 1961; Freidson, 1970; Atkinson, 1981; Sinclair, 1997). En este campo, el “currículum oculto” es uno de los conceptos más utilizados. Introducido por Hafferty (1998), dicho concepto distingue lo que se enseña directamente a los estudiantes de medicina y que está explícitamente descrito en el currículum formal de las escuelas de medicina, de lo que se aprende a través de las interacciones sociales que ocurren fuera del salón de clases y que derivan de factores culturales y estructurales.

Durante los últimos 25 años, la teoría del currículum oculto ha abordado la dimensión cultural de la educación médica, a través de la cual los estudiantes aprenden las costumbres, rituales, entendimientos comunes y lo que se da por sentado en el espacio social de la medicina (Brosnan y Turner, 2009; Lawrence *et al.*, 2018; Martimiankis *et al.*, 2018). En esta área ha habido especial interés en las afirmaciones de Hafferty acerca de que “la educación médica no solo se trata de adquirir conocimiento y habilidades nuevas, sino que se trata de adquirir la identidad y el carácter de un médico”, lo que implica “aprender a dejar de ser una persona civil” (Hafferty y Franks, 1994: 865). Este interés ha producido investigaciones sobre la socialización de los estudiantes dentro de la cultura médica y cómo estos adquieren su identidad profesional a través de rituales de paso, los pases de visita, las guardias, las conferencias educativas, etc. (e.g. Broadhead, 1983; Bonsteel, 1997; Apker y Eggly, 2004). En el contexto latinoamericano, se han descrito algunos elementos del currículum oculto en México (específi-

camente los castigos y el disciplinamiento corporal, el orden de las jerarquías, el disciplinamiento de género y de la imagen personal que deben proyectar los estudiantes) para mostrar que el habitus médico autoritario se desarrolla durante la formación médica (Castro y Erviti, 2015). No obstante, ninguna de esas investigaciones ofrece una teoría particular sobre la identidad médica *per se*. La propuesta filosófica de Lindemann sobre cómo se construyen socialmente las identidades ofrece un marco de análisis fructífero para abordar esta cuestión.

En tanto identidad social, la identidad médica está representada por narrativas grupales socialmente compartidas que representan a los médicos con base en estereotipos y transmiten las reglas y valores que guían las prácticas sociales de personificación en las que participan. En libros de historia, novelas, películas y series de televisión, las narrativas sobre la identidad médica suelen representar, con un tono heroico, a doctores sobresalientes cuyas acciones son narradas como hazañas grandiosas o incluso sobrenaturales, pretendiendo dejar al lector o espectador en estado de total admiración. Ejemplos paradigmáticos de estas narrativas son las historias creadas en torno a la figura de Galeno, médico de la Antigua Roma al cual se debe la costumbre que tienen los médicos de autodenominarse “galenos” y razón por la que denomino “galenidad” a la identidad médica. Aquí una cita de un libro de historia de la medicina titulado *La epopeya de la medicina*:

Vino de Pérgamo en Asia Menor, un joven griego brillante y ególatra, cargado de conocimiento después de estudiar diez años en las capitales médicas. Presuntuoso, brutalmente honesto, con una mente ágil y una afición por la teoría, la clasificación y la lógica sólida, a los 34 años Claudio Galeno estaba decidido a hacer fama y fortuna [...] Ganó la atención con diagnósticos astutos para pacientes distinguidos [...] La élite de Roma se agolpó en el teatro público donde dio conferencias sobre anatomía y fisiología; una docena de escribas redactaron sus tratados, los cuales dictó a gran velocidad [...] Cobró audazmente al cónsul Boecio 400 piezas de oro [...] El cónsul no solo pagó la tarifa, sino que lo proclamó “el trabajador de las maravillas” [...] Galeno castigó habitualmente a todos los charlatanes, reprendió irritablemente a sus rivales profesionales a quienes consideraba tontos, asnos, ladrones [...] Era una autoridad [...] Produjo 500 trabajos en todos los aspectos de la ciencia y la práctica médica (Martí-Ibáñez, 1962: 92-93; mi traducción).

Esta narrativa presenta un modelo del galeno ideal que deben emular performativamente los demás médicos no solo para formar parte del grupo social que conforman los médicos, sino sobre todo a fin de ocupar una posición prestigiosa dentro de este. Un médico reconocido *debe* ser brillante, haber estudiado muchos años, realizar diagnósticos certeros y corregir con soberbia los errores de sus colegas, tener alumnos que lo admiren y atender a gente distinguida; todo esto le dará fama y fortuna. Quienes consiguen ese prestigio, a su vez, tienen la autoridad de articular nuevas versiones de la narrativa grupal de la galenidad a través de las cuales se refrenda la normatividad que exige esta identidad social.

Recientemente, Alberto Lifshitz, un reconocido médico mexicano, publicó un libro en el que reflexiona sobre la profesión médica y la práctica clínica contemporánea (Lifshitz, 2014: 91-92). En esa obra describió al médico como aquel sujeto con

una habilidad personal que incluye la capacidad de recolectar indicios, agruparlos según sus relaciones, contrastarlos con las descripciones nosográficas clásicas; la aptitud para suscitar confianza y *asumir las decisiones que le subroga el enfermo; de lograr que este acate con obediencia las recomendaciones*, ya sean expresadas como órdenes afectuosas o como mandatos autoritarios. *Encumbrado en el pedestal de la iatrocracia, dueño de la vida y de la muerte, apenas un nivel debajo de lo santo y lo divino. Capaz de obsequiarse*, ya sea en el interior de una oficina, de una alcoba, una sala familiar o de un área de hospital. *Apenas falible* pero solo al verse rebasado por circunstancias imponderables. Sus sentidos acuciosamente entrenados para *percibir lo que otros no pueden*. Sus habilidades para convencer, consolar, someter. *Consejero, confesor y guía*, receptor de quejas y lamentos; *sumiso escucha de plañidos y desahogos*; recipiente de verborreas catárticas. Vigilante de la salud y de la enfermedad, acechando signos, ominosos y promisorios, observando efectos terapéuticos y colaterales; corrigiendo dosis y remedios. Manipulando los cuerpos. Respondiendo ante la familia y sus colegas. Avistando los avances y esperando la oportunidad de ponerlos al servicio de los pacientes. *Ejerciendo una autoridad irrestricta y complaciéndose en el comprensivo perdón automático de sus fallas*. Protagonista social *encumbrado*. Testigo de tragedias, atisbador de intimidades, *indultador de escrúpulos*, espía de pudores, depositario de secretos, confidencias y misterios. Tal imagen ha perdurado dos siglos, pero está dejando de ser vigente.

De esta narrativa sobresale la caracterización que Lifshitz hace del médico como alguien con capacidades y poderes que superan lo ordinariamente humano:

alguien con “autoridad irrestricta”, capaz de “percibir lo que otros no pueden”, “encumbrado en el pedestal de la iatocracia”, “apenas un nivel debajo de lo santo y lo divino”, “dueño de la vida y la muerte” y “apenas falible”. Este tipo de narrativas suprahumanas sobre la galenidad suelen trazar algunos paralelismos entre el modelo ideal del médico y la figura de Jesús. En esta cita, por ejemplo, podemos ver que el médico es “indultador de escrúpulos”, como el Dios cristiano que perdona los pecados; es “capaz de obsequiarse” servilmente, como el Hijo de Dios que se sacrificó para redimir al género humano; el médico, como el Predicador, es “consejero, confesor y guía” y da premoniciones en forma de pronósticos para los enfermos; como Jesús, es “testigo de tragedias”, “receptor de quejas y lamentos; sumiso escucha de plañidos y desahogos” y trata con misericordia a los marginados y a los pecadores, que son los portadores paradigmáticos de las enfermedades. Los milagros que la fe cristiana le atribuye a Jesús muchas veces se refieren a curaciones –como sanar la lepra y la ceguera– y a la capacidad de resucitar muertos. Las hazañas de los médicos representadas en las narrativas de la galenidad refieren a acciones análogas: los médicos ofrecen medidas curativas para las enfermedades y, a partir del invento del desfibrilador portátil, también tienen la capacidad de resucitar a algunos de sus pacientes.

Si bien habrá quien alegue, junto con Lifshitz, que las narrativas suprahumanas de la galenidad son ya obsoletas, el material empírico recopilado en redes sociales y en las entrevistas ofrece buenas razones para sostener que tales representaciones continúan vigentes. En muchas narrativas aún se compara a los médicos con dioses y/o superhéroes, confiriéndoles capacidades superiores a las que tenemos los humanos. Por ejemplo, en los grupos de médicos que seguí en Facebook durante la etnografía virtual encontré imágenes<sup>3</sup> que constituyen representaciones de la galenidad que dan sostén a la ideología que presenta a los médicos como “salvadores”. Una de ellas se refiere a un meme construido a partir de una fotografía que enmarca la vestimenta de un médico (una camisa blanca con una corbata roja, debajo de una bata blanca, y con un estetoscopio colgado al cuello) y sobre ella la leyenda de “todo superhéroe usa un disfraz para salvar vidas”. Otra de las imágenes compartidas por médicos en redes sociales es una ilustración de Quino acerca de un médico explorando a un paciente, quien a su vez observa un cuadro en la pared del consultorio en

---

<sup>3</sup> Ver el minuto 18 con 04 segundos del video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGVIA>.

el que se retrata al médico que lo atiende pisando, en posición victoriosa, a la muerte. En estos dos casos, las narrativas de la galenidad siguen representando a los médicos como seres suprahumanos.

En la práctica, las narrativas suprahumanas de la galenidad se traducen en exigencias que no reconocen nuestras necesidades y límites humanos, o que superan nuestras capacidades. Medicina tiene fama de ser una carrera de mucho sacrificio y resistencia. Es del conocimiento común que los estudiantes de esta carrera enfrentan una educación muy exigente y competitiva que les demanda muchas horas de estudio y disciplina académica, además de resistencia física para sobrellevar las arduas jornadas de estudio en los hospitales, comúnmente denominadas “guardias”, que tienen una duración de al menos 36 horas y ocurren tres veces por semana durante el internado médico y los años de especialización. Sin embargo, estas constituyen apenas la punta del iceberg de las exigencias a las que los médicos son sometidos.

Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina son socializados en un ambiente altamente competitivo en el que son disciplinados por parte de sus profesores con el objetivo de enseñarles a *ser* médicos. Esto incluye proyectar la imagen de médico con el uso de la bata y el uniforme blanco, así como seguir una serie de comportamientos que demuestran fortaleza de carácter. Esta fortaleza es la propiedad normativa más importante de la identidad médica y se expresa de muchas maneras distintas. Una de sus manifestaciones es tener un carácter resistente para aguantar muchas horas de estudio teórico y las “guardias” en los hospitales. En la práctica, se espera que los médicos superen sus necesidades fisiológicas y sean capaces de brindar atención médica de buena calidad aun sin haber comido y con privación del sueño. Estas son exigencias que no reconocen nuestra naturaleza humana y, por tanto, deshumanizan. Como comentó un estudiante durante la entrevista:

Al médico se le ve ya como “ay, cómo es posible que el médico se duerma, si se supone que tiene que estar de guardia las 24 horas, cómo es posible que el médico haya prescrito mal si se supone que no tiene errores”, empezamos a ver al médico como alguien no humano.

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas

Asimismo, esa fortaleza se exige en el ámbito emocional para desarrollar un carácter resistente y aguantar el disciplinamiento en la educación médica que

muchas veces conlleva distintas formas de violencia. Como ya he hecho notar en otras publicaciones (Villanueva, 2019), desde mediados del siglo pasado se ha reconocido el maltrato que sufren los estudiantes de medicina durante su formación profesional. Este es un fenómeno generalizado que no se limita a ciertos países o programas académicos. Una revisión reciente (Fnais *et al.*, 2014) estimó que 59.4% de los estudiantes de medicina y 63.4% de los residentes (estudiantes de alguna especialidad médica) ha sufrido alguna forma de violencia durante su formación profesional, incluyendo el maltrato verbal, la violencia física, la discriminación por raza, el acoso sexual y la discriminación por género.

Muchas veces, el maltrato que reciben los estudiantes se relaciona con exigencias de fortaleza desmedidas. Por ejemplo, en entrevista, Marigeni recordó esta experiencia que tuvo mientras realizaba el internado médico en Durango:

Uno de mis hijos se lo había llevado mi mamá a Chihuahua, y se enfermó. Entonces me hablan, que me tenía que ir de urgencia a Chihuahua porque mi niño estaba enfermo, estaba hospitalizado. Pedí permiso en el hospital [donde estaba haciendo el Internado Médico] y me fui a Chihuahua. Cuando regresé a mi guardia [en Durango], estaba una cirugía, creo que era un cáncer de tiroides, pero recuerdo que la cirugía duró doce horas, yo no había dormido, tenía el estrés del niño que estaba enfermo y acababa de reglar. Y recuerdo que yo me estaba desvaneciendo, y voltea el cirujano y me dice: “Si te desmayas, te cacheteo”. Y recuerdo que me paro, ay, y como si me despertaran, y aguanté todavía las otras cuatro horas que me faltaban para que terminara la cirugía. Dijo: “Te cacheteo y no vuelvo a dejar que entres a operar conmigo”.

Marigeni, médica general, 39 años, Durango

El carácter resistente de los médicos se pone a prueba a lo largo de la carrera de medicina y de la especialización. Quien aguanta esta “formación dura” demuestra así que tiene un carácter propio de la identidad médica. Y quien no lo resiste y deserta, demuestra que no tenía la fortaleza que requiere ser médico. Por eso, muchos médicos consideran que la “educación dura” es necesaria para sacar lo mejor de los estudiantes.

Como podemos ver en el siguiente testimonio, para muchos médicos superar o sobreponerse a este tipo de demandas es motivo de orgullo, pues afirma su identidad galénica, y, al mismo tiempo, justifica la educación que recibieron.

Antes yo iba a Ciudad Victoria, Tamaulipas, que está de aquí a 3 horas, a trabajar los fines de semana [...] El viernes operé a un paciente en la mañana, tuve guardia en la noche y operé a otro paciente. Salí a las 4 de la mañana y a las 5 de la mañana me fui manejando a Victoria, Tamaulipas. Llegué al hospital, me puse a pasar visita, me puse a ver la consulta y tuve una cirugía en la tarde. Salí a las 11 de la noche y me fui a dormir al hotel hasta las 7 de la mañana. El sábado regresé al hospital de Victoria, me puse también a operar. El domingo fui a pasar visita y me regresé a Monterrey, donde tenía guardia el domingo en la noche. Llegué directo a la guardia, obviamente ya tenía un paciente esperándome en quirófano. Todo eso lo pasé sin siquiera cansarme, lo tomé como unos días de trabajo normal. Yo a veces pienso, si no me hubieran formado un carácter fuerte, si no hubieran sido tan estrictos conmigo [durante mi formación profesional], no sé, a lo mejor no soportaría una carga de trabajo como esa [...]. Ese carácter que tenemos para soportarlo, para resolver el problema, para salvarle la vida al paciente, creo yo, se forja con compañeros estrictos, con castigos, y con todo eso, porque lo que sí es cierto es que si no te castigan o no te exigen, no lo vamos a hacer [...]. Yo siempre pongo de ejemplo toda esa carga de trabajo que tuve en cinco días, creo yo que no lo hubiera logrado si no hubiera tenido una enseñanza tan estricta.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León

Así como Renato alardea de sus supuestas capacidades suprahumanas, otros médicos expresan sentimientos de superioridad que igualmente se desprenden de las narrativas suprahumanas de la galenidad:

[La imagen que tenía de los médicos antes de entrar a la carrera] era que eran unas personas muy preparadas, que sabían mucho, pues ora sí que eran, perdón por la expresión, unos fregonazos, porque simple y sencillamente el hecho de manejar vidas humanas y sacarlas adelante, ¿no? [...] Siempre los vi así, como lo máximo, una de las profesiones muy superior a otras, por cuestiones de conocimientos, por cuestiones del manejo de los pacientes, de manejar vidas humanas [...]. Y pues yo creo que seguimos siendo de esa manera [...]. Yo sigo viendo al médico como que somos un gremio muy preparado, al menos en cuestión de los especialistas, y que seguimos siendo como los médicos de antes, que los veían como casi dioses.

Armando, pediatra, 49 años, Baja California

Mientras que las narrativas sobre la galenidad subrayan la importancia de “manejar vidas humanas”, como vemos en la cita anterior, también exigen que esa tarea se lleve a cabo con fortaleza emocional. Para *ser* médico, en el sentido



normativo de la identidad, es necesario mantener distancia emocional de los pacientes en pos de una supuesta objetividad diagnóstica y terapéutica, así como mecanismo de protección de su propia salud mental.

Si nosotros somos débiles y nos preocupamos o nos ponemos tristes porque se murió un paciente, pues no habría médicos, estaríamos enterrados en los hospitales psiquiátricos con tratamiento antidepresivo.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León

Aunque muchos estudiantes de medicina eligen esta profesión para ayudar a los enfermos, la mayoría de ellos culminan su formación con índices de empatía muy bajos. Esto se relaciona con lo que se ha llamado “el carácter desvinculante de los médicos”, que se refiere a “la predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente los capacita para no involucrarse a nivel emocional con cada paciente, pero que fácilmente los habilita para ir mucho más allá” (Castro y Erviti, 2015: 112) e incluso mostrarse autoritarios ante los pacientes.

Ese carácter autoritario es otra de las principales manifestaciones de la fortaleza que exige el ser médico. Se expresa cuando los médicos proceden de manera autoritaria tanto con los pacientes como con otros miembros del equipo de salud. En la literatura sobre violencia obstétrica abundan ejemplos de lo primero: desde casos graves como la realización de procedimientos sin el consentimiento de las mujeres (por ejemplo, esterilizaciones forzadas), hasta expresiones más veladas de autoritarismo, como regaños y amenazas durante la atención del parto (por ejemplo, dirigirse a gritos hacia una mujer por no “cooperar” con el médico) (ver Castro, 2014). En las entrevistas encontramos ejemplos como el siguiente:

Llegó un momento en que yo llegaba todos los días enojada [a la clínica], y de hecho sí llegué a ser muy, muy dura con algunos pacientes, así de que “Si quiere, y si no, no lo haga”.

Jazmín, médica general, 43 años, Veracruz

En el siguiente fragmento de entrevista encontramos una expresión del carácter autoritario entre miembros del equipo de salud:

Tengo fama de intolerante, eh, porque si tú me pides una interconsulta [y no sigues mis indicaciones], yo les digo: “¿Para qué me llamas, si no vas a hacer lo que te dije? Entonces, ¿sabes qué? No me hables”. Y se les complican [los pacientes],

tengo poca tolerancia para eso [...]. Los internos, si no saben, yo los corro, así de: “¿Sabes qué? No lo ves [al paciente], no lo toques, es más, no lo huelas, así, respírale lejos de aquí”.

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México

Todas estas exigencias de fortaleza son componentes normativos de la identidad profesional de los médicos. Para *ser* médico, uno debe demostrar que *es* fuerte: fuerte físicamente, ser resistente e incansable; fuerte emocionalmente, ser objetivo y racional; fuerte de carácter, ser autoritario. De acuerdo con la teoría socionarrativa de Lindemann, demandar esas exigencias implica *sujetar* a los médicos en la galenidad. Esto deshumaniza a los médicos porque, como hemos visto ya, las exigencias que recaen sobre ellos muchas veces no reconocen sus necesidades y límites humanos, o superan sus capacidades. Es por ello que, a pesar de la autoridad y el estatus social del que gozan los médicos, estos también experimentan su identidad profesional de manera negativa, como sugiere el lema de “Somos médicos, no dioses” del movimiento #yosoy17.

Como se ha explicado desde los estudios de las masculinidades, el poder y el privilegio que tienen las personas con identidades sociales privilegiadas no se traduce solo en gozo, sino también en experiencias de vida poco satisfactorias, pues sus privilegios conllevan costos significativos. Para los hombres, los costos de la masculinidad incluyen la supresión de un rango de emociones, necesidades y posibilidades como la crianza, la receptividad, la empatía y la compasión, que se consideran inconsistentes con el poder de la masculinidad. Kaufman (1994) lo explica así:

Gran parte de lo que asociamos con la masculinidad depende de la capacidad de un hombre para ejercer poder y control. Pero las vidas de los hombres hablan de una realidad diferente. Aunque los hombres tienen poder y cosechan los privilegios que vienen con nuestro sexo, ese poder está manchado. Hay, en la vida de los hombres, una extraña combinación de poder y privilegio, dolor e impotencia. Los hombres disfrutan del poder social, muchas formas de privilegio y un sentido de derecho [*entitlement*] a menudo inconsciente por el hecho de ser hombres. Pero la forma en que hemos establecido ese mundo de poder causa un inmenso dolor, aislamiento y alienación no solo para las mujeres, sino también para los hombres [...] [El poder] tiene un precio para nosotros. Esta combinación de poder y dolor es la historia oculta en la vida de los hombres. Son las experiencias contradictorias de poder de los hombres (59; mi traducción).

Existe un escenario similar para los médicos respecto a su identidad profesional. Si bien para un estudiante convertirse en médico conlleva muchos beneficios—como un ascenso en el estatus social, relacionado con el prestigio social de esta profesión—, lo que eleva la autoestima y el concepto que los médicos tienen de sí mismos y fortalece su carácter, estos beneficios no se obtienen sin costos considerables, tanto en términos físicos como afectivos. Para los médicos, los costos de su identidad profesional están relacionados con cumplir con exigencias suprahumanas, producto de las narrativas sobre la galenidad que los representan como dioses o superhéroes fuertes y resistentes.

En redes sociales, los médicos comparten con frecuencia memes que aluden a estas experiencias contradictorias.<sup>4</sup> En uno de ellos, se presentan dos fotografías comparativas de Chris Hemsworth, un actor australiano conocido sobre todo por su papel en *Thor*, una película de superhéroes. La fotografía de la izquierda de este meme, identificada con la inscripción “cursando medicina”, muestra al actor cuando protagonizó el papel de un náufrago en la película *In the Heart of the Sea*: se le observa muy demacrado, sucio, con el cabello y la barba crecidos. En contraste, en la fotografía de la derecha del meme, con la inscripción de “médico”, el actor aparece muy bien parecido, en la alfombra roja, vistiendo un traje azul oscuro. Esta comparación transmite el mensaje de que estudiar medicina te demacra como a un náufrago (los costos), con la recompensa de después de tener un reconocimiento social como el del actor afamado, especialmente, por su papel de superhéroe (el privilegio).

Los costos de la galenidad se refieren tanto a la salud física como mental de los médicos. Por un lado, la privación de sueño y alimento a la que son sometidos los médicos durante las guardias y en trabajos sumamente demandantes, así como las demás exigencias de fortaleza asociadas con la galenidad pueden tener consecuencias importantes a nivel corporal, como podemos apreciar con el siguiente ejemplo:

Un compañero mío en urgencias, para aguantar la guardia, se iba por Pepsi Kick. Yo también me volví adicto a la Pepsi Kick, pero lo que pasaba con este compañero era que se [le subía la presión arterial] y llegó a tener varias urgencias hipertensivas

---

<sup>4</sup> Ver la imagen de la izquierda que se muestra en el minuto 30 con 38 segundos del video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGViiA>.

ahí en el hospital. Le tomamos la presión y se sentía mal, se veía completamente obnubilado. Lo sentábamos y le tomábamos la presión y estudios y salía hasta las nubes la presión.

Ramón, estudiante, 28 años, Ciudad de México

Del mismo modo, las exigencias de fortaleza asociadas con la galenidad pueden afectar su salud mental. El carácter desvinculante que desarrollan durante su formación profesional muchas veces no se restringe a tomar distancia emocional de los pacientes, sino que también impacta en las relaciones que establecen con otras personas y en la sensibilidad general con la que experimentan la vida.

Te vuelves más frío y más distante con la gente, haces menos relaciones de apego, es más difícil, por ejemplo, el enamoramiento. Te distancias de todo, eres una persona que no debe sentir demasiado, nada, todo lo haces, pero ya sin disfrutar. Lees, porque te gusta leer, pero ya no lo disfrutas igual; escuchas música porque te gusta, pero ya no lo haces igual. Ya no estableces relaciones de apego con la gente, porque ya no sientes lo mismo por la gente. Todo se vuelve mucho más frío.

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México

En algún punto hice un viaje con unos amigos que no son médicos y ellos se sorprendían de cosas, pero muchísimo. Era así como de “¡wow, esto está increíble!”. Y yo me quedaba así de “¿por qué yo no siento esa emoción?” Y yo tenía ganas de vivirla y de sentirme como ellos estaban expresando, porque yo decía “sí, está muy padre”, pero sabía que no me sentía como con esa emoción que ellos sí sentían. No sé si eso también fue como parte del cambio [de convertirme en médico], pero yo creo que antes sí era más, me asombraba más fácil o no sé qué pasó, pero yo creo también las cosas positivas ya no las capto igual.

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Varios estudios internacionales han demostrado que los índices de depresión entre estudiantes de medicina son más altos que la prevalencia de esta condición en la población general de la misma edad (ver Rotenstein *et al.*, 2016). En México, la prevalencia de depresión en estudiantes de medicina oscila entre el 23% y el 39% (Fouilloux Morales *et al.*, 2013; López *et al.*, 2013; Melo-Carrillo *et al.*, 2012; Osornio-Castillo *et al.*, 2009; Dyrbye *et al.*, 2006; Joffre-Velázquez *et al.*, 2007), mientras que en residentes varía entre el 16%

y el 47% (Jiménez-López *et al.*, 2015; Aguirre Hernandez *et al.*, 2011; Martínez-Lanz *et al.*, 2005; Juseppe *et al.*, 2005).

En la revisión citada (Rotenstein *et al.*, 2016), se encontró que la prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina oscila entre el 4.9% y el 35.6%; el metaanálisis de estos datos apunta a que 11% de los estudiantes de medicina ha pensado en suicidarse. Una revisión sobre ideación suicida en estudiantes de medicina de América Latina señala que el 13.78% de esta población ha presentado ideaciones suicidas, mientras que 2.9% han tenido intentos suicidas (Denis-Rodríguez *et al.*, 2017). En México, se han reportado prevalencias de ideación suicida variables: de entre 5.6% y 12.69% en estudiantes de pregrado (Reyes *et al.*, 2017; Martínez *et al.*, 2016) y alrededor de 8% en residentes (Vargas *et al.*, 2015; Jiménez-López *et al.*, 2015). La mayoría de las prevalencias de ideación suicida reportadas por estos estudios son superiores a la de la población general en México (Borges *et al.*, 2010).

En Estados Unidos, medicina es la profesión con la tasa de suicidios más alta, ubicándose incluso por encima de la milicia. En ese país, se suicida un médico cada día (Anderson, 2018) y esta es la principal causa de muerte entre residentes hombres y la segunda causa de muerte en residentes mujeres (American Psychiatric Association [APA], 2018). En México no contamos con estadísticas sobre el número de médicos que se quitan la vida, sin embargo, puede estimarse que se trata de una cifra elevada. Tan solo entre 2000 y 2009, diez médicos residentes del Centro Médico Nacional La Raza se suicidaron, lo que motivó la apertura de una *Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes* dentro del mismo hospital (Jiménez-López y Arenas-Osuna, 2017).

Este análisis permite sostener que la construcción social de la identidad médica a través de prácticas sociales de personificación basadas en narrativas suprahumanas de la galenidad conlleva la deshumanización de los médicos, lo que explica que estos no disfruten plenamente el ser médicos, sino que tengan una serie de experiencias contradictorias respecto a su identidad profesional, con costos importantes tanto para su salud física, mental y afectiva.

## La identidad médica frente a la pandemia Covid-19

Desde comienzos de la pandemia por la COVID-19 se han compartido publicaciones en redes sociales que refrendan las narrativas suprahumanas de los

médicos.<sup>5</sup> En una de ellas, por ejemplo, encontramos una ilustración de dos filas de superhéroes en actitud de reverencia hacia tres médicos en el pasillo de un hospital. En otra, se presentan dos dibujos de médicos en posición de vuelo y combate, acompañados por el mensaje “A todos los héroes sin capa: hoy la humanidad se los agradece”.

Los medios de comunicación nacionales e internacionales también han difundido la idea de que los médicos son los héroes de la pandemia. Por ejemplo, en el contexto nacional, el 24 de abril de 2020 se publicó en *Aristegui Noticias* una nota con el titular “Personal de salud son héroes, hay que protegerlos; viene lo peor de la pandemia: Molpeceres” (Aristegui Noticias, 2020). A nivel internacional, la revista *Time* del 20 de abril de 2020 lleva por título “*Special Report: Heroes of the Front Lines*” y su portada muestra la fotografía de un médico con toda la vestimenta de protección contra la COVID<sup>6</sup> (*Time*, 2020).

Vale la pena mencionar que en esas mismas fechas también circuló una portada apócrifa de la revista *Time* en redes sociales (Facebook y Twitter) que reproducía las narrativas suprahumanas de la galenidad.<sup>7</sup> A pesar de que su contenido no se puede adjudicar a esta renombrada revista, resulta importante mencionarla por la popularidad que tuvo y por la manera en que presentaba a los médicos: con fotografías que mostraban a doctores con lesiones faciales por utilizar equipo de protección durante jornadas extenuantes. En términos de la práctica social de la personeidad, se trata de médicos que, con su rostro, *expresan* la fortaleza de la galenidad mostrando las consecuencias de sostener esa identidad suprahumana. En el encabezado de la nota periodística de *Aristegui Noticias* antes mencionada, encontramos que Molpeceres (un representante de la Organización de las Naciones Unidas [ONU] en México) *reconoce* al personal de salud como héroes y *responde* con un llamando a protegerlos, guiado tanto por las narrativas grupales de la galenidad como por las narrativas particulares de su vulnerabilidad ante la contingencia de la COVID-19.

Aunque en el contexto actual las narrativas suprahumanas de la galenidad buscan dar reconocimiento a la encomiable labor que están desempeñando los médicos ante la pandemia, paradójicamente también han reforzado las condi-

<sup>5</sup> Ver las dos imágenes que se muestran en el minuto 47 con 34 segundos del video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGVIA>.

<sup>6</sup> La portada puede consultarse en este link: <https://time.com/magazine/us/5818218/april-20th-2020-vol-195-no-14-u-s-and-international/>.

<sup>7</sup> Ver la imagen de la izquierda que se muestran en el minuto 48 con 25 segundos del video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGVIA>.

ciones de posibilidad de su deshumanización. La pandemia, como terreno en el que confluyen la emergencia sanitaria y la difusión de estas representaciones sociales de la galenidad, ha dado lugar a un escenario en el que, más que nunca, los médicos se enfrentan a las exigencias de su identidad profesional y a experiencias contradictorias de notable intensidad. Ejemplo de ello es la siguiente publicación de un doctor en un grupo de médicos de Facebook:

Estoy posguardia... esta vez no sé qué pasó, estaba trabajando tranquilo en el área COVID, con el equipo de protección completo, consistente en 3 pares de botas, 3 pares de guantes, 2 cubrebocas, un comando y una bata impermeable y dos gorros, careta y googles, era la 1:30 aproximadamente, [estaba] haciendo mi penúltima nota, nunca me había sentido así, pero tuve una crisis de ansiedad, empecé a tener sudoración, parestesias [hormigueo] en las manos, hiperventilación, sensación de falta de aire, palpitaciones, y sobre todo las ganas de dejar todo para salir del área, me da tristeza porque no lo pude controlar del todo, apenas terminé de verlos y a las 2 estaba quitándome todo con el mayor orden posible pero con desesperación de querer estar libre ya...

Publicación de Facebook

Además, en los últimos meses se han reportado algunos casos de suicidio en personal de salud, lo que ha acentuado la preocupación por la salud mental de los profesionales de la medicina y los paramédicos (*Vanguardia*, 2020; *El Diario*, 2020). Estos casos son producto no solo del contexto dado por la COVID-19. Si bien es cierto que sostener la galenidad se ha vuelto un reto aún más difícil de superar por los médicos en la coyuntura actual, la manera como los doctores están experimentando las exigencias que en ellos recaen en el contexto actual tiene origen sobre todo en la construcción social de su identidad médica durante su formación profesional y en las interacciones sociales en las que se les ha sujetado a la galenidad desde mucho tiempo antes de la pandemia. En una publicación de Facebook de abril de 2020, una doctora comentó lo siguiente sobre uno de los casos más sonados de suicidio médico en la pandemia:

Las creencias limitantes acerca de “ser héroe” y “sacrificarme por los pacientes”, entre muuuchas otras más, son parte de la formación universitaria, haciéndonos CREER que de eso depende que seas un excelente profesional... así que me conmovió profundamente leer esta noticia.

Publicación de Facebook

Al revisar la nota periodística a la que se refiere la autora de esta publicación, encontramos que el padre de la doctora que se suicidó dijo a los medios de comunicación: “Ella estaba realmente en las trincheras en la línea del frente. Asegúrense de que sea elogiada como una heroína” (La Sexta, 2020). Es evidente que la pandemia por COVID-19 ha exacerbado de manera notoria la paradoja que existe entre el elogio y la deshumanización a los médicos. Por ello, resulta muy relevante reconocer en estos momentos cómo se construye socialmente la galenidad y los costos que esto tiene para los médicos tanto en el contexto actual como antes de la pandemia.

## Conclusiones

Muchos otros trabajadores esenciales han estado expuestos a riesgos importantes durante la pandemia. Sin embargo, el reconocimiento público que han recibido ha sido mucho menor puesto que no cuentan con el prestigio del que históricamente han gozado los médicos ni tienen identidades sociales representadas por narrativas suprahumanas. A modo de conclusión, quiero presentar un fragmento de una reflexión de la Mtra. Laura Rosales, publicada en Facebook en mayo de 2020,<sup>8</sup> y hacerla extensiva para todos los trabajadores esenciales:

Podemos pensar a lxs médicxs, enfermerxs, paramedicxs (entre muchas otras personas de sectores que actualmente realizan actividades con alto riesgo de contagio) como héroes y heroínas, pero me parece que es necesario –en estos momentos más que nunca– pensarles como personas trabajadoras que, bajo ninguna circunstancia deberían desempeñar actividades en condiciones precarias o inseguras.

## Créditos

Este capítulo se elaboró en la UNAM, en el marco del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, por la autora, quien es becaria del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) y trabaja bajo la asesoría del Dr. Roberto Castro.

---

<sup>8</sup> Esta publicación iba acompañada de la imagen que se muestra en el minuto 56 con 54 segundos del video disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=1EZ94HGVilA>.



## Referencias

- Aguirre Hernandez, R.; Lopez Flores, J. F.; y Flores Flores, R. C. (2011). “Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas”. *Revista Fuente*, 3(8), 28-33.
- American Psychiatric Association (2018). “Physician Burnout and Depression: Challenges and Opportunities”. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/well-being-and-burnout/well-being-resources>.
- Anderson, P. (2018, 7 de mayo). Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession. *Medscape Medical News*. <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>.
- Apker, J. y Eggly, S. (2004). “Communicating Professional Identity in Medical Socialization: Considering the Ideological Discourse of Morning Report”. *Qual Health Res*, 14(3), 411-429. 10.1177/1049732303260577.
- Aristegui Noticias (2014, 23 de junio). “Pliego petitorio de los médicos #Yosoy17”. <http://aristeguinoicias.com/2306/mexico/pliego-petitorio-de-los-medicos-yosoy17/>.
- Aristegui Noticias (2020, 24 de abril). “Personal de salud son héroes, hay que protegerlos; viene lo peor de pandemia: Molpeceres”. <https://aristeguinoicias.com/2404/mexico/personal-de-salud-son-heroes-hay-que-protegerlos-viene-lo-peor-de-pandemia-molpeceres/>.
- Atkinson, P. (1981). *The Clinical Experience: The Construction and Reconstruction Of Medical Reality*. Gower Publishing Ltd.
- Ballesteros, E. (2016). “Circulación de memes en WhatsApp: ambivalencias del humor desde la perspectiva de género”. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (35), 21-45.
- Becker, H.; Geer, B.; Hughes, E. y Strauss, A. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. University of Chicago Press.
- Bonsteel, A. (1997). “Behind the white coat”. *Humanist*, 57(2), 15-18.
- Borges, G.; Orozco, R.; Benjet, C. y Medina-Mora, M. E. (2010). “Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual”. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Broadhead, R. (1983). *The private lives and professional identity of medical students*. Routledge.

- Brosnan, C. y Turner, B. (2009). "Introduction: the struggle over medical knowledge". En Brosnan, C. y Turner, B. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Medical Education*. Routledge.
- Butler, J. (1997). "Sujetos de sexo / género / deseo". *Feminaria*, X(19), 1-20.
- Butler, J. (2001). "Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del 'postmodernismo'". *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 2(13), 7-41.
- Castro, R. (2014). "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <http://dx.doi.org/10.22201/crim.9786070287046e.2017>.
- Castro, R. y Villanueva, M. (2019). "El campo médico en México: hacia un análisis de su estructura, sus luchas y su funcionamiento". *Sociológica*, 34(97), 39-79.
- Denis-Rodríguez E.; Barradas, M.; Delgadillo-Castillo, R.; Denis-Rodríguez, P. y Melo-Santiesteban, G. (2017). "Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis". *RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ.* 8(15), 387-418.
- Dyrbye, L.; Thomas, M. y Schanafelt, T. (2006). "Systematic Review of Depression, Anxiety and Other Indicators of Psychological Distress Among US and Canadian Medical Students". *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
- El Diario (2020, 26 de abril). "Joven socorrista se suicida en Queens agobiado por las muertes que veía a diario por coronavirus". *El Diario*. <https://eldiariiony.com/2020/04/26/joven-socorrista-se-suicida-en-queens-agobiado-por-las-muertes-que-veia-a-diario-por-coronavirus/>.
- Excelsior (2014, 23 de junio). "#YoSoy17: La muerte del joven que desató un movimiento nacional". *Excelsior*. <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/06/23/966856#view-1>.
- Fnais, N.; Soobiah, C.; Chen, M. H.; Lillie, E.; Perrier, L.; Tashkhandi, M.; Straus, S. E.; Mamdani, M.; Al-Omran, M.; y Tricco, A. C. (2014). "Harassment and Discrimination in Medical Training". *Academic Medicine*, 89(5), 817-827.
- Fouilloux Morales, C.; Barragán Pérez, V.; Ortiz León, S.; Jaimes Medrano, A.; Urrutia Aguilar, M. E.; y Guevara-Guzmán, R. (2013). "Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina". *Salud mental*, 36(1), 59-65.

- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: the social structure of medical care*. Atherton Press.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of the Self in Everyday Life*. Anchor Books.
- Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores. (Original publicado en 1963).
- Hafferty, F. (1998). “Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine’s Hidden Curriculum”. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hafferty, F.; y Franks, R. (1994). “The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education”. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871.
- Haque, O. y Waytz, A. (2012). “Dehumanization in Medicine”. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186.
- Jiménez-López, J. L. y Arenas Osuna, J. (2017). “Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes”. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 226-240.
- Jiménez-López, J. L.; Arenas-Osuna, J. y Angeles-Garay, U. (2015). “Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.
- Joffre-Velázquez, V. M.; Martínez-Perales, G.; García-Maldonado, G. y Sánchez-Gutiérrez, L. (2007). “Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems”. *Alcmeon*, 14(1), 86-93.
- Juseppe, J. E. R.; Contreras, R. G. y Mercado, J. M. C. (2005). “Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México”. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(1), 25-36.
- Kaufman, M. (1994). “Men, feminism, and men’s contradictory experiences of power”. En Brod, H. y Kaufman, M. (Eds.), *Theorizing Masculinities*, Sage Publications.
- La Sexta (2020, 28 de abril). “Una jefa de Urgencias de Nueva York se suicida al no soportar ver morir a tantos pacientes por COVID-19.” La Sexta. [https://www.lasexta.com/noticias/internacional/jefa-urgencias-nueva-york-suicida-soportar-ver-morir-tantos-pacientes-covid19\\_202004285ea7ce34ecf6b000018b8de2.html](https://www.lasexta.com/noticias/internacional/jefa-urgencias-nueva-york-suicida-soportar-ver-morir-tantos-pacientes-covid19_202004285ea7ce34ecf6b000018b8de2.html).
- Lawrence, C.; Mhlaba, T.; Kearsley, A. *et al* (2018). “The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review”. *Academic Medicine*, 93(4), 648-656.

- Lifshitz, A. (2014). *La nueva clínica*. Academia Nacional de Medicina.
- Lindemann, H. (2014). "Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identities" (1a ed.). Oxford University Press.
- Lindemann, H. (2001). "Damaged identities, narrative repair" (1a ed.). Cornell University Press.
- López, J. B. G.; Martín, G. H.; León, S. O.; Cortés Morelos, J.; Pérez, V. B. y Flores-Ramos, M. (2013). "Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina". *Gaceta Médica de México*, 149(6), 598-604.
- Martí-Ibañez, F. (1962) *The Epic of Medicine*. Clarkson N. Potter.
- Martimiankis, M., Michalec, B.; Lam, J.; Cartmill, C.; Taylor, J. S.; y Hafferty, F. (2018). "Humanism, the Hidden Curriculum and Educational Reforms: A Scoping Review and Thematic Analysis". *Academic Medicine*, 90(11), S5-S13.
- Martínez-Lanz, P.; Medina-Mora, M. E. y Rivera, E. (2005). "Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes". *Rev Fac Med UNAM*, 48(5), 191-7.
- Martínez, M.; Muñoz, G.; y Rojas, K. (2016). "Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en medicina en Puebla, México". *Aten Fam*, 23(4), 145-149.
- Melo-Carrillo, A.; Van Oudenhove, L.; y Lopez-Avila, A. (2012). "Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention". *Journal of affective disorders*, 136(3), 1098-1103.
- Merton, R.; Reader, G. y Kendall, P. (1957). *The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press.
- Osornio-Castillo, L.; García-Monroy, L.; Méndez-Cruz, A. R.; y Garcés-Dorantes, L. R. (2009). "Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina". *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 11-15.
- Pérez Salazar, G. (2017). "El meme como recurso expresivo: un acercamiento desde los estudios culturales". En Pérez Salazar, G. *El meme en Internet: identidad y usos sociales*. (99-152). Fontamara/Universidad Autónoma de Coahuila.
- Reyes, C.; Monterrosas, A. M.; Navarrete, A. (2017). "Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina, antes de iniciar el internado". *Inv Ed Med*, 6(21), 42-46.
- Rotenstein, L. S.; Ramos, M. A.; Torre, M.; Segal, J. B.; Peluso, M. J.; Guille, C.; Sen, S.; y Mata, D. A. (2016). "Prevalence of depression, depressive symp-

- toms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis”. *Jama*, 316(21), 2214-2236.
- Sinclair, S. (1997) *Making doctors: an institutional apprenticeship*. Berg Publishers.
- Time (2020, 20 de abril) “Portada”. [Imagen] Vol. 195, No. 14 | U.S. and International. Consultado 12 octubre 2021, en: <https://time.com/magazine/us/5818218/april-20th-2020-vol-195-no-14-u-s-and-international/>
- Vanguardia (2020, 28 de abril). “Lorna Breen, jefa de urgencias en un Hospital de Nueva York se suicida, estresada por la COVID-19”. *Vanguardia*. <https://vanguardia.com.mx/articulo/lorna-breen-jefa-de-urgencias-en-un-hospital-de-nueva-york-se-suicida-estresada-por-la>.
- Vargas, B.; Moheno, V.; Cortés, F. (2015). “Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida”. *Inv Ed Med*, 4(16), 229-235.
- Villanueva, M. (2019). “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, e366. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>.
- Villanueva, M. (2020). “Medical Training as a Transformative Experience: An Analysis on Doctorhood to Question the Professional Identity Paradigm”. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 3(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/25729861.2020.1754043>.
- Villanueva, M.; y Castro, R. (2020). “Sistemas de jerarquización del campo médico. Un análisis sociológico”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2377-2386. [10.1590/1413-81232020256.28142019](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019).



# CAPÍTULO 5. Emociones y polarización social en tiempos de COVID-19

*Alice Poma*

## Introducción

Uno de los efectos de la pandemia de COVID-19, que ha puesto el mundo de cabeza en 2020 ha sido la polarización social entre quienes apoyan y respetan las recomendaciones de las autoridades sanitarias para evitar el aumento del número de contagios en cada país y localidad, y las personas que están en contra, ya sea por negación de la existencia del virus, de los riesgos de la enfermedad, por cinismo, determinismo o desconfianza de las autoridades políticas y sanitarias.<sup>1</sup>

Mientras, es más común encontrar estudios sobre la polarización económica que ha sido exacerbada con la implementación del modelo de desarrollo neoliberal<sup>2</sup> a partir de los años setenta del siglo xx (Klein, 2014 *et al.*, 2020); resultan aún escasos los estudios que analizan la polarización social y cultural que el mismo sistema ha generado. En este sentido, un estudio pionero de esta naturaleza es el trabajo más reciente de la socióloga de las emociones Arlie Hochschild (2016) que analiza el papel de las emociones en la polarización política entre liberales y conservadores en Estados Unidos. Como escribía la autora a mediados de los años setenta, el capitalismo no solo es un modelo económico, sino cultural, lo cual significa, siguiendo la propuesta de Hochschild (1979, 1983), que se

---

<sup>1</sup> Para conocer el papel de las emociones en las diferentes respuestas a la pandemia ver Poma (2020a).

<sup>2</sup> El neoliberalismo es un modelo económico que comenzó a implementarse en los años setenta en Latinoamérica, durante las dictaduras chilena y argentina. Sucesivamente, fue aplicado en Gran Bretaña por Margaret Thatcher (1979), en Estados Unidos por Ronald Reagan (1980) y en México por Salinas de Gortari (1990). Es actualmente el modelo económico dominante.

caracteriza por ciertas reglas del sentir que se convirtieron en hegemónicas con el pasar de las décadas.

El objetivo del presente capítulo es ofrecer una reflexión sobre el papel de las emociones en la polarización social que se ha recrudecido durante la pandemia por COVID-19, mostrando además cómo esta polarización es una consecuencia del modelo neoliberal que ha creado las condiciones para la difusión del neoconservadurismo.

La discusión se basará en datos obtenidos a través del análisis de testimonios y declaraciones publicados en la prensa y en las redes digitales, junto con una encuesta aplicada a activistas de base mexicanos cuyos valores no responden a una lógica neoliberal.

Aunque será necesario contar con mayor trabajo empírico para poder proporcionar más evidencias acerca de las ideas planteadas en el presente capítulo, este primer esfuerzo de sistematización y discusión es necesario tanto para reflexionar sobre los impactos menos visibles de la pandemia, así como sobre la aportación teórica de la sociología de las emociones para la comprensión del mundo en el que vivimos.

El capítulo está dividido en cinco apartados: se empezará presentando los conceptos principales de la propuesta teórica de Hochschild y el enfoque sociológico que considera las emociones como constructos socioculturales para sucesivamente presentar el método con el que se han construido los datos. En los tres apartados analíticos se presentarán: la polarización social observada en los primeros meses de la pandemia; el análisis de la dimensión emocional de esta polarización; y, finalmente, las reglas del sentir que caracterizan los polos opuestos y que permiten mostrar el papel del neoconservadurismo en esta polarización.

## Las emociones como constructos socioculturales

La propuesta teórica de la socióloga norteamericana Arlie Hochschild (1979, 1983, 2008, 2016), una de las voces más reconocidas en la sociología de las emociones a nivel mundial, ha sido pionera en lo que hoy se conoce como el enfoque construccionista de las emociones que, como muestra Feldman Barrett (2017), ha permitido superar la visión clásica de las emociones, también desde la perspectiva de la psicología y neurociencia modernas.

Lo que Hochschild evidenció con sus investigaciones desde los años setenta del siglo pasado es que las emociones son constructos socioculturales resul-



tantes de la interacción en la vida cotidiana. El objetivo de la autora, y de la sociología de las emociones, es mostrar cómo las emociones pueden ser factores explicativos del mundo social.

Hochschild introdujo la idea de un sujeto que es capaz de sentir y de ser consciente de ello, lo cual superaba la visión interaccionista de Goffman, compuesta por individuos que *parecen* sentir, y la de Freud de individuos que sienten a nivel del inconsciente (Hochschild, 1979). Además, la autora supera la visión de las emociones como objeto de estudio en sí, separadas del sujeto que siente. De manera parecida, Feldman Barrett (2017) sugiere que las etiquetas con las que nombramos las emociones –por ejemplo, rabia, miedo, tristeza– son solo categorías, y donde hay que fijarse es en “los casos de emoción” que construyen los sujetos.

Volviendo a Hochschild, uno de los conceptos que nos interesa recordar en este capítulo es el de las *reglas del sentir*.

Se define a las reglas del sentir como las normas que regulan lo que los seres humanos creemos que deberíamos sentir en cada contexto social. Cuando el individuo siente lo que la regla prevé en una situación determinada (tristeza en un funeral, alegría en una boda), incluyendo la intensidad, la dirección y la duración de estas emociones, entonces el sujeto no tendrá que manejar sus emociones. Sin embargo, si se da el caso de que el sujeto no siente lo que debería sentir, o su intensidad, dirección (hacia quién), o duración (por cuánto tiempo) no sean las deseadas, entonces tendrá que hacer un manejo emocional, para evitar una sanción social (ser regañado, aislado, objeto de burlas, etc.).

Es además importante comprender, para los fines de este capítulo, la relevancia de la direccionalidad de las emociones, es decir, hacia quién están dirigidas. El dolor por la pérdida de un ser querido no es construido de la misma manera en todas las culturas y en todos los contextos. Por ejemplo, en el caso de que el fallecido en lugar de un ser humano sea un animal de compañía, en ciertas culturas o contextos el dolor producido por la pérdida puede llegarse a sancionar con afirmaciones como “no es para tanto” o “solo era un perro, no un humano”, mientras en otras es aceptado socialmente y genera empatía.

De la misma manera, toda estructura social promueve reglas del sentir para que se admiren y respeten ciertos actores sociales, como las autoridades políticas, religiosas, etc., así como el sentirse orgullosos de símbolos patrios como la bandera. No obstante, las personas pueden desafiar estas reglas, en ocasiones como parte de su práctica política. Desafiar una regla del sentir presupone expresar

una emoción contraria (vergüenza en lugar de orgullo, por ejemplo) o la misma emoción dirigida hacia otros actores (despreciar a la autoridad, en lugar de admirarla y respetarla). Esta visión politizada de la dimensión emocional estuvo presente desde el inicio de la trayectoria de la autora (Hochschild, 1975) y le permitió desarrollar la idea de que la ideología, considerada como un marco de interpretación de la realidad, puede describirse en términos de reglas de encuadre y reglas del sentir. Citando a la autora, “cuando un individuo cambia su postura ideológica, deja de lado las viejas reglas y adopta reglas nuevas para reaccionar antes diversas situaciones tanto desde el punto de vista cognitivo como desde el emocional” (Hochschild, 2008: 147-148).

La visión de las emociones como arena de la lucha política es el resultado de la experiencia de Hochschild en el movimiento feminista, ya que uno de los impactos culturales de este movimiento fue promover nuevas reglas del sentir, como el orgullo de ser mujer, la superación de la culpa de no ser madres o la legitimidad de expresar públicamente la rabia. De hecho, la autora muestra que las reglas del sentir siguen ciertos patrones que pueden diferir en cada sociedad y que pueden ser de género y de clase social. Entre los patrones de género destaca la regla del sentir, propia de una cultura machista, que las mujeres puedan sentir y expresar sus miedos, siendo el sexo débil, mientras los hombres no. Como escribe también Feldman Barrett (2017: 146):

la rabia es estereotípicamente normal para los hombres porque se les supone como agresores. Por su parte, se supone a las mujeres como víctimas, y las buenas víctimas no deberían enfadarse sino sentir miedo. Las mujeres son castigadas al expresar la rabia (en adelante, la traducción de las citas es propia).

A nivel racial o de clase social, Feldman Barrett (2017) muestra cómo en Estados Unidos las mujeres negras sufren este estereotipo aún en mayor medida y son más discriminadas por ello, por ejemplo, en los juicios; por su parte, Hochschild trabajó patrones sociales basados en las relaciones de poder, donde ciertas emociones como el respeto o la admiración son dirigidas hacia la persona que tenga más poder. Siguiendo esta línea para analizar los movimientos sociales, Flam (2005) sugiere que existen ciertas emociones que fortalecen las relaciones de dominación (*cementing emotions*) como gratitud y lealtad, y otras que sirven para crear un distanciamiento del sistema, como el odio, la desconfianza o el desprecio hacia los oponentes.

El conjunto de reglas del sentir en una sociedad o grupo social se ha identificado con el concepto de *cultura emocional*, que para Hochschild (2008: 293) es:

un conjunto de rituales, de creencias en torno a los sentimientos y de reglas directrices de los sentimientos que inducen a focalizar las emociones e incluso inspiran un sentido de lo “sagrado” que selecciona algunos vínculos sociales y los prioriza sobre otros.

Como resultado, uno de los desafíos de los movimientos sociales es desafiar las reglas del sentir que reproduce el sistema de dominación. Poma y Gravante (2020) y Gravante (2020) proponen también el concepto de *reglas del sentir contrahegemónicas*, en oposición a las *hegemónicas*. Los autores, que aplican los conceptos de Hochschild para comprender el activismo de base, muestran cómo el desafío y la creación o difusión de nuevas reglas del sentir son una herramienta política para generar un cambio cultural.

Otro concepto central para comprender la polarización social es la *empatía*, la cual no es una emoción sino “la capacidad de identificar lo que otros están pensando y sintiendo, y de contestar a estos pensamientos y sentimientos con otra emoción” (Baron-Cohen, 2012: 14). Hochschild identifica en la empatía la capacidad de poder entender al otro, evidenciando que, al no hacerlo, “nuestra polarización, y la creciente realidad de que simplemente no nos conocemos hace que sea demasiado fácil conformarse con la aversión y el desprecio” (2016: 12). La propuesta de la autora para comprender a los que están al otro lado de la polarización es superar el muro de empatía que nos divide, conocer sus emociones y cómo estas influyen o han influido en la construcción de su visión del mundo.

Si bien la empatía es una capacidad que tenemos la mayoría de los seres humanos, aunque con diferencias –Baron-Cohen (2012) identifica seis niveles de empatía– hay un proceso que permite comprender la ascensión de la polarización: la erosión de la empatía (Baron-Cohen, 2012), concepto parecido a la *sympathy fatigue* mostrada en Hochschild (2016). Ese proceso ocurre cuando bloqueamos la capacidad de ser empáticos hacia ciertas personas o seres vivientes. Como muestra Hochschild (2016), sentir compasión por ciertos sujetos puede ser una regla del sentir promovida por ciertos actores, piénsese en las campañas para reunir fondos para niños malnutridos en África o en las campañas de

los grupos que defienden los derechos de los animales y promueven dietas vegetarianas o veganas. Las personas que no quieren sentirse culpables de la pobreza ajena –en el caso de los niños– o del sufrimiento animal cuando comen carne responderán a estas reglas con argumentos cognitivos y manejo emocional, incluida la erosión de la empatía.

Baron-Cohen muestra que para apagar esta capacidad se tiene que enmarcar al otro como un objeto, en palabras del autor: “Cuando tratamos a una persona como un objeto y al mismo tiempo nos volvemos insensibles a sus emociones, ese es el punto de partida hacia el grado cero de empatía” (2012: 157).

En relación con la polarización, la imposición de ciertas reglas del sentir por parte de “los otros” genera además emociones como la rabia, el ultraje por sentirse regañados y juzgados como malas personas y el resentimiento. Además de ver cómo estas emociones son centrales en la construcción de la polarización social, Baron-Cohen (2012: 5) también afirma que “la erosión empática puede desarrollarse debido a emociones corrosivas como el resentimiento, el deseo de venganza, el odio ciego o incluso el deseo de proteger”. La polarización social genera entonces un bucle en el que no se conoce ni entiende al otro por falta de empatía, la cual es erosionada por emociones que se generan o refuerzan en un contexto polarizado.

Por último, para analizar la dimensión emocional de la polarización social en la pandemia, me apoyo en la tipología de emociones de Jasper (2018) que incluye: emociones reflejo, impulsos, estados de ánimo, compromisos afectivos y emociones morales, así como el concepto de *batería moral*, que consiste “en una emoción positiva junto a otra negativa; su tensión o contraste motiva la acción o demanda atención” (Jasper, 2012: 52). La razón de apoyarme en este autor reside en que es el referente en el campo de estudio de los movimientos sociales para la comprensión de la dimensión emocional, tanto que en su obra de 2018 propone una teoría de la acción basada en las emociones, que son parte de la dimensión cultural (Jasper, 1997), superando el dualismo emociones-racionalidad que ha permeado el estudio de los movimientos sociales hasta los años noventa del siglo pasado.

El enfoque de las emociones como constructos socioculturales será el que guiará la reflexión que se presentará en este capítulo sobre la polarización que se ha visibilizado en la pandemia de la COVID-19, con el propósito de mostrar el potencial explicativo de la dimensión emocional en los procesos socioculturales.

## Método y datos

La pandemia nos ha tomado por sorpresa a todos. La discusión que se presentará a continuación se basa en datos que han sido recolectados a través del seguimiento de periódicos y redes sociodigitales entre marzo y septiembre de 2020, además de pláticas informales con familiares, amigos y conocidos. Al principio, fue la necesidad de comprender lo que estábamos viviendo lo que motivó la lectura de diversas fuentes de información, producidas en diferentes países, principalmente Italia, España, Reino Unido y México.<sup>3</sup>

Con el pasar de los meses, en el conjunto de información recopilada empecé a observar ciertos patrones que se repetían en estos países, aunque no siempre de igual manera. Entre los patrones observados destacaba la emergencia de una fuerte polarización social y de narrativas comunes en todos los países (Gravante y Poma, 2021). Siendo mi línea de investigación el activismo, empecé a seguir de manera más sistemática y ordenada la emergencia de narrativas alternativas como “el capitalismo es el virus”, así como las experiencias de solidaridad y apoyo mutuo que surgieron desde abajo (Gravante y Poma, 2020). La necesidad de comprender cómo la pandemia estaba impactando el activismo de base en México motivó la aplicación de una encuesta a activistas en el verano de 2020, que permitió comprobar algunas hipótesis y que enriquecerá la discusión a continuación.<sup>4</sup> Sin embargo, desde una perspectiva sociológica más amplia, también resulta interesante entender cómo se está construyendo la polarización social y, como dice Hochschild, cómo se podría superar el muro de la empatía que nos aleja de los que han interpretado la pandemia de manera diferente a nosotros.

Para este último objetivo será necesario contar con mayor trabajo empírico, incluyendo entrevistas en profundidad con personas que pertenecen a los dos polos opuestos, que permitan explorar el complejo entramado emocional que subyace en la interpretación que tenemos del mundo y los eventos. No obstante, la observación de las emociones y de las reglas del sentir que emer-

---

<sup>3</sup> La selección de estos países se fundamenta en razones personales. He vivido en estos países, conozco su cultura, y pude triangular la información publicada en la prensa a través de los medios digitales y contactos directos.

<sup>4</sup> La encuesta se cerró el 15 de agosto y los datos están siendo analizados. Para una primera presentación de los datos, se puede ver Poma (2020b) o Poma (2020c) del minuto 40:35 al minuto 1:01:00 disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=HHDVORKaKF8>

gen en la prensa y redes sociodigitales, así como la experiencia de conocidos que han sufrido la polarización social en su entorno más cercano, ofrecen un punto de partida para la reflexión.

## La polarización social en la pandemia

En el apartado teórico no se ha precisado qué es la polarización social, razón por la cual, antes de discutir la dimensión emocional de la misma, precisaré de qué se trata.

Durante los seis primeros meses de la pandemia por COVID-19 (marzo-septiembre, 2020) en México, se han podido observar diferentes respuestas de las personas a la pandemia (Poma, 2020a) que han creado una polarización entre quienes apoyan y aplican las recomendaciones sanitarias como el uso del cubreboca, el lavado de manos, la sana distancia y la reducción de movilidad, y otros que se oponen a estas medidas y se niegan a seguirlas. En este capítulo no profundizaré en las razones que pueden estar detrás de estas actitudes contrapuestas, sino en la dimensión emocional como un factor explicativo más para comprender esta polarización.

Una de las razones que motivan a explorar la dimensión emocional de la polarización social es la fuerte carga emocional que caracteriza la interacción entre las personas que defienden una u otra postura, y que se puede observar analizando la prensa, las redes sociodigitales o escuchando la experiencia directa de las personas. Un proceso parecido al actual se ha observado en los testimonios de personas que han vivido la polarización como consecuencia del BREXIT<sup>5</sup> en el Reino Unido. En este caso, los ingleses crearon el término *Brexit Rift* para indicar la polarización que se creó entre amigos y familiares (Cosslett, 2016), que entre otras cosas produjo ansiedad y estrés (Degerman, 2019; Moss *et al.*, 2020).

De manera parecida al BREXIT, la pandemia por COVID-19 también ha generado estrés y polarización social, observables no solo en el aumento de la violencia doméstica (Fernández Nieto, 2020), sino también en los conflictos generados por la falta de respeto a las recomendaciones de las autoridades sanitarias. En redes

---

<sup>5</sup> Acrónimo (BR -por Britain-, más EXIT) empleado para indicar la salida del Reino Unido de la Unión Europea.

sociales no es raro encontrar testimonios de personas, y hasta memes, acerca de la necesidad de bloquear o eliminar a conocidos de sus contactos a causa de sus comentarios ofensivos sobre el uso del cubreboca o el respeto a la sana distancia.

Entre las ofensas más comunes destaca la acusación de ignorancia. Tanto en las redes sociales como en otros medios de comunicación es muy común encontrar argumentos que pueden fortalecer cualquier creencia, incluidas las teorías conspirativas que como muestran Lewandowsky y Cook (2020) son alimentadas por emociones como el recelo y la desconfianza más que por un sano escepticismo. La acusación de ignorancia hacia los que promueven una práctica distinta de la propia se acompaña de desprecio que, como veremos, es una de las emociones que caracteriza esta polarización.

Otra acusación que están recibiendo las personas que siguen las recomendaciones de las autoridades de salud es la de ser sumisos ante las autoridades, defendiendo un concepto de “libertad” que retomaremos al final de la discusión. Según la imagen que transmiten de sí mismos los sujetos que se oponen a las medidas sanitarias, estamos frente a personas inteligentes, informadas, listas (que no se dejan engañar), libres, invulnerables, entre otras características; mientras que al otro lado, estarían los ciudadanos temerosos, sumisos, confiados y estúpidos.

Una encuesta que se aplicó en España (Instituto de Salud Carlos III, 2020) muestra que la mayoría de la población en los primeros meses de la pandemia seguía las medidas sanitarias, y los datos del gobierno de México sobre movilidad durante el confinamiento entre abril y junio, por ejemplo, mostraron lo mismo. Sin embargo, los que se niegan a seguir las medidas han tenido visibilidad en los medios de comunicación en el momento que se movilizaron en Madrid, Berlín, Milán, Londres y otras ciudades de EE.UU., y en las redes sociales, donde es muy común leer comentarios, a menudo agresivos y despectivos, en respuesta a artículos de periódicos, videos oficiales de autoridades políticas o sanitarias, u otro contenido que promueve el respeto a las medidas sanitarias y refuerce la necesidad de responder de manera colectiva a la crisis en curso.

Siguiendo la idea de Hochschild (2016) de que la comprensión de las emociones que sienten los sujetos nos ayuda a comprender la polarización, se presenta a continuación un primer análisis de la dimensión emocional que caracteriza la polarización antes descrita.

## La dimensión emocional de la polarización social

La polarización social se caracteriza por agresividad entre las personas que pertenecen a los dos polos opuestos. La agresividad que se puede observar en los comentarios en redes sociales, así como en algunos testimonios reportados por la prensa o los que hemos podido presenciar, nos indica que estas personas están sintiendo rabia. Desde el enfoque de las emociones como constructos socioculturales, resulta necesario analizar quién está sintiendo esta rabia, hacia quién y qué otras emociones están interactuando con ella. En la Tabla 1 se resumen algunas de las emociones que se describirán a continuación.

**Tabla 1.** *La dimensión emocional de la polarización social*

| Emociones que alimentan la polarización | Dirigida a   | Algunas emociones vinculadas con las emociones que alimentan la polarización   |
|---|--|--|
| Rabia                                   | Las autoridades que implementaron medidas sanitarias           | Miedo a perder privilegios y/o calidad de vida;<br>Desconfianza y desprecio hacia estas autoridades;<br>Lealtad a las empresas.  |
| Rabia                                   | Las personas que regañan a quienes no respetan las medidas     | Ultraje (ofensa) al ser regañado;<br>Orgullo por no estar respetando las medidas (y no expresar miedo);<br>Desprecio hacia quien las respeta.  |
| Desprecio y resentimiento               | Las personas que respetan las medidas                          | Miedo a perder privilegios y/o calidad de vida a causa de la crisis económica;<br>Sentimiento de invulnerabilidad;<br>Cinismo.   |
| Rabia, desesperanza y resentimiento     | Las personas que no respetan las medidas para evitar contagios | Miedo a enfermarse o que se enfermen sus seres queridos;<br>Miedo a morir;<br>Impotencia porque la sociedad no está respondiendo colectivamente;<br>Preocupación y ansiedad por las consecuencias sociales y económicas de la pandemia;<br>Dolor por la pérdida de alguien a causa de la enfermedad. |



| Emociones que alimentan la polarización         | Dirigida a   | Algunas emociones vinculadas con las emociones que alimentan la polarización  |
|---|--|---|
| Decepción (implica expectativas no satisfechas) | Las autoridades que no implementaron medidas adecuadas (incluye los límites a la vida privada y laboral) | Confianza y esperanza en el papel de las autoridades para proteger a la población; Dolor por la pérdida de alguien a causa de la enfermedad; Miedo a enfermarse o que se enfermen sus seres queridos. |
|   | Conocidos que no respetan las medidas  | Admiración y respeto hacia estas personas.  |
| Preocupación, impotencia y frustración          | Las consecuencias de la pandemia en el medio ambiente  | Apego al lugar global; Preocupación por la crisis socioambiental y climática.   |

*Nota.* Fuente: elaboración propia.

Entre los diferentes ejemplos de rabia observados, destaca aquella sentida por personas que no quieren respetar las recomendaciones (por considerarlas inútiles, innecesarias, exageradas, incómodas, etc.) dirigida hacia quienes las promueven, sean autoridades, ciudadanos o familiares. La rabia hacia las autoridades gubernamentales o sanitarias está asociada a la desconfianza y/o desprecio hacia estos actores (que por supuesto no surge en la pandemia) y al miedo generado como consecuencia de la aplicación de las medidas, tanto a nivel económico como en la vida cotidiana. En lo que concierne al nivel económico, la rabia hacia las autoridades, de la misma manera que lo muestra Hochschild (2016), se explica por una lealtad a las empresas y al modelo económico, propia de una cultura proindustrial. En este modelo, que es tanto económico como cultural, la salud no es prioridad, comparada con las ganancias de las empresas, que según la narrativa neoliberal proporcionan trabajo y riqueza. Hochschild (2016) muestra que esta narrativa responde a un “programa psicológico” que impone la terrible elección entre trabajo y salud (del medio ambiente y de los seres humanos), desmintiendo además con datos estadísticos la generación de trabajo por parte de la industria en el territorio estudiado. Esto nos lleva a poder

reconocer detrás de esta forma de rabia valores egoístas (Steg, 2016)<sup>6</sup>. Esta rabia, además, la podemos reconocer como una emoción moral (Jasper, 2018), ya que es el resultado de procesos cognitivos, y esto nos permite comprender por qué su expresión se observa en las marchas contra las medidas sanitarias en distintos países, ya que las emociones morales juegan un papel central en la movilización.

Otra forma de rabia que se puede observar en las personas que no quieren respetar las medidas es aquella dirigida a desconocidos o familiares que les llaman la atención por no respetarlas. Esta rabia es menos cognitiva que la anterior y puede ser hasta una respuesta inmediata al regaño (siguiendo la tipología de Jasper, 2018, es una “emoción reflejo”). Esta rabia no requiere que haya desconfianza hacia quien está dirigida, pero puede generar ultraje por estar siendo regañados, otra emoción moral con un fuerte potencial movilizador sobre todo cuando se le asocia a un sentimiento de traición (Jasper, 2018). El regaño o una llamada de atención pueden así generar respuestas agresivas, groseras o desafiantes (tosar hacia quien te llama la atención por no llevar el cubreboca, por ejemplo), que se fortalecen en el orgullo de quien reivindica no seguir las medidas sanitarias, en lugar de generar vergüenza, como lo esperaría quien promueve su respeto.

Otra rabia que se puede observar en redes sociales es aquella que sienten quienes están siguiendo las recomendaciones hacia los que no las siguen. Esta rabia es asociada a la frustración que genera estar tomando medidas que se vuelven inútiles si no son respetadas por la gran mayoría, de manera similar a la frustración que lleva a los ciudadanos a abandonar las acciones proambientales como reciclar, porque no tienen impacto si solo las hacen unos cuantos. Como pude observar en la superación de esta frustración (Poma, 2018), uno de los elementos es la satisfacción moral de hacerlo, a pesar del escaso impacto. Como escribe Jasper (2018), hay una felicidad moral que se genera al hacer lo que consideramos correcto y en ser coherentes con nuestros valores; de esta manera, se puede leer en muchos comentarios en redes sociales que una de las razones para usar el cubreboca es para proteger a los demás, dato confirmado por investigaciones recientes (Capraro y Barcelo, 2020).

El cubreboca además se ha convertido en un símbolo de esta polarización, y ha adquirido, para algunos, el valor de cuidado colectivo. Eso resulta aún más

---

<sup>6</sup> Las diferentes tipologías de valores (egoístas, hedonistas, altruistas y biosféricos) son propuestas por Linda Steg (2016) para comprender el activismo ambiental.

importante para las personas más vulnerables o las que hayan sufrido por la pérdida de algún ser querido, o por los efectos de la enfermedad en su vida. El dolor por la pérdida de seres queridos, así como el miedo a enfermarse y a las consecuencias de la enfermedad en la salud y en la economía familiar, son emociones que en una pandemia tendrían que tomarse en cuenta muy seriamente porque está en juego el sentimiento de seguridad ontológica (Giddens, 1991). Percibir a otros ciudadanos, conocidos y familiares como una amenaza a la salud individual y colectiva puede generar profundas heridas en la sociedad y las relaciones interpersonales, debilitándolas desde adentro.

Los ejemplos de rabia hasta ahora descritos están vinculados además con otra emoción central para comprender la polarización social: el resentimiento. Esta emoción es un tipo de enfado generado por considerar a alguien causante de una ofensa o daño, y es acompañada por rencor, desprecio y hostilidad. El rencor lo podemos identificar en innumerables comentarios en redes sociales, como “Quienes van a correr a Viveros no tienen empatía, pues prefieren arriesgarse y arriesgar a los demás antes de sacrificar su rutina. Y aún señalan las conductas de otros” o “solo los necios son los que insisten en ir a correr a los Viveros en plena pandemia”, “para los que Sí respetamos nuestros Viveros, se han convertido en un festín de irresponsables”. El ejemplo de los intercambios de comentarios de un grupo de Facebook de corredores de la Ciudad de México no solo es útil como muestra de los miles (si no es que millones) de comentarios parecidos que inundan las redes sociodigitales, sino también porque los corredores, o *runners*, han sido identificados como chivos expiatorios en varios países (Intrieri, 2020; Clemente, 2020; Runners World, 2020).

El resentimiento es agudizado por el uso de la culpa que se atribuye al comportamiento individual. En muchos países, corredores, jóvenes, inmigrantes, trabajadores informales, entre otras categorías, han sido atacados y a veces penalizados o estigmatizados por aumentar el contagio, a veces a pesar de seguir las recomendaciones sanitarias. En este caso, el resentimiento se debe a la necesidad de identificar un culpable en alguna minoría. Para evitar una cacería de brujas, habría que intentar superar el muro de empatía (Hochschild, 2016) y comprender lo que sienten los demás, y por qué están actuando de cierta manera.

El distanciamiento físico ha afectado psicológica y emocionalmente a muchas personas, y algunas actividades que generan satisfacción, placer y alegría ayudan a reducir el estrés y son necesarias para el bienestar. La frustración y tristeza que sienten las personas al tener que renunciar a estas actividades pueden ser difíciles

de manejar, sobre todo si no se generan las condiciones para poder encontrar la tranquilidad en la cotidianidad. Tener que trabajar, en el lugar de trabajo o desde casa, siendo obligados a mantener la productividad, viendo limitada la vida social y las actividades recreativas es algo que puede tener efectos devastadores en la salud física y emocional. Si por un lado es cierto que una persona que se niega a respetar las medidas pone en riesgo a la colectividad porque puede contagiar a muchas personas, por el otro lado, es responsabilidad de los gobiernos crear las condiciones para que el mayor número de personas puedan evitar exponerse al contagio. De aquí surge la rabia y, dependiendo de las expectativas de cada uno, también la decepción o el sentimiento de traición que genera ultraje hacia los estados que promueven medidas que prohíben la vida social y cultural, pero no están limitando la producción industrial. La segunda ola de contagios, que empezó en Europa en septiembre de 2020, ha desencadenado innumerables críticas al promover el distanciamiento social, limitando la vida social y las actividades recreativas, pero dejando a los trabajadores expuestos al contagio en el transporte público y en los espacios de trabajo. Las emociones que se generan al percibir las medidas tomadas por las autoridades como injustas o inadecuadas también alimentan la polarización y el descontento social, que se manifiesta en redes sociodigitales y en las calles, como sucedió recientemente en Italia (Cronaca, 2020).

La negación no solo a respetar las medidas a nivel individual, sino más bien a priorizar la salud física y emocional frente a la economía, esconde una perversión propia de la cultura neoliberal: la obsesión por el crecimiento ilimitado a expensas de la vida misma.

Esta pandemia está resaltando entonces un efecto del modelo neoliberal y neoconservador que puede perjudicarnos no solo en estas circunstancias, sino también en vista de otras crisis que tendremos que enfrentar como la emergencia climática: ¿Cómo se puede promover un cambio de estilo de vida y de consumo para enfrentar el cambio climático si no se prioriza la vida, ni en una pandemia que ya ha causado más de dos millones de fallecimientos registrados en el mundo?

Las personas que priorizan valores altruistas y biosféricos (Steg, 2016), como los activistas que contestaron la encuesta (A. Poma, comunicación personal, verano de 2020), están enfrentando en esta pandemia una dolorosa realidad: si la respuesta social a una pandemia ha exacerbado esta polarización social y evidenciado los valores egoístas de las sociedades en las que vivimos, entonces se aleja la esperanza de una respuesta social proactiva para enfrentar los

problemas socioambientales. De hecho, el 85% de los encuestados contestaron que creen que la pandemia perjudicará la lucha para enfrentar la emergencia climática, “Porque aunque por un tiempo parecía esperanzador, al regresar a la cotidianeidad se han agravado muchas prácticas negativas” (E2), “Porque hay miedo, se tiene que trabajar para sobrevivir y hay mucho temor del contagio por cualquier forma” (E10), o “Debido al incremento en el uso y desecho de materiales que se usan para protegernos, debido al impacto económico que tendrá la pandemia en el futuro, y también a la disminución actual en la participación del activismo” (E135).

Como muestran estos testimonios, al miedo por enfermarse y a la desesperanza se suman las emociones como la preocupación por el impacto de la pandemia en el medio ambiente y el abandono de políticas proambientales a favor de la recuperación económica. Las personas que priorizan valores altruistas y biosféricos entonces, además de ecoansiedad y preocupación por el miedo ambiente, están experimentando en esta pandemia desesperanza y decepción hacia la sociedad, y estas emociones pueden alimentar un estado de ánimo de pesimismo, resignación o impotencia.

Todo lo anterior se tiene además que entender en un contexto cambiante, donde pueden surgir nuevos rebrotes, como sucedió en México entre finales de 2020 y principios de 2021, y donde se suman nuevas emociones debidas tanto al alargarse de la pandemia, como a la frustración o decepción generadas por las expectativas creadas alrededor de las campañas de vacunación masivas.

## Culturas emocionales enfrentadas

Por último, siguiendo la propuesta teórica de Hochschild (1979, 2016), se quiere mostrar cómo el análisis sociológico de la dimensión emocional de la polarización social en tiempos de la COVID-19 también está provocando el surgimiento de algunos rasgos del modelo neoliberal y del neoconservadurismo.

Con este propósito se han identificado algunas reglas del sentir que caracterizan las posiciones a favor y en contra del respeto a las medidas sanitarias. En algunos casos, se han podido identificar las reglas a partir de baterías morales (Jasper, 2012), como compasión-deprecio, en otras a través de la observación de la direccionalidad de una misma emoción o de ciertos patrones ya identificados en los trabajos de Hochschild (2008), como los patrones de género que caracterizan las reglas del sentir.

Identificar las reglas del sentir es más fácil cuando hay momentos de rupturas, como en esta polarización o en los movimientos sociales. Sin embargo, no es tarea sencilla, y como se señala en el párrafo anterior no hay pretensión de identificar todas las reglas del sentir que puedan estar presentes en la sociedad polarizada, sino algunas de ellas (Tabla 2) que permiten mostrar de qué manera la polarización está vinculada con el modelo neoliberal y neoconservador.

**Tabla 2.** *Las reglas del sentir contrapuestas*

| Reglas del sentir en la cultura del respeto de las medidas                 | Regla contrapuesta que responde al modelo neoliberal y neoconservador | Narrativas relacionadas   |
|--|---|---|
| Compasión hacia los más vulnerables  | Cinismo y desprecio hacia los más vulnerables                         | Ciertas personas se pueden dejar morir                                |
| Aceptación del miedo (a enfermarse, por ejemplo)                           | Los hombres no tienen miedo   | Hombres que cuidan (a sí mismos y los demás) vs. hombres “verdaderos” |
| Lealtad y confianza a las autoridades (políticas y/o sanitarias)           | Lealtad y confianza a las empresas y el modelo económico              | Salud vs. Trabajo   |
| Admiración hacia quienes respetan las medidas                              | Desprecio hacia quien respeta las medidas                             | Los virtuosos vs. los irresponsables                                  |
| Culpabilización de quien no respeta las medidas                            | Culpabilización de quien tiene miedo de salir                         | Los “untadores” vs. los cobardes (todos son chivos expiatorios)       |
| Esperanza de que la gente tome conciencia de la vulnerabilidad del sistema | Esperanza de que se vuelva a la misma vida que antes de la pandemia   | Cambio social vs. Estatus Quo (incluye tecno optimismo)               |

*Nota.* Fuente: elaboración propia.

Una primera batería de emociones que ha sido identificada en las narrativas surgidas durante los primeros seis meses de la pandemia es la compasión hacia los más vulnerables contra el desprecio que desenmascara el cinismo del modelo neoliberal. Las narrativas para promover el uso del cubrebocas, por

ejemplo, se apoyan en el amor, la solidaridad, el cuidado hacia los demás<sup>7</sup>, en particular los más vulnerables, mientras que los argumentos de los que niegan o se resisten a las medidas sanitarias, incluidos jefes de estado como el británico Johnson (Stewart *et al.*, 2020), el brasileño Bolsonaro (*Política*, 2020), o el ex Presidente de Estados Unidos, Trump, se basan en la aceptación de la pérdida de los más vulnerables.

El modelo neoliberal, que promueve desde los años setenta la destrucción de valores altruistas como la solidaridad, y que ha condenado a muerte a millones de personas a través de la doctrina del shock económico (Klein, 2014), siendo además responsable de la destrucción de los ecosistemas y de la aceleración del colapso climático, se opone claramente a la regla del sentir compasión hacia los más vulnerables.

Una segunda regla del sentir que surge en muchos testimonios y artículos de opinión está vinculada con el miedo. El miedo a enfermarse ha sido demonizado en esta pandemia, y ha sido asociado a debilidad (física y psicológica). Un ejemplo entre muchos es el mensaje a principios de octubre de 2020 del entonces Presidente de Estados Unidos Donald Trump, que al recuperarse de COVID-19 lanzó un mensaje al país diciendo que no se dejaría dominar por el miedo (*Sin embargo*, 2020). Esto es solo un ejemplo más de la falta de empatía que caracteriza la cultura neoliberal, donde los millonarios no toman en cuenta la gran desigualdad en el acceso a la atención médica, así como las consecuencias que enfrenta la gente común y corriente al enfermarse. El miedo de millones o billones de personas frente a la enfermedad se basa en la conciencia de la debilidad del sistema de salud y social de su país, que puede traducirse en falta de acceso a los servicios sanitarios, en endeudamiento, cuando el sistema de salud es privado, o en la afectación a la economía familiar por no poder trabajar y no gozar de derechos laborales. El miedo a enfermarse está vinculado a la percepción de la propia vulnerabilidad tanto física como económica, y al no tener acceso a la atención sanitaria que gozan, por ejemplo, los jefes de Estado, vulnerabilidad que estos últimos, al ponerse al mismo nivel del ciudadano común,<sup>8</sup> niegan reconocer.

---

<sup>7</sup> Por ejemplo, la campaña de la Ciudad de México “Por salud, amor, protección, respeto y valor, ¡llévalo puesto!”.

<sup>8</sup> El día 8 de febrero de 2021, el presidente de México, por ejemplo, declaró: “Me contagié, porque tengo que trabajar como millones de mexicanos, ni modo que me quedara encerrado, no se puede vivir encerrado” (Ramírez, E. 2020).

La actitud de los líderes políticos que se niegan a seguir las medidas como el uso del cubrebocas es también un reflejo de la cultura machista donde el miedo es una emoción legítima para la mujer, que, como ya vimos, es la víctima; y es sancionada socialmente cuando es expresada públicamente por los hombres.

El ejemplo de estos líderes empeora además la difícil situación que están viviendo muchas personas en sus hogares, ya que cuando uno o más miembros de la familia reproducen la regla del rechazo al miedo, no solo ponen en peligro a las demás personas, sino que generan vergüenza o culpa a los demás por sentir miedo. Aceptar el miedo por una enfermedad, sin que este miedo paralice o se convierta en un trastorno obsesivo compulsivo, se ha convertido así en un desafío para millones de personas que han aprendido a convivir en esta difícil situación, cuidándose y tomando precauciones. En la encuesta a activistas, a pesar de que la mayoría son jóvenes con menos de 30 años, más de la mitad expresó tener miedo a enfermarse, y lo que afirmaron que les preocupaba más era contagiar a otras personas, seguido por tener secuelas en la salud y morir. El amor hacia nuestros seres queridos por supuesto juega un papel importante en este comportamiento, ya que muchos conviven con personas vulnerables.

Otra regla del sentir que identifica Hochschild (2016) es la lealtad a las empresas, propia de una cultura proindustrial, que conduce en el caso estudiado por la autora, a rechazar la regulación ambiental aun cuando la contaminación generada por las empresas está perjudicando la salud de los ciudadanos. En la polarización por COVID-19 es evidente la contraposición entre lealtad hacia las empresas y hacia las autoridades, sean gubernamentales o sanitarias. Esta regla del sentir legitima la priorización del crecimiento económico frente a la salud de los ciudadanos, elemento que caracteriza el modelo neoliberal donde el sistema de salud pública responde a las exigencias del mercado en lugar de las exigencias de los ciudadanos.

La lealtad a las empresas y al sistema económico no solo impide reconocer la responsabilidad de estos actores en los impactos sociales y económicos de la pandemia, sino que además alimenta el tecnooptimismo vinculado con la producción de la vacuna que enriquecerá a unos pocos y empobrecerá o endeudará a los estados, una estrategia propia de la economía del shock y del capitalismo del desastre (Klein, 2014).

La regla de sentir respeto, admiración y confianza hacia las autoridades sanitarias es también una forma de reconocer el trabajo del personal de la salud que, a veces en condiciones deplorables, está haciendo todo lo posible para



atender la emergencia sanitaria. No obstante, no han faltado casos en México, así como en otros países, de culpabilización y hasta violencia hacia el personal de salud, demostrando que esta regla del sentir no es compartida por la población en general y es parte de la polarización social.

Ya hablamos de la culpa en el apartado anterior, sin embargo, es relevante destacar que la culpa hacia los individuos, ya sea quienes respetan las medidas y quienes no, es una estrategia para evitar que el descontento se dirija a empresas y/o estados. La culpabilización de los individuos, estrategia ya empleada en las narrativas de cambio climático, además de alentar a admirar a algunos y despreciar a otros, promueve una visión dicotómica de los virtuosos contra los irresponsables, donde el enemigo es el otro.

Todo lo anterior nos lleva a otro aspecto que Hochschild (2016) identifica en la polarización política en EE.UU. y que se puede observar en esta pandemia: la contraposición entre la idea de la libertad de y de la libertad desde (*Freedom to vs Freedom from*). Como muestra la autora, la libertad que defienden los conservadores (Tea Party) en EE.UU. y que podemos ver reflejada en las opiniones de los que se niegan a seguir las recomendaciones sanitarias, es una *libertad de* poder hablar con el celular o tomar alcohol mientras se conduce, caminar con un arma cargada, y en el caso de la pandemia, no seguir las recomendaciones sanitarias. Sin embargo, como la autora evidencia, esta no es la *libertad desde* la violencia, desde los accidentes de tráfico, desde la contaminación tóxica. La libertad de hacer es una libertad que se basa en valores egoístas y hedonistas que no limita los hábitos de consumo, ni es una libertad que garantiza derechos. Esta libertad de, implica que las empresas son libres de contaminar un río, impidiendo a los ciudadanos la libertad de poder nadar, pescar, tomar, desde las aguas del río. Como comentó un activista del municipio de El Salto, Jalisco, que lucha desde 2008 contra la contaminación del río Santiago (A. Poma, comunicación personal, s.f.), la contaminación del río no solo es el resultado de la complicidad entre empresas privadas y las autoridades que no aplican el marco normativo, sino que se ha convertido en una estrategia para quitar a los pobladores un recurso natural que, al proporcionar agua y comida, los hacía menos dependientes de las empresas.

Estos conceptos contrapuestos de libertad están además vinculados con el amor hacia el prójimo, regla del sentir que en el modelo neoliberal y neoconservador ha desaparecido, para abrir paso al desprecio hacia los perdedores (que en muchos casos son víctimas del mismo sistema) y el odio hacia quienes no aceptan el modelo neoliberal.

Como escribía en 1922 Errico Malatesta, pensador y revolucionario anarquista italiano, la libertad:

si no se combina y modela con el amor de los hombres y con el deseo de que todos los demás tengan igual libertad, puede llegar a crear rebeldes, pero no basta para hacer anarquistas: rebeldes que, si tienen fuerza suficiente, se transforman rápidamente en explotadores y tiranos (Richards, 2007: 25).

Mientras que la libertad reivindicada por los anarquistas, así como activistas de otros movimientos sociales, se basa en valores altruistas, aquella libertad que promueven los participantes de las marchas contra el uso del cubrebocas o de la sana distancia se basa en valores egoístas. El amor hacia el prójimo, que para los que priorizan valores biosféricos incluye todas las especies, no solo la humana, es así una regla del sentir que se contraponen a la cultura emocional neoliberal y neoconservadora.

En conclusión, las reglas del sentir que caracterizan la polarización social que hemos podido observar en esta pandemia nos proporcionan elementos para identificar diferentes culturas emocionales que incluyen “expectativas sobre cómo los miembros deben sentirse acerca de sí mismos y sobre los grupos dominantes, así como también cómo deben manejar y expresar los sentimientos evocados por sus encuentros diarios con los grupos dominantes” (Taylor, 2000: 174). La victoria de una cultura emocional sobre otra será el resultado de una batalla ideológica que se juega también en la respuesta de los estados a la pandemia, y de la cual podrá salir fortalecido o debilitado el modelo neoliberal actualmente dominante, acompañado por el neoconservadurismo que se está difundiendo en muchos países.

## Conclusiones

La pandemia por la COVID-19 no es solo una emergencia sanitaria, sino social y cultural hasta el punto de que podría convertirse en un parteaguas político y social.

Además de la gravísima crisis económica que, si seguimos en el marco de este modelo económico, empobrecerá a millones de personas, enriqueciendo a unos pocos, la percepción social de cómo los Estados y los demás ciudadanos están enfrentando la pandemia podrá determinar el clima político y social de la próxima década.

La polarización social que se ha podido observar desde el principio de la pandemia no solo complica las relaciones interpersonales e interfamiliares, sino que alimenta un resentimiento que puede generar profundas heridas sociales.

En este contexto, el análisis de la dimensión emocional de la polarización permite comprender con mayor profundidad el impacto sociocultural de la pandemia. Como se mostró a lo largo del capítulo, la polarización se refleja en la emergencia de emociones contrapuestas, como la compasión o el desprecio hacia los más vulnerables, o la direccionalidad de una misma emoción, como la rabia, a sujetos diferentes. La identificación de culpables en sectores minoritarios de la población responde a la clásica estrategia del “divide y vencerás”, necesaria para desviar la atención de los verdaderos responsables –los defensores y promotores del modelo económico neoliberal, fortalecido por la ideología neoconservadora– y a su falta de voluntad de responder de manera solidaria y empática a la pandemia.

Si, como escribió Hochschild (2008), la ideología es el resultado de reglas de encuadre y del sentir, lo que está en juego en esta pandemia son dos visiones del mundo contrapuestas. Si, por un lado, una de las consecuencias de esta pandemia puede ser la consolidación del modelo neoliberal y neoconservador, por el otro lado “el confinamiento al que nos ha obligado un minúsculo coronavirus debiera conducirnos a salir del reclusorio al que la racionalidad que gobierna el mundo ha sometido a la vida: para emprender la transición civilizatoria hacia la sustentabilidad de la vida” (Leff, 2020: 26).

## Referencias

- Baron-Cohen, S. (2012). *The Science of Evil: On Empathy and the Origins of Cruelty*. Basic Books.
- Capraro, V. y Barcelo, H. (2020). “The Effect of Messaging and Gender on Intentions to Wear a Face Covering to Slow down COVID-19 Transmission”. *PsyArXiv*. (En prensa). 10.31234/osf.io/tg7vz.
- Clemente, S. (2020, 19 de junio). “Coronavirus: los runners siguen en la mira de todos y por primera vez corren según el número de DNI”. *Clarín*.
- Cosslett y Rhiannon L. (2016, 27 de junio). “Family rifts over Brexit: ‘I can barely look at my parents’”. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2016/jun/27/brexit-family-rifts-parents-referendum-conflict-betrayal>.

- Cronaca (2020, 26 de octubre). "Covid no alle chiusure, centinatia in piazza a Napoli". [https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/10/25/covid-disordini-durante-protesta-a-roma\\_6d72b90e-f322-402a-ba81-69f4e4fe0216.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/10/25/covid-disordini-durante-protesta-a-roma_6d72b90e-f322-402a-ba81-69f4e4fe0216.html).
- Degerman, D. (2019). "Brexit anxiety: a case study in the medicalization of dissent". *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 22(7), 823-840.
- Feldman Barrett, L. (2017). *How emotions are made: The Secret Life of the Brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Fernández Nieto, B. (2020, 3 de mayo). "Violencia doméstica en México durante el confinamiento por la pandemia COVID-19". *Data-Pop Alliance*. <https://datapopalliance.org/violencia-domestica-en-mexico-durante-el-confinamiento-por-la-pandemia-covid-19/>.
- Flam, H. (2005). "Emotion's map: a research agenda". En Flam, H. y King, D. (Eds.), *Emotions and Social Movement*. Routledge (pp. 19-40).
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press.
- Gravante, T. (2020). "Emociones y reglas del sentir como impactos culturales de los movimientos sociales". *Interdisciplina*, 8(22), 157-169.
- Gravante, T. y Poma, A. (2020). "Romper con el narcisismo: Emociones y activismo de base durante la pandemia". En Bringel, B. y Pleyers, G. (Coords.), *Alerta global. Políticas, movimientos sociales y futuros en disputa en tiempos de pandemia*. CLACSO (pp. 209-218).
- Gravante, T. y Poma, A. (2021). "How are emotions about COVID-19 impacting society? The role of the political elite and grassroots activism". *International Journal of Sociology and Social Politics*, 41(2/3).
- Hochschild, A. R. (1975). "The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities". En Millman, M. y Moss Kanter (Eds.), *Another Voice*. Anchor (pp. 280-307).
- Hochschild, A. R. (1979). "Emotion work, feeling rules, and social structure". *American Journal of Sociology*, 85(3), 551-575.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: The Commercialization of Human Feeling*. University of California Press.
- Hochschild, A. R. (2008). *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz editores.
- Hochschild, A. R. (2016). *Stranger in Their Own Land: Anger and Mourning on the American Right*. New Press.

- Instituto de Salud Carlos III (2020). *Monitorización del comportamiento y las actitudes de la población relacionadas con la COVID-19 en España*. Cosmo-Spain. <https://portalcne.isciii.es/cosmo-spain/>.
- Intrieri, C. (2020, 20 de marzo). *Gli untori e la democrazia. I runner e gli asintomatici sono i nuovi capri espiatori, ma la libertà e i diritti non sono una colpa*. Linkiesta. <https://www.linkiesta.it/2020/03/italia-coronavirus-runner-untori-corea-democrazia-paura-morire/>.
- Jasper J., M. (1997). *The Art Moral of Protest: Culture, Biography, and Creativity in Social Movements*. University Chicago Press.
- Jasper, J., M. (2012). “Las emociones y los movimientos sociales: veinte años de teoría e investigación”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4 (10), 46-66.
- Jasper, J., M. (2018). *The emotions of Protest*. Chicago University Press.
- Klein, N. (2014). *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. Booket Paidós., Barcelona, España.
- Leff, Enrique (2020). “A cada quien su virus. La pregunta por la vida y el porvenir de una democracia viral”. *HALAC*, 10 (1), 1-27. <https://www.halacsolcha.org/index.php/halac/issue/view/40>.
- Lewandowsky, S. y Cook, J. (2020). *The Conspiracy Theory Handbook*. George Mason University Center for Climate Change Communication. <http://sks.to/conspiracy>.
- Moss, J.; Robinson, E. y Watts, J. (2020). “Brexit and the Everyday Politics of Emotion: Methodological Lessons from History”. *Political Studies*, 68(4), 837-856.
- Política (2020, 02 de junio). “‘É o destino de todo el mundo’ afirma Bolsonaro após lamentar muertes por coronavirus”. *Globo*. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/06/02/e-o-destino-de-todo-mundo-afirma-bolsonaro-apos-lamentar-mortes-por-coronavirus.ghtml>.
- Poma, A. (2018). “El papel de las emociones en la respuesta al cambio climático”. *Interdisciplina*, 6 (15), 191- 214.
- Poma, A. (2020a). “El papel de las emociones en las diferentes respuestas a la crisis por Covid-19” [manuscrito presentado para publicación]. Capítulo de un libro en dictaminación.
- Poma, A. (2020b). *Los efectos de una pandemia en el activismo de base* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=YlljEuLtgk0>.

- Poma, A. (2020c). *Los rebotes de la pandemia: medio ambiente y economía solidaria* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=HHDVORKaKF8>.
- Porta, D. della y Steinhilper, E. (2020). "Introduction: Solidarities in Motion: Hybridity and Change in Migrant Support Practices". *Critical Sociology*, 47(2), 175-185. <https://doi.org/10.1177/0896920520952143>.
- Ramírez, E. (2021, 08 de febrero). "Me contagié porque tengo que trabajar como millones de mexicanos": Amlo. *Contralínea*. <https://contralinea.com.mx/me-contagie-porque-tengo-que-trabajar-como-millones-de-mexicanos-amlo/>.
- Richards, V. (2007). *Malatesta: pensamiento y acción revolucionarios*. Tupac Ediciones.
- Runner's World. (2020, 18 de mayo). "Nueva York echa la culpa de los nuevos contagios a la gente que sale a correr y comprar". <https://www.runnersworld.com/es/noticias-running/a32567752/nueva-york-culpa-contagios-runners/>
- Sin embargo (2020, 5 de octubre). "Trump: 'No tengas miedo a COVID. No dejes que domine tu vida. ¡Me siento mejor que hace 20 años!'". <https://www.sinembargo.mx/05-10-2020/3871743>.
- Steg, L. (2016). "Values, Norms, and Intrinsic Motivation to Act Proenvironmentally". *Annual Review of Environment and Resources*, 41), 277-292.
- Stewart H.; Proctor K. y Siddique, H. (2020, 12 de marzo). "Johnson: many more people will lose loved ones to coronavirus". *The Guardian*.
- Taylor, V. (2000). "Emotions and Identity in Women's Self-Help Movements". En Stryker, S; Owens, T. J.; y White, R. W.; (Eds.), *Self, Identity and Social Movements* (pp. 271-290). University of Minnesota Press.

# CAPÍTULO 6. La peste de Atenas: Tucídides y Sófocles

David García Pérez

## La peste de Atenas: Tucídides y Sófocles<sup>1</sup>

¡Ay de mí! Voy soportando dolores / innumerables: está enferma por completo mi gente y no hay una lanza de reflexión / con la que uno se pueda defender. Ni los frutos de la noble tierra crecen, ni de los partos / los lastimeros esfuerzos tienen que soportar las mujeres. / Y de uno en uno, cual rauda ave, puedes ver / que con más ímpetu que el fuego arrollador se precipitan / hacia la costa del dios de la oscuridad.<sup>2</sup>

Con estas palabras Sófocles describe, entre otras imágenes, la peste que asolaba a Tebas durante parte del reinado de Edipo. De manera semejante, Tucídides, en *Historia de la Guerra del Peloponeso* (2006: 48-54), narra el sufrimiento de los atenienses que padecían una enfermedad desconocida proveniente de África que de pronto atacó a la *polis* con consecuencias devastadoras:

---

<sup>1</sup> Apartados de este capítulo fueron publicados por su autor en García Pérez (2021), “La peste del tirano Edipo: política, medicina y desmesura”. *Nova Tellus*, 39(1), 27-43. <http://dx.doi.org/10.19130/iifl.nt.2021.39.1.868>.

<sup>2</sup> Soph., OT. 169-177: ὃ πόποι, ἀνάριθμα γὰρ φέρω / πῆματα· νοσεῖ δέ μοι πρόπας στόλος, οὐδ' ἔνι φροντίδος ἔγχος / ᾗ τις ἀλέξεται. οὔτε γὰρ ἔκγονα / κλυτὰς χθονὸς αὔξεται τόκοισιν / ἰηίων καμάτων ἀνέχουσι γυναῖκες· / ἄλλον δ' ἂν ἄλλῃ προσίδοις ἕπερ εὐπετερον ὄρνιν / κρεῖσσον ἀμαμακέτου πυρὸς ὄρμενον / ἀκτῶν πρὸς ἐσπέρου θεοῦ. Los autores clásicos griegos están citados de acuerdo con el *Diccionario Griego-Español* del CSIC.

Pues al no haber casas desocupadas y por habitar en barracas que eran asfixiantes por la época del año, sobrevino la mortandad en el más completo desorden, porque los cuerpos de los muertos estaban unos sobre de otros, mientras que los agonizantes se arrastraban por las calles y alrededor de las fuentes empujados por su deseo de agua.<sup>3</sup>

Basten estas dos imágenes como preámbulo para establecer una comparación entre el poeta trágico y el historiador en torno de un tópico en común: la peste (*loimós*<sup>4</sup>) que asoló a Atenas en el 430 a. C., y que se cobró la vida de muchos atenienses. Tal habría sido el impacto de dicho evento que Tucídides lo consignó como un hecho histórico y lo plasmó con una precisión médica, es decir, señalando la sintomatología de la enfermedad y su evolución: la raíz verosímil de la epidemia, la manera en la que atacaba al cuerpo, cómo se desarrollaba y, finalmente, los posibles fines, siempre terribles, pues aún cuando la persona no muriera, quedaba en condiciones físicas deplorables.<sup>5</sup> Por su parte, Sófocles tomó como punto de partida el asunto de la peste para reelaborar el mito de Edipo: la introducción de la enfermedad en el relato ya conocido de este personaje por los espectadores dio un giro completo al ser representado como un rey-médico que tenía la responsabilidad de sanar a su paciente (Tebas), pero sin saber en un inicio que él mismo era la cura. La tragedia de Edipo se simboliza en el absurdo de que el médico es al mismo tiempo la medicina (*phármakon*) con la que el pueblo apestado puede recuperar su salud. Así pues, con Tucídides estamos frente a un relato objetivo descrito con precisión médica y con la finalidad de dejar constancia para el futuro de los hechos vividos durante la epidemia (Tucídides, 1942: 48, 3); y con Sófocles nos hallamos ante una lectura política envuelta en el absurdo del destino que coloca al gobernante como animal expiatorio para la salvación de la ciudad.

---

<sup>3</sup> Thuc., II 52, 2: οἰκίων γὰρ οὐχ ὑπαρχουσῶν, ἀλλ' ἐν καλύβαις πνιγηραῖς ὥρα ἔτους διατωμένον ὁ φθόρος ἐγένετο οὐδενὶ κόσμῳ, ἀλλὰ καὶ νεκροὶ ἐπ' ἀλλήλους ἀποθνήσκοντες ἕκκεινο καὶ ἐν ταῖς ὁδοῖς ἐκαλινδοῦντο καὶ περὶ τὰς κρήνας ἀπάσας ἡμιθνήτες τοῦ ὕδατος ἐπιθυμία.

<sup>4</sup> Jouanna (2012: 124). *Loimós* puede ser traducido como “peste” o como “plaga”. Se trata, en todo caso, de un término conectado con el término *miasma*: la mancha o marca producida por una enfermedad. Como tal, *miasma* es también el mismo Edipo en el cuerpo de Tebas.

<sup>5</sup> Tucídides mismo fue víctima de la peste. La relación vívida que el historiador traza de la enfermedad sin duda es reflejo de su propia experiencia, lo que de alguna manera es una ironía de la objetividad histórica descrita en su método.



La pandemia del 430 para Tucídides fue un hecho histórico del que debía dar cuenta en su obra desde una perspectiva objetiva que coincide con los términos de la medicina hipocrática para tal fin. Para Sófocles, por su parte, se trata de un evento mediante el cual puede reinterpretar el tópico del gobernante absoluto (el *tyrannos*) a través de la figura de Edipo, un personaje que está enfermo desde la raíz de sus antecesores y cuya acción desmesurada (*hybris*) alcanza como mancha (*miasma*) a los habitantes de Tebas. Historia y tragedia acuden en cierto modo a esta última representación del gobernante para proyectar el sentido de la enfermedad, ya como elemento histórico, ya como elemento trágico. Y como nexos entre ambos textos hay un personaje histórico en común: Pericles, quien proyecta su sombra en Edipo.

En efecto, el relato sobre la pandemia en la obra de Tucídides se encuentra en medio de dos discursos pronunciados por Pericles: el discurso fúnebre (*λόγος ἐπιτάφιος*) que el célebre estratego ateniense pronunció para honrar a los caídos en la guerra y que constituye un verdadero panegírico de la democracia de Atenas (Tucídides, 1942: 35-46). La presencia de este primer discurso marca un fuerte contraste frente al declive producido por la peste, que se cobró la vida misma de Pericles, pues el estadista moría un año después, quizá en el consecuente rebrote de la epidemia. El otro discurso, que se encuentra después del relato de la peste, fue pronunciado por Pericles para apuntalar su proyecto político-militar, donde ya se deja entrever el declive mismo de la democracia ateniense (Tucídides, 1942: 60-64). Visto de esta manera, el relato de la pandemia contrasta con el sentido mismo de la historia, pues la política tiene como uno de sus fines el pensar el orden de la *polis*, pero sin considerar hechos inesperados como el de la pandemia. A manera de puente, la epidemia traslada al individuo de una situación a otra, marcando el sentido de la inestabilidad humana frente a la enfermedad como un hecho fortuito. En consecuencia, habría que imaginar el camino que hubiera seguido la democracia ateniense de no haberse dado la epidemia y de no haber muerto uno de sus mejores artífices en ese momento. Así, la ironía trágica caracteriza el desenvolvimiento del acontecer humano: el proyecto democrático de la *polis* y de sus dirigentes dio un giro tan insospechado como lo fue la llegada de la peste.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Cf. Alsina (1987), quien establece una interpretación literaria de la disposición tucididea de los discursos de Pericles en relación con la descripción de la peste, en donde se integra la política con la medicina.

Desde los primeros versos del *Edipo rey* (vv. 1-77),<sup>7</sup> Sófocles dibuja una Tebas convulsionada por la enfermedad que hace que la tierra se torne infecunda, lo mismo que el ganado y las mujeres. Además del entendimiento propio de lo que es la esterilidad, el poeta también refiere al modo en el que la muerte se enseño-rea entre la población, diezmándola y nutriendo así al Hades. La sintomatología muestra hasta qué punto Sófocles, al igual que Tucídides, tenía conocimiento de la ciencia médica de ese momento, pues traza con claridad el pronóstico que Edipo lleva a cabo una vez que el pueblo se postra ante él como si fuera un médico. La “abhorrecible peste” (*loimòs échthistos*) exterminaba a la población por partida doble a causa de la esterilidad y la mortandad natural de ese padecimiento. Así, Edipo, además de rey, deviene por voluntad del destino en el médico que tenía la responsabilidad de recetar el medicamento para paliar la epidemia. Su fama de hombre sabio al haber vencido a la Esfinge,<sup>8</sup> precedía su llegada al trono de Tebas y esta misma circunstancia lo colocaba como el médico de su pueblo. Desde esta perspectiva, Edipo es el gobernante y el médico al mismo tiempo, de modo que la consulta (*prognóstico*) consiste en hallar el origen del *miasma*, presentar y dar cura de la enfermedad. Este proceso es un tránsito que va de lo público a lo privado, de los ciudadanos enfermos que en actitud suplicante se amparan bajo la sabiduría de Edipo, hacia lo privado, en donde se perfila el proceder errado de la familia del rey junto con sus parientes, a fin de encontrar que la desmesura de los Labdácidas es el origen de la peste.

De los dos textos a los que hemos hecho referencia en torno a la epidemia, el de la tragedia habría sido el que tuvo un impacto cercano entre los atenienses por la inmediatez propia del teatro y su radio de recepción. Probablemente representada al año siguiente de iniciada la peste (429 a. C.), *Edipo rey* fue una puesta en escena de la soberbia que encumbra al gobernante al punto de que el ejercicio del poder es síntoma y explicación de la misma enfermedad que acosó a Tebas, pues si bien es cierto que en el origen de los males de Edipo hay una explicación trágica asentada en el destino de los Labdácidas, la emergencia de la epidemia iba aparejada al modo en el que el poder tiránico iba dejando

---

<sup>7</sup> Utilizamos en este trabajo “rey” y *tyrannos* de acuerdo con lo que se esté exponiendo en cada caso. Sin embargo, “tirano” sería lo correcto por las implicaciones ideológicas del término en el marco de la democracia ateniense. Este sistema político siempre estuvo atento a los peligros que implica un régimen tiránico. La tragedia como discurso poético no estuvo exenta de tratar este problema.

<sup>8</sup> El célebre enigma de la Esfinge: ¿quién es el animal que anda en cuatro pies, luego en dos y, por último, en tres? El hombre es tal ser. Al dar la respuesta correcta, Edipo venció al monstruo y liberó a los tebanos de la terrible cantora. Cf. Jouanna (2012: 60).

cada vez más solo a Edipo. Este personaje era el paciente cero, aquel que además no presentaba síntomas visibles de la enfermedad, porque él era el morbo que consumía a Tebas como analogía del cuerpo humano. ¿Cómo iba a ser posible que se curaran los enfermos, si acudían a la fuente de la enfermedad a buscar la solución? No hay que olvidar que la medicina hipocrática, aquella que estaba vigente en la época en que ocurrió la epidemia, tenía un principio homeopático: curar lo semejante con lo semejante, por ello no debe extrañar que Tebas se curara con el origen de su propio mal. Toda tragedia es irónica, y en este caso la cuestión punzante fue que el médico debía curarse a sí mismo, lo que significaba su auto-sacrificio. Desde el aspecto religioso, se explica el origen inusitado de la epidemia, cultivada desde el error primigenio que emerge en la existencia de Edipo: la transgresión sexual y la endogamia marcan el destino de este personaje, quien no debió de nacer, si sus padres, Layo y Yocasta, hubieran cumplido el oráculo que les prevenía de tener tal descendencia, pues, como se sabe, el hijo mataría a su padre, se casaría con su madre y engendraría hijos con ella.<sup>9</sup> La desmesura en el proceder errado de los padres de Edipo conduce, finalmente, a la tragedia concebida por Sófocles: la peste es producto de la mancha que el asesino de Layo disemina en Tebas, pues el parricidio nunca fue castigado.

La vinculación entre la visión religiosa de la enfermedad y el sentido político cobra sentido en la dramatización del dirigente de la *polis* –Pericles, Edipo– a través de la medicina (Jouanna, 2012: 79), pues se traza una analogía entre las causas y consecuencias de la peste con las de la dirección del gobernante. La tragedia como discurso poético fue posible gracias al desarrollo de la democracia, de manera que así como se plantea en el *Edipo rey* que el gobernante es el medicamento para la peste, de igual modo el teatro era visto como el espacio en el que la *polis* era el paciente a quien el médico-poeta pronosticaba

---

<sup>9</sup> Cf. Apollod., III 5, 5; *Epit.* II 3-9; Pi., O. I 24-78; Hyg., *Fab.* 84; Kerényi, 2009: 120-122. Layo raptó a Crisipo, hijo de Pélope, cuando le enseñaba al joven a conducir el carro. Este proceder implica dos asuntos relevantes: Layo violó el hospedaje (ξενία) que el hijo de Tántalo le ofreció, lo cual constituye una ofensa también para los dioses, específicamente para Zeus, patrono de la hospitalidad; por otro lado, la pasión carnal que movió a Layo a realizar tal acción es otra ofensa, pues el suicidio de Crisipo sería una prueba del rechazo a los requerimientos amorosos de Layo. De aquí proviene la maldición de Pélope a Layo: que jamás tuviera un hijo y, de llegarlo a tener, que este se convirtiera en el asesino de su padre. Como consecuencia del nacimiento de Edipo, el incesto entre este con su madre abona la tradición mítica en torno al error humano y al desconocimiento concreto de los hechos del destino tratado por Sófocles en *Edipo tirano*.

su padecimiento. No debe extrañar, entonces, el puente entre historia y tragedia en el caso preciso en el que Tucídides y Sófocles abordaron desde sus respectivos discursos el asunto de la epidemia. Como hipótesis, es probable que el poeta trágico tuviera alguna noticia del interés del historiador por fijar en su obra este evento calamitoso. De igual manera, no es insólito, entonces, que el teatro hiciera eco de los avatares políticos, y tampoco sorprende que la política tuviera en su desarrollo mucho de teatralidad. La materia histórica es tema del teatro para representar y reflexionar sobre los problemas de la *polis*: la enfermedad como un asunto de interés público entraría a debate por medio del drama que supone colocar en el centro de la discusión al gobernante, quien debía de responder como médico ante su pueblo. En este sentido, el pronóstico de Edipo (y tras bambalinas la figura de Pericles) es en principio totalmente errado, pues confunde el origen de la enfermedad con una intriga política. Es el mismo gobernante el que traslada un asunto de salud pública al campo de una confrontación ficticia sobre el poder. Entre otras razones, es por ello que Edipo recibe el título de tirano, es decir el rey, en general y como extensión del sátrapa oriental, y en referencia al gobernante absoluto, autoritario e incapaz en comparación con otra figura de autoridad probablemente contrapuesta al dirigente demócrata. Es común hallar en la tragedia griega una gama de este tipo de personajes que sirve de paradigma para comprender el juicio crítico sobre la acción política en turno, sin entrar en discusión frontal con el sistema democrático vigente.

¿Cuál habría sido el efecto catártico de la representación del *Edipo rey* en los espectadores, teniendo en cuenta que los efectos de la epidemia prácticamente estaban vivos todavía cuando esta pieza fue llevada a escena? El teatro de Dionisos fue, junto con la Asamblea popular, un espacio didáctico en el que el ciudadano aprendía mediante el dolor (Aeschylus, Ag: 176) los tópicos expuestos por los poetas trágicos. En esta ruta, el nexo entre ambos espacios públicos es prueba de la utilidad de la poesía bajo el régimen democrático de Atenas. Por esta razón, la exposición del gobernante como principio y fin de la epidemia ante los ojos de los tebanos en la ficción trágica y de los atenienses en la cruda realidad de la salud pública es el *phármakon* que llevaría a la catarsis en ambos contextos, el de la máscara trágica y el de la acción política. Así, del ámbito familiar la crisis se proyecta en el espacio público: la *hybris* de los Labdácidas arrastra a Tebas a la desgracia representada en la epidemia. Las acciones equivocadas de los per-

sonajes trágicos, que de suyo conformaban la clase gobernante, tienen secuelas en el pueblo que solo de vez en cuando se enuncian y muchas veces se desconoce el resultado último. Los papeles de los héroes trágicos se desarrollaban en las vías pública y privada, mismas que concluían en una sola al arribar a la definición trágica. La tragedia contiene, entonces, una fuerte dosis de política, pues no fue un texto que por decreto estuviera exento de indicios que condujeran a determinada respuesta que contraviniera el *statu quo*.<sup>10</sup> Si bien es cierto que las tragedias abordaban por lo general temas de los antiguos mitos referidos a las grandes sagas familiares, o a las complejas relaciones entre dioses y hombres, o, incluso, a la destrucción y recomposición del cosmos, también lo es que tal tejido temático se sostenía sobre materiales políticos prohibidos o censurados, dando como resultado una reflexión política de la *polis* en su contexto.

La indicación de *tyrannos* aplicada a Edipo, entonces, tiene una doble resonancia: es posible que aluda al peligro de que el dirigente demócrata haga del gobierno una tiranía (la sombra de Pericles siempre de fondo). No obstante que en su sentido primario *tyrannos* designaba de manera llana al gobernante supremo, a aquel cuya voluntad política es única en el marco de la ley, en la democracia; sin embargo, su sentido era ideológicamente opuesto a los principios de este sistema. La otra connotación se refiere a el vínculo entre este tipo de gobernante y la enfermedad: de un modo bastante sutil, en el público quedaría como imagen la asociación de un *tyrannos* como foco de la epidemia, lo que funciona ciertamente en el ámbito de las creencias religiosas y éticas de los antiguos griegos, pero también lo es el hecho de que se manifiesta a través de ello una peculiar idea sobre la política vigente. Y no hay que perder de vista que Edipo es un representante de la vieja aristocracia tebana, con toda la carga ideológica que ello comporta, y que se desenvuelve como personaje de tragedia en el teatro que es producto de la misma democracia. El peligro latente es el regreso de antiguas formas de gobierno aparentemente superadas, pero que, como la epidemia, siempre pueden volver de manera insospechada.

Si para Tucídides la epidemia es un fenómeno que acaece de manera repentina y prácticamente inexplicable, pues el historiador se basa para su descripción de la enfermedad solamente en los elementos comprobables en su momento,

---

<sup>10</sup> Frínico, un poeta trágico, compuso y representó la *Ocupación de Mileto* (429 a. C.), un tema de política que le supuso una multa por tratar la pérdida de esta ciudad en la guerra contra los persas. A raíz de esta cuestión, se prohibió que se abordaran temas políticos contemporáneos en el teatro.

para Sófocles, en cambio, la explicación llegaría hasta el nacimiento mismo de Edipo, poniendo como límite de la tragedia en cuestión solo el destino de este personaje. Como se sabe, Layo y Yocasta no debían procrear descendencia, pues de lo contrario la familia llegaría a su fin último. Sin embargo, contraviniendo esta regla nacida en la *hybris* misma de los Labdácidas, las acciones inusitadas de Edipo manchan a su familia y a Tebas al convertirse en su gobernante. El parricidio, el incesto y el engendramiento de sus cuatro hijos-hermanos son fatalidades de un destino al interior de un linaje que deviene en una epidemia, cuya intensidad dolorosa y la rauda de muerte que causó es equivalente a la gravedad de los errores cometidos por Edipo y su parentela. La epidemia es la metáfora de la catástrofe de la familia, de Tebas y, potencialmente, la de la *polis* democrática. Y acusadamente la finalidad didáctica de Sófocles estaría en este último punto, pues los dos primeros caen en el terreno de la *ficción* poética, pero en el tercero se coloca la atención en la posibilidad de que un gobierno tiránico sea tan peligroso como la epidemia. Adviértase que la tragedia se desarrolla en la mítica Tebas, pero la historia concreta se sucede en la Atenas democrática. Este juego de espejo es una característica del teatro ateniense y la relación entre historia y tragedia es un claro ejemplo: Tucídides relata la fatalidad de la epidemia bajo las reglas de su método historiográfico, mientras que la ilusión trágica coloca el drama en Tebas, no obstante la realidad concreta de la enfermedad en Atenas, sede del teatro de Dionisos.

En efecto, Tucídides y Sófocles coinciden en la desazón y el caos de los atenienses frente a la epidemia. El historiador ha legado una de las descripciones más vívidas y minuciosas de la sintomatología de la peste; Sófocles, por su lado, trazó los componentes del mito de Edipo como cuadrantes que pusieron de manifiesto los sentimientos y pensamientos contrarios en torno al mismo suceso. Lo que en Tucídides es racionalidad histórica y médica, en Sófocles es error y engaño que conducen al sacrificio del gobernante. En *Edipo rey*, Yocasta ejemplifica esa racionalidad que pone en duda las creencias religiosas al pensar que la maldición que pesaba sobre los descendientes de Lábdaco no se había cumplido y, quizá, no se cumpliría. Pero dicha forma de razonar choca de frente cuando se arriba a la anagnórisis: Edipo es su hijo, su esposo y el padre de sus cuatro hijos. La razón y el mito son estructuras y pensamientos confrontados en la Atenas democrática, pero ambas maneras de pensar el mundo al hallarse frente a frente se confunden. Sófocles hace eco de esa situación a

través de Yocasta, en un momento en el que la epidemia ha sido rebasada por la ambición política. La desazón de los atenienses es producto también de la oposición de estas formas de reflexionar los problemas.

Tal es el escenario que, extrapolando la visión de Tucídides en la tragedia de Sófocles, Edipo tendría ante sus ojos al salir del palacio y al enterarse de viva voz sobre la calamidad de la peste que azota a su pueblo. Sin embargo, el tirano se define porque cree con una ciega certeza que la sabiduría solo le asiste a él. Se trata de una ceguera que es pandémica: como mácula (*miasma*) que infecta a todo aquel con el que tiene contacto, el síntoma de la ceguera edípica se manifiesta en la *polis* por completo y se exterioriza sintomática y físicamente. Siendo esto así, la sintomatología localiza la fuente del dolor que padece la *polis* y su gobernante en la ceguera como metáfora de la soberbia provocada por la sabiduría que llevó a Edipo al poder. El gobernante engeuece de potestad absoluta, pero en tal circunstancia la participación del pueblo es esencial. La apertura de la tragedia muestra con toda claridad cómo es que los tebanos concurren ante Edipo como su médico-gobernante, esto es, él tiene la obligación de curar al pueblo por partida doble, porque es él quien los rige y porque su sabiduría le da conocimientos específicos que Sófocles explica a través de metáforas médicas.

La ironía trágica coloca al pueblo también como responsable del encumbramiento del rey desde la ignorancia, pues no reconoce en Edipo al hijo que Layo y Yocasta creían muerto. La sabiduría de Edipo queda también en entredicho: ¿se trata de una burla del destino que lleva a todos estos personajes a la evidencia de que nadie sabe nada en un momento dado? La peste coloca a todos en la ignorancia y esta misma condición luego origina otro mal, porque lo que interesa al gobernante es destejer el complot que él mismo imagina en su contra, pues en la cumbre del poder absoluto, la ceguera da lugar a la *hybris* y entonces el gobernante cree tener la respuesta para todo (Bañuls Oller, 2016: 55, 58.), aún para aquello que, como la peste, es algo totalmente inexplicable. El resultado es que un gobernante que procede así va quedándose solo poco a poco y sus actos son un ejercicio errado del poder. Como la peste que aleja del enfermo a los que están sanos, llega un momento en el que el tirano queda en soledad guiando al Estado, como si fuese un apestado. Y el culmen de la ironía reside en que teniendo el absoluto poder, Edipo debe dejarlo para que así Tebas recupere la salud. Sin tener a quien gobernar, no tiene sentido ser tirano:

Así pues, si gobernaras esta tierra como la gobiernas, / con hombres y no vacía es mejor que la gobiernes, / porque una nada es la fortaleza o la nave / desierta, al no haber hombres que las pueblen (vv. 54-57).

En consecuencia, sin tener sobre quién gobernar, el papel del tirano queda reducido a la nada. La peste arrasa con todo, incluso con el poder absoluto más asentado en la supuesta sabiduría que debería vencerla también a ella, hecho que no sucede porque el fin de la epidemia resulta del modo en el que el destino va evidenciando la serie de errores cometidos por la familia de Edipo. El decreto de este gobernante condenando al asesino de Layo es el claro ejemplo de la ceguera humana: la auto-condena, que es al mismo tiempo la auto-receta para la enfermedad, confirma la máxima de la medicina homeopática de que lo similar se cura con lo similar (*similia similibus curantur*). En efecto, Edipo no solo es ciego porque al final se arrancará los ojos como remedio al destino trágico que le tocó vivir, sino que su ceguera es una marca de nacimiento en un sentido ético y cósmico, hecho que señala su destino de manera indeleble, porque más allá de que en su nombre lleva la huella de la herencia trágica que simboliza su origen y desgracia (Edipo significa “el de los pies hinchados”), es la desmesura (*hybris*) la que lo transforma en tirano y, en consecuencia, lo arrastra a su caída. La aceptación del gobernante para liberar a su pueblo, por segunda vez, es síntoma, en cambio, de la mesura y de la inteligencia que se le reconocía a Edipo para evitar que Tebas continuara sumida en la desgracia. Sin embargo, esta actitud contrasta con lo expresado por el Coro cuando reflexiona sobre las leyes divinas que son siempre las mismas y no envejecen, imagen que puede abordarse como premisa que se opone a la naturaleza del tirano. Este es producto de la soberbia que lo encumbra en lo más alto del poder para luego dejarlo caer en la más profunda tragedia:

La desmesura engendra al tirano: / la desmesura, si se satura de muchas cosas en vano / que no son oportunas ni provechosas, / escalando a lo más alto, / de ahí se precipita hacia un abismo de desgracia, / donde no dispone de pie firme. / Pido que la divinidad que nunca haga cesar / la oposición que es favorable para la ciudad. (vv. 873-883).

Una característica que define el carácter dramático de *Edipo tirano* es el desarrollo del Coro a lo largo de la tragedia: si la pieza inicia con el pueblo



como aliado y protegido del tirano, esto es, el pueblo como aval político de su gobernante, con el paso de las acciones, Edipo va quedando solo cada vez más. El derrumbe anunciado por el Coro en los versos anteriores es síntoma de ello: la soberbia es la madre del tirano y esta es la responsable de su caída absoluta. Y aquellos que acompañaban a su gobernante poco a poco se irán retirando, alejándose de la mácula (*miasma*) que absurdamente los protegía, pues en cierto modo creyeron en el médico-tirano, lo que en última instancia es cierto: el pronóstico inicial es errado, pero la medicina que finalmente receta Edipo, forzado por el destino, es la acertada. La imagen que supone el hacerse con el poder y perder la dimensión de la realidad tiene una exposición definitoria en esta intervención del Coro para referirse al tirano: este tipo de gobernante no alcanza a dimensionar que la desmesura (*hybris*) nacida en sus acciones y en sus palabras se opone a la justicia y a los dioses y, por lo mismo, no es extraño que el destino funesto lo alcance, que las flechas de los dioses lo atraviesen (vv. 884-896). Obsérvese que Sófocles tuvo la precaución de no llevar la unión del tirano con Tebas hasta sus últimas consecuencias, pues las reflexiones del Coro van separando la empatía inicial con el héroe trágico, de modo que queda en diáfana evidencia que el castigo por la desmesura es propia del tirano y no de los gobernados. En efecto, en los versos con los que el Corifeo cierra la pieza trágica se hace explícito que el cúmulo de desgracias se cebó sobre Edipo y su familia, y eso es lo que debe observar Tebas, que esa suerte le corresponde a los desmesurados, y aquellos que no lo son deben apartarse de esa enfermedad para no ser contaminados con la desgracia.

De acuerdo con Tucídides, la tiranía se comprende como un proceso político mediante el cual el gobernante solo se ocupa de lo que le es propio y de su entorno cercano, de sus propiedades y de su familia, y en consecuencia no hace nada que sea digno de recordar en relación con el pueblo que gobierna (2006: 17, 1). Si bien es cierto que Edipo arriba al poder de Tebas por derecho y aclamación, hechos que por naturaleza del destino constituyen un error de origen, la manera de gobernar unipersonalmente lo conduce a negar toda razón ajena a su pensamiento, aun cuando esta procede de los dioses o de sus intermediarios, como el oráculo y el adivino Tiresias. Y a la negación de la sabiduría divina se suma la oposición política representada, de acuerdo con Edipo, por su cuñado Creonte. El tirano deviene en un ser paranoico, pues todos se convierten en sus enemigos, si se atreven a contradecir su palabra o si en ellos observa signos de deslealtad. Así, las advertencias de Tiresias son vistas por Edipo como una confabulación

que llevaría a Creonte a ocupar el lugar del tirano, lo que se resuelve en una paradoja mediante la cual Sófocles ironiza sobre el pensamiento de quien se mira así mismo como gobernante absoluto: Edipo argumenta sus dichos desde su condición de tirano, tal como lo había indicado el mismo Creonte (vv. 514-515) al referirse a su cuñado como tirano:

¿Aquí tú? ¿Cómo puedes presentarte? ¿Tienes tal / audacia y el descaro de venir a mi casa, / tú que manifiestamente quieres ser mi asesino / y el usurpador de mi tiranía? / ¡Vamos, habla, en nombre de los dioses! / por un cobarde o quizá por un demente / me has tomado y has resuelto llevar esto hasta el final? / Ese proyecto, esa astucia de serpiente, / ¿suponías que las ignoraría, o que una vez descubiertas no me defendería contra ellas? / ¿No es empresa de un loco buscar sin amigos, sin dinero, alzarse con el poder/ que solo puede obtenerse mediante las riquezas y por la voluntad del pueblo? (vv. 532-542).

Lo primero que salta a la vista es lo que Tucídides menciona como cualidades del tirano, pues estas se aplican acertadamente al personaje de Sófocles. En este sentido, Edipo ya no se preocuparía más de la peste que azota a Tebas; esta enfermedad sería apenas el síntoma de un mal mayor que se asienta en la silla del poder. Para el tirano no es posible sospechar siquiera que él es el asesino de su propio padre y por ello entiende en las palabras del vidente Tiresias un complot para arrebatarle el poder y, en consecuencia, de lo que se ocupa enseguida es de la defensa de su casa y de su gobierno. El tirano ya soberbio y ciego erra toda defensa que ejecuta, lo cual es una respuesta natural de su destino, pues, como se sabe, llegó al gobierno de manera indebida y, sobre todo, arribó rompiendo todo orden ético-religioso, por lo que aquello que cree ver como un plan para derrocarlo no es otra cosa que el temor de perder lo que obtuvo sin causa plenamente justificada, aun cuando no lo sepa, además de que se trata de un eslabón en la secuencia de un linaje maldito, como él mismo lo reafirma sin saberlo, pues se asume como sustituto legal, no legítimo, de Layo, al recordar la continuidad del poder heredado: Agenor, Cadmo, Polidoro, Lábdaco, Layo y, para los espectadores que ya conocían el mito, Edipo (vv. 258-268), quienes además no darían crédito a las palabras del gobernante al ver cómo peligrosamente estas lo van cercando a él mismo hasta arrinconarlo con sus propios decretos que lo condenaban irónicamente *in absentia*.

En efecto, este tirano es un gobernante ilegítimo desde diferentes puntos de vista. En el caso de Edipo se da la paradoja de que es y no es el heredero del trono

tebano. Lo es porque es hijo de los reyes legítimos y, por lo tanto, no sería llamado tirano, pero como él no lo sabe, llega a Tebas como extranjero (*xénos*) y arriba al poder por haber vencido a la Esfinge y liberado a Tebas, y por esto último no puede ser visto como gobernante legítimo. Él mismo se denomina “ciudadano tebano” a partir de estos hechos fortuitos: “Mas ahora, al fin he llegado a ser un ciudadano entre ciudadanos” (Sófocles, 1912: 222). De igual manera, no puede ser impropio el que Creonte hable de Layo como el dirigente reconocido (Sófocles, 1912: 103) por Tebas hasta antes de la llegada de Edipo, y que este más adelante califique como tiranía al gobierno de su padre (Sófocles, 1912: 128), como si con ello corrigiera o delimitara las palabras de su tío-cuñado. Esta situación puede ser corroborada con la explicación de Tucídides: antes de la tiranía existió la monarquía que se heredaba de padres a hijos; el nuevo régimen fue producto del aumento de la riqueza que dio mucho poder a Grecia y se fue convirtiendo en una potencia marítima (2006: 1-2). También para Aristóteles la monarquía era el poder heredado, mientras que la tiranía no lo era (*Política*, 1957, 1285a: 1-3; 1312b: 21 ss.). Obsérvese cómo coincide en la tragedia de Edipo el tránsito de la monarquía a la tiranía a través de la explicación del gobernante, de suyo ilegal, con la descripción de la tiranía en el contexto democrático en el que la tragedia de Sófocles fue representada, sin dejar de lado el contexto mitológico de este personaje que se remonta a la poesía homérica (Homero, 2012: 378; XXIII: 679 ss., y sobre todo Homero, 2000: XI 271 ss.). La paradoja que hemos señalado se resuelve en la anagnórisis del Coro, cuando este descubre que Edipo es su gobernante legítimo y ya no es nombrado ni visto como tirano, pero la vuelta de tuerca para que funcione trágicamente se da demasiado tarde, pues la legitimidad significa al mismo tiempo la comprobación del contagio de la enfermedad que Edipo arrastra (vv. 1378-1390).

Ahora bien, Sófocles describe el arribo de Edipo al trono tebano con una fuerte carga irónica que marca el modo de pensar de quien se sabe todopoderoso y de los alcances de su presencia, de manera que los receptores que ya conocían el mito debieron haber comprendido cabalmente el actuar impropio del tirano, pues el intruso llegó para ocupar el pueblo entero, la casa gobernante, la esposa y los potenciales hijos nacidos incestuosamente. La ironía consiste en que la casa tomada por Edipo en realidad sí es su casa, pero él no lo sabe, y llega a ella como un bastardo del destino, y si bien es cierto que arriba como “el más sabio entre todos” (Sófocles, 1981: 40) y como

salvador de Tebas, en el fondo es tan ilegítimo como lo fue su nacimiento desde una posible interpretación del oráculo. Edipo nació contra la voluntad divina y, por lo tanto, vivió de conformidad con esa afrenta que lo condujo a un destino pleno de desdicha. El problema de Edipo por esta vía interpretativa radica en la necesidad que le hace creer que solo por ser quien es, la vida se resolverá según su voluntad.

Los decretos contra el asesinato de Layo, emitidos por boca del mismo Edipo, son producto del desconocimiento absoluto que lleva al individuo a reflexiones insospechadas, al punto de que se puede elucubrar que su triunfo sobre la Esfinge no es en sí resultado de una particular sabiduría, sino que parte de las premisas que el destino tenía previstas para castigar, derrumbar y acabar con la progenie de Lábdaco, en cuyo caso el pueblo tebano era una víctima colateral con la epidemia sufrida. En las condiciones del castigo de esta saga, Edipo no es más que la consecuencia última del destino funesto, pues sus hijos, su sangre fecundada en la misma sangre que lo parió, no tuvieron descendencia por lo que la Erinia, la deidad terrible que castiga los delitos intrafamiliares, cierra el ciclo con la ley simbólica de que un delito de sangre solo puede ser lavado con más sangre:

Y estas cosas contra los que no atienden pido a los dioses, / que no les brote ninguna cosecha de la tierra, / ni hijos de sus mujeres, sino que por causa de su desgracia / presente y por una peor que esta perezcan (vv. 269-272).

Si la sabiduría expuesta, entonces, es una mera condición prevista, se puede observar que Edipo no es verdaderamente el gobernante sabio que puede conducir a la *polis* de modo adecuado, pues cuando se presenta el problema de la peste, no atina cómo atar los cabos de su propio destino con el cual arrastra a Tebas al dolor y a la perdición. El tirano procede así: cuanto más seguro está de que lo que hace y piensa es lo más correcto, es cuando más lejos se halla de la realidad concreta y de la necesidad inmediata de sus gobernados. Y no es que el pueblo sea sabio y se dé cuenta de ello. En el marco del *Edipo tirano*, solo Tiresias sabe la verdad a fondo, mientras que Yocasta la va intuyendo poco a poco, mientras que el siervo de Layo, aquel testigo que vio que quien mató a este fue Edipo, huyó al tirano para no tener que confrontar la terrible realidad. El pueblo tebano es la víctima directa de la ceguera de su gobernante, él es el que paga los errores de una familia que ha regido durante largos años y que ha venido heredando la desmesura (*hybris*) a lo largo de generaciones.

El Coro, reflejo de lo que los receptores reflexionan y eco de la generalidad popular, expone en la párodos la dimensión de la peste que azota a Tebas:

¡Ay de mi! Voy soportando dolores / innumerables: está enferma por completo mi gente y no hay una lanza de reflexión / con la que uno se pueda defender. Ni los frutos de la noble tierra crecen, ni de los partos / los lastimeros esfuerzos tienen que soportar las mujeres. / Y de uno en uno, cual rauda ave, puedes ver / que con más ímpetu que el fuego arrollador se precipitan / hacia la costa del dios de la oscuridad (vv. 168-178).

Si bien es cierto que el término *tyrannos* era utilizado de modo general como un sinónimo neutro para referirse al rey (*basileus*), también lo es que la carga negativa era usual en el pensamiento político de la democracia ateniense, y si también es cierto que se ha dicho que Sófocles fue el poeta menos interesado en política de los tres trágicos atenienses, también lo es que *tyrannos* no debió de referirse a Edipo en la tragedia homónima como simple *rey*, sino que la connotación política es evidente, a nuestro juicio, haciendo de esta pieza trágica un texto reflexivo sobre las causas que llevan al tirano a gobernar en soledad y, por lo mismo con un padecimiento trágico inexorable reflejado en una epidemia real, constatada por Tucídides.

La epidemia del 430 que asoló a Atenas quedó grabada en la historia y en la tragedia, dejando en ambos casos una serie de descripciones y datos que resultan útiles para la posteridad en más de un sentido. Como hipótesis, la figura de Pericles es el trasfondo del mítico Edipo, de manera que la tragedia habría considerado el valor histórico para proyectar al gobernante como causa de la epidemia. El discurso fúnebre y la alocución en defensa de su plan político militar de Pericles envuelven la secuencia de la enfermedad con lo cual se discurre la vulnerabilidad humana ante hechos insospechados. Así, el devenir dispuesto en ambos autores señala cómo la voluntad del sujeto es prácticamente y los cambios sociales son resultado de la violencia con la que la enfermedad ataca a la *polis*. Justo en el momento en el todo está dispuesto para un período de paz y de progreso, la epidemia irrumpe violentando la vida familiar y social. En la conjunción de ambos textos, a pesar de su diferenciada naturaleza y fines, queda en evidencia la debilidad del ser humano en todos los sentidos, y específicamente en estos dos casos, en el ámbito político. Historia y tragedia retratan la potencia de una enfermedad que vuelve de vez en cuando, y por ello la vigencia de sus autores no puede ser más acusada en tiempos en los que la fragilidad humana vuelve a quedar en evidencia.

## Referencias

- Aeschylus, v525-v456 y Wilamowitz-Moellendorff, U. v. 1. (1914). *Aeschyli Tragoediae*, Weidmann, Berolini.
- Alsina, J. (1987). “¿Un modelo literario de la descripción de la peste de Atenas?” *Emérita*, (55), 1-13. <https://doi.org/10.3989/emerita.1987.v55.i1.631>.
- Apollodorus (1921/1967). *The Library* (J. G. Frazer, Ed.). Harvard University Press.
- Aristóteles (1957). *Política* (W. D. Ross, Ed.). Clarendon Press.
- Bañuls, O. y Vicente, J. (2016). “Cuando la tragedia se hace historia y la historia tragedia”. *Noua tellus*, 34(2), 53-87. <http://dx.doi.org/10.19130/iifl.nt.2016.34.2.742>.
- García Pérez, D. (2021). “La peste del tirano Edipo: política, medicina y desmesura”. *Nova Tellus*, 39(1), 27-43. <http://dx.doi.org/10.19130/iifl.nt.2021.39.1.868>.
- Homero (2012). *Iliada* (F. Javier Pérez, Ed., J. M. Pabón, Trad.). Abada.
- \_\_\_\_\_ (2000). *Odisea* (-----, Trad.). Gredos.
- Hyginus (2002). *Fabulae* (P. K. Marshall, Ed.). K.G. Sauer.
- Jouanna, J. (2012). *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: selected papers*, Brill.
- Kerényi, K. (2009). *Los héroes griegos*, Atalanta.
- Sófocles (1981). *Tragedias*, (J. S. Lasso de la Vega, Intr., A. Alamillo, Trad. y notas). Gredos.
- \_\_\_\_\_ (2010). *The Plays and Fragments, v. 1: The Oedipus Tyrannus*, (R. C. Jebb, Trad., comentario y notas, 1883). Cambridge University Press.
- \_\_\_\_\_ (1912). *Oedipus the King; Oedipus at Colonus; Antigone*. Macmillan.
- Tucídides. (2006). *Historia de la Guerra del Peloponeso*, (J. J. Torres Esbarranch, Intr., Trad., y notas, 1982), Gredos.
- \_\_\_\_\_ (1942). *Thucydidis Historiae*, (H. Stuart Jones y J. E. Powell, Eds.), Clarendon Press.

# CAPÍTULO 7. Revalorización del ocio mediante el confinamiento

*Gustavo Maldonado*

Nada es tan insoportable para el hombre como estar en pleno reposo, sin pasiones, sin ocupación, sin divertimento, sin aplicación. Siente entonces su nada, su abandono, su insuficiencia, su dependencia, su impotencia, su vacío. Inmediatamente surgirán del fondo de su alma el aburrimiento, la melancolía, la tristeza, la pena, el despecho, la desesperación.

BLAISE PASCAL, *PENSAMIENTOS*

## Introducción

En las actuales condiciones de confinamiento se nos presenta la oportunidad de tener ocio, el cual, a pesar de su condición un tanto obligada, brinda la posibilidad de revalorarlo y reforzar nuestra capacidad para saber en qué emplearlo y orientarlo de manera edificante. Nuestro tiempo libre, del que nos valemos para tener ocio y disfrutar otras actividades como el juego, el descanso o el entretenimiento, comúnmente tiene la condición de llevarse a cabo en función del trabajo. El tiempo de trabajo determina en gran medida nuestro ocio, en tanto a calidad y cantidad de tiempo que podemos destinar a él. En el confinamiento el trabajo ha tomado otro espacio más personal, se ha insertado a la vida del hogar, se ha vertido de manera homogénea entre el quehacer cotidiano. En consecuencia, termina siendo más extenuante, puesto que en gran medida difumina la distinción entre el uso del tiempo que es destinado al trabajo y el que empleamos para nosotros mismos.

El uso del tiempo no deja de ser una pauta de condición de clase, más aún, en países como México, donde más de la mitad de la población económicamente activa sobrevive gracias al comercio informal.<sup>1</sup> Nuestro país es todavía una asignatura pendiente la democratización del ocio. Respecto al ocio, existe una común tendencia a confundirlo con un privilegio, cuando en realidad se trata de un derecho.

Pese a todo, parte de la población ha tenido que confinarse en su hogar como medida preventiva ante la posibilidad de contagio del coronavirus. Lo anterior ha resultado en una oportunidad para reflexionar en torno al tipo de ocio del que somos capaces, en tanto nuestra reacción frente al aparente cese y, en algunos casos, disminución de las actividades laborales.

Para argumentar en torno a una revaloración del ocio en el confinamiento, presentaré lo que ha de entenderse aquí por ocio. De ahí, partiré a esclarecer la distinción y relación del ocio con el tiempo libre, el juego y el entretenimiento. Posterior a ello, expondré una breve recopilación de la historia del concepto de ocio, para dejar más en claro de dónde viene el ocio que hoy vivimos. Luego, continuaré con una reflexión en torno al ocio digital y sus ofertas de experiencias. Finalmente, propondré algunas consideraciones para revalorar el ocio dentro de las condiciones del confinamiento.

## Ocio y tiempo libre

El ocio es considerado actualmente por los especialistas en su estudio como actividad libre, gratificante, desinteresada y, sobre todo, no utilitaria sino benéfica para el individuo y la sociedad (Cuenca, 2009). Otro concepto de ocio que es conveniente revalorar y defender es el de Joffre Dumazedier que lo define como: “El contenido del tiempo orientado hacia la realización de la persona como fin último” (1964: 93, mi traducción).<sup>2</sup> Un tiempo para

---

<sup>1</sup> Del total de la población de 15 y más años, 60.4% es económicamente activa (57.6 millones) y de este grupo de población, 96.6% (55.6 millones) está ocupada. 31.3 millones de personas de 15 y más años ocupadas se encuentran en el empleo informal, lo que representa 56.2% de la población ocupada de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo [ENOE] al cuarto trimestre de 2019 (INEGI, 2020).

<sup>2</sup> “Ce contenu du temps orienté vers la réalisation de la personne comme fin dernière”.



la persona, y su realización como finalidad, corresponde a un ocio que ha de centrarse en el valor de las personas y el desarrollo de sus capacidades, tanto en lo individual como en lo social.

Sin embargo, para poder comprender mejor el ocio y el sentido en que puede ser orientado a la realización, es necesario distinguirlo del tiempo libre. El ocio como tal es un concepto que deviene de las raíces de la civilización occidental que emanan de la antigua Grecia con una posterior influencia en el imperio romano. En cambio, el tiempo libre es un concepto que nace en la modernidad, durante los inicios de la era industrial como consecuencia de los cambios derivados de la división del trabajo y la división social del tiempo. En ese respecto, desde la relación del uso del tiempo en función del trabajo, Robert Kurz define el tiempo libre de la siguiente manera:

El tiempo libre no es tiempo liberado sino un espacio funcional liberado del capital. No se trata de un ocio libre sino de un tiempo funcionalizado al servicio del consumo permanente y sumamente fatigoso de mercancías. Por otra parte, el propio tiempo libre acaba siendo asimilado por el tiempo de trabajo (Jappe *et al.*, 2014: 91-92).

El tiempo es libre en virtud de que no se ocupa en el trabajo. El tiempo de trabajo se orienta a la producción y el tiempo libre al consumo. El uso del tiempo en el capitalismo tiende a un reduccionismo que oscila entre producción y consumo. En ese sentido, ninguno de los dos usos del tiempo están exentos de producir valor mercantil. Por tanto, el tiempo libre queda necesariamente ligado al trabajo, a diferencia de lo que sería el tiempo para los desempleados.

Por otra parte, resulta también relevante diferenciar el tiempo libre como un derecho de los trabajadores y como un tiempo que los trabajadores poseen. Esto a diferencia de los desempleados que, al no tener trabajo, poseen un tiempo distinto al tiempo libre. “El desempleo bajo el capitalismo ni siquiera es tiempo libre, sino únicamente tiempo de pobreza. No se invalida el tiempo de trabajo, sino la existencia de quienes no lo tienen” (Jappe *et al.*, 2014: 92). La diferencia citada rinde cuenta del afán para que el uso del tiempo produzca valor mercantil, o bien sea productivo, lo cual es propio del sistema capitalista.

Hasta ahora, hemos comentado lo entendido por tiempo libre y su relación con el trabajo. En la actualidad hay una tendencia muy generalizada a concebir el ocio como un “no hacer nada”, lo cual tendría más bien cercanía a enten-

derlo como sinónimo de ociosidad. En cambio, el ocio es también una actividad, y una que se da durante el tiempo libre. No obstante, el tiempo libre es comúnmente confundido con el ocio. Y aunque el ocio también tiene una estrecha relación con el trabajo, como ya se ha dicho, es necesario matizar sus diferencias. Con la intención de enfatizar más la diferencia entre ocio y tiempo libre, recorro aquí a la distinción hecha por Sebastián de Grazia en *Tiempo, trabajo y ocio*:

Todo el mundo puede tener tiempo libre, y no todos pueden tener ocio. El tiempo libre es una idea de la democracia realizable; el ocio no es totalmente realizable, y, por tanto, es un ideal y no solo una idea. El tiempo libre se refiere a una forma determinada de calcular una determinada clase de tiempo; el ocio es una forma de ser, una condición del hombre, que pocos desean y menos alcanzan (1966: XIX).

El tiempo libre, lo es, como ya se dijo, en virtud del trabajo y es un tiempo que puede ser empleado en el ocio. Entender el ocio como capacidad es una idea que procede de Aristóteles. En *La política*, da una fuerte relevancia a la capacidad de tener ocio y lo considera valioso por sí mismo, principio de todas las cosas<sup>3</sup> y necesario para la educación, así como para alcanzar la felicidad y la virtud. Por definición e incluso por esencia, el ocio tiene que ver con la liberación de la ocupación, con el reposo, la calma y el descanso. Estas maneras de pasar el tiempo eran asociadas con la contemplación y son, por ende, opuestas a la actividad. “La raíz de *scholé* significaba, etimológicamente, parar o cesar; de aquí el tener reposo o paz. Más tarde significó tener tiempo desocupado o, específicamente, tiempo para uno mismo” (Grazia, 1966: 2). El tener tiempo para sí mismo estaba ligado a la necesidad de orientarlo adecuadamente por actividades nobles, que debían de tener un sentido ligado al bien y a la virtud. Esto nos devela que Aristóteles tenía una concepción del ocio ligada a una determinada ética. En ese sentido, Sebastián de Grazia hace algunos comentarios referentes a cuestiones éticas en la manera en que Aristóteles hace uso del término ocio, así:

el tiempo desocupado cuando se malgasta, no es ocio. El caso de los helotes, que vivían en espera del día en que pudieran matar a sus amos, revela que el tiem-

---

<sup>3</sup> “La naturaleza misma procura no solo el trabajo adecuado, sino también estar en capacidad de tener un ocio decoroso, el cual es, para decirlo de nuevo, el principio de todas las cosas” (Aristóteles, ca. s. IV A.E.C./1985b, 1337b30-35-1338a5).

po libre, si está revestido de miedo, no es ocio. La más clara acusación contra Esparta es la que va contra sus mujeres, cuyo tiempo, aunque totalmente libre, se convirtió en libertinaje y no en ocio. Es obvio que el tiempo solo no hace el ocio (Grazia, 1966: 3).

Grazia extrae la idea de la definición de ocio de *La política* de Aristóteles, donde este es entendido como “liberarse de la necesidad de trabajar”. Aquí es observable que el ocio no es entendido como tiempo. Según lo dice el autor: “En la corta definición de Aristóteles el tiempo no aparece” (Grazia, 1966: 3). Sin embargo, más tarde aparece una definición más concertada “El ocio es el estar libre de la necesidad de estar ocupado” (Grazia, 1966: 4). Ante esto, Josef Pieper, en su magna obra *El ocio y la vida intelectual*, alude a la concepción aristotélica de dicha particularidad del ocio como “tiempo libre de ocupación”, en estrecha relación con el ideal de “trabajamos para tener ocio”. Según Pieper: “La frase traducida literalmente es la siguiente: estamos no ociosos para tener ocio”<sup>4</sup> (Pieper, 1979: 12). Literalmente y aunado a la liberación de la ocupación, la frase dicha parece indicar un estado no más allá de ese estar liberado de ocupación. Pieper da cuenta de la relevancia de una revaloración del trabajo para poder acercarnos a una noción de lo que los antiguos entendían por ocio. Lo anterior resulta necesario desde nuestra actualidad, ya que vivimos en una sociedad totalitaria del trabajo que nos orilla a una negación del ocio en el sentido clásico. No estar ociosos corresponde a la traducción del propio Pieper a: “Estar no ociosos es la palabra que tenían los griegos para designar a la actividad laboral cotidiana” (1979: 12). El no estar ocioso equivale a no estar en el ocio, que es, no estar en un tiempo liberado que habría de constituir el principio de todas las cosas.

Los estudios contemporáneos del ocio muestran que puede entenderse como una experiencia, y la definen como: un acto voluntario, una actividad sin fines utilitarios, y un contenido de tiempo que ofrece una experiencia para la realización. Manuel Cuenca señala:

Ocio es todo aquello que las personas realizamos de un modo libre y sin una finalidad utilitaria sino, fundamentalmente, porque disfrutamos con ello. El ocio no es un tiempo, ni unas actividades que se denominan así, sino una acción personal

---

<sup>4</sup> “Estamos no ociosos para tener ocio” (Aristóteles, ca. 335 A.E.C./1985a, 10. 7 (1177 b)). Citado por Pieper (1979: 12). Sin embargo, en esto hemos de reparar en capítulos posteriores.

y/o comunitaria que tiene su raíz en la motivación y la voluntad. Se hace realidad de forma personal pero también se manifiesta como fenómeno social (2014: 83-84)

Para matizar la relación entre ocio y tiempo, el mismo Manuel Cuenca nos sugiere que el tiempo solo es de ocio en relación al tiempo disponible para llevar a cabo el ocio: “¿Qué queremos decir al referirnos a «tiempo del ocio»? A primera vista puede que hagamos alusión al tiempo dedicado a las prácticas de ocio, es decir, al tiempo que requiere el ejercicio de un ocio determinado; pero también al tiempo disponible para llevar a cabo ocios diversos” (Cuenca y Aguilar, 2009: 15). Así, se distingue que el ocio no es del todo entendido como tiempo, sino también como experiencia. Hemos de considerar entonces el ocio en cuanto a dos connotaciones:

1. Experiencial: ligado al desarrollo y formación de una capacidad para la realización.
2. Temporal: ligado al valor, la duración y el sentido.

El ocio es entonces una experiencia cercana a la realización y el desarrollo, con un fin en sí misma y con la finalidad de ocuparse de sí mismo: “una experiencia vital, un ámbito de desarrollo humano que, partiendo de determinada actitud ante el objeto de la acción, descansa en tres pilares esenciales: elección libre, fin en sí mismo (autotelismo) y sensación gratificante” (Cuenca, 2014: 85). Una experiencia autotélica, refiere a que ella se lleva a cabo sin ninguna pretensión de utilidad ni ganancia, o más allá de lo gratificante de la experiencia misma.

## Juego y entretenimiento

La inserción del ocio al consumo de mercancías ha provocado una confusión entre ocio, juego y entretenimiento. La necesidad de distinción de estos tres términos al momento de su práctica nos recuerda a la pregunta que Aristóteles expone respecto a ¿en qué debemos emplear nuestro ocio? Donde además de dar respuesta, el estagirita realiza una clara distinción entre juego y ocio:

Siendo ambos necesarios, el ocio es, con todo, preferible al trabajo y tiene razón de fin, por lo cual hemos de investigar cómo hemos de emplear nuestro ocio. Seguramente que no en jugar, porque entonces el juego sería necesariamente el

fin de la vida, lo cual es imposible. Los juegos, en efecto, deben practicarse más bien en conexión con los trabajos (porque el trabajador ha de dar un descanso a su fatiga y el juego es para descansar, mientras que el trabajo va acompañado de fatiga y esfuerzo). Por esto hay que introducir los juegos, pero vigilando la oportunidad de su empleo, como si aplicáramos una medicina, porque la actividad del juego es un relajamiento del alma, y de este placer resulta el descanso. Pero el ocio parece encerrar en sí mismo el placer, la felicidad y la vida bienaventurada (Aristóteles, ca. siglo IV A.E.C./1985b, 1337b30-35-1338a5).

La diferencia que establece Aristóteles entre juego y ocio supone a este último como más valioso por tratarse de un fin y no de un medio. El juego en cambio, se plantea como un medio en relación directa con el descanso. El acto de jugar, constituye un descanso que es capaz de cumplir una función restauradora, tanto en lo físico, como en lo mental, por traer consigo diversión y entretenimiento. Por ejemplo, el juego en el caso de los deportes puede implicar algún esfuerzo físico a la vez que una relajación para la mente.

El juego es una actividad que ha estado presente desde los inicios de la civilización. Cada cultura y cada civilización han tenido sus propios juegos. La actividad lúdica generalmente pretende un aporte compensatorio a través del goce de la experiencia de jugar. No obstante, la mayoría de los mamíferos juegan, entonces no se trata de una actividad exclusiva del ser humano:

El juego es más viejo que la cultura; pues, por mucho que estrechemos el concepto de esta, presupone siempre una sociedad humana y los animales no han esperado a que el hombre les enseñara a jugar. Con toda seguridad podemos decir que la civilización humana no ha añadido ninguna característica esencial al concepto de juego. Los animales juegan, lo mismo que los hombres. Todos los rasgos fundamentales del juego se hallan presentes en el de los animales (Huizinga, 2007: 11).

Los seres humanos se distinguen de los animales por sus razones para el juego, que bien pueden vincularse al entretenimiento con fines recreativos. El acto de jugar siempre implica un aporte, mismo que conlleva la recreación y la convivialidad, en muchos casos, en un sentido gratificante. De tal modo, el juego, puede prescindir de criterios utilitarios que pretendan generar valor de cambio. Es decir, puede darse como actividad no utilitaria, a pesar del continuo riesgo de ser mercantilizado.

El sociólogo francés Joffre Dumazedier, padre de toda una tradición en los estudios del ocio de la segunda mitad del siglo XX, recupera el ocio enfocado a la realización y sitúa a la diversión dentro de las funciones básicas del ocio: “El ocio, cualquiera que sea su función, es en primer término, una liberación y un placer. Luego se separa en tres categorías que, en nuestra opinión corresponden a sus tres funciones primordiales de descanso, diversión y desarrollo” (Dumazedier, 1964: 29-30). Desde la perspectiva de Dumazedier, el ocio puede darse en la tríada mencionada y, en ella el juego encaja en cualquiera de las tres posibles funciones. El juego nos puede proveer de un descanso mental. Por ejemplo, en la actividad física, por medio de los deportes, en ese sentido podría inclinarse también por el desarrollo y la recreación, según sea la razón de fin de quien lo lleve a cabo. A pesar de todo:

los juegos son fuente directa de diversión, de lo cual la industria se ha aprovechado, por ejemplo, por medio del negocio de las apuestas, ya sea en los deportes o en los juegos de azar. Los deportes han sido desvirtuados de su carácter estético y lúdico, más aún por ser despojados de su verdadero sentido de convivencialidad y socialización. Han sido orientados más al negocio que a la libertad y el descanso, en vistas de la realización (Maldonado Martínez y Mendoza Negrete, 2020, p. 167).

El problema con la diversión y el ocio en relación al juego es cuando el ocio solo es entendido como un tiempo para la diversión en forma evasiva o auto-destructiva. Reducir el ocio a un mero divertimento sin más sería restarle valor e importancia. En suma, es importante que el juego durante el ocio, sea, o bien orientado a la realización, o bien al descanso y la recreación en virtud de propiciar un beneficio, aporte o retribución.

## Historia de la conceptualización del ocio

En la antigua Grecia, *Sckhole* (el ocio) significaba la liberación de toda ocupación. Aristóteles expone esa libertad de las ocupaciones en la idea de que estamos ocupados para luego poder no estarlo: “Estamos no ociosos para tener ocio” (Aristóteles, ca. 335 A.E.C./1985a 10. 7 (1177 b)). Esto equivale a decir que trabajamos para tener ocio. Tras siglos de cambios en la concepción del ocio, la idea de trabajar para tener ocio cobra aún cierta vigencia en nuestra concepción actual, que más que venir de su raíz griega, emana de la modernidad. En la fase tardía de

la modernidad, el avance industrial enfocado hacia la producción trajo consigo una ganancia de tiempo libre del trabajo. De ahí que, hasta nuestros días, “el ocio forma parte integrante de la civilización técnica...el ocio es en sí una creación de la civilización industrial” (Dumazedier, 1964: 49). Desde hace poco más de dos siglos, el capitalismo no ha parado de abarcar el tiempo de los individuos, no solo en el trabajo sino de manera general en cualquier uso del tiempo.

En el capitalismo, la conquista del tiempo de los trabajadores tuvo como respuesta la exigencia de derechos, entre los cuales figuraba el de tiempo para sí mismos, es decir, de tiempo libre para emplearlo en el ocio. Se trató de la primera reivindicación del ocio hecha por los trabajadores en el siglo XIX a través de movimientos sociales por la exigencia de ese tiempo de no trabajo como parte de sus derechos. Para llevar a cabo la reivindicación del ocio era necesaria la reducción de la jornada laboral. Tal movimiento de reivindicación dio lugar a fuertes críticas al sistema laboral. A finales del siglo XIX, quizá la más notable de las críticas de aquel entonces que apoyaban la exigencia del derecho al ocio, fue desarrollada por el yerno de Karl Marx, el filósofo cubano-francés Paul Lafargue, en *El derecho a la pereza* (1883). Lafargue afirmaba al trabajo como la causa de la pobreza y miseria en el mundo: “una locura que no es sino el resultado de las miserias individuales y sociales que, desde hace siglos, torturan a la triste humanidad. Esta locura es el amor al trabajo” (11). En esa argumentación sobre el derecho a la pereza como refutación al derecho al trabajo se pretende resaltar la importancia del ocio en las grandes civilizaciones de la antigüedad. Los griegos de la edad de oro despreciaban el trabajo y situaban en un alta estima el descanso y el ocio.<sup>5</sup> La intención de Lafargue era también poner de manifiesto que el ocio le da valor al trabajo, pues lo más justo habría de ser que un ocio digno sea obtenido en virtud de un trabajo digno. De esa manera es posible pensar que el ocio dignifica al trabajo. Lafargue se inclina por proponer una reducción generalizada del tiempo de trabajo, a fin de solo brindarle cuatro horas del día y destinar el tiempo restante para el ocio

La utopía de un tiempo equilibrado con el trabajo y el sueño se consumó de manera inesperada, no como un tiempo a voluntad del todo, sino más como un tiempo usado en función del trabajo. Ya no se consideraba al tiempo desde el sentido clásico, es decir, como un tiempo para la felicidad o la virtud. Esto

---

<sup>5</sup> El tipo de trabajo que era despreciado por los griegos, era el de los esclavos, el trabajo repetitivo, monótono y tedioso, que era incluso despreciado por los dioses por ser todo lo contrario al ocio.

trajo la idea del tiempo libre, ganado en función del trabajo y libre en función de este también. Pese a las reivindicaciones por el uso del tiempo propio, este ha adoptado la forma de privilegio e incluso de artículo de lujo.<sup>6</sup> El avance de la técnica en la revolución industrial provocó un excedente de tiempo<sup>7</sup> que, a pesar del afán por la producción, fue exigido por los trabajadores, quienes tenían condiciones infrahumanas y extenuantes jornadas.

El derecho al tiempo libre y el ocio se encuentra relacionado con las luchas de los trabajadores por reducir la jornada. Como ya se ha mencionado, esta fue la primera reivindicación del ocio, que pese a dar como resultado un tiempo en función del trabajo, permitió un resquicio para dar lugar a una experiencia más allá del descanso. La jornada de ocho horas de trabajo fue instaurada en Estados Unidos en 1866, como una de las consecuencias de la guerra de secesión. En el caso de México, se establece a partir de la constitución de 1917 a través del artículo 123. Por su parte, en algunos países de Europa fue implementada a principios del siglo xx. Por ejemplo, en Francia y en España durante 1919.

Poco más de cincuenta años después de la obra de Lafargue, Bertrand Russell consideraría esa misma objeción en relación a reducir la jornada de trabajo a cuatro horas, para tener más tiempo para el ocio. En su “Elogio a la ociosidad” (1986), Russell argumentaba que tal reducción debía hacerse puesto que ya había demasiada riqueza en el mundo, pero esta se encontraba mal distribuida. Por lo tanto, encontraba la causa de las miserias del trabajo en la mala distribución de la riqueza.

Hoy en día, ante la crisis causada por el coronavirus, vemos las carencias del sistema laboral y las condiciones dignas del mismo. Dentro de las condiciones dignas necesarias para el trabajo, está el derecho a tener ocio, o bien tiempo libre. Según el artículo 24 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1984): “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas

---

<sup>6</sup> “Si bien el surgimiento de la noción de tiempo libre referida a las masas ha sido ubicado precisamente a fines del siglo xix, el tiempo libre mismo enseguida se interconectó de manera estrecha con la comercialización y el shopping...el shopping se convertía en una actividad típicamente burguesa del tiempo libre, un modo socialmente aprobado de pasar el tiempo, como ir al teatro o visitar un museo” (Sassatelli, 2012: 72).

<sup>7</sup> No obstante, “el testimonio histórico no es sencillamente uno de cambio tecnológico neutral e inevitable, sino también de explotación y resistencia a la explotación; y que los valores son susceptibles de ser perdidos y encontrados” (Thompson, 1984: 289).



pagadas”.<sup>8</sup> Lo cual hace evidente que, la relación entre tiempo libre y trabajo debe proporcionar condiciones de vida digna. El derecho al tiempo libre y la subordinación del trabajo ante él son necesarios para una democratización del ocio, con el fin de buscar que su acceso sea más generalizado. A este respecto, el avance de las tecnologías trae consigo una contribución de gran relevancia. Como lo señalaba Paul Lafargue al recordar el ideal Aristotélico sobre una sociedad ociosa en la que las máquinas liberen al hombre del trabajo para poder ganar tiempo, para el ocio.<sup>9</sup>

Ese ocio, producto del tiempo ganado por el trabajo de las máquinas junto con el de los seres humanos, es hoy en día y desde la mitad del siglo xx una realidad. El problema respecto a ese ocio ha sido su orientación, el contenido y sentido de su experiencia. Tras la era industrial, el ocio se orientó al entretenimiento y la reposición de fuerzas. Esto dio lugar a un ocio de masas, que no coincidía con el ideal de Aristóteles, Lafargue y Russell. Pues el tiempo de ocio ganado, incluso como un derecho, se le reducía a las actividades de consumo y la dinámica de la mercantilización. Así, se le vuelve aún más residual, por ser llevado a cabo en función del trabajo. Por ello, las luchas por el derecho de los trabajadores al ocio y al descanso como medida de significación del trabajo continúan vigentes.

---

<sup>8</sup> “El derecho al ocio supone una defensa del ocio en sí mismo, es decir, del ocio considerado como fin, como experiencia vital diferenciada, no como medio para conseguir otras metas. El derecho al ocio forma parte de la categoría jurídica de los derechos humanos, es decir, del conjunto de atributos innatos, de las cualidades cuyo origen no ha de buscarse en la ley humana sino en la propia dignidad del individuo. El derecho al ocio aparece, de forma legal explícita, dentro de la segunda generación de los derechos del hombre, especialmente a partir de las declaraciones que siguen a la II guerra mundial (1948)” (Cuenca, 2009: 75).

<sup>9</sup> “¿A qué hombres concede ociosidad la esclavitud capitalista? ...a todos esos inútiles esclavos de sus vicios”. El prejuicio de la esclavitud dominaba al espíritu de Pitágoras y de Aristóteles. Y sin embargo Aristóteles previa que: si cada útil pudiera ejecutar sin colaboración o por sí mismo su función propia, y ello del mismo modo que las obras maestras de Dédalo se movían por sí mismas o que los tridentes de Vulcano emprendían espontáneamente su trabajo sagrado, si por ejemplo las lanzaderas de las tejedoras tejieran solas, el encargado del taller no necesitaría más ayuda, ni el amo más esclavos. El sueño de Aristóteles es nuestra realidad [...] “La máquina es la redentora de la humanidad, el dios que la rescatará del trabajo asalariado y le dará ocio y libertad” (Lafargue, 2010: 55) El sueño del estagirita que comentaba Lafargue, ya vuelto realidad en aquellos años a finales del siglo xix, cuando escribía *El derecho a la pereza*, alude hoy al gran avance tecnológico que en gran medida nos ha traído tiempo libre. Sin embargo, no ha sido la máquina la gran redentora ni ha liberado del todo a los obreros del trabajo asalariado, a pesar de lograr reducir tiempos de producción de ciertas mercancías, pues el tiempo ganado gracias a tal avance no es precisamente aprovechado en el sentido de ejercicio de la libertad, es decir, del uso del tiempo libre a voluntad.

## El ocio de cara a la pandemia: La presión por el uso productivo del tiempo

La presión por hacer un uso productivo de nuestro tiempo, sea en el ocio o en el trabajo, podría considerarse una pulsión moral del capitalismo, que funda su producción de valor en el uso del tiempo. El tiempo es mediador del valor de las mercancías. El uso del tiempo para los trabajadores fue una conquista del capitalismo en la época industrial. No obstante, antes del auge industrial, los campesinos y trabajadores de las tierras centraban el uso de su tiempo en los quehaceres. Tal sentido vino a cambiar con el inicio de la revolución industrial que dinamizó y cronometró los tiempos de trabajo en virtud de la producción: “No es el quehacer el que domina, sino el valor del tiempo al ser reducido a dinero. El tiempo se convierte en moneda: no pasa, sino que se gasta” (Thompson, 1984: 46-247).

El tiempo se convierte en productor de valor a la vez que en valor de cambio. En consecuencia, el trabajo en relación al uso del tiempo obtiene una connotación moral. Es decir, que debe hacerse un uso adecuado del tiempo, y ese uso adecuado y respetable, es el trabajo. Por lo tanto, el trabajo tomó una connotación moral, que Max Weber habría de vincular con el espíritu del capitalismo en un sentido religioso, en analogía a la moral protestante.<sup>10</sup>

En esa concepción del tiempo radica la comprensión del trabajo como obligación, como imperativo moral que instauró el capitalismo para someter a los trabajadores a la producción de valor a través de la expropiación de su tiempo. Esa valoración del tiempo era en función del trabajo, de la producción de valor, en resumen, de la mercancía. Con el capitalismo industrial y esa moral de culto al trabajo comienza a cobrar fuerza la mercantilización del tiempo, que contribuyó a un detrimento del valor del ocio: el tiempo mismo, las experiencias y uso de este adquirieron valor mercantil. Por ende, esa adquisición de valor mercantil dada a las experiencias y el tiempo, provocó que ya no fuera posible la

---

<sup>10</sup> “Baxter, en su *A Christian Directory*, practica muchas variaciones del tema de la Redención del Tiempo: «utilizad cada uno de los minutos como la cosa más preciosa. Y empleadlos todos en el deber». Las imágenes del tiempo como moneda están fuertemente destacadas, pero parece que Baxter tuviera ante los ojos de su pensamiento a un público de mercaderes y comerciantes: Recordad lo recompensadora que es la Redención del Tiempo... en el mercado, o en comerciar; en la labranza o en cualquier ocupación remuneradora, solemos decir que el hombre se hace rico cuando ha hecho uso de su Tiempo” (Baxter, 1838: 274-275, citado por Thompson, 1984: 280).

apreciación del ocio como algo valioso en sí mismo, sino que este debía orientar su valor en sentido extrínseco en virtud del trabajo.

Siguiendo el imperativo moral sobre el culto al trabajo, sobrevino el desprecio por el ocio, que fue confundido con la ociosidad, o un mero no hacer nada, por el hecho de no producir nada. Sin embargo, hubo quien asoció el valor análogo entre tiempo y dinero de una manera en la que incluso el ocio habría de ser productivo. Tal interpretación del ocio fue la de Benjamin Franklin. A pesar de tener tintes de una valoración utilitarista, bajo la influencia de la máxima a él atribuida “El tiempo es dinero” (*time is money*), su percepción sobre el ocio y su uso goza de una mirada laica, lo cual puede considerarse un tanto crítico para su tiempo. Esto puede apreciarse en la siguiente afirmación: “Emplea bien tu tiempo, si quieres adquirir el ocio, y no pierdas una hora, pues no estás seguro de un minuto. El ocio es tiempo para hacer algo útil: solo el hombre diligente puede darse este ocio, que jamás podrá lograr el perezoso” (Franklin, 1993: 268). Al respecto podría interpretarse que, Benjamín Franklin pensó el ocio más desde una racionalidad del uso del tiempo que desde una moral que pudiera concebir tal uso como reprochable. No obstante, en el siglo XIX, siguiente al de Franklin, la interpretación moral que veía al ocio como reprochable habría de dar una importante vuelta de tuerca. La exacerbación por el trabajo y el afán de la producción hacen imprescindible satisfacer la necesidad del ocio.

La presión de que hagamos un uso productivo de nuestro tiempo trae como consecuencia la presión de un ocio productivo que se configura en una especie de prejuicio moral que impide su disfrute. A lo que cabría preguntarnos si sería posible plantear entonces el ocio en términos de economía, rendimiento y lucro, en lugar de hacerlo en términos de realización y desarrollo. Lo idóneo sería que ese rendimiento y lucro se enfoquen en la realización y el desarrollo. Entonces, ¿la tendencia a la presión de un ocio productivo puede corresponder a una economía del ocio? En primera instancia, podría plantearse tal posibilidad desde el desglose del concepto de economía del ocio, que afirma que: “La economía del ocio se refiere al impacto económico de todas aquellas actividades que se realizan en el tiempo de ocio” (Álvarez, 2006: 23). Por ejemplo, el hecho de que la mayor parte del gasto llevado a cabo por los consumidores ocurre durante el tiempo de ocio. Gran parte de la problemática en torno al uso del tiempo de ocio es que sea generalmente pensado en virtud del trabajo. Esto último puede contribuir a un ocio enfocado al desarrollo de las capacidades, pero en gran medida con fines

utilitarios. “El enfoque hacia la productividad y la eficiencia han llevado a que el tiempo libre se invada de aprendizajes de habilidades para el trabajo” (Álvarez, 2006: 29).

Vemos entonces que plantear el ocio en términos de productividad lo puede volver una actividad que reproduce el esquema del trabajo. Por lo tanto, el ocio y su revalorización han de apuntar a hacer frente a ese afán por el uso productivo del tiempo, que no es otra cosa que una valorización instrumental del uso del tiempo. Y situar al ocio en tal posición es pretender enfocarlo hacia el enriquecimiento de la motivación intrínseca. Pues el ocio posee un valor intrínseco (en tanto que es autotélico, valioso por sí mismo) que promueve el ejercicio de la libertad para disponer del tiempo propio y la búsqueda de lo edificante.

### La tendencia al ocio digital

El ocio que se presenta en la cuarentena pareciera darse de manera impuesta y bajo el imperativo moral de tener que ser productivo. Dicho acontecer tiene implicaciones vinculadas a nuestra capacidad y formación para el ocio, así como de la gran variedad de recursos que tenemos a la mano para llevarlo a cabo. Entre ellos, cabe destacar la tendencia en que la mayor parte de estos recursos son resultado del avance tecnológico, es decir, que vivimos la consumación de la tesis de Dumazedier (1964), de un ocio resultado de la técnica. Esto resulta evidente en la alta gama de aparatos digitales que nos proveen de recursos para el ocio, desde las tecnologías de la información, videojuegos, redes sociales, plataformas de videos, películas, fotografías y el mar de información, desde libros, historietas y datos de todo tipo de los que nos puede proveer la Internet.

Nuestra actualidad tiene una clara tendencia hacia un ocio digital. Dada la gran variedad de opciones y recursos por los que podemos optar, el actual confinamiento, por necesidad, nos lleva a preguntarnos ¿cómo ha de orientarse este tipo de ocio? Por tanto, hemos de cuestionarnos cuál ha de ser el sentido de nuestro ocio, para develar ante nosotros un rasgo positivo de lo valioso que este pueda resultar. Es imprescindible entonces considerar el contenido que damos a nuestro ocio, y juzgar si es llevado a cabo con meros fines de entretenimiento. El entretenimiento es en sí necesario, pero hay que pensar en lo que nos provoca y nos aporta, o en qué nos invita a pensar, si es que lo hace. Respecto a los aportes que pueda proveernos un ocio relacionado con el entretenimiento, conviene recordar el concepto de ocio

de Dumazedier (1964), como un “tiempo para la realización”. En ese sentido hay que cuestionarnos qué tanto nos realizamos durante nuestras prácticas de ocio, o bien qué aspectos de nuestras capacidades y virtudes desarrollamos durante estas prácticas.

En la actual cuarentena se ha liberado el acceso a gran variedad de textos por parte de bibliotecas y universidades, así como la difusión de imágenes de exposiciones por parte de diversos museos. Esto ha contribuido a que artistas reconocidos a nivel local, nacional e internacional se den a la tarea de difundir libre y gratuitamente el acceso a su obra por medio de canales de YouTube o transmisiones en tiempo real. Lo anterior, a fin de contribuir a un ocio que propicie un aporte a nuestra dimensión estética y cultural.

El ocio puede ser alienante al estar ligado al consumo de mercancías. Sin embargo, es posible que se nos presente como condición de posibilidad para la emancipación. Esto, a través de la conciencia de que se trata de un tiempo no utilitario y usado a voluntad, que ha de ser para la realización del ser humano y el desarrollo de sus capacidades con un impacto tanto en lo individual como en lo social sin la necesidad moral de que sea productivo en sentido mercantil, sino más bien edificante para nuestra persona y para los otros.

## Una propuesta para revalorar el ocio

El ocio, más allá de percibirlo como un tiempo libre en función del trabajo, hemos de considerarlo como un tiempo propio usado a voluntad para la libertad, la preservación de nuestra dignidad, el descanso a través del juego y la recreación, la diversión y el desarrollo de nuestras capacidades y el reforzamiento de la relación con los otros en la convivialidad. Es decir, un tiempo para el ocio, entendido como una experiencia dentro de un uso del tiempo a voluntad, un ejercicio de autonomía y libertad que se conjuga con el juego como un tiempo en el cual el individuo se recrea a sí mismo, más allá de una mera reposición de fuerza de trabajo (Cuenca, 2009).

Si van a aumentar nuestras horas de ocio, en un futuro automatizado el problema no consiste en cómo podrían los hombres consumir todas estas unidades de tiempo libre adicionales, [sino] qué capacidad para la experiencia tendrán estos hombres con este tiempo no normatizado para vivir. Si conservamos una valoración puritana del tiempo, una valoración de mercancía, entonces se convierte en cuestión de cómo hacer ese tiempo útil[...] Pero si la idea de finalidad es el uso del tiempo [...] los

hombres tendrán que reaprender algunas de las artes de vivir perdidas con la revolución industrial: como llenar los intersticios de sus días con relaciones personales y sociales más ricas, más tranquilas; como romper otra vez las barreras entre trabajo y vida (Thompson, 1984: 291).

Ante la idea expuesta, se hace imprescindible buscar la capacidad de apreciar el valor de disponer del tiempo para nosotros mismos, que sea regido o normatizado a nuestra voluntad. En dicho orden de ideas, es viable preguntarnos lo siguiente: ¿Qué es aquello que buscamos en el ocio, más allá de la evasión paliativa de la distracción del entretenimiento, no es acaso un hacerse a sí mismo lo que está de fondo? ¿Un tiempo para nosotros mismos no habría de edificarnos, reorientarnos, emanciparnos y realizarnos más que alienarnos o distraernos?

La necesidad de un tiempo para sí mismos, la necesidad de tener ocio, es exclusiva de los seres humanos. Esta emerge de: “La tensión, que se acrecienta con la racionalización y tecnificación del trabajo, además de acrecentar la fatiga, plantea paralelamente una mayor necesidad de diversión y tiempo privado, un tiempo para sí” (Cuenca, 2009: 286). Durante el trabajo se nos apropia nuestro tiempo. Lo vendemos para obtener una ganancia con la cual subsistir. El tiempo que nos resta ha de ser incluso más valioso por ser un tiempo destinado no al imperativo de la obligación y la necesidad de la subsistencia y manutención, sino de nuestra realización.

La libertad y el ocio, actualmente, se han constituido como fines del mercado. Incluso más que fines, como meros medios de alienación y consumo, con algunas excepciones marginales. Un ocio dirigido a la educación, a las artes, a la formación del ciudadano, a la convivencia, a la contemplación y el cuidado de sí refiere mucho más valor y dignificación al trabajo que un ocio solo enfocado al entretenimiento y el consumo de mercancías.

El ocio conlleva la libertad, por ser condición de su uso para emplearse en una actividad determinada. “El grado de libertad existente en una sociedad se evalúa también por la medida en que está dispuesta a cultivar cosas que no poseen un valor mercantil” (Weber, 1969: 273). El ocio, entonces, es condición de posibilidad para la libertad. El ocio actual, enlazado al consumo, limita la libertad hacia el mero acto de consumo y sus posibles opciones. En la pandemia, nuestra libertad se ha visto muy limitada por la necesidad de confinarse. Esto ha incidido también en la percepción del uso del tiempo, tanto el de trabajo como el libre. Aunque no es una condición propia de la pandemia, la libertad

no es algo de lo que enteramente sea posible disponer. Adorno, en su crítica a los *hobbies* y pasatiempos plasmada en su ensayo “El tiempo libre”, afirma que: “ni en su trabajo ni en su conciencia los hombres disponen de sí mismos con entera libertad [...] la división rígida de la vida en dos mitades preconiza aquella cosificación que, entretanto, se ha adueñado casi por completo del tiempo libre” (Adorno, 1993: 56-59). Lograr desarrollar esa conciencia para disponer con entera libertad del tiempo libre, lo que es muy complicado porque los medios para ocupar dicho tiempo terminan reproduciendo el esquema del trabajo. Además, todo ello promueve una valoración mercantil del uso del tiempo, que impulsa esa presión por ser productivos en todo momento.

Bernard Stiegler, en su obra *Réenchanter le monde* (2006), expone su teoría de la proletarianización del ocio. Desde ella, señala la causa de que la industria del ocio sea proveedora de un ocio alienante a través del consumo, que resta al ocio mismo de su condición de posibilidad para la emancipación. Stiegler se refiere a que los ociosos no son dueños de sus medios para el ocio, por lo que no deciden sobre él, sino que solo se limitan a una variedad de contenidos disfrazados en una libertad limitada a opciones de consumo. El ocupar el ocio en actividades de consumo sin un fin edificante, resta autonomía a la cuestión de cómo ha de emplearse el tiempo para sí mismo. De ahí la necesidad de volverse dueño de los medios que nos provean de ocio. Ante una alta tendencia a un ocio digital, se vuelve más compleja la posibilidad de decidir libremente sobre el ocio a causa de los diversos factores que influyen en la elección de contenidos.

En este sentido, la noción de Thompson sobre el uso del tiempo antes mencionada, está pensada en términos de finalidades y, por lo mismo, plantea reaprender o recrear formas de vida perdidas con la revolución industrial, mediante modalidades de convivencia en las que el trabajo está articulado con la vida. Para Thompson, se trata de reivindicar la cultura moral cotidiana de los trabajadores, cuando solo hay ocio, pero no libertad en el tiempo, cuando las personas están integradas a la dinámica reproductiva de la sociedad, fundada en el principio de la ganancia, incluso en los momentos de ocio.

Finalmente, el hecho de que haya un ocio alienante es porque no se posee, como decía Aristóteles, “capacidad para tener un ocio decoroso” (Aristóteles, ca. siglo IV A.E.C/1985b, 1337b30-35-1338a5). Esa capacidad es también de hacerse a sí mismo y de estar consigo mismo, de la cual se derivan muchos de los beneficios del ocio. Por lo tanto, es posible pensar que el confinamiento ofrece la posibilidad, aunque obligada, de tener ocio y desarrollar la capacidad para el mismo.

## Referencias

- Adorno, T. (1993). “Tiempo libre”, En Bilbao, R. y Aráoz, M. A. (Ed. y Coord.), *Consignas* (pp. 54- 63). Amorrortu.
- Álvarez A. M. (2006). “Economía del ocio”. En Cuenca Cabeza, M. (Coord.), *Aproximación Multidisciplinar a los Estudios del Ocio* (pp. 21-39). Universidad de Deusto.
- Aristóteles (1985a). *Ética Nicómaquea*, (E. Ll. Íñigo y J. P. Honet, Intr. y Trad.). Gredos. (Original publicado ca. 335-330 A.E.C.).
- Aristóteles (1985b). *La política* (M. García Valdés, Ed., Trad. y notas). Gredos. (Original publicado ca. siglo IV A.E.C.).
- Cuenca, M. (2009). *Ocio humanista: Dimensiones y manifestaciones*. Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio16.pdf>.
- Cuenca, M. (2013). “La existencia valiosa”. En Ortiz-Osés, A.; Solares, B.; y Garagalza, L. (Eds.). *Claves de la existencia. El sentido plural de la vida humana* (pp. 449-470). Anthropos Editorial del hombre; Universidad Nacional Autónoma de México.México.
- Cuenca, M. (2014). *Ocio valioso*. Universidad de Deusto.
- Cuenca, M. y Aguilar, E. (2009). *El tiempo de ocio: transformaciones y riesgos en la sociedad apresurada*. Universidad de Deusto. <http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/ocio/ocio36.pdf>.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1984). [https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr\\_translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/en/udhr/documents/udhr_translations/spn.pdf).
- Dumazedier, J. (1964). *Hacia una civilización del ocio*. Estela.
- Dumazedier, J. (1947). *Sociologie empirique du loisir critique et contre-critique de la civilisation du loisir*. Editions du le Seuil.
- Franklin, B. (1993). *Autobiography and other writings*. Oxford University Press.
- Grazia, S. de (1966). *Tiempo, trabajo y ocio*. Tecnos.
- Huizinga, J. (2007). *Homo ludens*. Alianza.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020, 29 de abril). “Estadísticas a propósito del día del trabajo. Datos nacionales” [comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/trabajoNal.pdf>.
- Jappe, A.; Kurz, R.; y Ortlieb, C. P. (2014). *Luces de progreso en El absurdo mercado de los hombres sin cualidades*. Pepitas de calabaza.
- Lafague, P. (2010). *El derecho a la pereza*. Público.



- Maldonado Martínez, G. A. y Mendoza Negrete, J. E. (2020). “El sentido liberador del juego a través del ocio”. *Cuerpo, Cultura y Movimiento*, 10(1), 155-172. <https://doi.org/10.15332/2422474x/5966>.
- Pascal, B. (s.f.). *Pensamientos*. Rialp.
- Pieper, J. (1979). *El ocio y la vida intelectual*. Rialp.
- Russell, B. (1986). *Elogio de la ociosidad y otros ensayos* (M. H. Rius, Trad.). Edhasa. (Original publicado 1932).
- Sassatelli, R. (2012). *Consumo, cultura y sociedad*. Amorrortu.
- Stiegler, B. (2006). *Ars industrialis. Réenchanter le monde. La valeur esprit contre le populisme industriel*. Flammarion.
- Thompson, E. P. (1984). *Tradición, revuelta y conciencia de clase*. Grijalbo.
- Weber, E. (1969). *El problema del tiempo libre. Estudio antropológico y pedagógico*. Nación.
- Weber, M. (2013). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Akal.



# CAPÍTULO 8. El justo miedo: temor colectivo y colaboración

*Abraham Sapién*

Lo temible no es para todos lo mismo, pero hablamos, incluso, de cosas que están por encima de las fuerzas humanas. Estas, entonces, son temibles para todo hombre de sano juicio.

ARISTÓTELES, *ÉTICA NICOMÁQUEA*, LIBRO III (1115b5-10)

## Introducción

Podemos temer de forma virtuosa o viciosa, individual o colectiva. En este texto propongo una teoría acerca de cómo podemos experimentar miedo y, a partir de esto, actuar de forma virtuosa y deseable, o viciosa e indeseable, respecto a aquello que nos atemoriza. La propuesta es utilizar al miedo colectivo como un punto común para fomentar la colaboración social.

Cuando algo nos da miedo es porque esto nos parece peligroso, algo que puede dañarnos, hacernos mal. Cuando nos hallamos en tal situación de riesgo, podemos hacer dos cosas a grandes rasgos: o bien acercarnos, o alejarnos, de aquello que nos parece dañino. Mi propuesta es que se puede ser virtuoso o vicioso ante cada una de estas reacciones al peligro.

Todos tenemos emociones. Sin embargo, la atención de la filosofía hacia este fenómeno, así como el interés compartido con otras ramas del conocimiento, ha cobrado un nuevo interés. Algunos autores se han referido a esto como el “giro afectivo”; es decir, el hecho de que disciplinas como la psicología, la economía, las neurociencias, entre otras, se interesan cada vez más por los estados afectivos, aquello que es agradable o desagradable. Las emociones son uno de los blancos principales para los arqueros de las ciencias afectivas. En este caso en concreto, el miedo, una emoción desagradable, es el blanco a donde apunta la flecha.

Este texto tiene la siguiente estructura:

Comienzo ofreciendo una teoría general de las emociones y, en particular, del miedo. De acuerdo a esta, lo que hace que tu miedo y el mío sean similares –el “mismo miedo” por así decirlo– es que tienen la misma estructura intencional: ambos representan a algún objeto como peligroso, potencialmente dañino, para nosotros mismos. Lo que hace a nuestros miedos distintos es que estos pueden tratar sobre cosas diametralmente diversas. La teoría aquí proporcionada nos permitirá observar con más nitidez el fenómeno a tratar, así como explicar cómo podemos estar justificados, o no, a tener miedo.

En la segunda sección nos adentraremos en la teoría de la virtud. En esta desarrollaré cómo se puede temer de forma viciosa o virtuosa. La propuesta es que se pueden tener cuatro formas de respuesta ante aquello que nos atemoriza. Cuando se actúa de forma viciosa, se puede ser *cobarde* o *temerario*. Por el contrario, cuando se es virtuoso, se puede ser *prudente* o *valiente*. Este es el resultado de dos ejes de evaluación. Por un lado, si nos aproximamos o nos alejamos de lo que nos da miedo. Por el otro, si nuestra actitud es viciosa o virtuosa.

Por último, profundizaré en el miedo colectivo, ese que hemos atravesado en relación a la pandemia de COVID-19. En esta sección haré énfasis en cómo podemos experimentar miedo en forma grupal y, desde ese miedo común, hacer énfasis en la colaboración como forma virtuosa de afrontar el peligro.

Seguimos cruzando un enramado desconocido, el cual puede ser sin duda atemorizante. La propuesta es atravesarlo juntos, de forma colectiva, valiente y precavida, informada y organizada. O al menos, intentarlo.

El miedo adecuado (e inadecuado)

No importa nuestro origen geográfico o social, experimentamos emociones; todos las sufrimos, todos las gozamos. Shylock, el personaje creado por Shakespeare, justamente habla en un famoso pasaje de la obra *El mercader de Venecia* (1600/2016, III.I.3-11) sobre cómo él, un judío, es igual que los cristianos, pues padece sobre las mismas cosas. Shylock exclama: “Y todo ¿por qué? Porque soy judío [...] Si le ofenden, ¿no trata de vengarse? Si en todo lo demás somos tan semejantes, ¿por qué no hemos de parecernos en esto?”. El rencor es una emoción común y el deseo de venganza puede ser entendida como la actitud que normalmente le corresponde. En este caso, Shylock habla de la venganza de un individuo particular, pero en tanto que perteneciente a un grupo, a los judíos.

Constantemente y cotidianamente experimentamos emociones. Podemos estar *sorprendidos* al despertarnos, pues es más tarde de lo que esperábamos. Sentirnos *enojados*: no hay café y no podemos comenzar el día sin una buena dosis de cafeína matutina. Experimentar *asco*, al ver la pila de trastes sucios que se acumulan. *Tristeza*, al recordar las últimas vacaciones y *miedo* de no poder cumplir la promesa de volver a ir a la playa. Y aún así, podemos sentirnos *felices*, a pesar de todo, de comenzar un nuevo día.

En busca de la generalidad, justamente estas siete emociones (sorpresa, enojo, asco, tristeza, miedo y felicidad) fueron consideradas universales. Se llegó a proponer, incluso, que todas las culturas incluían al menos este paquete afectivo. De hecho, “[n]o solo aquellos [investigadores] que intentaban encontrar evidencia de universalidad han encontrado tal evidencia, sino también aquellos que intentaban desafiarla. Si bien la evidencia es fuerte para el miedo, la ira, el asco, la tristeza, la sorpresa y la felicidad, todavía hay dudas sobre el desprecio, la vergüenza y el interés” (Ekman, 1989: 154, mi traducción). Los estados mentales emocionales nos ocurren constantemente; así, su mejor comprensión nos permite entender más cabalmente un sinnúmero de situaciones.

Es controversial si estas emociones antes mencionadas realmente están presentes en todas las culturas o si hay un número preciso de emociones, ya sean universales o no. No es fácil establecer cuántas emociones hay, pues esto depende del criterio que usemos para definir qué es una emoción. Hay algunas emociones complejas, como el *Schadenfreude* (Leach *et al.*, 2003) –esto es, el placer de ver que a alguien le ocurre algo malo debido a su mala suerte–. Esta emoción de nominación alemana, por ejemplo, no suele tener una traducción literal a otras lenguas, lo cual nos puede hacer cuestionar su universalidad. Sin embargo, si hay una emoción que se acepte como compartida, tanto por animales humanos como no humanos, es el miedo. ¿Cómo podemos determinar, pues, qué es esta emoción, en qué consiste tener miedo?

Para responder esto, conviene comenzar apelando a la historia. Si bien el interés por esta clase de estados mentales, y sobre su carácter afectivo en particular, es relativamente reciente, existe una tradición importante acerca del estudio de las emociones. Uno de los principales teóricos al respecto fue el filósofo y psicólogo estadounidense James (1884). Él, se podría decir, comienza a dibujar la línea de pensamiento que seguiremos en este escrito. Uno de los puntos cruciales de su aproximación fue que, según su propuesta, una emoción en particular no es más que la percepción de cambios fisiológicos. “Sentimos

tristeza porque lloramos, enojo porque atacamos, miedo porque temblamos, y no es que lloremos, ataquemos o temblemos, porque nos lamentamos, nos enojamos o tememos, según sea el caso” (James, 1884: 190, mi traducción). Según James, lo fisiológico juega el rol central para la comprensión de las emociones.

De su propuesta podemos destacar dos puntos: 1) que cada emoción es *meramente una percepción* de un cambio en el estado corporal y 2) que existe un estado corporal *único* para cada emoción. Sin embargo, si bien es cierto que hay un elemento corporal, somático, muy importante en las emociones, no se trata de una relación lineal. Por ejemplo, Schacter y Singer (1962) argumentaron que el mismo estado corporal puede ser interpretado y vivido como emociones considerablemente diferentes, prácticamente opuestas. Para esto, dieron la misma sustancia, adrenalina, a dos grupos distintos de personas. A uno lo expusieron a una situación estresante, al otro a una hilarante. Mientras que el primer grupo reportó sentir enojo, el segundo dijo sentir euforia. La teoría de James era atinada, pero no del todo.

Una buena manera de entender qué es una emoción es en términos de los aspectos o propiedades que la constituyen típicamente, así como varias olivas forman un racimo. Todos estos aspectos juegan un papel importante para conformar una emoción, si bien ninguno de estos individualmente es ni necesario ni suficiente. Si bien no hay un consenso sobre cuál es el rol de cada uno de estos elementos en relación a los otros, ni sobre cuál es el más fundamental, esto es, de cuál dependen los demás, hay varios aspectos que suelen constituir a una emoción (Brady, 2016):

- i. una experiencia perceptiva,
- ii. una creencia,
- iii. una tasación o evaluación,
- iv. cambios faciales y corporales,
- v. un experiencia subjetiva, fenomenológica, que se siente de cierta manera,
- vi. tendencias motivacionales o de acción y
- vii. cambios cognitivos.

Todos estos son factores importantes. Pero dado el propósito del texto, me centraré en la característica número iii), en la evaluación que constituye a una emoción. En este caso en particular, al miedo. Para esto, tenemos que establecer una aproximación británica de la mente. Siguiendo a Brentano (1838-1917), establezcamos que una emoción tiene dos características definitorias: 1) está

dirigida a algo, i.e., es *intencional* y 2) tiene condiciones de *corrección*. Esto es, nuestras emociones tratan sobre algo, tiene un objeto; cuando tenemos miedo, este es siempre sobre alguna cosa en particular. Además, dado que nuestras emociones tienen contenido, ese objeto puede ser representado correcta o incorrectamente. En otras palabras, podemos errar sobre aquello de lo que tratan nuestras emociones. *No es que nos equivoquemos sobre el hecho mismo de tener miedo, sino que podemos temer cosas que no son realmente temibles.*

Los sistemas intencionales o de representación pueden errar; un termómetro o un velocímetro pueden arrojar mediciones equivocadas. Algo similar puede ocurrir con otros estados mentales que, como las emociones, también son intencionales. Nuestros estados visuales pueden errar: podemos percibir una manzana que es realmente roja, como si fuera verde, experimentar como si algo grande fuese pequeño, o como si algo que está quieto se estuviese moviendo. Nuestra percepción, a veces, falla. De igual forma, nuestras creencias en ocasiones también pueden estar equivocadas. Podemos pensar algo falso o incorrecto, como que la capital de Francia es Londres. De ser así, no es falso que yo lo crea, pero el contenido de mi creencia sí. Algo similar puede ocurrir con las emociones.

Hay dos bloques importantes en la literatura contemporánea de las emociones que tratan de dar cuenta de cuál es el aspecto central que las constituye. Por un lado, hay autores que entienden a las emociones como *representaciones evaluativas* (Deonna y Teroni, 2009; Deonna y Teroni, 2012; Teroni, 2007): un estado mental que representa y califica al objeto del que trata. En el caso del miedo, se trata de una representación de algo con la cualidad de ser peligroso, de ser potencialmente dañino, de tener la capacidad latente de poner en riesgo nuestra integridad. Por otro lado, otras teorías, en la tradición de James, hacen énfasis en el mecanismo corporal del cual depende la experiencia emocional (Damasio, 2004; Damasio, 2005). Hay buenas razones para inclinarse por cada una de estas opciones. Yo optaré por una versión híbrida (Prinz, 2004), según la cual el miedo está constituido de la siguiente manera:

## Miedo

Es una emoción que consiste en representar a algo *como peligroso* para uno mismo, a través de un indicador somático.

Expliquemos esto. Al decir que representamos a algo como peligroso, esto no quiere decir que tengamos el pensamiento, una especie de voz interna en

donde nos avisamos a nosotros mismos algo así como “¡Oye, esto es peligroso para ti!”. El indicador somático es un mecanismo corporal que funciona como una atajo de representación de información. Al igual que un símbolo es una manera rápida de dar información –como la señal de un círculo con una barra atravesada para decir que algo está prohibido–.

Cuando sentimos, de repente, el estómago apretado, que nuestro pulso aumenta, que nuestros sentidos se alertan y nuestros músculos se alistan para movernos, todo esto es una versión eficaz, y evolutivamente útil, de enterarnos que probablemente estamos frente a algo que nos puede hacer daño. Así como una alarma de fuego es un atajo para informar, a través de la detección de humo, sobre las peligrosas llamas en un edificio, el mecanismo físico y la experiencia que este conlleva son caminos cortos para informarnos del peligro a nuestro alrededor.

Sin embargo, los detectores de humo pueden equivocarse. Pueden encenderse cuando no hay humo, o puede ser que el humo que detectan no está siendo causado por un incendio. Así también, podemos equivocarnos al sentir miedo. Puede ser que representamos que hay algún peligro, mientras que no hay ningún objeto que está causando realmente nuestra representación, se trata de una alucinación. O bien, puede ser que sí haya algo que causa nuestra representación, pero esto no es realmente peligroso, nuestra percepción está distorsionada, como en el caso de una ilusión. Algo así, por ejemplo, puede ocurrir cuando sentimos miedo frente a una obra de ficción. El oso que aparece en la pantalla nos da miedo, pero no es realmente peligroso. Esto lo nota Aristóteles.

[E]s posible temer esas cosas más o menos, y también temer las no temibles como si lo fueran. De este modo, *se comenten errores al temer* lo que no se debe o en circunstancias semejantes, y lo mismo en las cosas que inspiran confianza (Aristóteles, ca. 335 A.E.C/1985, 1115b15-20, mi énfasis).

El miedo es un mecanismo útil para nuestra supervivencia. Sin embargo, este puede variar de una persona a otra. Yo puedo tenerle pavor a los payasos, debido a alguna traumática experiencia infantil, y a ti esto te puede parecer irrisorio. Mientras que tú tiembles frente a un ratoncito, puede ser que yo ame a los roedores. Sin embargo, en ambos casos, se puede establecer de forma considerablemente objetiva que ninguno está verdaderamente ante una situación de peligro, aún si a nosotros así nos lo parece. Por el contrario, cuando ambos



estemos parados frente a un poderoso tsunami que se levanta y se nos viene encima, lo más normal es que ambos estemos aterrorizados. Y, si no lo estuviéramos, deberíamos. Se puede establecer cuando es adecuado o inadecuado temer.

### El miedo virtuoso (o vicioso)

Cuando sentimos miedo, huimos. Dado que es desagradable experimentar miedo, es fácil entender por qué esta emoción es útil para nuestra supervivencia. Al sentir miedo, y este ser desagradable, indeseable, hacemos lo posible para dejar de sentirlo. Una manera útil de conseguir esto es alejarnos de aquello que nos parece peligroso. Así, al ponernos a salvo, dejamos de representar que estamos en peligro, dejamos de sentir miedo.

Si aquello que evadimos realmente ponía en juego nuestra salud o integridad, este mecanismo emocional claramente nos ayuda a incrementar nuestras posibilidades de supervivencia. Huir de peligro parece *adecuado*. De forma similar, si el asco es la representación de algo infeccioso, sentirlo en general nos ayuda a evitar agentes dañinos. A menudo se piensa que la reacción natural, adecuada, al sentir miedo, tanto en humanos como en otros animales, es la de evadir aquello que nos causa miedo, alejarnos. Esto es cierto, pero no es la versión completa.

Hay varias situaciones en la vida en las que debemos aproximarnos a aquello que nos atemoriza. Una persona tiene que enfrentarse a múltiples escenarios a lo largo de su desarrollo, donde será requerido que se acerque a lo que le tiene miedo, que lo confronte. Un niño tendrá que envalentonarse y dejarse ir por un alto tobogán. Un adolescente tendrá que mostrarse valeroso y decir la verdad, aún si esto tiene consecuencias indeseables. Un adulto tendrá que ser un ejemplo y arriesgar su integridad por la de alguien más. Varios momentos de la vida pedirán que no nos alejemos del peligro, sino al contrario. En algunas ocasiones esto será un acto virtuoso. Este es el primer eje de evaluación que consideraremos para dar cuenta respecto al miedo: a veces nos *alejamos* de aquello que nos da miedo, otras ocasiones nos *acercamos*.

El segundo eje de evaluación es si nuestra actitud ante el miedo es viciosa o virtuosa. La noción de virtud es milenaria y se remonta hasta los griegos. Aristóteles es conocido por su aproximación y el rol central que esta desempeña en su sistema de pensamiento respecto al comportamiento adecuado y la vida buena o deseable. Si bien esta teoría es compleja, como cualquier otro

sistema que trate de explicar algo tan complejo como la manera correcta de vivir, un elemento aristotélico clave es la noción del *justo medio*: tratar de hallar balance entre las distintas opciones disponibles. En términos de la sabiduría popular, “ni tanto que quemé al santo, ni tanto que no lo alumbre”. Habrá que iluminar este concepto, pero sin cegarnos.

Hacia mediados del siglo pasado, resurgió un interés por las teorías de la virtud (Anscombe, 1958). La noción del justo medio y de la adecuación se llevó a otros campos, tal como la epistemología (DePaul y Zagzebski, 2003). Además, se ha hecho un trabajo importante para tratar de establecer un diálogo entre la teoría de la virtud y otros bloques importantes de teorías éticas, tales como el utilitarismo, que hace énfasis en el incremento de bienestar o *eudaimonía*, y la teoría deontológica, de carácter kantiano, que hace hincapié en la generación de reglas universales de comportamiento (Hursthouse y Pettigrove, 2018). Si bien la teoría de la virtud bebe de otras fuentes filosóficas, me parece que algo central de esta es que apela al carácter racional de las personas, a una forma estable, general, aunque en proceso, de ser.

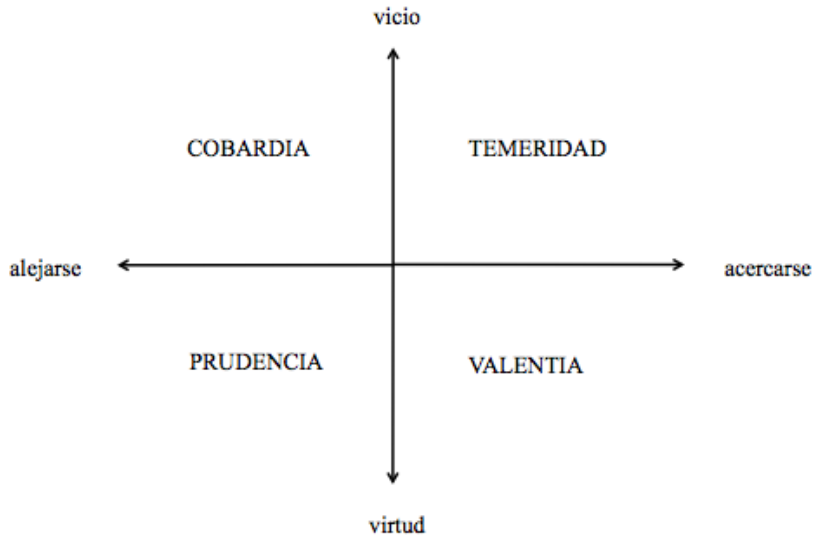
Una virtud es un rasgo de carácter excelente. Es una *disposición*, bien arraigada en su poseedor –algo que, como se suele decir, desciende hasta la raíz, a diferencia de un hábito como el de ser bebedor de té– notar, esperar, valorar, sentir, desear, elegir, actuar y reaccionar de determinadas formas características. Poseer una virtud es ser *cierto tipo de persona* con una mentalidad *compleja*. Un aspecto significativo de esta mentalidad es la aceptación incondicional de *una gama distintiva de consideraciones como razones para la acción*. (Hursthouse y Pettigrove, 2018: mi traducción, mi énfasis).

La teoría de la virtud se centra en las razones por las cuales alguien actúa de determinada manera. Es decir, no solo se trata de actuar de la manera adecuada, sino, además, de hacerlo por las razones correctas (Brady, 2004). Si se dona dinero a causas altruistas con la mera intención de volverse más rico, esto no sería un verdadero acto virtuoso.

Además, se trata de un proceso *teleológico*, es un proceso de aprendizaje y mejoramiento. “Aristóteles hace una serie de comentarios específicos sobre la *phronesis* [i.e., la sabiduría práctica] que son objeto de mucho debate académico, pero el concepto moderno (relacionado) se comprende mejor si se piensa en lo que el adulto virtuoso moralmente maduro tiene y que los niños agradables, incluidos los adolescentes agradables, no tienen” (Hursthouse y Pettigrove,

2018: mi traducción). Actuar de manera virtuosa es un largo proceso dirigido por las razones adecuadas.

Para aclarar el modelo que se propone aquí, podemos utilizar el siguiente diagrama, el cual explicaré en las siguientes subsección de este apartado del escrito:



### Acercarse al peligro

Con todo lo anterior en mente, presentemos la relación entre el miedo, la virtud y el vicio, para así desarrollar las formas en las que podemos actuar respecto a aquello que nos atemoriza.

Por un lado, se puede acercarse al peligro de forma virtuosa, con *valentía*. “[E]l valiente es intrépido como hombre: temerá, por tanto, tales cosas, pero como se debe y como la razón lo permita a la vista de lo que es noble, pues este es el fin de la virtud [...]” (Aristóteles, ca. 335 A.E.C/1985, 1115b5-30). Para dar cuenta de cómo se debe de temer adecuadamente, en el justo medio, creo que la noción de representación es particularmente útil. Es decir, temer bien significa ser capaces de calcular adecuadamente el riesgo ante el cual nos encontramos.

Para dar cuenta de esto podemos enfatizar dos aspectos de dicho cálculo. Por un lado, está el objeto del miedo, qué tan dañino o peligroso es realmente aquello de lo que trata nuestra emoción. Por el otro, estamos nosotros mismos como sujetos de la emoción, tenemos que representar adecuadamente nuestra capacidad para lidiar con el peligro que implica aquello a lo que tememos. A fin de cuentas, el peligro es proporcional y respectivo del sujeto. Las nueces solo son peligrosas para aquellos que son alérgicos a ellas. Basándonos en estos dos aspectos, podemos desentrañar cuando nuestra actitud es virtuosa o viciosa respecto a lo que tememos.

A veces se tiene que enfrentar al peligro. Un buen bombero, por ejemplo, es aquel que está dispuesto a arriesgarse, a poner en juego su integridad física, e incluso su propia vida. Claro, esto no significa que no esté al tanto de que entrar a un edificio a medio caer no represente peligro, sino que actúa a pesar de ello. Ser valiente implica representar correctamente el peligro y, a pesar de esto, actuar de una manera sensata, racional, y que traiga consigo buenas consecuencias. El bombero sabe que hay peligro, pero también juzga adecuadamente su capacidad para lidiar con él. Actúa de tal forma porque se desea hacer lo correcto. Así, se podría juzgar que los médicos, al arriesgarse a ser contagiados al atender a otras personas infectadas por COVID-19, también están siendo valientes.

Sin embargo, no todo acercamiento al peligro es bueno, deseable. También podemos hacerlo viciosamente. Al no ser capaces de juzgar correctamente el posible daño, cruzamos la línea y nos acercamos al objeto peligroso pero de forma viciosa, con *temeridad*. Se puede ser temerario por ser incapaz de representar el peligro. “Así, cuando las fieras empujadas por el dolor y el coraje se lanzan hacia el peligro sin prever nada terrible, no son valientes, puesto que así también los asnos serían valientes cuando tienen hambre, ya que ni los golpes los apartan del pasto” (Aristóteles, ca. 335 A.E.C/1985, 1116b35-1117a). Cuando enseñamos a una mascota o a un infante qué evitar, es justo porque no son capaces, al menos no aún, de saber qué cosas son peligrosas para ellos mismos.

En otras ocasiones, nos acercamos al peligro, aún a sabiendas de este. “Sería un loco o un *insensible*, si no temiera nada, ni los terremotos, ni las olas, como se dice de los celtas. El que se excede en audacia respecto a las cosas temibles es *temerario*” (Aristóteles, ca. 335 A.E.C/1985, 1115b5-30). No todos los ejemplos en donde nos exponemos innecesariamente al peligro son casos en los que seamos totalmente incapaces de darnos cuenta de que caminamos en dirección a este. Un ejemplo contemporáneo de esto son los accidentes automovilísti-

cos. Sabemos, o podemos darnos cuenta fácilmente, de que estar dentro de un vehículo a altas velocidades puede ser peligroso, incluso mortal. No obstante, podemos llegar a actuar de formas imprudentes. No es ningún secreto que hay muchos accidentes automovilísticos.

Una manera de explicar esto es que llegamos a actuar de forma temeraria, viciosa, cuando decidimos manejar un coche. Conducir a altas velocidades puede traer consecuencias catastróficas para nosotros mismos y para otras personas a nuestro alrededor. Sin embargo, muchas veces la gente maneja aún si está cansada o en estado de ebriedad. ¿Cómo explicar este comportamiento? Una forma de hacerlo es que actuamos de forma temeraria, sin buenas razones y sin medir adecuadamente nuestras propias capacidades, sin prever las consecuencias de nuestros probables errores. El error de representación recae en el buen juicio de nuestras propias capacidades.

### Alejarse del peligro

Ahora veamos cómo podemos tener una actitud virtuosa o viciosa al alejarnos de aquello que nos da miedo. Comencemos por la virtud: la *prudencia*. Actuar de esta manera consiste en ser precavido, en mantener o aumentar la distancia de algo que nos puede dañar. Primero, se debe ser capaz de representar correctamente aquello que es peligroso. Después, poder establecer que la lejanía es lo más sensato. Un buen ejemplo de esto, en relación con la pandemia actual, ha sido el llamado inicial a la población de tomar medidas preventivas para evitar la expansión del virus SAR-CoV-2.

Las campañas de aislamiento, por ejemplo, han sido medidas que apelan a nuestra prudencia. Es decir, hay buenas razones para no salir de nuestros hogares, puesto que esto implica un riesgo: la propagación del virus. Claro, esto es complejo; no salir de casa y reducir las actividades sociales drásticamente también trae consigo otras consecuencias que afectan tanto nuestra salud mental, así como la economía en múltiples sectores. Pero, en general, sea cual sea la campaña que se promueva, esperaríamos que se busquen alternativas de acción balanceadas, medidas, razonables, informadas y, por tanto, virtuosas y prudentes.

Ahora bien, enfoquémonos en el vicio: la *cobardía*. La cobardía al alejarse de aquello que nos atemoriza puede ocurrir de dos maneras generales, cada una

enfatisa un aspecto del error de representación previamente mencionado. La primera tiene que ver con un error en la capacidad misma de representar al objeto de la emoción como peligroso. Un ejemplo de esto es el miedo a la oscuridad. Es comprensible, hasta cierto punto, temerle a ella. Si el miedo es la representación del peligro, es verdad que en la oscuridad se pueden esconder ataques posibles y probables. Pero no le tememos a la oscuridad misma, sino a lo que ella esconde. La oscuridad es un símbolo de peligro.

Pero muchas otras situaciones de la vida cotidiana, también carentes de luz, no deberían de darnos miedo. Estar a oscuras en nuestra propia habitación, por ejemplo. Si bien es comprensible que a los niños les dé miedo la oscuridad, esto sería desproporcionado para un adulto, sería inadecuado. Las virtudes, como lo había mencionado, son parte de un proceso, de un aprendizaje. De esta manera, se espera que en cierto momento de la vida seamos capaces de temer correctamente. Es decir, de poder representar adecuadamente cuándo algo es potencialmente dañino. La falta de luz en nuestra habitación antes de dormir no implica un verdadero daño, aún si así nos lo pareciera. De no ser capaces de representar correctamente el riesgo que implican los objetos, podemos parecer cobardes.

Podemos presentar cobardía aún si somos capaces de representar que hay un verdadero peligro. En este caso se trata de un desajuste en nuestra capacidad para saber qué tan bien podemos manejar el daño potencial. Nuestra conducta de alejarnos es desproporcionada en relación al agente dañino ante el que nos confrontamos. Por ejemplo, si bien es cierto que los automóviles pueden ser muy peligrosos, parecería exagerado, fuera de balance, desproporcionado, evitar subirse a un coche a toda costa. En este caso, al no ser capaces de juzgar adecuadamente el peligro, pasaríamos de la prudencia y cruzaríamos la línea hacia el vicio de la cobardía. Hay situaciones en las que parece totalmente adecuado utilizar dicho medio de transporte. Hay cierto peligro latente, inevitable, que tenemos que aceptar. No se puede vivir con cobardía, escondidos debajo de las sábanas.

En total, podemos actuar de forma virtuosa o viciosa respecto a nuestro miedo. Para hacerlo de la primera forma, hay que ser capaces de representar adecuadamente los riesgos que nos rodean y nuestra capacidad para lidiar con el peligro, apelando a razones adecuadas para nuestras acciones.

Cuando actuamos de forma viciosa, hay un error en nuestra capacidad de representar el posible daño, ya sea porque no calculamos correctamente el riesgo que implica aquello que es temible o porque no calibramos nuestras propias capacidades de hacer frente al peligro.

## El miedo colectivo (e individual)

Con un poco más de conocimiento acerca de cómo evaluar nuestro miedo de forma individual, ahora veamos qué podemos hacer con nuestro sentir colectivo. Al final de cuentas, el problema al que nos enfrentamos es global.

Nos encontramos en una situación nueva. Si bien existe el registro histórico de pandemias que han arrasado con la población, la crisis actual tiene un brote especial de propagación dado que nunca antes había existido tanta comunicación e interacción entre agentes geográficamente tan distantes. Los viajes internacionales se volvieron rutinarios. Ante la crisis mundial, se ha suscitado discusión alrededor de este fenómeno (Amadeo, 2020; Bramble, 2020). Sin embargo, la tarea de análisis filosófico al respecto no es sencilla. La filosofía y su metodología, aunque pueden ser de actualidad, suelen necesitar un poco de distancia y tiempo para poder desenredar los conflictos, para poder ofrecer categorías útiles e inteligibles. En esta sección, así, me concentraré en mostrar qué clase de cosas buenas se pueden sacar de esta crisis compartida.

Para esto, será importante tomar en cuenta y diferenciar a las emociones colectivas de las sociales. ¿Qué significa esta distinción? Por la primeras, me refiero a las situaciones en donde el sujeto emocional es plural. Es decir, que aquella persona que experimenta una emoción, lo hace en tanto que se entiende a sí misma como perteneciente a un grupo. La persona tiene una emoción bajo la narrativa de pertenencia grupal. Smith y Mackie (2016) proponen esta noción para lo que ellos llaman “emociones intergrupales”. Dicen de estas que:

surgen cuando las personas se identifican con un grupo social y responden emocionalmente a eventos u objetos que inciden en el grupo [...]. El “grupo” en esta conceptualización puede ser un número relativamente pequeño de personas que interactúan cara a cara (como un comité o un equipo deportivo), o una categoría social más grande de personas que no interactúan cara a cara (como una, identidad étnica, de género o religiosa). (Smith y Mackie, 2016: 412, mi traducción).

La persona que tiene una emoción intergrupala o colectiva se identifica psicológicamente como integrante de algo más grande. Aquello que la afecta le ocurre bajo la descripción de una pertenencia grupal. Esta pertenencia forma parte de su identidad psicológica en el contexto determinado en el cual experimenta la emoción. La emoción particular del individuo puede seguir siendo entendida a

partir del modelo presentado previamente, como una representación evaluativa. Se sigue tratando de un estado evaluativo en donde el objeto de la emoción se experimenta en tanto que peligroso, si se trata de miedo, novedoso, si se trata de sorpresa, ofensivo, si se trata de enojo, etc.

Sin embargo, en este caso no se tiene a la emoción en tanto que un “yo” apartado y singular, sino bajo la descripción de pertenencia a un grupo, de un “nosotros”, por así decirlo. Por ejemplo, esto puede ocurrir si tenemos resentimiento hacia alguien, en tanto que nos ofendió en tanto que integrante de *nuestra* familia, o nos sentimos agredidos en tanto que pertenecemos o somos miembros de *nuestro* equipo, nuestro género, nuestra raza, nuestra nacionalidad, nuestra cultura, etc. En este sentido, me parece que una buena manera de entender el miedo ante la COVID-19 no es solo mío, sino nuestro. Nos afecta en tanto que humanidad.

Esta clase de distinción hace énfasis en el carácter grupal del *sujeto* de la emoción. A diferencia de esto, propongo llamar “emociones sociales” a aquellas en donde el énfasis social está en el *objeto* de la misma. Si, por ejemplo, yo, como individuo particular, siento compasión ante la injusticia que sufre un grupo oprimido, pero yo no me identifico como perteneciente a dicho grupo, entonces podríamos decir que mi compasión es de índole social, pero no es un sentimiento colectivo. Claro que bajo algún contexto puedo tener una emoción que es colectiva y social, como cuando siento culpa por lo que mi grupo le ha ocasionado a otro grupo. Pero no es necesario que lo colectivo sea social, ni viceversa. Esta distinción será relevante para poder enfatizar la clase de beneficios que se pueden obtener sobre el hecho de vivir una crisis global en donde el enemigo, en buena medida, no es un agente social: es un virus.

Hay varias ventajas al hacer énfasis en la narrativa colectiva respecto del miedo en la pandemia. La primera tiene que ver con la clase de valor que pueden traer consigo las emociones colectivas. Como apunta Brady (2016), las emociones pueden tener un rol epistémico. En particular, pueden informar al gobierno sobre aquello que es importante, lo que debe ser tomado en cuenta en relación a la población civil. Como un ejemplo de esto, Brady se pregunta:

¿Por qué existe una conexión tan estrecha entre la emoción grupal o pública y el establecimiento de consultas populares? Una razón central es que las indagaciones públicas se realizan con respecto a hechos sobre los que existe una preocupación colectiva o pública [...]. En otras palabras, las emociones grupales pueden informar al órgano de gobierno de que algo les preocupa o que es importante [...]. (Brady, 2016: 106-7).



De esta forma, el hecho de que temamos las posibles consecuencias negativas que trae la COVID-19, tanto sanitarias como económicas, es un buen indicador de dónde se ha de poner la atención en términos de políticas públicas que apoyen y ayuden a la sociedad, a nosotros. En otras palabras, si tanta gente tememos sobre el hecho de que nuestra vida esté en juego debido a los contagios de COVID-19, si tantas personas tememos perder nuestros empleos y fuentes de ingresos, esto quiere decir que esos riesgos son importantes para la sociedad y, por ello mismo, que el gobierno habría de otorgar particular atención y dedicar sus esfuerzos para prevenir y reducir los daños en relación a esto.

Esto no quiere decir, claro, que todo lo que trae consigo el miedo colectivo sea bueno. Podemos entrar en un pánico masivo, en un estado de cobardía máxima y extendida, que ponga precisamente en juego nuestro bienestar, nuestro balance como sociedad. Sin embargo, la oscuridad, por contraste, a veces nos ayuda a ver con más claridad algunos destellos de luz. El miedo colectivo no solo nos ayuda a entender mejor qué nos aqueja como grupo, sino que también puede servirnos como medio para generar y, sobre todo, para promover conciencia grupal. Si nos aqueja el mismo mal, tal vez es porque formamos parte del mismo grupo. Si navegamos las mismas aguas, tal vez también estamos en el mismo barco.

La colaboración es más probable cuando tenemos un objetivo común, cuando pertenecemos al mismo equipo. Cuando las personas se identifican con un grupo, y su pertenencia se hace explícita en una situación específica, sus actitudes y comportamiento tienden a alinearse con las normas grupales y acercarse hacia el estereotipo del mismo (Hogg y Turner, 1987; Simon y Hamilton, 1994). Los miembros de un grupo

se alinean motivacionalmente con el grupo, por lo que ven las acciones que promueven los intereses del grupo como deseables y beneficiosas. Perciben a otros miembros del mismo grupo (el “grupo interno”) como similares a ellos mismos y agradables, y tienden a tratarlos con justicia y equidad, mientras que les niegan estos beneficios a los miembros de los grupos externos (Smith y Mackie, 2016: 413, mi traducción).

La idea es simple, si tú y yo nos concebimos como parte del mismo grupo y, por tanto, tenemos un fin común, tendremos que colaborar para hacer que nuestros propósitos comunes se vuelvan tangibles. Si ambos deseamos ganar el partido de fútbol, por decir algo, habrá que poner nuestros esfuerzos en opti-

mizar nuestras capacidades para meter goles y obtener la victoria. Así también, una de las ventajas de la pandemia es que es un fenómeno colectivo, nos aqueja en tanto que nos podemos contagiar y que afecta nuestra economía global. Si notamos y enfatizamos que nos incluye a todos, de una u otra forma, esto nos puede ayudar a construir una narrativa en donde quepamos todos y en donde colaboremos como pertenecientes a un mismo equipo.

Esto trae consigo ciertos obstáculos. Sin embargo, hay que hacerlos visibles para esquivarlos. Por ejemplo, al generar identidad con un grupo se puede promover, simultáneamente, rivalidad con otro u otros más. Esto puede ocurrir a varios niveles. Se puede generar una rivalidad de clase, de raza o de una nación contra otra. Aquellas personas con menos recursos pueden quedar más vulnerables a los contagios, pues su cotidianidad los empuja a estar más expuestos, ya sea por la densidad poblacional en sus lugares de vivienda, por la necesidad de exponerse a otras personas al usar transporte público, etc. Otro grupo que queda más expuesto es el sector médico, por la sencilla razón de que ellos, como parte de su labor profesional, están cerca de los puntos infecciosos.

Es fácil partir al mundo donde aquel que está en peores condiciones se vuelva el otro. Sin embargo, la propuesta es hacer énfasis, precisamente, en el carácter colectivo del fenómeno al que nos enfrentamos. No solo se trata de una emoción social en el sentido que aqueja a un grupo de personas. La propuesta es enfatizar la narrativa de el miedo a la pandemia como una emoción colectiva. El agente peligroso no es un problema de *ellos*, sino de *nosotros*.

Mientras seamos más en el mismo equipo, con el mismo fin, más recursos tendremos para vencer al enemigo común.

## Créditos

Este capítulo se elaboró en la UNAM, en el marco del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, por el autor, quien es becario del Instituto de Investigaciones Filosóficas y trabaja bajo la asesoría de la Dra. Olbeth Hansberg.

## Referencias

- Amadeo, P. (Ed.). (2020). *Sopa de Wuhan: Pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).
- Anscombe, G. E. M. (1958). "Modern Moral Philosophy". *Philosophy*, 33(124), 1–19.
- Aristóteles (1985). *Ética a Nicómaco; Ética a Eudemo*. Vol. Biblioteca Clásica Gredos 89 (J. Palli Bonet, Trans.). Gredos. (Original publicado ca. 335-330 A.E.C).
- Brady, M. S. (2004). "Against Agent-Based Virtue Ethics". *Philosophical Papers*, 33(1), 1–10. <https://doi.org/10.1080/05568640409485132>.
- \_\_\_\_\_ (2016). "Group Emotion and Group Understanding". En M. S. Brady y M. Fricker (Eds.). *The Epistemic life of Groups: Essays in the Epistemology of Collectives*, Oxford University Press.
- Bramble, B. (2020). *Pandemic Ethics: 8 Big Questions of COVID-19*. Bartleby Books.
- Damasio, A. (2005). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain* (Illustrated Edition), Penguin Books.
- Damasio, A. R. (2004). "Emotions and Feelings: A Neurobiological Perspective". En Manstead, A. S. R.; Frijda, N.; y Fischer, A.; (Eds.), *Feelings and emotions: The Amsterdam symposium* (49-57). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511806582.004>.
- Deonna, J. A. y Teroni, F. (2009). "L'intentionnalité des émotions: Du corps aux valeurs". *Revue Européenne Des Sciences Sociales*, 47(144), 25-41.
- Deonna, J. y Teroni, F. (2012). *The Emotions: A Philosophical Introduction*. Routledge.
- DePaul, M. y Zagzebski, L. (Eds.). (2003). *Intellectual Virtue: Perspectives from Ethics and Epistemology*. Oxford University Press.
- Ekman, P. (1989). "The Argument and Evidence About Universals in Facial Expressions of Emotion". En Wagner, H.; y Manstead, A.; (Eds.), *Handbook of Social Psychophysiology* (143-164). Wiley.
- Hogg, M. A. y Turner, J. C. (1987). "Intergroup behaviour, self-stereotyping and the salience of social categories". *British Journal of Social Psychology*, 26(4), 325-340. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1987.tb00795.x>.

- Hursthouse, R. y Pettigrove, G. (2018). "Virtue Ethics". En Zalta, E. N. (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Invierno, 2018). Stanford University. <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/ethics-virtue/>.
- James, W. (1884). "What is an Emotion?". *Mind*, 9(34), 188-205. <https://doi.org/10.1093/mind/os-IX.34.188>.
- Leach, C.; Spears, R.; Branscombe, N.; y Doosje, B. (2003). "Malicious Pleasure: Schadenfreude at the Suffering of Another Group". *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 932-943. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.932>.
- Prinz, J. J. (2004). *Gut reactions: A perceptual theory of emotion*. Oxford University Press.
- Schachter, S. y Singer, J. (1962). "Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state". *Psychological Review*, 69(5), 379-399. <https://doi.org/10.1037/h0046234>.
- Shakespeare, W. (2016). *El Mercader de Venecia*. textos-info: biblioteca digital abierta. (Original publicado en 1600).
- Simon, B. y Hamilton, D. L. (1994). "Self-stereotyping and social context: The effects of relative in-group size and in-group status". *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(4), 699-711. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.699>.
- Smith, E. R.; y Mackie, D. M. (2016). "Intergroup emotions". En Barrett, L. F.; Lewis, M.; y Haviland-Jones, J. M.; (Eds.), *Handbook of Emotions*, Fourth Edition (4a Ed., pp. 412-423.). The Guilford Press.
- Teroni, F. (2007). "Emotions and Formal Objects". *Dialectica*, 61(3), 395-415. <https://doi.org/10.1111/j.1746-8361.2007.01108.x>.

## CAPÍTULO 9. Emociones, socialidad y la nueva normalidad

*Juan Loaiza*

No son pocas las emociones que hemos sentido durante la pandemia. Miedo, incertidumbre, ansiedad, sorpresa, preocupación son algunas de las emociones o actitudes comunes que hemos visto a lo largo de estos meses de crisis sanitaria. A mi parecer, estas emociones responden a quizás dos grandes preocupaciones. Primero, nos preocupa la pandemia, nuestro bienestar, nuestra salud y la de aquellos que nos rodean, asuntos relacionados directamente con la posibilidad de portar el virus y contagiarnos o contagiar a otros. Y segundo, nos preocupa nuestra vida durante la pandemia, el confinamiento y cuánto más vamos a soportar un mundo que nos es nuevo, ajeno y frente al cual todavía no sabemos bien cómo comportarnos.

Frente a estas preocupaciones, podría pensarse que el regreso a la normalidad –o a la “nueva normalidad”, como se ha llamado– constituiría un descanso de estas las afugias actuales. ¿Quién no sueña con el día en el que podamos salir nuevamente, ver a nuestros amigos y familiares en persona, abrazarles sin miedo y celebrar que todo esto ha quedado atrás? ¿Cómo podríamos no querer despegarnos de nuestras pantallas, dejar atrás las videoconferencias y volver a interactuar unes con otros viéndonos directamente a la cara?

Y sin embargo, varios han expresado el sentimiento opuesto. No son pocas las personas que frente a la posibilidad del fin de la pandemia y del confinamiento, expresan ansiedad y temor. ¿Cómo será el mundo cuando salgamos? ¿Cómo será volver a estar en un bus o un metro completamente lleno de personas sin usar tapabocas? ¿Y cómo será volver a los conciertos, las discotecas, que nuestra vida cotidiana involucre el contacto cercano con otros, a veces incluso demasiado cercano?

A mi parecer, nuestras emociones a propósito de la “nueva normalidad” en este sentido son bastante informativas. La ansiedad y el temor que tenemos a propósito del fin de la pandemia, a retornar a nuestras vidas cotidianas, nos indica ya de un efecto importante y que determinará muchas de nuestras estrategias emocionales en el futuro próximo, a saber, que nuestro mundo social ha cambiado radicalmente. En otras palabras, la crisis sanitaria no solo nos ha hecho reevaluar nuestros hábitos de higiene y salubridad, sino que ha reconfigurado muchos aspectos del mundo social, de la interacción y la rutina, al punto que no sabemos ya cómo lograremos navegar el mundo social al salir.

En este texto, me propongo reflexionar –aunque sea de manera muy especulativa– sobre la ansiedad social y el temor que les provoca a algunas personas salir del confinamiento y entrar en la “nueva normalidad”. En particular, me gustaría presentar tres ideas para pensar en el rol de las emociones en lo que vendrá en el futuro próximo. Primero, me gustaría resaltar el rol que cumplen las emociones en cómo navegamos el mundo social y mostrar cómo atender a nuestras emociones durante este proceso de entrada en la nueva normalidad nos puede ofrecer información sobre nosotros mismos y el nuevo mundo social en el que entraremos. Segundo, me gustaría especular sobre algunos cambios en el mundo social que creo podemos ver ya en las formas de ansiedad social y los temores que las personas que tengo en mente han expresado. En particular, me gustaría distinguir algunos matices emocionales, unos en torno a preocupaciones que podríamos llamar “sanitarias” (e.g., temor a contagiarse o culpa por contagiar a otros) y otros en torno a nuestra interacción con otros (e.g., cómo navegar espacios públicos y eventos sociales grupales en la nueva normalidad). Y tercero, me gustaría explorar algunas analogías entre la ansiedad social en cuestión y dos fenómenos psicológicos que pueden darnos pistas sobre cómo manejar nuestras emociones en la nueva normalidad, a saber, el trastorno del espectro autista (TEA) y el choque cultural. A mi parecer, es mucho lo que podemos aprender de nosotros si atendemos a lo que conocemos sobre estos fenómenos, a la vez que podemos mejorar nuestra comprensión de los mismos durante nuestro tránsito hacia la nueva normalidad.

## Las emociones en el mundo social

Para entender el rol de las emociones en nuestra vida social, debemos primero preguntarnos: ¿qué son las emociones? Son muchas las teorías y todavía no tenemos una respuesta, pero podemos aproximar algunos detalles. En primer

lugar, las emociones son reacciones de nuestro cuerpo, a menudo automáticas y rápidas, que se nos presentan repentinamente sin que seamos nosotros los causantes de las mismas. A menudo cuando sentimos una emoción, nos vemos inundados de una sensación correspondiente, sensación que captura nuestra atención de la que es difícil distraernos. Además, sentimos estas reacciones en distintas partes de nuestro cuerpo. Así pues, decimos que cuando estamos tristes nos “duele” el corazón, o cuando sentimos alegría sentimos calor, o cuando sentimos ira sentimos presión en nuestra cabeza. En todas esas reacciones, es nuestro cuerpo el que nos indica que algo está ocurriendo.

Son varias las teorías que llaman la atención sobre el rol del cuerpo en las emociones. Un ejemplo clásico son las teorías perceptuales (James, 1884; Prinz, 2004). Para las teorías perceptuales, las emociones son la percepción de cambios en nuestro cuerpo. Así pues, sentir tristeza no es más que percibir que mi corazón baja su ritmo y que ahora tengo una sensación en los ojos que me invita a lagrimear; sentir alegría es sentir que mi corazón se excita y que mi cuerpo se siente activo, listo para la acción, etc. Las emociones aparecen entonces como productos de reacciones en mi cuerpo, como causadas por la actividad de mi sistema nervioso sobre mi experiencia.

Otra familia de teorías que hace énfasis en el cuerpo son las teorías de las emociones básicas, popularizadas por el trabajo del psicólogo estadounidense Paul Ekman (1992a, 1992b). Según las teorías de las emociones básicas, las emociones se identifican como patrones concretos de actividad fisiológica biológicamente determinados. ¿Qué significa esto? Para las teorías de las emociones básicas, sentir tristeza es tener cierta forma de actividad en nuestro sistema nervioso autónomo, el sistema que se encarga de las reacciones viscerales como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, dilatación de las pupilas, etc., esto es, aquellas reacciones que no están bajo mi control. En este caso, las emociones aparecen también como intrínsecamente ligadas al cuerpo, aunque ahora el énfasis yace sobre los patrones de actividad fisiológica y no sobre cómo percibo yo estos cambios.

Tanto las teorías perceptuales como las teorías de las emociones básicas nos enseñan algo muy interesante sobre las emociones, a saber, que para que las emociones estén atadas tan estrechamente a las reacciones de nuestro cuerpo, tuvieron que cumplir un rol importante en la supervivencia de nuestra especie, es decir, tuvieron que cumplir un rol en nuestra evolución como seres humanos. Si las emociones no hubiesen tenido lugar en nuestra superviven-

cia, ¿por qué entonces tenemos todas reacciones emocionales tan similares? ¿Por qué nuestros cuerpos están ya preparados para ciertos modos de actividad que clasificamos como emociones?<sup>1</sup>

Hay dos formas en las que se cree que las emociones pudieron haber contribuido con nuestra supervivencia. Una es ayudándonos a reaccionar rápidamente ante lo que ocurría en nuestro ambiente. Por ejemplo, si vemos un peligroso animal acechándonos, nuestra reacción de temor nos permite reaccionar rápidamente, salir corriendo antes de que nuestro depredador logre devorarnos. En ese sentido, tener cuerpos preparados para reaccionar con temor nos pudo haber ayudado a sobrevivir en un ambiente hostil.

Una segunda forma en la que las emociones pudieron ayudarnos en nuestra supervivencia, más cercana a las ideas que quiero introducir, es promoviendo la afiliación y cooperación entre miembros de la especie. Estar en la capacidad de sentir alegría por los éxitos compartidos con otros seres humanos, sentir tristeza por la pérdida de otros o sentir ira hacia las faltas de los demás son todas formas que, según la investigación en esta área, permitieron vínculos entre los humanos. Estos vínculos, a gran escala, llevaron a que los seres humanos nos agrupáramos y constituyéramos una comunidad (Nesse, 1990).

En este sentido, la investigación nos muestra cómo nuestras emociones están estrechamente ligadas a nuestra vida social. Nuestra vida social, en un sentido mucho más básico que lo que podríamos ver de entrada, está mediada por nuestras emociones. Y esto no solo se extiende a emociones básicas como la alegría, la tristeza o la ira. Si pensamos ahora en emociones más complejas, como la vergüenza o el orgullo, estas son ciertamente emociones de muchísima importancia en la constitución de comunidades y vida social. La vergüenza, por un lado, es una emoción que surge frente a la falla percibida frente a una norma social o moral (Crozier, 2014).<sup>2</sup> El orgullo, por su parte, es una emoción que nos incentiva a buscar la aprobación de otros a nuestro alrededor, es una emoción

---

<sup>1</sup> Si bien estoy basando mi argumento en las teorías de las emociones básicas y las teorías perceptuales, el argumento no depende fuertemente de ellas. La gran mayoría de teorías de las emociones actualmente aceptan algún rol del cuerpo en las emociones, con la excepción quizás de algunas formas de cognitivismo (Nussbaum, 2001; Solomon, 1973/2003).

<sup>2</sup> Es interesante resaltar que mucha de la investigación sobre las emociones se publica en inglés, lo que introduce dificultades lingüísticas en la traducción de la investigación. En este caso en particular, el inglés distingue entre dos formas de la vergüenza: “embarrassment”, que se ve como ligada a las fallas frente a normas sociales, y “shame”, que se ve como ligada a fallas frente a normas morales. En el español, sin embargo, no contamos con esta distinción lingüística.



positiva atada a los logros dentro de un marco social determinado (Sznycer *et al.*, 2017). Ambas emociones nos ayudan a regular nuestro comportamiento y fomentan actitudes prosociales, sea en términos de respetar normas morales o sociales de nuestra comunidad o como incentivo para cooperar con otros.

Hay una forma más en la que las emociones sirven como base para nuestra vida social, una que ha comenzado a ser estudiada con más atención en las últimas décadas. Para algunos modelos recientes de la mente, nuestra mente es una suerte de máquina predictiva (Clark, 2013). Nuestros estados mentales, bajo esta perspectiva, son formas en las que nuestro cerebro predice lo que hay en el ambiente y se forma un modelo de la realidad. Este modelo va actualizándose a medida que vamos navegando el mundo y ganando más experiencia. Para estos modelos, las emociones también responden a formas en las que nuestra mente predice el mundo. Particularmente, las emociones pueden verse aquí como formas en las que nuestro cuerpo llama la atención sobre un objeto en el ambiente de modo urgente. Este llamado de atención ocurre a veces cuando nuestras predicciones sobre el ambiente no concuerdan con aquello que encontramos en él, caso en el cual tenemos emociones negativas. A su vez, puede también que nuestras predicciones estén alineadas con el mundo, caso en el cual podemos sentir emociones positivas.

Consideremos el siguiente ejemplo. Vamos caminando por la calle y repentinamente escuchamos un estallido. El estallido constituye un evento que no podíamos predecir, que el modelo de la realidad en nuestra mente no contiene como parte de nuestra vida cotidiana (asumiendo que no vivimos en un mundo donde los objetos estallan constantemente a nuestro alrededor). Dada esta falla predictiva, nuestro cuerpo reacciona violentamente invitándonos a cubrirnos o a huir del estallido, esto es, con una reacción de temor. Así pues, el temor en esta perspectiva no solo puede ser visto como una reacción corporal que nos ayudó en nuestra evolución, sino ahora también como producto de una falla en las predicciones que nuestra mente hace a medida que vamos por el mundo.

Si las emociones pueden verse entonces como reacciones frente a las predicciones que hacemos en el mundo, esto nos sugiere una ruta interesante para pensar en nuestras emociones en la pandemia, a saber, nos invita a pensar en nuestras emociones en este contexto como dándonos información sobre cambios en nuestro ambiente. En otras palabras, viendo qué tipo de emociones tenemos durante la pandemia, podemos ver cómo está cambiando nuestro mundo, y cómo nuestros cuerpos nos lo informan.

## Cambios en el mundo social desde nuestras emociones

El mundo en la pandemia es radicalmente diferente al de antes de estas preocupaciones. Es también claro que a futuro nuestro mundo será también muy distinto al que acostumbrábamos navegar. Ahora está cargado de preocupaciones que no teníamos antes, de cuidados y angustias que no habíamos vivido y que, para muchos, están aquí para quedarse.

A continuación dividiré estas emociones en dos clases. Por un lado, muchas de las emociones parecen referir a emociones a propósito del coronavirus, a nuestra salud y el riesgo que la enfermedad supone para nosotros y nuestra especie. Llamaré a estas emociones “emociones sanitarias”, para enfatizar que se trata de emociones ligadas directamente a la emergencia sanitaria presente.

Sin embargo, estas no son las únicas preocupaciones y angustias que pasan por nuestra mente. Muchas de las nuevas preocupaciones, y las que me interesa discutir más a fondo en este texto tienen que ver con nuestra vida social. ¿Cómo trataremos unos con otros? ¿Cuándo podremos tener una interacción normal, si es que la tendremos nuevamente? Incluso cosas tan sencillas como, ¿Cómo nos saludaremos unos a otros? Estas emociones las denominaré “emociones sociales”, no refiriéndome ahora a las canónicas emociones sociales en la investigación, sino para hacer énfasis en que son emociones sobre nuestra vida social en la pandemia.

### Emociones sanitarias

Cuando pensamos en las emociones a propósito del coronavirus, pensamos en primer lugar en el temor. Temor de contagiarnos, temor de contagiar a otros, temor a la enfermedad y a sus posibles consecuencias. Ciertamente, el temor es en este contexto una de las emociones más comunes y esperables. Después de todo, el virus supone efectivamente una amenaza y, siguiendo las ideas de la última sección, somos seres con un andamiaje emocional preparado para sentir reacciones de temor frente a las amenazas. No hay mucho más que decir sobre este tipo de temor que no se haya dicho antes. Tememos las consecuencias de la enfermedad y tememos de manera constante, pues el virus, en tanto es una amenaza invisible, supone una amenaza constante de la que no sabemos con claridad cómo huir (aparte de aplicar medidas de distanciamiento social e higiene).

No obstante, el temor al virus no es la única emoción que surge con respecto a la crisis sanitaria. En un estudio realizado en Argentina a comienzos del 2020, Johnson, Salett-Cuesta y Tumas (2020) investigaron cuáles son las emociones más sobresalientes en el contexto de la pandemia. Para ello, hicieron encuestas diseñadas para estudiar las respuestas emocionales a más de 1000 personas. Luego contaron cuáles son las emociones que más se sienten en la población, cuáles se citan con más frecuencia y observaron algunos patrones interesantes.

Entre los varios patrones que mencionan Johnson y colegas en su estudio, hay uno aparte del temor ya mencionado que saltó a mi atención: según las investigadoras, hay entre las personas un sentimiento de *responsabilidad* hacia otros a raíz de la emergencia sanitaria. Según su reporte, las personas sienten que tienen responsabilidades muy fuertes en términos de mantener distancia física o mantener buenos hábitos de higiene. Estos sentimientos de responsabilidad, a su vez, generan reacciones negativas hacia quienes no cumplen con los cuidados necesarios para superar la crisis. Como lo reportan las investigadoras:

Ello [el sentimiento de responsabilidad] se traduce, por un lado, en respeto y cuidado hacia los demás, especialmente de quienes pueden estar en una posición más vulnerable frente al virus, pero también en el cuestionamiento de las conductas de algunas personas frente a las medidas de prevención, que son calificadas como irresponsabilidad, tal como da cuenta esta expresión: *La incapacidad de mucha gente para respetar normas por un bien común superior. Egoísmo* (Ola 1, mujer, 36 años). (Johnson *et al.*, 2020: 2451, énfasis en el original).

A mi parecer, podemos ver en este cuestionamiento un potencial también para la ira. Sentir ira puede describirse como una reacción que, a menudo, ocurre cuando otros a nuestro alrededor fallan en una norma que a nosotros nos es importante y que puede afectarnos directamente; por ejemplo, cuando nuestro amigo miente para salirse con la suya, o cuando un político roba dinero público para su propio beneficio. En todas estas ocasiones, es razonable (si no frecuente) reaccionar con ira hacia nuestro amigo o el político, pues han fallado en una norma importante y esta falla es percibida por nosotros como un daño. Del mismo modo, es plausible pensar que las personas pueden sentir ira hacia quienes, a diferencia de ellas, no respetan las políticas de cuidado de las cuales depende que salgamos eventualmente de la pandemia.

## Emociones sociales

Como dije antes, hay otro conjunto de emociones en el contexto de la pandemia que se relacionan, ya no directamente con el virus o nuestra salud, sino con nuestra vida social. Estas emociones nos indican que nuestro mundo social ha cambiado y hacen parte de las dificultades que debemos enfrentar para acomodarnos a estas nuevas dinámicas sociales.

Cuando pensamos ahora en nuestro mundo social, lo primero que viene a la cabeza probablemente es el cambio que ha surgido en nuestra interacción a raíz del confinamiento y el distanciamiento social. En el mundo hispanohablante, es claro que no saludar de beso, no abrazar, no tener ningún tipo de contacto con nuestros allegados es un cambio que hemos sentido y que no hemos de subestimar. De modo similar hemos tenido que abandonar los encuentros con grupos grandes de personas y nos hemos restringido a encuentros mucho más íntimos con algunos pocos amigos y familiares, guardando por supuesto la distancia y las normas sanitarias correspondientes.

En el estudio mencionado anteriormente de Johnson y colegas, vemos varios patrones relacionados con nuestras emociones sociales. Dos de ellos me parecen interesantes para resaltar. En primer lugar, las personas que participaron del estudio reportan sentir soledad relacionada con el encierro y el aislamiento. Por supuesto, es esperable que sintamos tales emociones, que frente a una política de cuarentena –estricta o flexible– sintamos soledad al no tener el mismo nivel de contacto con otros que teníamos antes.

Esta soledad, dicen las investigadoras, lleva a lo que ellas denominan la “valorización de la interdependencia”. Como la definen Johnson y colegas:

En esta valorización y reconocimiento de las personas como seres sociales, se destacan los valores de solidaridad, empatía, unión y conciencia social. Las expresiones analizadas dan cuenta de una tendencia a valorar positivamente los lazos sociales y comunitarios, que por un lado aparecen como una demanda de empatía y conciencia social para sostener las medidas sanitarias, y que la mayoría de las personas valora puede ser beneficiosa para la sociedad: *Entender que nadie se salva solo. Si nos cuidamos y prevenimos se evitan más muertes* (Ola 2, mujer, 37 años); *Comunidad, mayor sentido de un cuidado entre pequeñas comunidades* (Ola 2, hombre, 26 años); *Unión de la sociedad* (Ola 2, hombre, 57 años) (Johnson et al., 2020: 2452).

La valorización de la interdependencia puede entenderse entonces como el surgimiento de actitudes positivas más explícitas sobre lo que significa estar con otros, sobre la importancia de la compañía de los demás, tanto en un sentido “estrecho” que refiere a los lazos sociales cercanos (*e.g.*, familia y amigos) como en un sentido más amplio que refiere a los lazos con nuestros congéneres como comunidad.

Además de la soledad y la valorización de la independencia, hay un conjunto de emociones sociales surgiendo que también merece nuestra atención, y que se relacionan con nuestro eventual regreso a la nueva normalidad. Estas son las emociones que mencioné en la introducción y sobre las cuales podemos ahora reflexionar con las herramientas expuestas, a saber, la ansiedad social y el temor a un nuevo mundo social. Permítanme explicar cómo veo estas emociones y lo que estas significan para mi hipótesis sobre el mundo social en la nueva normalidad.

En los últimos meses, con la implementación gradual de medidas para volver a una nueva normalidad, varias personas han expresado algunas formas de ansiedad sobre la idea de salir a la calle. No se trata aquí de ansiedad sobre las posibilidades de contagio, ni sobre enfermarnos, sino sobre cómo nos comportaremos en el futuro cuando volvamos a una vida social que podamos llamar “normal”. Para muchas personas, es tan incierto el futuro social, que no podemos sino sentir ansiedad al imaginar cómo será el mundo cuando volvamos a tomar buses cargados de personas, cuando estemos en un salón de clase o en un concierto, cuando tengamos cientos de personas a nuestro alrededor, cerca nuestro, incluso aunque estemos seguros de que no contraeremos ninguna enfermedad.

Si bien no hay todavía estudios sobre la ansiedad social a la que me refiero, aquella que se siente sobre la idea misma de salir y reajustarse al mundo, sí existen ya algunos reportes periodísticos anecdóticos (Butterly, 2020). En algunas notas se le ha llamado incluso el “Síndrome de la cabaña” («Síndrome de la cabaña, miedo a salir después de la cuarentena», 2020), aunque este no es un término que se encuentre en la literatura médica o psicológica. En cualquier caso, a lo que se refiere este “síndrome” es a la ansiedad que puede sentirse al pasar un período de tiempo en el encierro, como el que sentiríamos al pasar mucho tiempo en una cabaña.

¿Cómo podemos describir esta ansiedad y temor de salir al mundo tras meses de confinamiento? En la discusión anterior sobre las emociones tenemos ya varias pistas que nos pueden ayudar a describir este fenómeno. Recordemos que en la sección anterior explicamos cómo las emociones se relacionaban con nuestra vida social, siendo estas (al menos parcialmente) reacciones corporales que nos preparan para la acción y que se desprenden de nuestras expectativas y predicciones sobre lo que ocurre en el ambiente. Así, por ejemplo, entendíamos el temor como una emoción que nos prepara para la huida rápida frente a eventos en el ambiente que no habíamos previsto y que podrían suponer una amenaza para nosotros.

Siguiendo esta idea según la cual las emociones nos dan información sobre aquello que podemos predecir en el ambiente, podemos arrojar la siguiente hipótesis: la ansiedad social es una emoción que se desprende de fallas de predicción del mundo social. Así como el temor en general es provocado por eventos que no preveíamos y que son importantes para nosotros, podemos ahora entender la ansiedad como la reacción de nuestro cuerpo diciéndonos “¡No sé cómo navegar este mundo con otros alrededor!”. Con esta hipótesis en mano, podemos preguntarnos: ¿qué acaso es lo que ya no podemos predecir correctamente que nos lleva a esta ansiedad?

A mi parecer, hay varios cambios en el mundo social que podrían provocar estas formas de ansiedad social. En una primera aproximación, siguiendo a Kurth (2016), podemos decir que la ansiedad social en general se debe a fallas en predecir las normas sociales de un ambiente en el cual es vital conocer las normas en juego. En sus palabras:

El problema central es que actuar frente a normas vagas, incompletas o conflictivas nos pone en una posición en donde la decisión propia sobre qué hacer –cualquiera que sea– puede ser razonablemente vista como una violación a la norma. Esto obviamente lleva a dificultades para el individuo, quien debe decidir qué hacer. [...] Mitigar los problemas asociados con la incertidumbre normativa requiere que los individuos/los grupos tengan maneras de tanto (1) reconocer que hay una falta de claridad problemática en las normas como de (2) revisar esas normas en una manera que sea aceptable interpersonalmente.

Es aquí donde entra la ansiedad práctica. Como una emoción que es sentida de cara a la incertidumbre normativa, está bien equipada para funcionar como el tipo de mecanismo de consciencia social necesario para satisfacer el requisito (1). Ade-

más, la ansiedad práctica también tiende a provocar la deliberación, recolección de información y otros comportamientos epistémicos que son importantes para asegurar las revisiones de normas interpersonalmente aceptables del requisito (2). (Kurth, 2016: 15, traducción propia).

¿Qué quiere decir Kurth con esta descripción de la ansiedad? Para el filósofo, la “ansiedad práctica” como él la llama tiene que ver con situaciones en las que las normas sociales son inciertas y percibimos cualquier acción como una potencial falla en la norma. Este tipo de ansiedad es común en ambientes que son desconocidos, como la primera vez que vamos a una fiesta con un grupo de desconocidos y sentimos ansiedad por no saber cómo comportarnos. Estas son las situaciones que él llama situaciones de “incertidumbre normativa”. Frente a estos contextos, una reacción como la ansiedad nos sirve para alertarnos de que no sabemos qué normas seguir, lo que nos ayuda a pensar más detenidamente y preocuparnos por recoger información sobre cómo navegar ese contexto. Esto es lo que él llama “comportamientos epistémicos”, aquellos comportamientos que nos ayudarán a superar la incertidumbre que sentimos con respecto a las normas.

El análisis de Kurth sobre la ansiedad social o práctica nos ofrece un marco conceptual interesante para entender la ansiedad que estamos intentando analizar, aquella provocada por la salida del confinamiento y la entrada en la nueva normalidad. El contexto de una nueva normalidad es, por definición, un contexto en el cual las normas sociales todavía no están establecidas, y por lo tanto es una situación de alta incertidumbre normativa. ¿Podemos saludar de beso? ¿Darnos la mano? ¿Es aceptable abrazar a otros? ¿Qué distancia debemos mantener con extraños? ¿Cuántas personas es aceptable que haya en un salón? Todas estas son preguntas que para muchos son inciertas y de las cuales dependen nuestros comportamientos sociales. A su vez, son preguntas que es importante contestar, so pena de provocar reacciones de ira y ser calificados como irresponsables.

¿Cómo manejar nuestras emociones en la nueva normalidad?

Hemos dicho entonces que algunas formas de ansiedad asociadas a la nueva normalidad se deben a que saldremos a un mundo social con cambios radicales cuyas normas es difícil predecir. ¿Qué podemos hacer entonces para hacer nuestro

tránsito uno más llevadero? ¿Cómo podemos facilitar nuestro paso a la nueva normalidad y adoptar estrategias que nos permitan manejar nuestra ansiedad e incertidumbre? A mi parecer, podemos aprender mucho de dos experiencias que algunas personas tienen y que nos dan pistas sobre nuestra situación actual, a saber, las experiencias de las personas con trastorno del espectro autista y el choque cultural.

## Analogías con el trastorno del espectro autista

El Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) es un trastorno relacionado particularmente con la socialización. El Manual *Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) caracteriza este trastorno de la siguiente manera:

El trastorno del espectro autista es caracterizado por déficits persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos, incluyendo déficits en la reciprocidad social, las conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender relaciones. (American Psychiatric Association, 2013: 31).

Según esta caracterización, el TEA se puede entender entonces de manera vaga, aunque no del todo equivocada, como un trastorno relacionado con la capacidad de una persona de entender y por lo tanto predecir el mundo social, algo similar a la situación en la que nos encontramos con relación a la nueva normalidad.

Las personas diagnosticadas con TEA no siempre comprenden correctamente las normas sociales de su entorno. Por ejemplo, fenómenos sociales como el sarcasmo o la ironía son problemáticos para muchas de estas personas, pues entender un enunciado irónico de manera no literal requiere habilidades sociales que pueden estar comprometidas. Lo mismo ocurre con normas sociales que puedan permanecer implícitas o que no son enunciadas de manera abierta en un grupo social determinado. Esto lleva a que las personas con TEA a menudo sean vistas como extrañas y a que ellas mismas tiendan a aislarse y evitar espacios sociales que puedan resultar complicados y estresantes.

A mi parecer, hay dos formas en las que podemos aprender en este momento de las experiencias que tienen estas personas navegando el mundo social. En primer lugar, las personas con TEA a lo largo de su vida sienten el tipo de ansiedad e incomodidad con el mundo social que quienes sentimos ansiedad sobre



la socialidad en el mundo post-pandemia podemos sentir. Como dije antes, la ansiedad que se desprende de no querer salir, de no saber predecir cómo nos vamos a comportar, de en últimas no tener claridad sobre las normas sociales del entorno, es una ansiedad similar a aquella a la que se enfrentan prácticamente todos los días las personas con TEA.

Vernos en una situación en la que nos es difícil navegar el mundo social, en la que nos es difícil predecir normas y ajustar nuestra conducta, nos permite entender mejor cómo navegan el mundo social las personas con TEA y nos ofrece una nueva perspectiva que, ojalá, facilite a futuro también nuestra comprensión y empatía hacia esta población. Jac den Houting (2020) expresa esta analogía desde la perspectiva de alguien diagnosticado con TEA con mucha fuerza:

Hay una diferencia vasta entre elegir el autoaislamiento por preferencia y elegirlo –o ser forzado a él– por necesidad. Muchas personas autistas o con discapacidades de algún otro tipo viven vidas de aislamiento no motivadas por la preferencia, sino motivadas por la autopreservación. La exclusión, el matoneo, el acoso y el abuso; los ambientes físicos y sociales inaccesibles; y una falta de servicios y apoyos apropiados pueden significar que para muchos, el autoaislamiento es la única opción. Ahora, la comunidad general se ve enfrentada a las circunstancias en las que demasiadas personas autistas o con otras discapacidades nos encontramos cada día. Solo puedo esperar que esto pueda engendrar empatía por nuestra experiencia y que lleve a más aliados a trabajar junto con nosotros para construir comunidades inclusivas y accesibles cuando la crisis eventualmente termine (Houting, 2020: 104).

Si hacemos caso a la invitación de Houting, debemos entonces ver en nuestra situación una en la que las personas con TEA y otras formas de discapacidad se encuentran a lo largo de sus vidas, lo que debe despertar una mayor comprensión de su experiencia. Pero, además, podemos también tomarnos esta cercanía para aprender de estas personas a cómo navegar un mundo social que nos es extraño. Estas son personas que han aprendido, aunque no por elección, como navegar un mundo social que les es complejo y a menudo incomprensible. Si aprendemos de estas personas, podemos ganar una nueva perspectiva sobre la nueva normalidad, una que ojalá resulte también en una comunidad más inclusiva, como sugiere Houting.

## Nueva normalidad y choque cultural

Otra experiencia que puede resultar análoga a la ansiedad del acercamiento a la nueva normalidad es la experiencia que viven muchos migrantes al llegar a un lugar distinto a su lugar de procedencia, *i.e.*, el choque cultural (también conocido como “estrés aculturativo”, véase Vargas, 2013). Este fenómeno psicológico puede caracterizarse de la siguiente manera:

[...] el término “estrés aculturativo” ha sido usado para describir los problemas y desafíos que experimentan los inmigrantes en el proceso de aculturación, que está inversamente relacionado con su salud física y emocional [...]. Entre los síntomas más comunes relacionados con este tipo de estrés se encuentran los sentimientos de aislamiento, rechazo, conflictos de identidad, ansiedad, enfermedades psicosomáticas y depresión [...] (Vargas, 2013: 23).

La experiencia del choque cultural es una experiencia frecuente que muchas personas que han cambiado de lugar de residencia, incluso de manera temporal, han vivido. Esta experiencia es una cargada de ansiedad, de confusión y de sentimientos de extrañeza y de no estar plenamente acomodado al lugar al cual se acaba de llegar.

¿Qué puede explicar el choque cultural? Siguiendo con la idea según la cual las emociones funcionan como señales que nos dicen qué podemos predecir de nuestro ambiente, podemos ver en la ansiedad que se siente en el choque cultural una forma en la que nuestro cuerpo nos señala que no es posible predecir con certeza el ambiente. La extrañeza del ambiente genera una situación que nuevamente podríamos llamar una situación de incertidumbre normativa, pues cuando llegamos a un nuevo lugar no sabemos cuáles son los comportamientos adecuados y cuáles debemos evitar.

En este sentido, la experiencia de la nueva normalidad, en tanto situación de incertidumbre normativa, también nos puede provocar esa misma sensación. Más aún, quizás la experiencia que más se asemeja, más que la del choque cultural, es la del llamado “choque cultural inverso”, *i.e.*, la sensación de ansiedad e incertidumbre que sienten los migrantes, no al partir, sino al volver a su lugar de origen. Esta sensación, que carga con muchas de las emociones de choque cultural de salida, tiene como agravante que las personas se sienten ansiosas en un ambiente que, en algún sentido, es familiar. En otras palabras, las personas que

sienten choque cultural al regreso sienten que no conocen bien las normas en un ambiente donde, en principio, deberían sentirse en su lugar. Esta, a mi parecer, es parte de la experiencia que sentiremos al retornar a un mundo que, si bien nos es familiar, es en muchos sentidos muy diferente al mundo en el que vivíamos antes.

De modo similar a las analogías anteriores con el TEA, podemos aprender a ver en nuestro ingreso a una nueva normalidad, una forma de choque cultural. Quienes sienten choque cultural requieren un tiempo de adaptación en el que paulatinamente se van introduciendo en un nuevo mundo, aprendiendo nuevas normas y ganando formas de predicción, lo que se traduce en una reducción de sus emociones negativas, especialmente de la ansiedad. De modo similar, podemos prepararnos para un período en el que nuestro ingreso a la nueva normalidad requerirá de tiempo, de paciencia, y de aprender nuevas formas de vida que nos son extrañas. Pero del mismo modo en el que quien migra aprende a introducirse en estas nuevas formas de vida, podemos también tener la expectativa de que aprenderemos a navegar en la nueva normalidad, en que aprenderemos a comportarnos en un nuevo mundo. Puesto de otra manera, en la analogía con el choque cultural podemos ver que la clave en esta nueva normalidad será, como en la experiencia de la migración, la calma y la paciencia con nosotros mismos.

## Conclusión

En este texto discutí algunas ideas sobre las emociones y la socialidad en el contexto de la pandemia. En particular, sugerí que algunas de nuestras reacciones emocionales en el contexto de la pandemia y especialmente en relación con la nueva normalidad nos indican que nuestro mundo social ha cambiado radicalmente, que estamos entrando a uno nuevo cuyas normas y formas de vida nos son todavía desconocidas. A mi parecer, esto nos pone en una situación similar a la que podemos ver en el trastorno del espectro autista (TEA) o del choque cultural, una situación en donde las normas son inciertas y no es claro cómo debemos comportarnos. Esto produce en nosotros emociones negativas, emociones que nos enfrentan a esa incertidumbre.

Para concluir, podemos preguntarnos: ¿y qué aprendemos con todo esto? En mi opinión hay dos lecciones que podemos sacar de esta reflexión. Primero, que atender a nuestras emociones, reconocerlas y examinar qué nos indican nos puede ayudar a comprender mejor nuestro mundo y nuestra nueva realidad. En

este sentido, las emociones aparecen como una fuente de información que no debemos ignorar sino que debemos tomarnos con toda seriedad y curiosidad. Las emociones no son simplemente caprichos de nuestra psicología; son formas en las que nuestro aparato psicológico y fisiológico nos dan información del mundo a nuestro alrededor.

Segundo, y quizás más importante, que velar por nuestro bienestar emocional también pasa por el reconocimiento de que nuestras emociones están justificadas, que es razonable sentirnos confundidos y ansiosos en un contexto en el que la incertidumbre nos inunda. Así pues, debemos tenernos paciencia, aceptar nuestras emociones y buscar formas de hacer más llevadera esta situación, y más importante todavía, debemos procurar que esta situación nos lleve a aumentar la empatía con otros, que nos lleve a apoyarnos unos a otros y a entender que todos estamos en una misma situación. En otras palabras, la nueva normalidad es asunto de todos y es responsabilidad de todos reconocer las dificultades que este nuevo mundo representa.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). [http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf](http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf)
- Butterly, A. (2020). "How to Cope with Anxiety about Life after Lockdown". *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/health-52443108>.
- Clark, A. (2013). "Whatever next? Predictive Brains, Situated Agents, and the Future of Cognitive Science", *Behavioral and Brain Sciences*, 36(3), 181-204.
- Crozier, W. R. (2014). "Differentiating Shame from Embarrassment". *Emotion Review*, 6(3), 269-276.
- Ekman, P. (1992a). "An Argument for Basic Emotions", *Cognition & Emotion*, 6(3), 169-200.
- Ekman, P. (1992b). "Are There Basic Emotions?", *Psychological Review*, 99(3), 550-553.
- Houting, J. den (2020). "Stepping Out of Isolation: Autistic People and COVID-19". *Autism in Adulthood*, 2(2), 103-105.

- James, W. (1884). "What Is an Emotion?", *Mind*, 9(34), 188-205.
- Johnson, M. C.; Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (2020). "Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19", en *Ciência & Saúde Coletiva*, Argentina 25(1), 2447-2456.
- Kurth, C. (2016). "Anxiety, Normative Uncertainty, and Social Regulation". *Biology & Philosophy*, 31 (1), 1-21.
- Nesse, R. M. (1990). "Evolutionary explanations of emotions". *Human Nature*, 1 (3), 261-289.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. Cambridge University Press.
- Orozco Vargas, A. E. (2013). "Migración y estrés aculturativo: una perspectiva teórica sobre aspectos psicológicos y sociales presentes en los migrantes latinos en Estados Unidos". *Norteamérica*, 8(1), 7-44.
- Prinz, J. J. (2004). *Gut Reactions. A Perceptual Theory of Emotion*. Oxford University Press.
- El Tiempo (2020). "Síndrome de la cabaña, miedo a salir después de la cuarentena". <https://www.eltiempo.com/salud/sindrome-de-la-cabana-por-que-me-esta-costando-salir-tras-el-fin-de-la-cuarentena-539318>.
- Solomon, R. (1973/2003). "Emotions and Choice". En *Not Passion's Slave: Emotions and Choice* (pp. 4-24), Oxford University Press.
- Sznycer, D.; Al-Shawaf, L.; Bereby-Meyer, Y.; Curry, O. S.; Smet, D. D.; Ermer, E.; Kim, S.; Kim, S.; Li, N. P.; Seal, M. F. L.; McClung, J.; O, J.; Ohtsubo, Y.; Quillien, T.; Schaub, M.; Sell, A.; Leeuwen, F. van; Cosmides, L. y Tooby, J. (2017). "Cross-Cultural Regularities in the Cognitive Architecture of Pride". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, (1148), 1874-1879.



# CAPÍTULO 10. Felices por siempre: estoicismo como educación de las emociones

Leonardo Ramos-Umaña

<Recuerda> que todo es creencia y esta está bajo tu control. Suprime, por tanto, cuando quieras a la creencia y <habrá> tranquilidad [...] (“Ότι πάντα υπόληψις καὶ αὐτὴ ἐπὶ σοί. ἄρον οὖν ὅτε θέλεις τὴν υπόληψιν καὶ [...] γαλήνη, [...]).  
(MARCO AURELIO, 1916: 12.22)

No existe una única respuesta a cuándo la Filosofía debe hablar sobre algún acontecimiento relevante de la historia. Por ejemplo, G. W. F. Hegel comparaba a la Filosofía con la lechuza de Minerva, que siempre vuela al atardecer. No somos pocos los que usamos dicha frase, medio en serio, medio en broma, para justificar nuestra pereza a dar una clase antes de las 10 de la mañana. Sin embargo, sin duda tal metáfora puede entenderse de manera mucho más profunda: la Filosofía no analiza tempranamente los sucesos, sino que espera a que estos hayan sucedido del todo (o casi) para hablar sobre ellos. No es ese el parecer de Ortega y Gasset o de Karl Marx con su decimoprimer tesis. Uno y otro pensaban que el auténtico filósofo no es aquel que se limita a interpretar la realidad, *sino aquel que la enfrenta, que hace algo por transformarla.*

¿Debería la Filosofía evitar pronunciarse sobre la actual pandemia por COVID-19 hasta tanto esta no termine? ¿O debería tratar de decirnos algo valioso para afrontar esta vorágine? Acaso la respuesta esté en ambas opciones: quizá sea prudente esperar a que acabe la pandemia para poder evaluar cabalmente su impacto, pero también quizá sea sensato compartir cuantas ideas podamos poner en práctica en lo que salimos –o *para poder salir*– de este Pandemónium.

En ese orden de ideas, el modesto propósito del presente escrito es exponer, de manera clara, somera y sencilla, *en qué consiste la educación de las emociones según los filósofos estoicos*, pensándola como una herramienta al alcance de todos para afrontar la presente pandemia, aunque también para la vida entera.<sup>1</sup>

## Felicidad y estoicismo

Es indiscutible que la propuesta ética de Aristóteles (384-322 a. C.) fue un parteaguas en la historia de la filosofía práctica. Proponía él una teoría de tendencia ecléctica entre la vieja moral de la Grecia Arcaica y la naciente moral de la Grecia Clásica, en la cual el objetivo principal era alcanzar la *eudaimonía*, concepto griego que, con cierta injusticia, solemos traducir como “felicidad”. Tal fue su impacto, que todas las propuestas éticas formuladas después de Aristóteles (incluso aquellas directamente contrarias) fueron éticas “eudaimonistas” o “eudaimónicas”. Es decir, después del Estagirita toda propuesta ética, *grosso modo*, te daba unos parámetros de vida que, de cumplirlos, te permitirían alcanzar la felicidad (sea de manera sincrónica, sea de manera diacrónica).<sup>2</sup>

Ahora, por supuesto que “felicidad” es un concepto generalísimo que, al ser especificado, toma diversas formas, tanto entre personas como entre escuelas filosóficas. Por ejemplo: los seguidores de Epicuro de Samos (341-270 a. C.) creían que la felicidad era la vida de placer ininterrumpido –de ahí que el vulgo, atarantado y afanoso por juzgar como siempre ha sido, empezase a llamar “piara” a los discípulos epicúreos. Dado que en este escrito pretendemos hablar sobre ética estoica, la primera pregunta aproximativa que debemos resolver va en esa

---

<sup>1</sup> Primero, para la siguiente exposición nos basaremos, principalmente, en las *Disertaciones* (Diss. en lo siguiente) y en el *Manual* (Ench. en lo siguiente) del estoico Epicteto (c.55-c.130). Segundo, en aras de llegar a un público más amplio, hemos sacrificado los elementos más técnicos de esta explicación y nos permitiremos algunos anacronismos, como el de hablar de “emociones” en una exposición sobre filosofía antigua. El término usual que aparece en los textos griegos es *páthos* y *perturbatio* en los latinos, que pueden traducirse como “pasión”, “afección” o “perturbación”, y que alude a un catálogo de fenómenos psíquicos más amplio que el de las emociones –por ejemplo, oír algo, sentir frío o tener sed también cuentan como afecciones, por cuanto estamos siendo afectados por dicho sonido, variación climática o deseo.

<sup>2</sup> Ejemplo del primer caso sería un filósofo como Aristóteles, quien no pensaba que la felicidad fuese algo que experimentabas al final de un tiempo siendo virtuosos, sino que, *mientras actúes virtuosamente, serás feliz*. Ejemplo del segundo caso sería un filósofo como San Agustín de Hipona, quien no creía que la felicidad fuese alcanzable en este mundo y vida, sino solo en el más allá, en el encuentro con Dios.



línea: si la ética estoica es una ética eudaimonista, ¿qué entendían por felicidad? Aunque es un error hablar del estoicismo como una escuela de pensamiento monolítico, quizá unas de las preguntas que todos los estoicos podrían responder a coro sería esta, y responderían así: *la felicidad es la virtud*. Pero, como es natural, una respuesta de este talante no puede sino suscitar una nueva pregunta, a saber, ¿qué es la virtud? A esto los de la *Stoa* responden, en principio, que virtud es vivir *katà phýsin*, i.e. *conforme a la naturaleza*. Dice Diógenes Laercio, doxógrafo a quien le debemos buena parte de nuestros conocimientos sobre filosofía cínica, epicúrea y estoica:

Por esto el primero fue Zenón, en su “Sobre la naturaleza del hombre”, en afirmar que el fin (*télos*) es el vivir de acuerdo con la naturaleza, que es lo mismo que vivir de acuerdo con la virtud; pues hacia ésta nos conduce la naturaleza. Igualmente <afirma> Cleantes en su “Sobre el placer” y Posidonio y Hecatón en sus “Sobre los fines”. Otra vez: es igual el vivir de acuerdo con la virtud y el vivir de acuerdo con la experiencia de lo conforme a la naturaleza, como dice Crisipo en el <libro> primero de “Sobre los fines”; pues nuestras naturalezas son partes de <la naturaleza> del Todo (Laercio, 2013: VII.87-88.23).<sup>3</sup>

De nuevo, la respuesta estoica no es mala, pero sigue suscitando nuevas incógnitas: ¿qué significa vivir de acuerdo con la naturaleza? Ellos nos responderían que *vivir de acuerdo con la naturaleza es perseguir siempre lo bueno y rehuir siempre de lo malo* (Epicteto, 1993: I.22.1.3-2). Ahora, ¿qué es lo bueno y qué lo malo? El ser humano suele ver el mundo desde una perspectiva maniquea, i.e. desde una clasificación de todo lo que existe en bueno o malo. Así, es común que afirmemos que la salud es algo bueno, que tener dinero es algo bueno, lo mismo sobre ciertos alimentos o sobre un día azul y cálido. Y, claro, coherentes con esta valoración, sostenemos la contraria: afirmamos que la enfermedad o la muerte son algo malo, que la pobreza es algo malo, lo mismo sobre muchos alimentos o sobre un día lluvioso y helado.

Ahora, si pensáramos en los perros y en los gatos, ¿en qué categoría pondríamos a cada cual? ¿Serían los gatos algo bueno y los perros algo malo? ¿Sería lo contrario? ¿O los dos merecerían el mismo lugar? ¿Y cuál mismo lugar, en

---

<sup>3</sup> En lo siguiente, *DL*. Todas las traducciones de las obras de Diógenes Laercio, así como de Epicteto, son mías. Como se estila en las ediciones críticas, uso los paréntesis cuadrados para señalar las supresiones que los editores consideraron oportunas y los paréntesis angulares para las adiciones al texto.

lo bueno o en lo malo? El ejemplo parece pueril –y lo es–, pero nos sirve para ilustrar algo importante: *las valoraciones de lo bueno y lo malo dependen del parecer de cada quién*. Por eso, tales valoraciones no son las mismas en todas las personas –de hecho, ni siquiera se mantienen estables en la misma persona a través del tiempo. Para los estoicos, *la inmensa pluralidad e inestabilidad de estas valoraciones debería, por lo menos, hacernos sospechar de su veracidad*. Y lo mismo debería inspirarnos sus efectos: *tales valoraciones –afirman ellos– han causado la mayoría de los conflictos entre individuos e, incluso, de las guerras en la historia de la humanidad* (cf. Epicteto, 1993: I.22.15).

Analicemos por un momento esta última afirmación. Aunque no es difícil imaginarnos un disgusto e, incluso, algún intercambio de palabras altisonantes entre amantes de los perros y amantes de los gatos, *prima facie* sí parece una exageración sostener que estas valoraciones u otras semejantes sean capaces de originar confrontaciones a gran escala. Sin embargo, un ejemplo imaginario con evidentes tintes históricos puede ayudarnos a entender el mensaje estoico: *X* país de Occidente piensa que, en cuanto a sistemas de gobierno, lo bueno es una democracia, *Y* país del Medio Oriente piensa que lo bueno es una teocracia, *X* invade a *Y* con la excusa de establecer su sistema de gobierno bueno, pero *Y* opta por resistir la imposición y por defender su sistema de gobierno bueno. No es, pues, una exageración que el choque entre distintas opiniones sobre lo bueno pueda llevar a conflictos mundiales.

Ahora, el *quid* del problema no radica en las discrepancias sobre lo bueno o lo malo. Dicho de otra manera: aun si todas las personas del mundo lograsen ponerse de acuerdo sobre a qué cosas llamar buenas y a qué cosas llamar malas, las guerras se seguirían generando. No es paranoia belicista de los estoicos porque, de hecho, ya existen muchas cosas sobre las cuales parece haber consenso de que son buenas y es, precisamente, por dicho consenso que se han originado conflictos. Estados Unidos considera que es bueno tener pozos petrolíferos, Irak considera que es bueno tener pozos petrolíferos, el uno se los intenta quitar al otro, el otro no se deja, de nueva cuenta hay una guerra.

Si nuestras clasificaciones cotidianas de lo bueno y lo malo no son correctas, ¿cómo alcanzar, entonces, verdadero conocimiento sobre este asunto? En primer lugar, un estoico empezaría invitándonos a renunciar a la fuente de nuestras valoraciones cotidianas: nuestro parecer. Contra relativismos de este tipo, la filosofía estoica busca indicarnos un canon, un criterio correcto de lo bueno y lo malo: «pues es esto, creo, es lo que, una vez descubierto, liberará

de la locura a aquellos que usan solo el <propio> parecer como medida para todas las cosas» (Epicteto, 1993: II.11.18- 18.3). En segundo lugar, un estoico negaría que todo lo que enunciamos como bueno es intrínsecamente bueno y todo lo que enunciamos como malo es intrínsecamente malo, aunque tampoco lo contrario, *i.e.* es falso que la salud sea algo bueno, pero también es falso que la salud sea algo malo, y lo mismo con las demás parejas que enunciamos más arriba. ¿Por qué afirmar que ni la salud ni la enfermedad son, de suyo, algo bueno o malo? Según la filosofía estoica, *si tú puedes hacer buen o mal uso de una cosa, entonces esa cosa en realidad no es intrínsecamente buena ni mala*. Dice Diógenes Laercio: «ellos dicen que, si algo se puede usar buena o malamente, ese algo no es un bien; la riqueza y la salud son usables buena o malamente; entonces no son un bien ni la riqueza ni la salud» (Laercio, 2013: VII.103).

Explicemos un poco mejor por qué la salud no es intrínsecamente buena (o mala), ya que ello resulta tan polémico hace 2,000 años como hoy. Imaginemos a un hombre que, cada vez que le pagan su salario, tiene por costumbre irse a embriagar con sus amigos en vez de proveer a su familia. Pasa el tiempo y a esa persona le da cirrosis, de modo que ya no puede irse de juerga y lo que antes gastaba en licor ahora lo destina a su familia. Para alguien así, la salud fue algo malo porque se valió de ella para ser un padre y marido desobligado. En cambio, la enfermedad resultó ser algo bueno porque por esta se convirtió en un padre y marido responsable. Por eso, a todas aquellas cosas que, por su uso abierto a contrarios *–i.e.* que pueden usarse buena o malamente–, no son buenas o malas de suyo, los estoicos las ubicaron en una categoría aparte: la de los indiferentes (*ta adiáphora*) (cf. Epicteto, 1993: II.19.13-14; I.30.4; 1995, 1-2; Laercio, 2013: VII.104.3-4).

Habíamos dicho que, según los estoicos, alcanzar nuestra felicidad depende de vivir virtuosamente, y vivir virtuosamente es lo mismo que vivir acorde con la naturaleza, lo cual se entiende como alcanzar siempre lo bueno, rehuir siempre de lo malo. Ahora que hemos visto que todo aquello que en nuestra vida cotidiana llamamos bueno o malo no merece tales etiquetas, la pregunta es: ¿entonces qué es lo verdaderamente bueno y qué lo verdaderamente malo? Los estoicos responden que *lo de verdad bueno y malo yace en el ámbito de lo eph' hēmīn*, esto es, *de lo que está ciento por ciento en mi poder y solo en mi poder* (cf. Epicteto, 1995: 31).

Si cada uno de nosotros examinase las cosas del mundo, intentando hallar aquellas que están ciento por ciento en nuestro poder, ¿cuántas y cuáles

hallaríamos? Para explicar esto resulta útil retomar la división clásica de los bienes según los griegos,<sup>4</sup> aunque, por lo que hemos expuesto hasta este punto, tendremos que hacer una modificación y no hablar de “bienes”, sino simplemente de “posesiones relativas a”. Siendo así, tendríamos la división como sigue:

1. Posesiones relativas a lo externo: en esta primera categoría entra nuestra casa, nuestra ropa, nuestra computadora, nuestro teléfono celular y, en general, todo lo que pudiésemos considerar parte de nuestra hacienda. También entra nuestra pareja, así como nuestra familia ascendente (padres, tíos, abuelos, etc.) y descendente (hijos, nietos, etc.). Por último, también entra nuestra comunidad y nuestro país.
2. Posesiones relativas a nuestro cuerpo: en esta segunda categoría entran la vida misma, la salud, la altura, el vigor, la belleza y todas nuestras habilidades corporales (desde caminar o usar la espada hasta cantar o tocar el piano).
3. Posesiones relativas al alma: en esta última categoría entran nuestras creencias, nuestros deseos, nuestros juicios, nuestras decisiones y, en última instancia, nuestras virtudes y vicios.

Ahora, ¿son *eph' hēmîn* las posesiones relativas a lo externo, *i.e.* dependen completa y exclusivamente de cada uno de nosotros? Nuestra casa se puede venir abajo en un terremoto, el banco u otro criminal puede arrebatararnos nuestro dinero, un ladrón o la obsolescencia programada puede quitarnos nuestro teléfono celular, de modo que no, todo aquello que llamamos hacienda no sería *eph' hēmîn*. De manera semejante tenemos que razonar con respecto de nuestros familiares: pueden fallecer en un avionazo o nuestra pareja nos puede abandonar por un nuevo amor; además, por más que quisiéramos que no fuese así, lo que hagan nuestros hijos con su vida es decisión suya, no nuestra, de modo que tampoco la familia sería *eph' hēmîn*. Finalmente, aunque fuésemos la persona más rica o poderosa de nuestra ciudad o país, no podríamos decir que lo uno o lo otro está ciento por ciento bajo nuestro control y solo bajo nuestro control. Así, *si las posesiones relativas a lo externo no son eph' hēmîn, entonces no son ni buenas ni malas y, por lo dicho más arriba (i.e. aquello de que, si algo no es ni bueno ni malo, es indiferente), entonces las posesiones relativas a lo externo son indiferentes.*

---

<sup>4</sup> Esta división ya está presente en textos tan tempranos como Platón (1985: 29e-30c; 32d; 36c).

¿Qué hay de las posesiones relativas al cuerpo? La belleza corporal depende, en buena medida, de nuestra genética, y aun cuando nos esforcemos por volvernos y mantenernos bellos, en cualquier momento un accidente automovilístico o un peluquero con iniciativa propia nos la puede echar a perder. Muy parecido es el caso de la salud, y de esto podemos dar cuenta en estos días de pandemia: aunque hagamos todo lo posible por no contraer el temible coronavirus, una inhalación en el momento y lugar equivocados puede bastar para convertirnos en uno más de la cifra de infectados, si no es que en uno más de la cifra de muertos. ¿Y qué hay de nuestras habilidades? Digamos que está en mi poder usar la espada... mientras tenga una espada, o manos, o mientras no esté maniatado. Y algo semejante podríamos afirmar del caminar o cantar. De este modo, *todas las acciones cuya realización dependa del uso de nuestro propio cuerpo no son eph' hēmīn*. «Donde del cuerpo haya necesidad y de su colaboración, hace tiempo que escuchaste que ninguna de estas cosas es tuya» (Epicteto, 1993: IV.1.73.3-4). Debemos concluir, pues, lo mismo de más arriba: *si las posesiones relativas al cuerpo no son eph' hēmīn, entonces no son ni buenas ni malas y, por lo dicho antes, tales posesiones son indiferentes*.

Finalmente, si nosotros pensamos que  $1+2$  es igual a 3, ¿alguien puede obligarnos a pensar otra respuesta? Si nosotros juzgamos que el pozole es la mejor sopa del mundo, ¿alguien puede forzarnos a emitir un juicio distinto? Alguno podría responder sí alegando que un demente puede hacernos creer, bajo amenaza de asesinarnos, que  $1+2$  es igual a 4. Sin embargo, no está en poder del demente cambiar nuestra creencia, *sino que seríamos nosotros mismos quienes aceptásemos que vale más defender la vida que la aritmética elemental* (cf. Epicteto, 1993: IV.1.68-74.2; I.17.25-28). Los mártires cristianos retratan perfectamente la libertad suprema del pensamiento: tras la intensificación de las persecuciones a raíz del Gran incendio de Roma en el 64 d. C., si se descubría que alguien era cristiano, se le encarcelaba, se le despojaba de sus bienes, durante el cautiverio se le torturaba para que abjurara de su fe en Jesús de Nazareth y, al final, se le crucificaba o lanzaba al circo, a morir espectacularmente en las fauces de una fiera o por el arma de algún gladiador. Se les despojaba de su hacienda, se les despojaba de su salud, se les arrebatava la vida misma. Sin embargo, nunca se les pudo despojar de su fe en el Nazareno. Como podemos observar, *lo relativo al alma sí está ciento por ciento en nuestro poder y esto de manera exclusiva*, de modo que aquí yace lo bueno, aunque también lo malo, para el ser humano.

Esto que acabamos de explicar recibe el nombre de *diáiresis* estoica, es decir, la *división* entre lo que es *eph' hēmîn* y lo que no lo es o, que es lo mismo, entre lo bueno o malo y lo que es indiferente. Ahora, encontrar esta *diáiresis* tiene un propósito claro dentro de nuestro objetivo de hallar la felicidad. ¿Qué nos están enseñando hasta aquí los estoicos? Que si aquello que involucra a mis posesiones o a mi cuerpo no es *eph' hēmîn*, entonces no es en estas cosas donde debo buscar mi felicidad. Si, cometiendo un acto contra natura, lográramos hacer depender nuestra felicidad de aquellas cosas que no dependen de nosotros, tarde o temprano veríamos cómo esa pseudo felicidad se esfuma. Si nuestra felicidad depende del dinero, de una casa bonita, de un cuerpo escultural o de una pareja, pues qué felicidad más frágil, puede desaparecer en cualquier instante. La filosofía estoica, dando cuenta de una verdad que se entiende muy bien con la edad, creía que la vida da muchas vueltas y todos veremos poderosos caer, millonarios empobrecer, famosos hundirse en la infamia o en el olvido, guapos afearse, y si queremos ser felices, algo que todos los seres humanos queremos, entonces debemos buscar una felicidad invencible, una felicidad que se ancle en aquello que está al margen de las vicisitudes de esta vida.

¿Qué nos queda? ¿Dónde estaría una felicidad como hemos dicho? En aquello que depende total y exclusivamente de mí, *i.e. en mis actividades anímicas*: creer, decidir, juzgar, desear o rechazar, asentir o negar (cf. Epicteto, 1993: I.17.20-25; Epicteto, 1995: 31).<sup>5</sup> En lo que resta de este escrito, nos concentraremos en una de estas actividades anímicas, a saber, *nuestra libérrima capacidad de adoptar la creencia que juzguemos mejor*. Como observaremos, hay una relación directa entre este acto y qué emociones habremos de sentir.

## Estoicismo como educación de las emociones

Según los filósofos estoicos, no existe mejor receta para ser *infeliz* que vivir enfocados en aquello que no está de manera completa y exclusiva bajo nuestro control, es decir, aquello clasificado como indiferente. Más bien, si queremos ser felices, *debemos aprender a tomar una respuesta anímica correcta frente a aquello que es indiferente*. ¿Y cuál es esa respuesta? *Frente a lo indiferente, indiferencia*.

<sup>5</sup> Desear y rechazar = *órexis* y *ékklisis*; sentir impulso y sentir aversión = *hormé* y *aphormé*; asentir, negar y suspender el juicio = *sinkatáthesis*, *anancúein* y *epojé*.

La *diaíresis* estoica inevitablemente nos lleva a comprender que el 99% de cosas que suceden en el día no dependen de nosotros: si hace sol o frío, si va a haber mucho o poco tráfico, si nuestro jefe va a estar de buen o mal humor, si el presidente va a tomar una mala o una pésima decisión, etc. En cambio, *sí está en mi control, ciento por ciento, cómo reacciono anímicamente ante todo aquello que no puedo cambiar*. En otras palabras: *el ser humano es completamente dueño de todas sus emociones*. Digámoslo de manera provocadora: ira, tristeza, enamoramiento, odio, alegría, miedo... todos y cada uno de nosotros podemos activar o desactivar dichas emociones cuando queramos, tal como somos capaces de abrir o cerrar los ojos, tal como somos capaces de activar o desactivar un interruptor.

¿Es sensato comparar el estar tristes y el dejar de estarlo con un abrir y cerrar los ojos? ¿Tiene algún sustento la idea de que las emociones pueden ser completamente voluntarias? Un estoico respondería que sí, y se explicaría con la siguiente fórmula: *tus emociones son el resultado directo de tus creencias*.

Examinemos un par de situaciones, para comprobar si esto es un disparate o no. Estás descansando en la sala de tu casa cuando, de repente, un estruendo ensordecedor invade la habitación, crujen las paredes, los cristales vibran al punto de hacerse añicos. ¿Sentirías miedo? Lo que tratamos de describir, por supuesto, es un bombardeo. Probablemente todos estaríamos dispuestos a aceptar que sí sentiríamos miedo si algún premio Nóbel de la paz decidiese bombardear nuestra ciudad. Sin embargo, a inicios de 2020 medios de todo el mundo<sup>6</sup> hicieron viral un video de apenas 20 segundos en el cual un padre sirio, con el zumbido de los aviones como ruido de fondo, le pregunta a su pequeña hija si cree que está por caer una bomba. La nena asiente alegre y agrega “y cuando suceda, nos reímos”. Un segundo después, escuchamos explotar la primera bomba y, luego, a la niña explotar en una sonora carcajada. ¿Qué pasó aquí? El padre había convencido a su nena de que las fuertes detonaciones que se escuchaban y sentían eran simple pirotecnia. Entonces, *a partir de la creencia de la niña* “las detonaciones son fuegos artificiales” *surge un estado anímico*, o sea su explosiva alegría. Si la niña, en cambio, tuviese otra creencia tipo “lo que se escuchan son bombas que pueden matarme y a mi familia”, seguramente surgiría un estado anímico radicalmente distinto al observado en el video, *i.e.*, pavor, terror o tristeza.

---

<sup>6</sup> Por ejemplo, Gutiérrez (2020).

Otra situación, muy *ad hoc* para quienes vivimos en esta gelatina llamada Ciudad de México. El sábado 23 de septiembre de 2017, cuatro días después del terrible sismo del 19, se activaron las voces inconfundibles de la alerta sísmica. Aunque este sismo no fue perceptible en Ciudad de México, dos mujeres fallecieron. ¿Por qué? Ambas sufrieron un infarto. En el simulacro del 19 de septiembre de 2019, volvió a sonar la alerta sísmica. Una persona más falleció, también infartada. Nuestra intención no es, ni remotamente, burlarnos de estas personas. Solo estamos usando dichos casos como ejemplos de que muchas veces no son los eventos del mundo los que nos afectan, sino nuestras propias creencias. Si, cuando escucho la alerta sísmica, pienso que es una señal para tomar las precauciones que estén en mi poder, simplemente voy a buscar ponerme a salvo con los míos. Si, en cambio, cuando escucho la alerta sísmica, pienso que estoy escuchando las siete trompetas del Apocalipsis, puedo llegar a sentir tanto miedo que, literalmente, puede matarme.

La ira también es una reconocida homicida. En el año 375 el emperador romano Valentiniano I accedió a reunirse con los embajadores de los pueblos germanos, enemigos de Roma por antonomasia. En la discusión, Valentiniano se enojó tanto con la contraparte que empezó a vociferar hasta que un derrame cerebral hizose magnicida (Marcelino, 1939: 30.6.1-6). No fue ninguno de sus enemigos de afuera, sino el enemigo que llevaba adentro, quien acabó con el hombre más poderoso de Occidente. Incluso, sobre pasiones que pueden parecer mucho más complejas de “prender o apagar” voluntariamente como es el dolor corporal, los estoicos creían que, al menos hasta cierto punto, pueden ser controlados a partir de nuestras creencias. Si voy caminando por la calle y alguien me empieza a dar azotes, me va a doler terriblemente. Sin embargo, si sé que esos azotes hacen parte de un ritual religioso, los recibiré de buena gana y hasta con gozo pío. Algo diferente sucedería si tengo particulares gustos en la cama, en cuyo caso los azotes me provocarán placer sexual. Para ilustrar el poder de la mente –permítaseme el anacronismo– sobre el cuerpo, los estoicos, como en otras ocasiones, aluden al caso de Sócrates. Según diversos testimonios, un Sócrates que rondaba los cuarenta años participó como soldado en la Guerra del Peloponeso, donde siempre se mostró capaz de sobreponerse al cansancio físico y a los días de hambre, muy por encima de sus compañeros más jóvenes. También se cuenta que en el invierno Sócrates era capaz de soportar el helaje y la nieve sin abrigo, incluso descalzo. Finalmente, se narra una ocasión en que Sócrates se encerró



en sus propios pensamientos de tal manera que estuvo de pie, totalmente inmóvil, desde el alba de un día hasta el alba del día siguiente (Platón, 2003a: 219e-220e; ca. 375/2003b, 95e; Jenofonte, 1993: I.2.1; II.1.1).

Intentando emular al sabio que sabía nada, era común que los estoicos practicaran ejercicios de ayuno y mortificación del cuerpo en aras de aprender a controlar sus sensaciones corporales: aguantaban sed o hambre largo tiempo, andaban desabrigados en el invierno e, incluso, iban semidesnudos a abrazar estatuas cubiertas de nieve. ¿Cuál era la idea estoica? ¿Que podemos sobreponernos incluso a los más terribles dolores? La respuesta es afirmativa. Cicerón recoge el parecer estoico a propósito de la felicidad del sabio, *invencible aun dentro del toro de Falaris*, un gran horno de bronce de aspecto taurino en cuyo interior se encerraba a una persona para luego cocinarla a fuego lento (cf. Cicerón, 2005: V.76-80). Casos extremos de este tipo pueden causarnos escepticismo, si no es que risa. Sin embargo, el 11 de junio de 1963 tuvo lugar un acto de protesta que dejó al mundo estupefacto. El monje budista Thích Quảng Đức se sentó en medio de una calle de Saigón en posición de loto mientras un compañero suyo sacaba de un coche un galón de gasolina. A continuación, el monje se acercó a Quảng Đức y le roció todo el cuerpo con combustible. Terminado esto, el monje sentado invocó a Buda, prendió un fósforo con sus propias manos y se convirtió en hoguera. Periodistas occidentales que lo presenciaron todo dieron cuenta de que Quảng Đức en ningún momento gritó y que solo se movió luego de 10 minutos en llamas, no por voluntad propia (pues ya estaba muerto), sino por las contracciones naturales del cuerpo carbonizado.

Entonces, no es el hecho del mundo, sino mi creencia sobre ese hecho, lo que determina mi reacción anímica. En ese orden, se entiende por qué la insistencia estoica a practicar el precepto delfico que popularizó Sócrates,<sup>7</sup> el *gnōthi sautón*, i.e. el conocernos a nosotros mismos, *entendido como un autoexamen de nuestro cuerpo de creencias*. Creer X o Y no solo tiene una relevancia epistémica, también *es fundamental para poder controlar nuestras pasiones*. Dicho de otra manera: gran parte de la educación de las emociones consiste en deshacernos de nuestras creencias erradas sobre las cosas del mundo y reemplazarlas por creencias correctas.

---

<sup>7</sup> Cf. Platón, 1985b: 164d-165a; 1992: 124a, 129a, 132c, 229e; 1981: 343b-d; 2000: 48c; 1999: 923a; y Jenofonte, 1993: IV.2.24-30.

Esto aplica para todo. Pensemos en una situación relativamente insignificante: si el día está lluvioso y frío y yo pienso que eso es algo malo, entonces me voy a hacer mala sangre. En cambio, si el día está lluvioso y frío y yo comprendo que eso no depende de mí y, por tanto, que de suyo no es algo malo (ni bueno) y, más bien, me concentro en lo que sí depende de mí, *i.e.* mi actitud frente a ese hecho, entonces puedo pensar “es indiferente” y mantenerme indiferente. O, incluso, si yo quiero, puedo tomar ese hecho de tal manera que me ponga de buen humor, por ejemplo, viéndolo como una oportunidad para sacar a regar mis plantas bajo la lluvia o para ponerme aquel abrigo que me gusta tanto. Pensemos, ahora, en situaciones más complejas: si me despiden del trabajo y yo creo que eso es algo malo, *voy a causarme* –en clave estoica no podemos decirlo de otra manera– tristeza, rabia, odio y, hasta de pronto, un infarto como las personas que mencionamos más arriba. En cambio, si me echan del trabajo y yo creo que esto puede ser una oportunidad para dedicarme a algo mejor o para montar mi propia empresa, entonces voy a llenarme de emociones positivas.

Acá podemos, una vez más, apelar a la realidad. En 2008 un joven ingeniero en computación, huérfano e inmigrante, tras un año desempleado decidió probar suerte en la gran compañía Facebook. A pesar de su notable currículum, Facebook pasó de él. En vez de verlo como algo negativo, este hombre se sentó en el comedor de su casa con su computadora y se propuso diseñar un *software* de mensajería instantánea. ¿Cuál fue la aplicación que diseñó? WhatsApp. En 2014, Jan Koum, el protagonista de esta historia, aceptó la jugosa oferta de la compañía que años atrás le había cerrado la puerta en la cara y vendió su creación por 19.000.000.000 de dólares.<sup>8</sup>

Claro, acá alguien puede alegar que, a pesar de lo simpático y optimista de los ejemplos mencionados, en la vida hay situaciones absolutamente atroces para las cuales no podemos encontrar una creencia que no rece “esto que te pasó es definitivamente malo”, de modo que no tendríamos otra posibilidad excepto entristecernos o enojarnos o algo parecido. Sin embargo, la respuesta de un estoico sería que *la limitación no estaría en la teoría estoica, sino en la incapacidad de quien está aplicándola*. Es decir, *el estoicismo se presenta como una psyché terapia* (terapia para el alma) *efectiva para cualquier situación*: para lidiar con un día lluvioso, con un divorcio, con un despido, con la cuarentena, con una enfermedad grave, con la muerte de un ser querido, incluso para situaciones límite como padecer en carne propia los horrores de los campos

---

<sup>8</sup> Forbes (s.f.). Consultado el 18 de octubre de 2020.

de exterminio nazis. Según los estoicos, es posible hacernos cargo de nuestras emociones en cualquier circunstancia, si bien reconocen que algunas personas poseen un límite frente a las situaciones a las cuales puedan sobreponerse.<sup>9</sup>

Una vez más, para ser felices debemos comprender que no podemos cambiar la mayoría de cosas que suceden en el mundo, pero sí podemos cambiar el modo en que vemos y, en consecuencia, reaccionamos a dichas cosas. En ese sentido somos *omnipotentes*, incluso como dios mismo, no tenemos total poder sobre lo que sucede en el mundo, pero sí sobre nuestro propio mundo de emociones. Tú eres infeliz, tú te angustias, tú te entristeces, tú te enojas *si y solo si tú así lo permites* o, dicho de otra manera, no hay nadie ni nada en el mundo culpable de tu infelicidad, excepto tú mismo.

Entonces, ¿cómo controlar nuestras emociones? Antes de reaccionar a cualquier evento del mundo (cualquier *representación* o *phantasia*, en el vocabulario técnico estoico), debo pasarla por el filtro de *diáresis* estoica, *i.e.*, ante cualquier suceso lo primero que debo hacer es preguntarme “¿eso está completa y exclusivamente bajo mi control?” y, con base en lo que respondamos, reaccionar consecuentemente. Hacer esto es la clave para vivir sin frustraciones, miedos y angustias o, dicho estoicamente, *es la clave para alcanzar la ataraxia* (imperturbabilidad del alma).

De entre las cosas que existen, unas cosas dependen de nosotros, otras no dependen de nosotros. Por una parte, de nosotros dependen el juicio, el sentir impulso, el deseo, el rechazo y, en una palabra, cuantas son nuestras propias funciones. Por otra parte, no dependen de nosotros el cuerpo, la hacienda, la fama, los cargos y, en una palabra, cuantas no son nuestras propias funciones.

---

<sup>9</sup> Para estos casos en que al estoico no le es posible sobreponerse, en que la situación es verdaderamente superior a sus fuerzas y lo llevan a la infelicidad o, lo que es lo mismo, al obrar malamente, los filósofos estoicos no tienen empacho alguno en aconsejar *el suicidio*. Por supuesto, gracias al chip judeocristiano que nuestra cultura nos ha implantado, el consejo resulta censurable, por decir menos. No obstante, por la *diáresis* que explicamos más arriba, tal opción tiene sentido: supongamos que somos víctimas de un cáncer incurable que nos provoca un dolor extremo e incesante. Se puede comprender que empecemos a estar de pésimo humor, a tratar mal a los demás, incluso a las personas que más amamos y/o más les debemos. Un estoico nos recordaría que *lo único valioso es actuar virtuosamente*, todo lo demás es indiferente, *incluso la vida misma*. ¿Qué significa esto? Que vale la pena estar vivos solo en la medida en que me sea posible actuar bienamente, pero cuando hay algo inamovible en la vida que me impide esto (como un dolor al que de ninguna manera me puedo sobreponer), es preferible sacrificar la propia existencia y conservar la virtud de nuestra alma. Antítesis del dios judeocristiano, al dios estoico no le satisface, de manera alguna, nuestro sufrimiento y a quien, sabiamente, recurre al suicidio, este dios lo recibirá sin reproche y con los brazos abiertos, como a un general que se supo retirar en el momento adecuado (Epicteto, 1995: III.13.14-14.2; III.8.5-6.6; II.1.17-20; I.9.20; I.24.20; I.29.29.2-29.6).

Y las cosas que dependen de nosotros son por naturaleza libres, incoercibles y sin obstáculos, pero las cosas que no dependen de nosotros son débiles, esclavas, coercibles y ajenas. Recuerda, pues, que si a las cosas que por naturaleza son esclavas las consideras libres y tuyas a las ajenas, te estorbarán, te afligirás, estarás turbado, reprocharás a dioses y hombres, pero si a lo que es solo tuyo consideras tuyo, y a lo ajeno, como realmente es, ajeno, nadie nunca te coaccionará, nadie te obstaculizará, no reprocharás a nadie, no acusarás a alguien, involuntariamente nada harás, nadie te perjudicará, no tendrás enemigo pues nadie te persuadirá de que algo <que te haga> puede perjudicarte. (Epicteto, 1995: 1.1-1.4 y 1993: II.13.10-11).

No dejes para mañana la acción virtuosa  
que puedas realizar hoy

*Memento mori* es un tópico del arte, especialmente del arte cristiano. Si observamos pinturas representando santos, encontraremos uno o varios elementos simbolizando la mortalidad: una flor a medio marchitarse, fruta en proceso de descomposición, un reloj de arena o, el menos sutil, una calavera. Es difícil señalar el origen de este tópico, pero su lúgubre mensaje ha estado presente en diferentes culturas. Por ejemplo, cuando un general romano regresaba a la capital luego de haber conquistado una importante victoria, se le celebraba un triunfo, una festiva procesión cívico-religiosa en honor a los vencedores. El honrado iba en un hermoso carruaje, la corona de laureles ceñía su frente y, atrás suyo, un esclavo sostenía una cadena de oro unos centímetros encima de su cabeza. Era este quien le susurraba al homenajeador: *recuerda que solo eres un hombre* (Tertuliano, 2001:33). En esta misma línea habla el *memento mori*: se trata de recordarnos nuestra mortalidad. ¿Por qué habría necesidad de recordar tal obviada? *Porque solemos perderla de vista*. En teoría, todos tenemos claro que algún día vamos a morir, pero tenemos la soberbia de creer que ese día será en un futuro distante. Sin embargo, bien reza este refrán anónimo: si quieres hacer reír a Dios, cuéntale tus planes. En otras palabras, puede que tengamos un plan de vida bastante bien elaborado, pero lo que ignoramos es que estamos destinados a morir esta misma noche de un derrame cerebral. *Pensamos en la muerte como una posibilidad, pero olvidamos que en realidad es una certeza*, y bien puede estar esperándonos a la vuelta de la esquina –en sentido literal, si vivimos en una ciudad latinoamericana.

Lo más probable es que los filósofos de la antigüedad clásica que más insistieron en el *memento mori* son los estoicos. Ellos no se cansan de recordarnos cuán endeble es nuestra estabilidad, cuán frágil es nuestra seguridad y cuán efímera es nuestra existencia. Tener en el horizonte de nuestras decisiones nuestra propia fragilidad y mortalidad puede resultar sorprendentemente positivo. Si somos conscientes de que la vida en cualquier momento se acaba y es un hecho que todos deseamos ser felices y también que la felicidad solo es posible en esta vida, entonces cabe concluir *que debemos intentar ser felices ya*. Ahora, si la felicidad consiste en actuar virtuosamente –como afirmamos más arriba–, *entonces debemos empezar a actuar virtuosamente ahora mismo*. En otras palabras: *no debemos dejar para mañana la acción virtuosa que podemos realizar hoy*. ¿Por qué? Porque el mañana no lo tenemos seguro, el aquí y el ahora sí. Regresamos a lo mismo: solo debemos ocuparnos de lo que está en nuestro poder y ni el pasado ni el futuro lo están, solo el presente. Entonces, debemos actuar bien ya, mientras podamos, porque no sabemos de cuánto tiempo disponemos –*memento mori*.

## Ejercicios estoicos

Es probable que la mera lectura de este texto haya requerido de un esfuerzo estoico por parte del lector. No nos queda sino agradecerle por haber llegado hasta aquí y proponerle, si con ello no abusamos de su paciencia, que realice los siguientes ejercicios estoicos. Vamos a analizar algunas situaciones para saber cómo debe reaccionar un estoico ante ellas.

*Situación 1: un cretino racista y xenófobo se convierte en presidente de los Estados Unidos de América*

¿Cómo analizar esta situación como un estoico? Primero, lo examinas a la luz de la *diáresis* estoica con el objetivo de responder lo siguiente: ¿está completa y exclusivamente en tu poder hacer algo para cambiar esa situación? Si la respuesta es negativa, entonces significa que no estás frente a algo bueno o malo de suyo, sino indiferente. Ahora, ¿cuál es la respuesta anímica adecuada frente a lo indiferente? Ya lo explicamos: ante lo indiferente, indiferencia. Nada de hacerse mala sangre, nada de angustias, nada de empezar a esputar rosarios de insultos en las redes sociales. Simplemente, indiferencia. (Aun en el caso

de que tú tuvieses nacionalidad estadounidense, debes ser consciente de que no depende completa y exclusivamente de ti que el personaje en cuestión se convierta en, o sea reelegido como, presidente. De ti depende dar un voto, pero la decisión final depende de millones de votantes).

*Situación 2: un ser querido está muriendo de una enfermedad incurable*

Lo primero, la *diáresis* estoica: ¿depende completa y exclusivamente de ti cambiar esa situación? Si la respuesta es negativa, entonces no es algo bueno o malo de suyo, sino indiferente, y ante lo indiferente, indiferencia. Ahora, si ves con cuidado esta situación, podrás notar que, aunque curar a tu ser querido no está en tu poder, sí está en tu poder hacer otras cosas por él o ella. Por ejemplo, está en tu poder brindarle compañía y apoyo a ese ser querido, pero, además, está en tu poder la actitud con la cual decides acompañarle. La muerte es inevitable, pero el gesto con el cual la encaremos no. Si en verdad queremos a nuestro ser querido, podemos hacer un esfuerzo por evitar o, por lo menos aplazar, el gesto afligido, las lágrimas y los mocos. La pérdida de un ser querido es una de las experiencias más duras que afrontamos los seres humanos pero lo mejor que podemos hacer por aquel que se va de este mundo es tratar de alegrarlo en sus últimos momentos, contarle un chiste, una buena historia, ayudarlo a hacerle olvidar, aunque sea por un ratito, su situación irremediable. Lo mejor que podemos hacer por aquel que se va de este mundo es despedirlo con un gesto amable, dulce, grato. *No es antiestoico querer a nuestros familiares o amigos, lo antiestoico es quererlos malamente, como quien quiere que nunca mueran.* El *memento mori* no solo es recordatorio sobre nuestra propia persona, sino también sobre los nuestros. Todos somos mortales.

*Situación 3: niños mueren de hambre en África*

Ya lo sabes, *diáresis* estoica: ¿está completa y exclusivamente en tu poder cambiar esta situación? Responder acá como hemos hecho en los dos casos anteriores suele costar mucho más trabajo, ora por nuestras raíces cristianas, ora por nuestros valores humanistas. Tampoco ayudan los ridículos cuentos de hadas *made in Hollywood* sobre individuos que salvan el mundo. Sin embargo, si te ves de arriba abajo, si analizas tus medios, si revisas tus pesos o tus centavos

en el banco, ¿podrías responder que sí está completa y exclusivamente en tu poder evitar la muerte de esos niñitos? A menos que seas Bill Gates, Jeff Bezos o Carlitos Slim, tendrás que responder que no depende de ti cambiar esa situación. Pues bien, según la *diátesis* estoica, entre 7.000 y 10.000 niños muertos diariamente por desnutrición no es, de suyo, ni bueno ni malo. Repetimos: no es fácil decirlo y suena duro escucharlo. No obstante, la pregunta es: ¿qué ganamos preocupándonos por esos niños? Ciertamente, no les quitamos el hambre con nuestra preocupación. ¿Por qué nos suena incómodo, chocante, reprobable que alguien nos diga que sus muertes deben sernos indiferente? De nueva cuenta, nuestras creencias nos juegan una mala pasada. Si hacemos una introspección, *descubriremos que tenemos un especial apego por la preocupación*, porque solemos tomarla, y también los demás, como rasgo de la buena persona. Así, *la preocupación es un ejercicio de autosatisfacción mental*. Pues bien, ni en el estoicismo –ni el cristianismo, dicho sea de paso–, el que se preocupa por los demás es buena persona. La buena persona *no* se preocupa por los otros, se *ocupa* de los otros. Más arriba hablamos de que perdíamos de vista algo tan obvio como nuestra propia mortalidad. No es menos cierto que perdemos de vista esta distinción básica: una cosa es preocuparse, otra ocuparse. Desde la perspectiva estoica, *preocuparse sirve de nada –excepto si quieres ser infeliz*.<sup>10</sup> Por más que uno se preocupe, no van a aparecer hechos los pendientes de la escuela o del trabajo –doy fe de ello. Los deberes terminados dependen de *ocuparse* de ellos, eso es todo. Análogamente, la filosofía estoica nos invita, sin que haya contradicción alguna, a no preocuparnos por los demás, *pero sí a ocuparnos de ellos en la medida de nuestras posibilidades*.

*Ser estoico no consiste en no ayudar a los demás*, sino en vernos de arriba abajo, hacer un sincero inventario de con qué contamos y luego sí, con base en lo anterior, ocuparnos de aquellos que están a nuestro alcance.<sup>11</sup> Entonces, es seguro que aquello con lo que tú o yo contamos no nos alcanza para quitarle el hambre a los famélicos niños africanos y, por tanto, su situación debe sernos indiferente.

---

<sup>10</sup> Para los estoicos, la compasión o el condolerse (*éleos* en griego) no es algo bueno, sino algo irracional, por cuanto significa dolerse por algo que no depende de ti. La compasión no ayuda a los otros ni a ti mismo (Laercio, 2013: VII.11).

<sup>11</sup> Aristóteles estaba de acuerdo en lo mismo cuando dice que nuestra felicidad sí depende del bienestar de los nuestros, pero hay que poner un límite (y más bien uno no muy lejano) a ese círculo por el cual me preocupo (Aristóteles, 2002: I.11, 1101a22-1101b9).

Sin embargo, muy probablemente lo que tú o yo poseemos sí nos alcanza para quitarle el hambre, al menos por hoy, al niño indigente que está a la vuelta de la esquina de nuestra casa o trabaja pidiendo limosna junto a su madre. Acciones como estas son las que no debo dejar para mañana, son las acciones virtuosas que debo empezar a realizar hoy. Cómo se practica la solidaridad según la Stoa... es algo que amerita una explicación más detallada que no podemos dar en este lugar, pero baste decir que en la filosofía estoica sí hay un cierto nivel de compromiso con nuestros congéneres, lo que no hay es un compromiso con lo imposible.

## Conclusiones

Era propio del Sócrates histórico reconocer los límites de su conocimiento (Platón, 1985: 21d-e), es la idea que recoge la popular paráfrasis “solo sé que nada sé”. El afán socrático por cuestionar a quienes se consideraban sabios obedecía a las dudas sinceras de un hombre que aceptaba, de buena gana, que no lo sabía todo (lo de dejar en evidencia a los sabihondos de Atenas solo era un efecto secundario en esa labor). Sin embargo, algo muy distinto está hoy en boga: *la mayoría de las personas hoy por hoy son unos anti Sócrates*. El “twitterero” o el “facebookero” promedio parece vivir bajo el lema del “sólo sé que todo lo sé”. Opina o, mejor, *pontifica* con la misma soltura –hay un sentido escatológico de esta palabra que queda perfecto– sobre cualquier asunto, el que esté de moda, que a fin de cuentas es docto en todos, en lo humano, lo divino, lo visible, lo invisible, lo presente, lo pasado, lo futuro, lo de aquende, lo de allende. Así, le vemos declarando cuál es la mejor vacuna contra el COVID-19, dónde es mejor construir el nuevo aeropuerto o quién sería mejor dictador de Corea del Norte, si Kim Jong-un o Kim Yo-jong.

Pero no solo está de moda opinar sobre todo, también se ha convertido en mandamiento dedicarle a todo un sentimiento: indignación por A, solidaridad con B, tristeza por C y así hasta completar el abecedario. Una de dos: o sus sentimientos hacia todo de la A a la Z son mera pose (una cintita en la foto de perfil, una publicación buscando aplausos), o van directo a un desgaste emocional con todas las consecuencias físicas y anímicas que ello conlleva.

Sócrates, en cambio, creía que está bien decir “no sé” ante lo que no sabemos, que no es a fuerza que haya que opinar sobre todo. Es más: se vale no saber sobre todos los temas. Y, lo más importante para este escrito, *se vale sentir nada*



*sobre muchos asuntos de actualidad*. Tomar una postura anímica frente a todo es inútil y solo nos lleva a un desgaste emocional. Una vez más, nos engañaron (o nos engañamos) con eso de que el sentimentalismo es una característica de la buena persona.

En este escrito explicamos qué nos dirían los filósofos estoicos sobre cómo educar nuestras emociones. Una de las grandes lecciones fue aprender a sentir indiferencia. No se trata de hacer nada frente a los necesitados, frente a las injusticias, sino de aprender a identificar en qué situaciones está en nuestro poder hacer algo para, ahí sí, ponernos manos a la obra. Es más: los estoicos afirman que *tenemos el deber de actuar* en estos casos (de ayudar al necesitado, de auxiliar al que sufre una injusticia) cuando ello está entre nuestras posibilidades. Pero, si es algo que no está en nuestro poder, nuestra felicidad depende de mostrarnos indiferentes. Dicho de otra manera: nuestra felicidad requiere de una buena dosis de indiferencia.

Aunque elogiar y recomendar la indiferencia pueda resultarnos chocante, los estoicos dirían que lo único que están haciendo es recordarnos la obviedad que hemos olvidado: eres humano, eres mortal, solo tienes unas fuerzas y unos medios limitados, *no puedes cambiar el mundo*. Tú te puedes cambiar a ti mismo, y eso es más que suficiente. Cuando un grano de arroz cae, no hace ruido, pero cuando lo hacen mil arroces, suena como tormenta. Si cada uno cambiase lo que depende de cada uno de nosotros, automáticamente estaríamos en un mundo mejor. El problema es que pretendemos cambiar el mundo sin cambiar nosotros. Todos pensamos lo mismo: que cambien los demás. Retrató Sartre este pensar, socarrón, con su frase “el infierno son los otros”.

La educación de las emociones nunca ha dejado de ser importante, pero quizá lo sea hoy más que nunca. La felicidad no es un tema que merezca ser aplazado. Seamos felices ya. Eso es lo que los filósofos estoicos han intentado presentarnos, una felicidad al alcance de todos, una felicidad que no se esfume al ver las noticias, una felicidad que no se derrumbe por cosas que no podemos cambiar, una felicidad invencible, una felicidad por siempre.

Es, repetimos, aprender a reconocer nuestras limitaciones para no intentar mover montañas, pero también aprender a reconocer nuestras capacidades para usarlas en aquello que está a nuestro alcance. Por ejemplo, reconocer el poder de nuestras creencias y su impacto directo en las emociones que experimentamos. Entonces, por nuestra salud mental, por nuestra salud emocional, aprendamos a no dejarnos afectar por todo, a reconocer qué no podemos cambiar y tomarlo de la mejor manera y a reconocer qué sí podemos cambiar para ponernos manos a la obra.

## Créditos

Este capítulo se elaboró en la UNAM, en el marco del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, por el autor, quien es becario del Instituto de Investigaciones Filológicas y trabaja bajo la asesoría del Dr. Omar Álvarez.

## Referencias

- Aristóteles (2002). *Aristóteles: Ética Nicomaquea* (M. Araujo y J. Marías, Trad.). Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Cicerón (2005). *Cicerón: Disputaciones tusculanas* (A. Medina, Ed.). Gredos.
- Epicteto (1916). *Epicteti Dissertationes ab Arriano Digestae* (H. Schenkl, Trad.). Teubner.
- Epicteto (1993). *Epicteto: Disertaciones por Arriano*, (P. Ortiz, Trad.). Gredos.
- Epicteto (1995). *Epicteto: Manual* (P. Ortiz, Ed.). Gredos.
- Forbes (s.f.). *How jan koum built whats app*. <https://www.forbes.com/sites/parmyolson/2014/02/19/exclusive-inside-story-how-jan-koum-built-whatsapp-into-facebooks-new-19-billion-baby/?sh=9bbe1852fa19> Consultado el 18 de octubre de 2020.
- Gutiérrez, O. (2020, 20 de febrero). “La historia detrás del papá que jugaba para que su hija se riera de las bombas”. *El País*. [https://elpais.com/internacional/2020/02/19/actualidad/1582107673\\_267919.html](https://elpais.com/internacional/2020/02/19/actualidad/1582107673_267919.html).
- Jenofonte (1993). *Recuerdos de Sócrates. Económico. Banquete. Apología de Sócrates* (J. Zaragoza, Trad.). Gredos.
- Laercio, D. (2013). *Diogenes Laertius: lives of eminent philosophers*, (T. Dorandi, Ed.). Cambridge University Press.
- Marcelino, A. (1939). *Ammianus Marcellinus: Roman History* (Books 27-31) (J. C. Rolfe, Trad.). Harvard University Press.
- Marco Aurelio (1916). *The communings with himself*, (C. R. Haines, trad.). LOEB.
- Platón (1981). “Protágoras”. En E. Lledó, J.; Calonge, E.; Lledo y C. G. Gual (Eds.), *Diálogos: I* (309a- 362a). Gredos.
- Platón (1985a). “Apología”. En J. C. Ruiz; E. Íñigo, L.I. y Gual, C. G. (Eds.), *Diálogos: I* (2da ed. 17a- 42a). Gredos.

- Platón (1985b). “Cármides”. En J. C. Ruiz, E. Íñigo, L.I. y Gual, C. G. (Eds.), *Diálogos: I* (2da ed. 15a- 176d). Gredos.
- Platón (1992). “Alcibiades I”. En Zaragoza, J. y Gómez Cardó, P. (Eds.), *Diálogos VII* (103a- 135e). Gredos.
- Platón (1999). “Leyes”. En Lisi, F. (Trad.), *Diálogos IX* (Libros I-VI). Gredos.
- Platón (2000). “Filebo”. En Durán, M. A.; Lisi, F.; (Eds.) *Diálogos VI* (11b-67b). Gredos.
- Platón (2003a). “Banquete”. En Gual, C. G.; Hernández, M. M.; y Íñigo, E. Ll.; (Eds.), *Diálogos: III* (172a-223e). Gredos.
- Platón (2003b). “Fedón”. En Gual, C. G.; Hernández, M. M.; y Íñigo, E. Ll.; (Eds.), *Diálogos: III* (57a-118c). Gredos.
- Platón (2003c). “Fedro”. En Gual, C. G.; Hernández, M. M.; y Íñigo, E. Ll.; (Eds.), *Diálogos: III* (227a-279e). Gredos.
- Tertuliano (2001). *Tertuliano: Apologético* (C. Castillo, Ed.). Gredos.
- Platón (2003). *Diálogos III*. Obra completa en 9 volúmenes, Volumen III: Fedón. Banquete. Fedro., Gredos, Madrid, España.



## PARTICIPAN EN ESTA OBRA

Martha Cordero Oropeza

Psicóloga por la FES Zaragoza de la UNAM, Maestra en Ciencias de la Salud, con campo de estudios principal en Salud Mental Pública. Es colaboradora en el Centro de Investigación en Salud Mental Global, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y docente en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.

David Fajardo-Chica

Profesional en Filosofía de la Universidad del Valle en Cali, Colombia. Maestro y Doctor en Filosofía por la UNAM. Realiza una estancia posdoctoral en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Pablo Gaitán Rossi

Licenciado en Psicología y Maestro en Sociología por la Universidad Iberoamericana y Doctor en Bienestar Social por el Boston College. Es investigador del Instituto de Investigaciones para el Desarrollo con Equidad, de la Universidad Iberoamericana en Ciudad de México.

David García Pérez

Doctor en Letras, Letras Clásicas, por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Es Director del Instituto de Investigaciones Filológicas de la UNAM, investigador adscrito al Centro de Estudios Clásicos del mismo Instituto y profesor de asignatura en la Facultad de Filosofía y Letras de la misma casa de estudios.

Olbeth Hansberg

Doctora en Filosofía por la UNAM. Profesora-Investigadora del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM. Obtuvo el Doctorado Honoris Causa por la UNAM en 2015. Coordinadora general del Seminario Universitario de Afectividad y Emociones (SUAFEM).

Juan Loaiza

Filósofo de la Universidad del Rosario en Colombia. Es Maestro y Doctor en Filosofía de la Humboldt-Universität zu Berlin y la Berlin School of Mind and Brain. Es Profesor de la Escuela de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario en Colombia.

Gustavo Maldonado

Licenciado en Filosofía y Maestro en Humanidades por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Allí mismo cursa el Doctorado en Educación, Artes y Humanidades. Realizó una estancia de investigación en el Instituto de Estudios del Ocio de la Universidad de Deusto en Bilbao, España.

María Elena Medina-Mora

Doctora en Psicología Social por la UNAM. Es miembro del Colegio Nacional. Directora Emérita del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Investigadora Emérita de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y del Sistema Nacional de Investigadores. Directora de la Facultad de Psicología de la UNAM. Coordinadora del Seminario de Estudios sobre la Globalidad de la UNAM.

Alice Poma

Doctora en Ciencias Sociales Aplicadas al Medio Ambiente por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. Ha realizado estancias de investigación en el Instituto Universitario Europeo, la Universidad de Guadalajara, la Universidad de Newcastle, la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y la UNAM. Es investigadora asociada del Instituto de Investigaciones Sociales en la UNAM.

Claudia Rafful

Licenciada en Psicología por la Universidad de las Américas en Puebla, Maestra en Ciencias en Uso Indebido de Sustancias de Sussex en Reino Unido y Doctora en Salud Pública por la Universidad de California en San Diego. Es profesora en la Facultad de Psicología de la UNAM e investigadora en el Centro de Salud Mental Global del Instituto Nacional de Psiquiatría.

Leonardo Ramos-Umaña

Doctor en Filosofía por la UNAM. Realizó una estancia posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Filológicas de la UNAM, en donde es profesor de la Facultad de Filosofía y Letras a nivel licenciatura y maestría.

Abraham Sapién

Licenciado en Filosofía, por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM y Maestro en Ciencias Cognitivas por la École Normale Supérieure (ENS), de París. Es Doctor en Filosofía por la Universidad de Glasgow y por la Sorbona (París IV). Realiza una estancia posdoctoral en el Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM.

Marcia Villanueva

Médica cirujana por la Facultad de Medicina de la UNAM. Maestra en Filosofía, Ciencia y Valores por la Universidad del País Vasco y es Maestra y Doctora en Filosofía de la Ciencia por la UNAM. Realiza una estancia posdoctoral en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM.







# La vida emocional en la pandemia

**E**sta obra reúne diez contribuciones al estudio de lo que sentimos durante la contingencia por COVID-19. Se presentan análisis, ideas y conceptos provenientes de la investigación acerca de los afectos humanos en diversos campos. Llevar nuestros sentires a la conversación pública trae consigo la promesa de una mayor comprensión: acerca de quiénes somos, qué queremos y qué podemos como comunidad.

