

Jorge L. Tizón

salud
emocional
en tiempos de
pandemia

Herder

Jorge L. Tizón

Salud emocional en tiempos de pandemia

Reflexiones urgentes

Herder

Diseño de la cubierta: Herder
Edición digital: José Toribio Barba

© 2020, *Jorge L. Tizón*
© 2020, *Herder Editorial, S.L., Barcelona*

ISBN digital: 978-84-254-4606-1
1.^a edición digital, 2020

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com).

Herder

www.herdereditorial.com

Índice

Prefacio

1. Introducción. Una peste fuera de su época
2. Diferencias entre esta y otras epidemias
3. Las «histerias de masas» como experiencia
4. El poder del miedo y sus burbujas
 - El miedo y la cultura
 - Miedo y contrato social
 - El uso del miedo para la «reestructuración social»
 - Miedo y burbujas: «burbuja sanitaria» y «burbuja psicosocial»
 - Otros miedos
5. Dos aproximaciones fundamentales: emociones primigenias y niveles para la contención
6. Reflexiones para replantearse las medidas y cuidados en epidemias y pandemias
7. Repensar el futuro: la pandemia del Covid-19 como oportunidad transformadora
 - Por un futuro diferente para los cuidados sanitarios
 - Reparación, reparatividad y ética de la solidaridad y los cuidados
 - Gratitud y reparatividad frente a perversión

Bibliografía

Prefacio

*En los tiempos sombríos, ¿se cantará también?
También se cantará sobre los tiempos sombríos.*

Bertolt Brecht, *Poemas y canciones*

A instancias de la editorial Herder les presento aquí una serie de reflexiones basadas en anteriores textos propios y en reflexiones personales y ajenas a partir de la crisis que estamos viviendo. El objetivo es sumamente modesto, tanto por mis capacidades como por la urgencia de su abordaje. La intención es, sobre todo, presentar ideas sobre las que reflexionar durante la pandemia y, sobre todo, realizar una serie de sugerencias que nos puedan orientar de cara al futuro: cómo repensarlo y cómo participar en su rediseño, porque es más que probable que la pandemia del Covid-19 proporcione un impacto cultural y social que, querámoslo o no, va a cambiar el mundo. Esperemos que para bien.

Las reflexiones han partido de una idea básica: el impacto mundial de esta pandemia es tan nuevo y tan inesperado que no sabemos por dónde irán los acontecimientos. Lo único que sabemos es que no será como habíamos previsto, como esperábamos o como hubiéramos deseado.

Creemos tan firmemente que la pandemia del Covid-19 tendrá un impacto transformador en nuestro futuro que les propongo imaginar páginas en blanco que, tras cada capítulo, usted vaya completando lo que aquí expongo con nuevas observaciones, reflexiones e ideas conforme avancen las semanas y los meses y así contrastar los acontecimientos.

¡Salud, apoyo mutuo y creatividad!

1. Introducción. Una peste fuera de su época

Todo el mundo se ha alterado con la epidemia del Covid-19, el llamado «coronavirus». Más aún los llamados «países desarrollados», que suelen ver las pandemias «desde la barrera», pero en este caso la crisis sanitaria está afectando a toda la población y extendiendo a todo el globo. Por eso vale la pena reflexionar sobre algunos temas que los medios de comunicación, tertulianos, comentaristas e incluso expertos no han tenido en cuenta las cuestiones propias de la salud mental y de las emociones que se ven alteradas con este tipo de pandemias. Tengamos antes en mente, aunque solo sea de manera esquemática, las características de la pandemia [2-17].¹ A partir de aquí, para abreviar, hablaremos de Covid-19 para referirnos a la pandemia del coronavirus.

¿QUÉ ES EL NUEVO CORONAVIRUS? Los coronavirus pertenecen a una amplia familia de virus que por lo general solo afectan a los animales. Algunos tienen la capacidad de transmitirse a las personas, como es el caso del coronavirus SARS-CoV-2, un nuevo tipo de coronavirus que se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. Todavía hay muchas cuestiones que se desconocen en relación a la enfermedad que produce el Covid-19.

EPIDEMIA Y PANDEMIA. El 30 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró el brote del coronavirus SARS-CoV-2 como emergencia de salud pública internacional. El 11 de marzo de 2020 la OMS lo declaró pandemia.

¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD DEL COVID-19? Fiebre y malestar general, tos y sensación de falta de aire. En algunos casos también puede haber síntomas digestivos como diarrea y dolor abdominal. La mayoría de los casos presentan síntomas leves. En casos más graves la infección puede causar neumonía, dificultad importante para respirar, fallo renal e incluso la muerte. Los casos más graves generalmente están entre las personas de avanzada edad o que padecen alguna enfermedad crónica, como enfermedades del corazón, del pulmón o inmunodeficiencias.

¿CUÁLES SON LOS GRUPOS VULNERABLES? Los principales grupos vulnerables son los mayores de 60 años y aquellas personas diagnosticadas de hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer, inmunodeficiencias y las mujeres embarazadas, por el principio de precaución.

¿CÓMO SE TRANSMITE EL NUEVO CORONAVIRUS? Parece que la transmisión se realiza por contacto estrecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Su capacidad de contagio depende de la cantidad

del virus en las vías respiratorias. Estas secreciones infectarían a otra persona si entran en contacto con su nariz, sus ojos o su boca. Parece poco probable la transmisión por el aire a distancias mayores de 1 o 2 metros. Sin embargo, su capacidad de contagio en aglomeraciones es alta. El período de incubación (tiempo entre el contagio y la aparición de síntomas) se cree que está entre 2 y 14 días.

¿HAY UN TRATAMIENTO PARA EL COVID-19? No hay un tratamiento específico, aunque se están empleando algunos antivirales que en estudios recientes han demostrado cierta eficacia. Hay muchos tratamientos para el control de sus síntomas, por lo que la asistencia sanitaria mejora el pronóstico. Al ser una infección producida por virus, los antibióticos no deben ser usados como un medio de prevención o tratamiento.

PELIGROSIDAD. Que una persona sufra la enfermedad asintóticamente, o como una gripe, o que necesite ingreso hospitalario depende fundamentalmente de la edad y del estado inmunológico del paciente, pero también de la «carga viral», es decir, la cantidad de millones de virus que han entrado en nuestro organismo en el momento del contagio. Cuanto mayor sea esa carga viral, más daño puede hacer el virus a nuestros pulmones mientras nuestras defensas se organizan y fabrican anticuerpos para defenderse. La peligrosidad de la pandemia, inicialmente infravalorada por no haber tenido suficientemente en cuenta sus consecuencias psicológicas y sociales es, de momento, muy alta. Por un lado porque aún no hay una inmunización espontánea de la población. Por otro, porque no hay vacunas o tratamientos eficientes para combatirla. En tercer lugar, porque dada la rapidez de su extensión ha llegado a colapsar los servicios sanitarios de varios países «desarrollados», provocando como consecuencia una crisis sanitaria y una crisis social.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN EN ESPAÑA? Actualmente padecemos una *transmisión comunitaria sostenida y generalizada*. Hay numerosos sitios web donde se pueden actualizar los datos. A varios de ellos se puede acceder a través del siguiente enlace: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>

Con los datos conocidos a finales de marzo de 2020, las previsiones más pesimistas hacen prever una infección generalizada en los próximos tres meses. Ahora bien, de cada 1 000 personas 900 la pasarán asintóticamente, sobre todo niños y jóvenes, y 100 mostrarán síntomas. De esos 100, alrededor de 80 padecerán síntomas similares a una gripe severa y molesta, y 15 desarrollarán una neumonía bilateral con dificultad para respirar que requerirá ingreso hospitalario para administrar broncodilatadores, corticoides y oxígeno.

Aplicados esos porcentajes a la población nacional esto significa que unos 4 millones de españoles van a tener síntomas. De ellos, más de 3 millones sufrirán síntomas parecidos a los de una gripe larga y molesta que requerirá, como poco, permanencia en casa y tratamiento sintomático; 600.000 necesitarán ingreso hospitalario, y muchos de ellos oxígeno y respiración asistida; unos 200.000 necesitarán ser ingresados en una

Unidad de Cuidados Intensivos.

Con esos datos, el problema real en marzo de 2020 es que en toda España el sistema público y el privado cuentan con unas 200.000 camas de servicio general y 3 800 de Unidades de Cuidados Intensivos. Esto ha convertido la enfermedad en un problema no muy grave a nivel estrictamente biológico (su índice de mortalidad es menor que el de otras epidemias, como la gripe) pero sí en una emergencia sanitaria y social de primer orden.

MEDIDAS DE PROTECCIÓN. Coinciden con las medidas genéricas de protección individual frente a enfermedades respiratorias:

- Higiene de manos frecuente (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas), especialmente después de tener contacto directo con personas enfermas, con su entorno o con objetos contaminados.
- Al toser o estornudar es importante cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado.
- Se debe usar pañuelos desechables y han de tirarse tras su uso.
- Si se presentan síntomas respiratorios se debe evitar el contacto cercano con otras personas y mantener una distancia de aproximadamente 1 o 2 metros.
- Hay que evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, ya que a través de las mucosas se facilita la transmisión.
- Por lo que parece, en España no han de tomarse especiales precauciones con los animales ni con los alimentos.

¿QUÉ MEDIDAS DE CONTROL SE ESTÁN TOMANDO? Teniendo en cuenta la emergencia sanitaria que anunciaban las cifras anteriores, el 14 de marzo el Gobierno español declaró el estado de alarma en todo el territorio. Se busca proteger la salud de la ciudadanía, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública. Hay numerosas fuentes oficiales que se pueden consultar para informarse de la situación de alarma y de las medidas a las que esta obliga. Es importante, para evitar *fake news*, seguir exclusivamente las informaciones y recomendaciones oficiales.

¿QUÉ HACER SI APARECEN SÍNTOMAS? Las personas que presenten fiebre o tos deberán quedarse en su domicilio y contactar con los servicios de salud llamando a los teléfonos habilitados por cada Comunidad Autónoma, que se pueden consultar en: <http://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/n-CovChina/telefonos.htm> Si se tiene sensación de falta de aire, empeoramiento o sensación real de gravedad por cualquier otro síntoma, se puede llamar al 112.

Toda epidemia supone alteraciones y peligros a nivel biológico, psicológico y social. Ahora lo percibimos con más claridad que nunca. Siglos después del nacimiento de la medicina científica seguimos pensando, con razón, que los mayores peligros son ante todo de carácter biológico. Y en parte así es: hay que circunscribir el término *epidemia* a

sus realidades biológicas, es decir, al peligro que representan para la vida y para la salud de los ciudadanos. Pero no es menos cierto que toda epidemia conlleva una «epidemia emocional y social», es decir, unos componentes emocionales y sociales que ponen en peligro no solo la salud de los ciudadanos (si no no habría epidemia), sino su estabilidad mental o emocional, tanto de las personas como de los grupos y colectivos. Además, algunas epidemias pueden producir graves alteraciones o cambios sociales.

¹ Los números que aparecen entre corchetes hacen referencia a la bibliografía, dividida por capítulos.

2. Diferencias entre esta y otras epidemias

Como ya hemos comentado, según la documentación oficial española del Ministerio de Sanidad y Consumo los coronavirus son una amplia familia de virus que normalmente afectan a animales [2-6, 9-16]. Sin embargo, parece que algunos tienen una capacidad de transmisión de los animales a las personas. La mayor parte de las informaciones afirman que el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan. Incluso ahí hay discusión, pues algunos científicos afirman que en realidad se originó en Estados Unidos y que el primer paciente era norteamericano. A la enfermedad que produce se la denomina «Covid-19», aunque todavía hay muchas cuestiones desconocidas o por debatir en relación con la misma.

Como recuerdan las agencias públicas, el coronavirus se transmite por el contacto directo con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona portadora. Su capacidad de contagio depende de la «carga viral» (cantidad del virus en las vías respiratorias). Estas secreciones infectarían a otra persona si entran en contacto con su nariz, sus ojos o su boca. Parece poco probable la transmisión por el aire o a distancias mayores de 1 o 2 metros, si bien las aglomeraciones que habitualmente se dan en los países industrializados o «posindustrializados» hace que su poder de transmisión, su «tasa reproductiva» o «de contagio» sea relativamente alta. Cada persona puede contagiar a entre 2 y 5 personas de su medio y no se sabe a cuántas en lugares públicos y aglomeraciones [3-6].

Numerosos expertos transmitieron en marzo de 2020 que el nuevo virus es más contagioso y probablemente más letal que la gripe. La mortalidad del Covid-19 ha variado ampliamente a lo largo de la epidemia, aunque en marzo de 2020 se calculaba que en China era del 2,3 % (población más joven, confinamiento radical) y del 6,8 en Italia (población envejecida, confinamiento tardío). El [informe](#) del Imperial College británico [8], con datos de China, Reino Unido y Estados Unidos, calcula que de los octogenarios infectados fallecería el 9,3 %. También, que si la epidemia no es contenida y se permite su evolución «natural» habría que predecir más de medio millón de muertes en Gran Bretaña y más de dos millones en Estados Unidos, sin contar con los efectos potencialmente negativos que la pandemia tendrá en los sistemas sanitarios, aumentando la mortalidad por otras causas.

Sin embargo, hay que tener claro que, como acabamos de recordar, la afección o enfermedad que produce este virus es leve en la gran mayoría de los casos, salvo para la población vulnerable que acabamos de resumir: personas mayores y personas con otras patologías graves concurrentes. Muchas de las personas que están contagiadas (y que pueden transmitirla) ni siquiera notan síntomas o molestias acusadas. Probablemente se trate de una enfermedad corporal, somáticamente menos grave que la gripe común y,

desde luego, con una tasa de mortalidad que, de momento (la tasa de muertos según casos comprobados), parece ser menor. Es probable que incluso disminuya con la generalización de la transmisión comunitaria (mayor número de infectados, pero sin que podamos seguirlos a todos ni detectarlos, dada la levedad de los síntomas). El problema, como ya se ha dicho, es la concentración en el tiempo de los enfermos y la ausencia de tratamientos. Esas son algunas de las *características biológicas* de esta nueva enfermedad.

A lo largo de la historia los seres humanos hemos sufrido diferentes epidemias y pandemias graves. Baste recordar la «peste antonina», que en el siglo II se cobró más de 5 millones de víctimas; la «peste de Cipriano», en el siglo III; la peste negra, que en el siglo XIV acabó con cerca del 40 % de la población europea (alrededor de 200 millones de muertos); la viruela contagiada a aztecas y mayas, con millones de muertos como resultado (más de 50 millones de muertos); las pandemias de cólera durante el siglo XIX, también con millones de muertos; la «gripe española» de 1918, con entre 40 y 50 millones; el sida, con más de 30 millones y aumentando...

Durante el siglo XXI, sin embargo, las epidemias han tenido menos mortalidad mundial, tal vez por el desarrollo de los sistemas sanitarios e higiénicos en todo el globo. La epidemia del SARS, la «gripe aviar», la gripe A, el cólera (endémico en varios países), el ébola en 2014, el Síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente medio (2012-2015), el zika (2014), la tuberculosis... todas ellas han supuesto la muerte de varios millones de personas, aunque la pandemia del Covid-19 pronto superará en morbilidad y mortalidad a cada una de ellas.

La diferencia más notable entre esta y otras epidemias anteriores tal vez consista en el peso que los componentes psicológicos y sociales están teniendo y en la rapidez de su influencia.

Por un lado se trata de una epidemia que, al menos de entrada, ha afectado más a los países desarrollados y urbanizados del globo (China ha de ser considerada uno de ellos). Se trata de una **pandemia del desarrollo**, que azota y asusta sobre todo a los países industrializados y «posindustrializados», al menos de entrada.

En segundo lugar, es una **pandemia reveladora**. A pesar de los estados de emergencia sociales, aún siguen barajándose hipótesis diversas sobre el origen de la epidemia, su desarrollo y evolución... En los medios de comunicación y en las redes sociales se difunden desde las fantasías más extremadamente conspiranoicas hasta las perspectivas más tecnocráticas, sin faltar, desde luego, perspectivas políticas, ideológicas, comerciales, financieras... interesadas y perversas. Žižek [20], además de otras aventuradas afirmaciones, sostiene que la actual expansión de la epidemia del coronavirus ha detonado las epidemias de *virus ideológicos* que estaban latentes en nuestras sociedades: noticias falsas, teorías conspirativas paranoicas y explosiones de supremacismo y racismo. Sostiene que ha hecho saltar a primer plano el complejo tema de la información/desinformación/ocultación de los datos y conocimientos en nuestros sistemas sociales, teóricamente «avanzados» y «democráticos», pero llenos de anomalías y distorsiones en este campo. En la era de la intercomunicación y de las redes sociales

informatizadas globales, ¿cómo se están manejando esas redes, la información confidencial, la de espionaje y contraespionaje, la militar, la farmacéutica, la sanitaria, la información sobre nuestras vidas privadas...? Hay un virus que ha hecho salir todo esto a la luz, señal de que la zona vulnerable, la herida abierta, estaba muy cerca, muy en superficie, muy cerca de la «zona de contacto»; ha quedado patente que entre el *big data* y los virus ideológicos e informáticos no hay tanta distancia, que forman parte de la misma estructura.

En tercer lugar, es una pandemia que pone de manifiesto la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios, incluso los más desarrollados y sólidos. Es una **pandemia de la vulnerabilidad sanitaria**. Sus componentes psicológicos, dominados por el miedo y el sensacionalismo de los medios de difusión, han llevado los sistemas sanitarios, incluso de países en los que hasta ahora se creía que eran más sólidos y bien dotados, a una situación crítica, si bien antes de que la crisis se haya hecho patente. Desde luego, es evidente que la pandemia ha llevado a una situación de saturación o «sobrecalentamiento» de tales sistemas sanitarios. Imaginémosnos hasta dónde podría llevar a países con un sistema de salud menos organizado o sometidos a bloqueos, como Irán, Siria, Somalia, Congo y otros muchos. Y todo ello a pesar de su menor mortalidad e incluso morbilidad iniciales. Si bien esto siempre ha sucedido con las grandes pandemias, la diferencia notable en el caso del Covid-19 es que ni los más pesimistas habrían podido predecir tal situación tan solo hace unos meses. ¡Estábamos tan seguros de nuestros sistemas sanitarios «desarrollados»!

Hay dos razones de peso que están contribuyendo a saturar los sistemas sanitarios de esta epidemia. La primera es, desde luego, la inexistencia hasta el momento de tratamientos eficaces (aunque es más que probable que se descubran y que se pongan en marcha en pocos meses). La segunda razón es otra de sus características fundamentales: la imposibilidad de sostener sistemas sanitarios tan desiguales y aislacionistas. Con medidas sanitarias diversas, con fronteras cerradas o no, con cierres del espacio terrestre, marítimo y aéreo o no, la epidemia se ha extendido por muchos países y, lo que es bastante probable, seguirá extendiéndose más. Es, por tanto, una **pandemia de la crisis del aislacionismo sanitario**, que denuncia la irresponsabilidad e ineficacia de dicho aislacionismo, claramente supremacista en el caso de Estados Unidos, la Unión Europea y Rusia.

En cuarto lugar, es una **pandemia social**, una pandemia para nuestras relaciones sociales. Ha llevado a medidas de aislamiento social desconocidas en la historia de la humanidad que, a su vez, han puesto en crisis todo el modo de producción, toda la organización social. Las medidas sociales y económicas activadas para intentar frenar la epidemia, basadas fundamentalmente en el aislamiento social, han sido radicales, propias de una guerra o posguerra. Los sistemas de contacto, relación y trabajo telemáticos han podido reducir el impacto del aislamiento, aunque la pandemia ha hecho patente cómo la *virtualidad* puede aparentar ser una red social tupida que no se corresponde con la realidad social. Lo virtual se ha mostrado mucho más vulnerable de lo que esperábamos. Además, se anuncia una profunda crisis social como consecuencia de la más que

probable crisis económica, que ya ha comenzado.

Como luego ampliaremos, el miedo y la difusión masiva del miedo han jugado en la extensión y gravedad de esta epidemia un papel fundamental. Pero aquí se revela otra de sus características, la quinta: se trata de una **pandemia paradójica**. O, con la evolución de la pandemia, tendríamos que decir, una *pandemia «inicialmente paradójica»*. Como afirman hoy por hoy los expertos, buena parte de los contagiados por el virus no padecerán la enfermedad y, si la padecen, sus síntomas serán leves en la mayor parte de los casos, al menos en los países desarrollados [12-14]. Sin embargo, tanto en los primeros momentos como en plena fase de difusión masiva, en la cual las informaciones se han dado de forma también masiva, lo que ha puesto en peligro los sistemas sanitarios ha sido la *confusión entre el miedo al contagio*, por lo que puede tener de riesgo para las personas vulnerables, y el *miedo a la enfermedad generalizado*. Inicialmente se pensó que era una pandemia paradójica, pues parecía más motivada por las emociones que por la gravedad biológica (hasta que se valoró más a fondo y menos maníacamente la tercera característica). Posiblemente se infravaloró su gravedad porque otra vez se partía de concepciones biológicas de la salud [21], es decir, tan solo de la capacidad infecciosa del Covid-19, sin tener en cuenta los componentes psicológicos (cómo se iba a difundir el miedo y otras emociones) ni los componentes sociales (el probable colapso del sistema sanitario). Con el avance de la pandemia, en especial en la Europa envejecida, ese panorama ha cambiado bastante. Aunque, desde luego, la magnitud del miedo y de las medidas de emergencia, al menos por su extensión y globalización, superan con mucho a las sufridas en otras pandemias.

Ahí, de entrada, se ha dado uno de esos «estrechamientos cognitivos» que propicia el miedo [22]: gran parte de las personas que se quejan de «falta de elementos y protocolos de protección», por ejemplo, a causa de los efectos cognitivos del miedo, no tienen en cuenta al menos dos hechos: primero, que probablemente esos medios, que realmente han escaseado (y más aún con el *austericidio* y los recortes a los que se ha sometido a la sanidad pública en gran parte de los países regidos por economías neoliberales), no son o no deberían usarse, al menos en las primeras fases, para la población general, sino precisamente para los sanitarios, los servicios públicos indispensables y las personas vulnerables. En segundo lugar, que no hay que confundir, menos en este caso, contagio con «enfermedad», y menos aún con «enfermedad grave» (que sí puede darse en los grupos vulnerables). El miedo estrecha la mente.

¿Cómo ha podido suceder esto? ¿Cómo una epidemia relativamente poco mortal ha producido tan importantes cambios en el sistema sanitario y, más allá, en nuestro modo de producción, distribución y consumo, en nuestro modelo social? En un momento en el que, a pesar de la resistencia ofrecida por movimientos que demandan una «democracia real» y por facciones de la socialdemocracia que aún existen en algunos lugares del globo, la mayoría de los países ya se había inclinado por el modelo y la ideología *neoliberales*. Parece que esta epidemia podría golpear gravemente a quienes han defendido esas concepciones (aunque con diferencias notables, desde luego). La organización socioeconómica mundial está en crisis, como confirman incluso dirigentes

y defensores del capitalismo. Estamos ante uno de esos momentos históricos en los que, tal vez como nunca en la historia, podemos sentir y observar las repercusiones psicológicas y sociales que provoca una epidemia a nivel mundial, repercusiones que parecen incluso mayores que otras epidemias y pandemias anteriores. Creemos que esa es la sexta característica particularizada de esta epidemia, que resumiríamos así: *Hoy, más que nunca, hemos podido experimentar que lo más contagioso para la humanidad no son los virus, sino las emociones.* Por eso hablamos de una **pandemia de las emociones y de la emocionalidad compartida**, su sexta característica diferencial en esta breve y apresurada relación que hoy estamos haciendo. En efecto, lo que más contribuye a agravar esta epidemia, lo que la convierte en una crisis social, es la repercusión emocional de la misma y cómo esta ha contagiado incluso esos entes incorpóreos pero dominantes que son «los mercados» (al fin y al cabo, organizaciones y seres humanos dedicados a ese tema y a las especulaciones vinculadas con los mismos). Y cuando hoy se habla de emociones, como en epidemias anteriores, nos solemos centrar en el *miedo*, una de las emociones básicas humanas, genéticamente programadas, de la especie. Hoy sabemos algo más de este tema, tanto por los avances psicológicos y antropológicos como por los descubrimientos neurocientíficos.

Desde hace pocos años poseemos nuevas perspectivas, conocimientos y datos para entender estas crisis y afrontarlas de manera diferente, para entender la potencia del miedo y las demás «emociones primigenias» [23,24] como no se conocían con anterioridad. La difusión a nivel general, cultural, de estos datos científicos podría abrir la séptima característica diferencial: hoy sabemos que los seres humanos venimos neurológicamente preparados para la comunicación emocional, y que esa es (aún) la base de nuestro desarrollo psicológico individual y colectivo;; nuestros cerebros y nuestra psicología funcionan facilitando esa transmisión masiva [23,25]. La existencia de redes sociales informatizadas, de internet, no ha hecho sino multiplicar exponencialmente esas capacidades de comunicación emocional de la especie. En consecuencia, esta pandemia nos podría proporcionar un impulso para un cambio no solo científico, sino cultural. Es (o podríamos convertirla en) una **pandemia integradora de conocimientos psicológicos y psicosociales actualizados en la cultura** (y en todas las culturas): nos obliga a una concepción menos dicotómica del ser humano y de su psicología. Es la concepción que ha dominado la ciencia, las artes, la cultura y el pensamiento popular desde los albores del racionalismo y las revoluciones industriales. Por un lado va «la razón», el «conocimiento» (lo cognitivo) y, por otro, las emociones (que, además, se entienden, disociativamente, como «las bajas emociones», las «emociones de la plebe», «de las mujeres y los niños», de los «pueblos primitivos»...).

Partiendo de ahí, pero también por otras muchas razones en las que abundaremos, su octava característica consiste en que podríamos convertirla en una **pandemia integradora y globalizadora a nivel social**, según la afrontemos hoy y mañana, cuando salgamos de la misma. Más adelante volveremos sobre estas dos características, aunque desde ya querría insistir en que *la crisis del coronavirus, aparte de habernos hecho tomar conciencia de la realidad de China como primera potencia mundial, nos obliga a*

repensar el planeta y la humanidad como globales, como un todo unitario.

3. Las «histerias de masas» como experiencia

Como clínicos y como gestores sanitarios, los episodios de *mass hysteria* en los que hemos participado a lo largo de varios decenios han influido de forma decisiva en nuestra comprensión biopsicológica de estos fenómenos de *difusión emocional masiva* (DEM). Como acabamos de decir, la pandemia del Covid-19 cumple sobradamente con estos criterios. Por eso, a pesar de la brevedad y provisionalidad de este texto, quisiera resumir los componentes más técnico-científicos que esas experiencias sanitarias nos han proporcionado. Comenzaremos con esta referencia a la «histeria de masas», para seguir después con una perspectiva actualizada del miedo y del resto de las emociones primigenias.

Durante los siglos XX y XXI, el aumento de los conocimientos médicos, los riesgos sanitarios ambientales, la difusión masiva de emociones a nivel social (la «emocionalidad líquida» [1]), la medicalización de la cultura y la población [2] y otros muchos factores han aumentado de manera considerable la preocupación de la comunidad por la enfermedad. Paradójicamente, mientras la población parece más sana, su percepción de la salud y la enfermedad han empeorado [3-7]. En ocasiones, esa sensación de enfermedad se atribuye a riesgos ambientales de forma proyectiva y persistente, sensación para la que se necesitan explicaciones psicodinámicas y de dinámica de grupos (grandes o pequeños) [5, 8-11].

Los *brotos de histeria* han sido descritos repetidamente en la literatura científica internacional. De hecho, en la actualidad hay un goteo de publicaciones que ha venido precedido por numerosas observaciones de los períodos precientíficos de la psicopatología y la sociología. No obstante, varios autores hoy clásicos proporcionaron certeras descripciones y delimitaciones de lo que luego se ha dado en llamar «histeria de masas»; por ejemplo, Paracelso, Weyer, Cullen, Willis, Scott... En la tabla 1, tomada de una publicación anterior [9] presentamos una serie de cuadros de «histeria de masas» habitualmente mencionados en la bibliografía tanto epidemiológica como psiquiátrica. Desde nuestra perspectiva actual, quizá deberían entenderse como manifestaciones culturales o síndromes psicosociales con expresión fundamental a través del cuerpo, *somatomorfos*. Este grupo de manifestaciones culturales, como relacionales que son, pueden organizarse según diferentes estructuras u organizaciones relacionales y psicopatológicas, dos de las cuales ya hemos descrito en otros lugares: las *somatomorfos* (en las que la población incluso manifiesta alteraciones en la expresión corporal) y las *hipocondriiformes* (en las que manifiesta la certeza angustiada de padecer una enfermedad sin que haya factores biológicos para ello) [12,13].

Tabla 1. Algunas formas epidémicas o endémicas de trastorno somatomorfo descritas desde una perspectiva epidemiológica (tomada de [10])

POBLACIONES	OBSERVADORES - COMUNICANTES
<i>Soldados hindúes en la II Guerra Mundial</i>	<i>D.W. Abse</i>
<i>Enfermedad de los Partisanos (Yugoeslavos)</i>	<i>P. Parin, L. Rogers, H.F. Ellenberger</i>
«Síndrome de Puerto Rico» (« <i>Mal de pelea</i> »).	<i>Maldonado-Sierra, D.R. Mehlman, A. Rottemberg</i>
«Piblocto» esquimal	<i>R.E. Peary, A.A. Brill</i>
«Psicosis» nupciales en Egipto	<i>B. Lewin, S. Ammar</i>
<i>Síndrome de Ganser en detenidos</i>	<i>Ganser, Ellenberger</i>
«Meigallo» gallego	<i>E. González y A.I. González</i>
<p>* Situaciones ANÓMICAS * Con dificultades de IDENTIFICACIÓN * Con DESESTRUCTURACIÓN RELACIONAL y/o de la RED SOCIAL * Con graves ANSIEDADES PERSECUTORIAS * Con dificultades de EXPRESIÓN por otras vías</p>	

En 1982, Small y Nicholi [14] publicaron una definición de estos fenómenos que ha sido muy utilizada en la bibliografía científica. En ella entendían como *mass hysteria* la aparición en un grupo de personas de una constelación de síntomas que sugieren una alteración orgánica, pero que resultan de una causa psicológica, en la que cada miembro del grupo puede experimentar uno o más síntomas. Es esto lo que, al menos parcialmente, explica la sobreconsulta en los sistemas sanitarios de la población en los países en los cuales se dan esos sistemas.

Sin embargo, nuestra impresión es que son pocos los brotes de histeria en comunidades descritos en la bibliografía en comparación con la realidad de su presencia clínica. Como ya resumimos anteriormente, la mayoría corresponde a brotes en medios escolares [9-13,16,17], aunque cumplen muchos de los criterios de *trastorno conversivo epidémico* o *epidemia de histeria*, como aceptábamos en nuestros primeros trabajos sobre el tema [11,12]. En realidad, nuestra opinión sobre los estudios acerca de este tipo de situaciones es que, al menos en los aspectos psicológico-psiquiátricos de los mismos, habitualmente a un nivel muy rudimentario y con excesivas disociaciones, dejando «demasiado de lado» los componentes relacionales y emocionales del tema.

Teniendo en cuenta lo rudimentario de los conceptos y las técnicas utilizadas por la medicina tecnológica para esos problemas, es por lo que tanto personalmente como a petición de las profesionales del Servicio de Epidemiología del ayuntamiento de Barcelona, nos hemos visto empujados a participar en la observación, contención y explicación de algunos de estos fenómenos grupales y epidemiológicos [11,12]. Por ejemplo, intentando la contención secundaria de los miedos o somatizaciones psicosocialmente «relanzadas», de fenómenos de DEM, en un episodio de toxiinfección

alimentaria por un supuesto envenenamiento por caramelos tóxicos; otro de toxiinfección alimentaria en un colegio nacional; un caso de supuesta escabiosis (sarna) que afectaba a todo un barrio y, en particular, a sus instituciones comunitarias y a su personal sanitario; en la limitación del daño y contención de un supuesto brote de «lipoatrofia semicircular» que había llevado a cierres, a costosísimas exploraciones tecnológicas y a obras en una guardería, en una biblioteca y en un centro cívico a causa de ese supuesto brote..., y hasta en un episodio de «somatización de crisis de ansiedad» producido en un Boeing 747 en un vuelo nocturno a Sudamérica. Gran parte de ellos han sido publicados, tanto en revistas nacionales como internacionales [9-18]. Más tarde pudimos aplicar dichos conocimientos y experiencias en el comité catalán de seguimiento de la epidemia de ébola, que amenazó con extenderse por Europa durante los años 2014 y siguientes.

En los trabajos citados aparecen breves resúmenes de los costes sociales y comunitarios de todo tipo, incluso económicos, que conllevan dichos episodios. En definitiva, a causa de la desatención biológica de las realidades emocionales, en numerosos países con episodios de DEM se han llegado a cerrar estaciones de trenes y autobuses, colegios, centros cívicos, bibliotecas, festivales de música con centenares de personas, actos políticos, embajadas... y hasta centros sanitarios y hospitales. Y todo ello, además de los costes estrictamente sanitarios de cada brote —bien abultados en la mayoría de los casos en los que hemos tenido ocasión de intervenir—. Según nuestra experiencia, en una ciudad como Barcelona, a pesar de la universalización de la atención sanitaria primaria, esto es, de la atención primaria a la salud, anualmente se producen entre uno y dos brotes de DEM. En general van asociados a otros brotes de enfermedades infecciosas (meningitis, giardiasis y hepatitis A, entre otras) o a otro tipo de supuestas «enfermedades» de base biológica desconocida, incierta o dudosa (fatiga crónica, fibromialgia, lipodistrofia, TDAH, etc.). De todas formas, la magnitud de los costes sociales, económicos y comunitarios de la epidemia del Covid-19 desborda con mucho las previsiones y conocimientos previos de los diversos equipos con los que fuimos afrontando la actuación ante esas DEM.

En la investigación científica estamos obligados a tener en cuenta este tipo de situaciones, si bien un grave problema acerca de la investigación y la comprensión de estos fenómenos consiste en que su manifestación en la bibliografía científica es mucho menor que la incidencia de los mismos en nuestra sociedad y cultura, y, desde luego, mucho menor de lo que sus repercusiones económicas y sociales deberían obligarnos a pensar. Es como si la literatura médica e, incluso, la sociológica se encontraran «avergonzadas» por la persistencia de dichos «brotes» en una sociedad que se considera a sí misma «racional» y «tecnológica». El resultado es que, tras importantes urgencias, como las que describimos en 1998, y, a menudo, tras grandes gastos en el montaje epidemiológico y médico, esos temas han quedado abandonados, sin ser estudiados y publicados de manera adecuada, de forma que pudieran servir para prevenir episodios subsiguientes y para aminorar los temores, sufrimientos y gastos desproporcionados que los mismos suelen suponer para la colectividad.

Este hecho resulta facilitado porque en la investigación epidemiológica de brotes epidémicos agudos, la calidad y el rigor de las mediciones y estudios suelen quedar alterados por la necesidad de intervenciones concurrentes, necesarias en la «epidemiología de campo». También, y sobre todo, porque en los países que dominan las publicaciones médicas internacionales, por la naturaleza de su propio sistema social «neoliberal», las medidas a poner en marcha ante esos fenómenos son escasas, tardías y, a menudo, yatrogénicas (es decir, productoras de daño biológico, psicológico o social). La diferencia es que en la pandemia del Covid-19 se ha podido actuar desde otros sistemas sanitarios y sociales, tanto en China como en amplias zonas de la UE, aún dominadas por una perspectiva socialdemócrata de los sistemas comunitarios y sociales.

Como vemos, nuestro primer desacuerdo con esa visión biomédica parte de la terminología. A pesar de que la bibliografía epidemiológica al uso, al tratar esos tipos de fenómenos, habla de «brotes de histeria», «histeria epidémica», «histeria de masas» o «síndrome sociogénico de masas», pensamos que el sustantivo o el calificativo de «histeria» también puede ser inadecuado aquí, tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista pragmático. Pues desde la perspectiva teórica y teórico-clínica, un tema que he desarrollado recientemente [19], pero también desde una perspectiva más cultural y psicosocial, porque facilita la marginación de los sujetos concretos afectados, la banalización de sus quejas y del cuadro, la desconfianza ante esos «simuladores» o «manipuladores» —como eran llamados algunos de los niños de los casos en los que hemos intervenido por parte de algunos de sus profesores (o de los médicos) unos días después.

En muchos de esos «brotes» es cierto que se cumplían algunos de los criterios de definición como síntomas conversivos o somatomorfos (menos visibles en casos como la pandemia del Covid-19, donde queda más clara su conformación como DEM: difusión emocional masiva). Pero ni en aquellos casos ni en este se cumplen los criterios de la estructura sintomática de la «histeria», que, en justicia, es un concepto psicopatológico y no social, psicosocial ni biosocial. Además, desde nuestra perspectiva, «histeria» es un término que, si bien pudo ser útil durante unos siglos del desarrollo de la medicina y la psicología, hoy se ha convertido, sobre todo, en un término marginador, estigmatizador y machista. Por eso hoy preferimos hablar de la organización psicopatológica que antes se llamaba «histeria» o «conversión» con un término más relacional: *organización dramatizadora de la relación* [19].

Desde luego, se trata de un concepto clínico y, por tanto, solo como analogía puede aplicarse a las manifestaciones de los grupos (y siempre tras una prudente investigación previa). Es cierto que un grupo puede comportarse como histérico, dominado por la *organización dramatizadora de la relación* (o, más exactamente, dominado por el *supuesto básico de fuga*) mediante algún tipo de somatización, de expresión corporal o dramatización... Por eso en otros momentos habíamos preferido la expresión *trastorno somatomorfo epidémico* para ese tipo de situaciones [20,12].

La terminología de «psicosis social» o «psicosis de masas» todavía posee apoyaturas más débiles e inconsistentes. Si la psicosis se entiende como una ruptura de la identidad,

con una especial dificultad de relación tanto con la realidad externa como con nuestro mundo interno [21], es cierto que en algunos de esos fenómenos colectivos y, desde luego, en la pandemia del Covid-19, hay situaciones sociales de desintegración grave, de desbordamientos comportamentales grupales, de vivencias esquizoparanoides y de delirio o delusión generalizada a las que podrían aplicarse esos términos como metáfora. Pero solo como metáfora. Y si nos fijamos en las realidades a las que se suele aplicar, en general, enseguida vemos esa tendencia a la banalización de la que acabamos de hablar. Si términos como «psicosis» pueden ser utilizados como metáfora para entender algunas situaciones sociales deberían poder aplicarse a situaciones de desintegración, con escisiones y marginaciones groseras, con actuación comportamental masiva y descontrolada, con delusión o delirio generalizados. Pero ¿acaso hemos visto aplicar esa analogía a todo el pueblo alemán o, no lo olvidamos, a porcentajes importantes de la población de Estados Unidos, Reino Unido, Francia, al nacionalcatolicismo español cuando colaboraron en las marginaciones y ruptura social del fascismo y del nazismo, en sus manipulaciones y delirios? [22,23].

En la actualidad opinamos que una situación relacional de macrogrupo social o de «masas» puede considerarse un brote de «histeria de masas» o, en nuestra terminología, de «trastorno somatomorfo epidémico» o de «difusión emocional masiva somatomorfa» (DEM-S) cuando cumple los criterios básicos enumerados en la tabla 2, ampliados por nosotros a partir de Small [14,15]. Se trata de fenómenos que también pueden observarse en ciertos microgrupos como la familia, los amigos, en ciertas formas de «pandillas» o «bandas» y, hoy en día, en lo que preferimos llamar «redes sociales informatizadas». Recientemente hemos publicado y prologado las experiencias de Volkan y el IDI (International Dialogue Initiative) en situaciones de conflicto social masivo causado por guerras o movimientos nacionalistas armados [8,24].

Desde luego, y siguiendo los criterios expuestos, estos procesos siempre son *procesos contagiosos, desorganizados e incontrolados*. Si la mirada biológica de la psicopatología y la medicina no nos cegara demasiado sería más fácil verlos provocados por «el agente» que produce mayores tasas de contagio y «ataque» en la especie humana: las emociones y sentimientos y, en particular, las emociones primigenias. No se trata de ningún microorganismo vírico o bacterial, sino de las emociones y sentimientos primitivos. Hoy sabemos, además, cómo y por qué esas emociones básicas se transmiten con tal «tasa de difusión o contagio», tanto a nivel psicológico (la identificación proyectiva masiva) como neurológico. Los procesos de identificación, tanto introyectiva como proyectiva y adhesiva, con su correlato neurológico, tienen mucho que ver con la activación de las «neuronas espejo» y otras funciones neurológicas de los individuos sometidos a emociones intensas en un grupo o microgrupo social [25-27,9,10] y los procesos de identificación grupal propios del «cerebro altruista» o solidario [28].

Tabla 2. Criterios para determinar una DEM (Difusión Emocional Masiva) epidémica en sus diversas variedades. Criterios de Small y Nicholi [14] modificados por Tizón *et al.* [9,11-13].

	Criterio	Cumplimentación
--	-----------------	------------------------

		en la pandemia del Covid-19
1	Proceso contagioso, desorganizado e incontrolado	Sí
2	Proceso espontáneo e inusual	Sí
3	Proceso que no recibe contención o supresión de la comunidad	Sí
4	Entorno social o personal inestable, desestructuración relacional y/o de la red social	Sí
5	Poblaciones cerradas, aisladas y/o anómicas à posibilidad de expresiones emocionales no contenidas y confusionales, en particular del miedo, el asco-disgusto y la ira	¿
6	Poblaciones con dificultades de comunicación (lingüística y/o general): barreras culturales, idiomáticas, físicas...	Sí. Dificultades en la comunicación democrática
7	Los síntomas más frecuentes son los mismos que los de los trastornos conversivos: hiperventilación, síncope, trastornos psicomotrices, trastornos digestivos, trastornos neurológicos, crisis de ansiedad y de pánico...	No, salvo en algunos de los «casos»
8	Desencadenante somáticamente poco importante pero psicológicamente contagioso	Sí
9	Inicio en la adolescencia o pre-adolescencia (*)	No aplicable
10	Predomina el sexo femenino (*)	Parcialmente
11	No afecta a todas las personas del mismo ambiente (*)	Sí
12	Evidencia de estrés en los afectados (*): Poblaciones sometidas a presiones emocionales suplementarias y ocasionales: fatiga, tensión extrema, situación inusual...	Sí
13	Transmisión más frecuente a través de la vista o la escucha (*)	Sí

14	Recaídas frecuentes en la población tras el primer brote si no es adecuadamente elaborado (*)	Aún no determinado
15	Inicio rápido y final rápido (*)	Sí, el inicio. Final: en este caso probablemente será tortuoso
16	Normalidad de las exploraciones físicas y analíticas (*)	Sí o no
17	Perspectiva bióloga, no integral, de los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados	Sí
18	Emociones descontentadas «relanzadas» por los medios de comunicación	Sí

** Los criterios señalados con (*) corresponden a Small y Nicholij se complementaron en los brotes estudiados en Catalunya con los criterios añadidos por Tizón et al. [11-13,16-18,9].*

Una observación reiterada, ya señalada en la tabla, es que en cada caso que conocimos o en el que tuvimos que participar nos hemos encontrado con profesionales y técnicos (o «autoridades administrativas», o políticos o medios de comunicación) que no estaban por la detención de la propagación del miedo y las fantasías y sentimientos persecutorios secundarios a la existencia de un supuesto mal o enfermedad «biológicamente no clara». Al contrario, parece que bastantes de ellos apoyaron tales «diagnósticos» sin atreverse a determinar un diagnóstico negativo, o que fueran incapaces de comunicárselo a la población y a los afectados, a pesar de poseer capacidades y medios para hacerlo. En contra de lo que podían ver por sí mismos y sin, en caso de dudas, consultar con un especialista o solicitar los informes hospitalarios (negativos), casi siempre hay profesionales y «expertos» que colaboran de manera inadvertida, de forma tal vez inconsciente, en la difusión de la supuesta «epidemia». La necesidad de dramatizar, ya sea por características personales o de grupo, y/o por la utilización de la dramatización, desempeñan aquí un papel fundamental. Es algo que pasó con los medios de comunicación en los comienzos del Covid-19: durante días, gran parte de los mismos, más o menos secundados «conspiranoicamente» por la actividad en las redes, se dedicaron a enviar mensajes sensacionalistas, de alta emocionalidad. Cuando el episodio psicosocial ya estaba lanzado (la «epidemia emocional») y, sobre todo, cuando la emergencia social y económica era ya indudable (la «epidemia social»), no tuvieron más remedio que (provisionalmente) recoger velas e intentar reducir lo que, en buena medida, esos mismos medios habían provocado. La mayoría de los medios de comunicación «generalistas» y otros interesados lo habían provocado o, al menos, «cultivado» por

obvios intereses económicos.

En nuestro país acabábamos de asistir a un fenómeno similar, pero en proporciones mucho más reducidas. Antes de la espectacular subida electoral de la ultraderecha en las elecciones nacionales del 10 de noviembre de 2019, y probablemente por puro sensacionalismo, gran parte de los medios «generalistas» privados y públicos se dedicaron a dar detalles y a dar voz a la ultraderecha, haciéndole la propaganda gratuitamente. Justo el día después de las elecciones, ante el pánico subsiguiente a su fuerte subida, sacaron a la luz numerosos datos de corrupción, incoherencia y manipulaciones de esas mismas personas y organizaciones ultraderechistas. Es evidente que disponían antes de los datos, pero la «manipulación mediática» servía a sus intereses, lo hacía todo más interesante... lo que resultó, como en el caso de Trump y del Brexit, hacerle gratuitamente la propaganda al pensamiento (¿?) de ultraderecha.

¿Cómo puede haber sucedido así, además con tan graves consecuencias? ¿Habría que pensar que esos profesionales sanitarios, políticos, gente de los medios de comunicación, están «poco al día» en el tema y deben reciclar sus conocimientos o actitudes? O, como nosotros creemos, ¿habrá que publicitar e integrar informativamente que el principal contagio que ocurre cotidianamente en la asistencia sanitaria no es el de microorganismos o parásitos? El miedo y el pánico —como el asco, la ira, la indagación, la alegría y demás emociones básicas [25-28]— también «se contagian» y son algunos de los vectores más influyentes, pues tienden a «estrechar» las capacidades cognitivas y emocionales, «oscureciéndolas» si el miedo es intenso, recurrente o mantenido. Se nos dirá que es obvio, pero no creemos que las organizaciones sanitarias y la organización social democrática actuales estén orientadas a esta realidad *tan obvia*. De ahí que, cada vez que hay un nuevo brote de «trastorno conversivo epidémico» o de DEM, el aparato sanitario resulte normalmente tan poco eficaz para realizar un diagnóstico precoz y una atención adecuada. El miedo vende. Por eso vende el sensacionalismo: ¿Es tan obvio que tenga que seguir siendo así? La pandemia del Covid-19 es probable que nos dé sobrada idea de sus disparatados costes.

Por eso sostenemos que, desde nuestra perspectiva actual, los fenómenos a los cuales la medicina «tecnológica» sigue llamando «histeria de masas» o «enfermedad sociogénica de masas» (¿?) deberían entenderse como *episodios de difusión emocional masiva* (DEM), de las cuales hemos podido estudiar dos variantes. Una, en la que predominan los síntomas somatomorfos, donde las personas sienten que sus cuerpos están afectados por la enfermedad y expresan y dramatizan sus necesidades mediante el cuerpo. Otra, que también hemos observado, es la variedad «hipocondriforme», en la que el cuerpo es el portador del peligro, la persecución, y hay una preocupación exagerada por el funcionamiento corporal y por ciertas sensaciones, signos y síntomas; preocupación que lleva a la creencia dominada por el miedo de sufrir ahora o en el futuro una enfermedad médica grave.

Pero recordémoslo: por lo que hemos podido experimentar, en una ciudad como Barcelona se comunican al año entre uno y dos brotes del tipo general, lo que tal vez ahora podríamos llamar «difusión emocional masiva» (DEM). Normalmente tales

episodios suelen controlarse con las intervenciones orientadas a la especie morbosa que dramatizan, aunque no sin costes personales, sociales y económicos innecesarios que podrían haber sido mucho menores si se hubiera actuado antes y, precisamente, «encartando» desde el principio los componentes psicosociales de la «epidemia» junto con los componentes biológicos, desde luego.

De aquellas experiencias surgió el diagrama que reproducimos en la tabla 3, y que hoy nos sirve para reflexionar sobre la epidemia del Covid-19.

Tabla 3. El desarrollo de un brote o episodio de Trastorno Somatomorfo Epidémico (TSE) o de un episodio de Difusión Emocional Masiva (DEM)

<ol style="list-style-type: none"> 1. En una población sometida a una situación emocional especial y, a menudo, en situación de aislamiento social relativo, 2. uno o varios de sus miembros más sensibles o influyentes 3. sienten o creen sentir síntomas o signos de una enfermedad contagiosa, «rara», «llamativa» y con ciertos tintes de espectacularidad o dramatismo. 4. Esos sentimientos y cogniciones son refrendados por la «autoridad competente» (en nuestra sociedad, los médicos y el personal sanitario); en otras sociedades, brujos, santeros, hechiceros, sacerdotes, etc. Tales autoridades realizan un «diagnóstico» de tal «enfermedad» o «trance» y de su contagiosidad.
ê
Comienza la «epidemia»
ê
<ol style="list-style-type: none"> 1. La «epidemia», transmitida por la percepción de las emociones de los afectados y la identificación proyectiva e introyectiva masivas propias del clima grupal, se extiende a otros miembros del grupo o microgrupo social. 2. Los líderes naturales de la comunidad y/o las autoridades políticas o administrativas no participan conteniendo el proceso, ya sea porque son marginados o porque no están avisados, ya sea porque no saben cómo hacerlo. 3. En algunos casos, por los propios temores o ansiedades persecutorias y confusionales, tales líderes formales han llegado a colaborar abiertamente en la difusión del dramatismo del suceso, incluso estando avisados de la posibilidad de que se tratara de una DEM.
ê

Estabilización y «autolimitación»

ê

1. En general, el proceso tiende a limitarse, no sin un coste social, emocional y económico elevado. Los líderes naturales de la comunidad pueden jugar en esa limitación un papel crucial.
2. En general, esa «autolimitación» comienza a darse cuando ya no hay posibilidad de ese «contagio» emocional, por la vía sensorial directa,
3. aunque los «media» pueden contribuir a su extensión en otros ambientes y/o a su mantenimiento.
4. A la larga tiende a establecerse un «tupido velo» de negación y disociación de lo sucedido, por vergüenza, culpa y miedo (en los afectados y en las autoridades que «sancionaron» o «facilitaron» el brote). Esa disociación a menudo va combinada con mentiras y manipulaciones conscientes de la información, lo que no hace sino cronificar y paranoidizar el cuadro,
5. que es el mayor riesgo para este tipo de cuadros: que los procesos de duelo por los errores, inadvertencias o dramatizaciones se compliquen en una paranoidización del duelo.

Principios generales para la atención a las DEM-S (Difusión emocional masiva somatomorfa) y DEM-H (Difusión emocional masiva hipocondriforme):

Una vez que se ha llegado al diagnóstico de DEM, el uso de exploraciones biológicas y/o de fármacos u otras medidas médicas no hace sino prolongar el proceso psicosocial.

Mientras que, por el contrario, existen medidas psicosociales aplicables en estos casos, sencillas, pero que precisan personal específicamente entrenado en dinámica de grupos, comunicación y psico(pato)logía relacional.

En general, es conveniente utilizar un esquema preventivo ante los brotes, para los tres momentos de la prevención (primaria, secundaria y terciaria). Desde luego, procurando diferenciar factores de vulnerabilidad, factores desencadenantes, factores de difusión y factores de contención, tal como hemos hecho en anteriores trabajos para otros cuadros psico(pato)lógicos.

Tabla 4. El desarrollo de la DEM en el caso del Covid-19

1. En una población sometida al «*shock* del miedo» inyectado a través de la reciente crisis económica del 2008 en adelante,
2. aparece una enfermedad contagiosa, «rara», «llamativa» y con ciertos tintes de espectacularidad o dramatismo
3. que afecta a poblaciones visibles e influyentes (la primera potencia mundial y

el mundo «desarrollado»), extendiendo en ellas el miedo y el pánico.

4. Esos sentimientos y cogniciones son refrendados por la «autoridad competente» (médicos, políticos...)
5. que, sin embargo, no puede poner límites a la extensión de la afección ni a la DEM que ella provoca, relanzada por los *mass media* e internet.

ê

Comienza la «epidemia»

ê

1. La «epidemia biopsicológica» transmitida por la percepción de las emociones de los afectados y la identificación proyectiva e introyectiva masivas propias del clima grupal se extiende a diversos ámbitos geográficos y vivenciales de cada país.
2. Las autoridades políticas o administrativas, los líderes naturales de la comunidad y los *mass media* no contienen el proceso porque no saben cómo hacerlo.
3. Mientras, difusiones sensacionalistas, catastrofistas y conspiranoicas, así como un enjambre de informaciones no contrastadas van invadiendo el ambiente.
4. El sistema sanitario y diversos entramados cruciales del tejido social parece que pueden entrar en crisis.
5. Ante el temor de esa crisis social se ponen en marcha medidas radicales y dramáticas que, de entrada, aumentan la DEM

ê

Estabilización y «autolimitación»

1. Comienza un período prolongado de disminución de la DEM, máxime si el aparato sanitario y el social se muestran capaces de combatir la epidemia.
2. Incluso sin esas medidas, el proceso tendería a limitarse, aunque no se sabe con qué costes sociales, económicos y emocionales.
3. La comunidad organizada y sus líderes naturales pueden desempeñar un papel crucial en esa limitación.
4. Los medios de comunicación pueden desempeñar un papel ampliamente relevante en esa «autolimitación» y en la recuperación subsiguientes, además de proporcionar información, apoyar las iniciativas solidarias y evitar el

sensacionalismo y el catastrofismo. Aunque los *media* pueden contribuir a su extensión en otros ambientes y/o a su mantenimiento.

5. La crisis provocada por la epidemia del Covid-19 puede llevar a importantes cambios sociales a corto y medio plazo, en parte por lo aprendido y experimentado durante ella,
6. pero también puede que predomine la tendencia psicológica y social de extender un «tupido velo» (negación y disociación) por vergüenza, culpa o miedo (en los afectados, en las autoridades que «sancionaron» o «facilitaron» el brote y en las organizaciones sociales que detentan el poder real en nuestras «democracias formales»). Esa disociación a menudo va combinada con ocultamientos, mentiras y manipulaciones conscientes de la información, lo que no hace sino cronificar y paranoidizar el cuadro,
7. que es el mayor riesgo de la no-elaboración social y personal de este tipo de situaciones: el *duelo paranoide*. Los procesos de duelo personales y grupales por los errores, inadvertencias o dramatizaciones se complican en una paranoidización del duelo, en una fragmentación social en la cual unos y otros se sienten culpables, se acusan, acusan al otro grupo u organización, extienden la desconfianza, bloquean los acuerdos comunitarios y la creatividad comunitaria...

La conclusión general a la que habíamos llegado tras los episodios de DEM en los que nos vimos llamados a participar es que, si tenemos en cuenta los datos sociales y antropológicos como médicos, psicopatólogos y epidemiólogos, las DEM seguirán existiendo en el siglo XXI. Incluso pueden aumentar de frecuencia, relevancia y capacidad desorganizadora a nivel psicosocial, tanto en los países tecnológicamente desarrollados como en los que no lo son. Y ello a pesar y gracias a las transformaciones sociales que se han producido, entre ellas, de forma destacada, la importancia de los medios de difusión, las redes sociales informatizadas y, en general, lo que en otros lugares hemos llamado la *psicopolítica* [22,27,29]: el dominio de la política y los intercambios sociales mediante técnicas psicosociales de inspiración científica que mueven «desde dentro», desde su psicología y psicosociología, a los individuos y grupos de una comunidad cualquiera.

Recordemos, pues, las diferencias entre esta epidemia/pandemia y (por lo que sabemos) gran parte de las anteriores. Las hemos resumido telegráficamente en la tabla 5.

Tabla 5. Características diferenciales en una primera aproximación de la pandemia del Covid-19 con respecto a otras pandemias y epidemias.

1. Es una epidemia desde el mundo desarrollado y urbanizado.
2. Reveladora de otros muchos virus, distorsiones, disfunciones e injusticias negadas, sumergidas y marginadas de nuestro mundo.

3. Es una pandemia que revela nuestra vulnerabilidad sanitaria y la crisis del aislacionismo sanitario en un mundo globalizado.
4. Lleva a una pandemia social, no solo biológica.
5. Inicialmente se pensó que era una pandemia paradójica, pues su severidad parecía más motivada por las emociones que por la gravedad biológica (hasta que se valoró más a fondo y menos maníacamente la tercera característica).
6. Es una pandemia de la emocionalidad compartida.
7. Es una pandemia potencialmente integradora de los conocimientos científicos psicológicos y psicosociales que deberían actualizarse en la cultura.
8. Es una pandemia potencialmente integradora y globalizadora a nivel social.

Hasta aquí hemos recogido las experiencias y reflexiones anteriores sobre las DEM y la historia de masas porque refuerzan esa caracterización que le hemos dado a la pandemia del Covid-19, y en particular a las características que numeramos como 2, 3, 5, 6 y 7. En definitiva, para entender y atender este tipo de fenómenos hay que tener en cuenta las emociones y la emocionalidad desde un punto de vista científico [30-32]. Eso significa un punto de vista psicológico y psico(pato)lógico actualizado que no estreche el ángulo de visión hasta dejarlo reducido a perspectivas taxonomistas, biólogos y *biocomerciales* que de poco valen para la comprensión y cuidado de los fenómenos de DEM más perturbadores.

4. El poder del miedo y sus burbujas

Ya hemos dicho que en esta pandemia (y en otras anteriores) el miedo y su difusión masiva han desempeñado un papel importante en su gravedad. Cuando la calificábamos de una «pandemia (inicialmente) paradójica», nos referíamos a ese poder del miedo, a que, a pesar de que la afección, la enfermedad, no es tan grave o deformante como en otras epidemias, el miedo y la sobrecarga del aparato sanitario han contribuido de forma radical a su gravedad y repercusiones sociales.

El miedo es una emoción primigenia del *sapiens sapiens*, del ser humano actual y del de otras épocas históricas. Eso significa que está programado genéticamente en todos nosotros, en muchos de nuestros órganos y funciones, pero sobre todo en nuestro cerebro. Su finalidad evolutiva es la preparación del sujeto ante las amenazas a la integridad orgánica.

El miedo, como el resto de emociones, es un «sistema emocional» o, mejor dicho, un «sistema PNEI» (sistema psiconeuroendocrino-inmunitario) para relacionarnos automáticamente con el mundo desde el nacimiento [1-3]. El sistema emocional del MIEDO genera un estado mental negativo, molesto o inquietante del que todos los mamíferos desean huir. Engendra tensión no solo mental, sino muscular, y niveles medios de «vigilancia» neurofisiológica que son una excelente preparación para su ignición en caso de necesidad de huir. Cada «sistema emocional (PNEI)» tiene una finalidad etológica diferenciada, actúa automáticamente sobre el cuerpo con una serie de cambios diferenciados, y es vivido o experimentado con vivencias diferenciadas pero comunes a todas las culturas e incluso en individuos con graves déficits sensoriales o cerebrales. Y todo ello porque hoy se sabe que cada sistema emocional se asienta en unos núcleos cerebrales preferentes, tiene unos neurotransmisores facilitadores e inhibidores diferentes, y puede bloquearse parcialmente mediante sustancias, fármacos y tóxicos también diferenciados.

En ese sentido, el miedo, que prepara al organismo ante la amenaza a su totalidad biopsicosocial, se asienta particularmente en unos núcleos cerebrales particulares (núcleo central y lateral de la amígdala, PAG del hipotálamo, tálamo, núcleo accumbens, hipocampo y amplias zonas del córtex prefrontal); tiene unos neurotransmisores preferenciales (dopamina, glutamato y GABA) y es inhibido por ejemplo por las benzodiazepinas (endógenas y exógenas), por los betabloqueantes y por los antidepresivos llamados ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). A su vivencia, inconfundible para cada ser humano, en psicología también se la ha llamado «ansiedad persecutoria» o, mucho más aleatoriamente, «estrés».

Además, los avances neurocientíficos, en particular en la «neurociencia de las emociones» [1,2] han llevado a diferenciar el sistema emocional del miedo de otro sistema que guarda estrechas relaciones con el mismo y que, a menudo, se había confundido con él. Nos referimos al sistema emocional que Panksepp ha renombrado

como *panic-grief* y que, en diversos trabajos, nosotros hemos preferido nombrar «sistema del duelo» o «ansiedad ante la separación» [4,5]. Cuando este sistema emocional se enciende, el ser humano experimenta una profunda y dolorosa experiencia psicológica de dolor, de sufrimiento y malestar que, sin embargo, no tiene una fuente corporal, somática. Los sujetos inmaduros o jóvenes, al ser dominados por este sistema emocional, muestran una serie de reacciones clásicamente descrita por Bowlby [6]: tristeza, protesta, desesperanza y desapego. A nivel conductual, gritan, lloran y muestran intentos de reunión con sus cuidadores. Si esa reunión no se consigue comienza a desarrollarse la desesperanza y, más tarde, el desapego, con bioquímica y posturas corporales que reflejan el derrumbe neuroquímico que va desde el pánico a la depresión. Por eso a veces hemos preferido traducir este sistema emocional como el *sistema de la SEPARACIÓN-PENA*. Por un lado, para vincularlo con la larga tradición psicoanalítica y de la psicología experimental sobre las ansiedades de separación (emociones ante la separación, tendríamos que decir) y el apego alterado. Por otro lado, porque en castellano el sustantivo *pena* es mucho más popular y directo que el más culto de *tristeza* y, además, incluye componentes de molestia visceral (confusión mental, molestias intestinales, palpitaciones, disnea, etc.) que son referencias populares a los componentes viscerales de toda emoción.

Como en el caso del sistema emocional del miedo (y de cada «sistema emocional» o, más llanamente, «emoción primigenia») este sistema, básico en la dotación de un ser nidícola, dependiente y prosocial como es el *sapiens sapiens* (perece sin vida en sociedad), tiene como finalidad evolutiva evitar la separación del objeto de apego, mantener los vínculos de apego y lograr o mantener el apoyo social. Sus núcleos cerebrales fundamentales con el núcleo cingulado anterior, el tálamo y el hipotálamo. Sus neurotransmisores preferenciales son las endorfinas, la serotonina, la oxitocina y la prolactina y sus inhibidores, combinaciones diferentes de oxitocina y prolactina, morfina y heroína, buprenorfina, los antidepresivos (en particular, los ISRS) y la psicoterapia... A través del aprendizaje temprano, este sistema emocional se halla en estrecha relación con el miedo y con «sentimientos básicos» del ser humano en sociedad en los que el psicoanálisis, la sociología y la psicología social han venido insistiendo en todas sus aproximaciones: vergüenza, culpa, autoestima y tristeza... A nivel psicopatológico, con las organizaciones fóbico-evitativas y la depresión (la organización melancólico-maníaca). Con la depresión real, como organización psicopatológica; no con la entidad biocomercial designada como tal y sobrediagnosticada y sobretratada «al por mayor» en nuestras sociedades [7,8].

Panksepp y otros neurocientíficos llamaron inicialmente «sistema emocional del pánico» a este sistema [1], porque cuando los animales jóvenes son abandonados suelen experimentar formas diversas de agitación, de ansiedad extrema o *pánico*. En la sabana, en la pradera, en la tundra o en la llanura perecerían. Por ello, hipotetizó que las crisis de pánico y las crisis de ansiedad tenían que ver con la hiperactivación primaria de este sistema emocional. Pero en adultos, ese estado de «ansiedad» suele ser tan solo el inicial, y pronto da paso, salvo excepciones, a sentimientos de pena, tristeza, soledad, más que al

pánico de los niños pequeños. Cuando la pena se alivia podemos sentir incluso un sentimiento de confort y seguridad, probablemente basado en la bioquímica del sistema del cuidado, que se ha activado ante la pérdida, más aún si nos sentimos afectiva y efectivamente cuidados por allegados. De ahí la tendencia en el duelo de volver hacia los allegados. La experiencia emocional miles de veces repetida en cada uno de nosotros es que ellos nos proporcionarán la sedación, la tranquilidad, el confort para tanta pena y con ellas, la organización de la personalidad, basada en la autoestima y el sentimiento de identidad.

Se trata de un sistema emocional que tiende a facilitar y mantener los lazos sociales, ya que estos alivian el dolor de las pérdidas y separaciones y los reemplazan por un sentido de comodidad y pertenencia. Cuando los humanos y los animales disfrutan de vínculos afectivos seguros, despliegan una relajante sensación de contención y placer contenido. Las fluctuaciones en esos sentimientos son otras de las fuentes del *amor*. Sus disfunciones crónicas se hallan en el centro de la psicopatología: crisis de pánico, depresión, autismo, trastornos de la personalidad, relación incontinente...

Las neurociencias contemporáneas de las emociones [2,3,9,12] insisten en que el miedo y el pánico (o miedo a la pérdida del objeto de apego) funcionan como preparación biopsicológica ante esos peligros y como señales psicofísicas que nos avisan y avisan al congénere de la posibilidad de que el vínculo se rompa, de la posibilidad de la separación —con respecto a la madre, con respecto a los mayores, con respecto a los compañeros...—, con los riesgos que esa situación trae aparejados para el ser humano. En efecto, se trata de peligros derivados tanto de la vulnerabilidad e inmadurez biológica y psicosocial con la que nace el *homo sapiens sapiens*, como por el funcionamiento social de su vivir, de su posibilidad de supervivencia y de su posibilidad de «humanización» [3]. Siempre que esa separación se da o puede llegar a darse, desarrollamos intensas emociones de miedo, pánico, pena e ira y, con ellas, el síndrome general de adaptación al estrés (SGA) como reacción ante ese peligro, el de máxima magnitud psicológica.

El miedo y la cultura

De todo lo anterior podemos deducir que es relativamente fácil en la especie humana:

1. Impedir la elaboración de los miedos primitivos (basta con que no haya un adulto contenedor al lado del bebé y con que el niño contenga esas emociones).
2. Aumentar esos miedos.
3. Producir nuevos miedos, ya sea por medios conductuales o por medios más simbólicos y/o afectivos.
4. Y todo ello, tanto en la infancia, cuando muchos miedos son más fáciles de producir y poseen más duración, como en la edad adulta.

Su importancia como emoción primigenia y esas posibilidades de ampliarlo y difundirlo han hecho que el miedo se halle en la base de la cultura. Tanto el miedo a los depredadores, que llevó a la unión y organización de los antiguos clanes humanos, como el miedo a la expresión no controlada de las emociones, las pulsiones y los deseos, que en la perspectiva de Sigmund Freud [13] es una de las bases de la sociedad, de sus normas y de su organización. En ese sentido, en toda sociedad y en toda cultura existen normas represoras, castigadoras, infundidoras de miedo, así como instituciones para asustar, castigar, reprimir: las «fuerzas de orden público» son instituciones sociales creadas para asustar a los que intenten alterarlo, como lo son las cárceles y, para muchos, y en muchos momentos de la historia, los ejércitos... Ya Hobbes había explicitado que ninguna sociedad puede subsistir sin canalizar los impulsos y las emociones individuales, sin una regulación concreta del comportamiento individual en función de los intereses colectivos... Y el miedo es el principal cemento que usamos para asegurar esas regulaciones.

Además, el miedo ha sido la base, durante siglos, del sistema educativo occidental (que, como expuso de manera radical Skinner, en buena medida se define por el esquema básico del premio y el castigo). Los teóricos de «la letra con sangre entra» no dejan de argumentar abiertamente que el miedo es un pilar del proceso socializador. El miedo es la argamasa de muchas religiones y ritos religiosos, como durante años ha popularizado la Iglesia católica, con su miedo al Dios omnipotente y castigador, con su difusión del miedo a la Inquisición, con su difusión del miedo a la Iglesia misma... Y eso vale incluso para una religión basada teóricamente en el amor, que es el fundamento de la religión cristiana. En términos generales, el miedo es un pilar de las religiones abrahámicas (cristianismo, islamismo, judaísmo...) y, frecuentemente, la argamasa que rellena las diversas leyendas en las religiones politeístas. A los dioses se les teme. Los hombres nos vinculamos originalmente con ellos por el miedo

Pero además, buena parte del sistema normativo, del Derecho Penal, se fundamenta en el miedo, en la amenaza como forma de mantener conductas prosociales e inhibir

conductas «antisociales».

Uno de los estudios pioneros sobre los tipos de miedos fue el de Sigmund Freud (ya en 1929 [13]). Para él, en nuestra civilización,

nos amenaza el sufrimiento desde tres direcciones distintas: desde nuestro propio cuerpo, que está condenado al deterioro y la descomposición, y que no puede siquiera subsistir sin la presencia del miedo y de la ansiedad como señales de advertencia; desde el mundo exterior, que puede lanzarse enfurecido contra nosotros toda clase de apabullantes e implacables fuerzas de destrucción; y, finalmente, desde nuestras relaciones con otros hombres. El sufrimiento que emana de esta última fuente es, quizá, más doloroso que ningún otro.

Un exponente primitivo del segundo tipo de miedos explicados por Sigmund Freud consiste en el miedo a las fuerzas de la naturaleza y a sus fenómenos desconocidos e ingobernables para los humanos durante millones de años. El miedo a la naturaleza, a las fuerzas naturales sobrehumanas, a la soledad en medio de la sabana, la pradera, la selva, el bosque o los hielos de la tundra, probablemente han sido uno de los fundamentos afectivos y cognitivos de todas las religiones. El miedo a la enfermedad y a la muerte, que es la base de la medicalización [14] y se halla en la base de la DEM ante las epidemias, y más en el caso del Covid-19, sería un miedo con «doble apoyo»: en las fuerzas de la naturaleza y en el temor a la enfermedad y la muerte. De ahí que sea tan transformador de sociedades y culturas.

Nos recordaba Umberto Eco en *El nombre de la rosa*:

[...] Cuando ríe, mientras el vino gordo gotea en su garganta, el aldeano se siente amo, porque ha invertido las relaciones de dominación. [...] La risa distrae, por unos instantes, al aldeano del miedo. [...] ¿Y qué seríamos nosotros, criaturas pecadoras, sin el miedo, tal vez el más propicio y afectuoso de los dones divinos? [...] El pueblo de Dios se trasformaría en una asamblea de monstruos eructados desde los abismos de la terra incognita... (pp. 573-575).

La cultura, en general, y no solo la organización social, está íntimamente relacionada con el miedo: de ahí sus múltiples representaciones en el arte y en las diversas artes. Hay géneros narrativos directamente basados en el miedo, tales como los cuentos de miedo, las novelas de terror, los filmes y series de terror... Su cultivo aumentó decididamente en la humanidad a partir del siglo XIX gracias a los escritores románticos, como Edgar Allan Poe o Gustavo Adolfo Bécquer, pero había sido desarrollado ampliamente por los pueblos griegos y macedónicos en muchas de sus tragedias, cuyo fin confeso era infundir miedo (y culpa) al pueblo con el fin de evitar que se repitieran errores anteriores (las *nemesis*). Ya eran una forma socialmente organizada de utilizar el «miedo persecutorio» pero con finalidades prosociales, vinculatorias, *reparatorias* [4].

Las diversas formas artísticas han generado personajes específicos para representar el terror y el miedo: Drácula, Frankenstein, Hyde, Lecter, y un largo etcétera en la novela y

el cine, *Pesadilla en Elm Street*, *Alien* o *Depredador* en el cine fantástico, las representaciones del Apocalipsis, la muerte y el infierno en el arte religioso europeo o en su escultura (*Laocoonte y sus hijos*, El Bosco, Brueghel «El viejo»...), el miedo y el terror en una parte significativa de las series televisivas y en los *reality shows*... Pocas series de pintura se hallan tan apoyadas en los miedos o ansiedades persecutorias como las pinturas negras de un Goya sordo, desencantado por los horrores de la guerra, recluso y aislado por la victoria del irracionalismo sobre un pueblo manejado otra vez por las viejas clases dominantes, venales, corruptas, como a menudo ha sucedido en nuestra historia.

Otra creación humana estrechamente vinculada con el miedo es la *moral y las morales*. Las concreciones morales de nuestra ética siguen hoy apoyándose fundamentalmente en el miedo. Lo que tememos es malo; lo que es malo, nos produce temor. El miedo y el mal, aquello que consideramos «lo malo», están íntimamente unidos en nuestra mente y nuestra cultura. Parcialmente diferentes y parcialmente unidos, como dos hermanos siameses.

Sin embargo, algunos de los más grandes depredadores de la especie no han mostrado de entrada la cara del mal, del miedo supremo; ni siquiera la de infundidor interesado del miedo. Previamente podían ser «honrados padres de familia», «probos funcionarios», ex-seminaristas moralistas e iluminados, lisiados crónicos con apariencia bondadosa... Eso hace más incontrolable el miedo, porque no podemos prevenirnos tan fácilmente contra él. Entre el samurái con su máscara guerrera o las pinturas de guerra de tantas tribus y clanes, hechas directamente para infundir miedo, y el juguete oficial del ejército del aire americano que, oprimiendo un botón en su caza o pilotando un *dron*, puede sepultar en vida a decenas o centenares de soldados enemigos refugiados en un búnker, o despedazar a familias de «terroristas» en sus casas, sus automóviles, sus barrios, la diferencia no yace tan solo en el poder destructor, sino en la difusión de un miedo secundario, de un metamiedo. Cada vez es más difícil discernir previamente el mal, el malvado, el depredador...

Lo que ha dado en llamarse la «banalidad del mal», es una forma de referirse a determinadas presentaciones modernas del miedo y del mal. A mi entender, es una terminología prepsicoanalítica que tiende a confundir hechos y apariencias, fenómenos y epifenómenos, intereses y disfraces. El mal y su acción nunca es banal, pero puede adquirir características de banalidad. El uso perverso del miedo nunca banal, aunque lo aparezca. Es *venal*, es decir, susceptible de comunicarse y de contagiar a los que rodean al perverso. Como una epidemia.

Miedo y contrato social

Otro buen ejemplo de nuestro atraso en repensar la influencia de las emociones en el individuo y en la sociedad podemos observarlo en las «teorías» dominantes con respecto al *contrato social*. Como sabemos, el miedo está en la base de nuestras teorías del derecho y la sociedad. El miedo sigue siendo el concepto fundamental en la «teoría» dominante acerca del «contrato social», acerca de porqué los seres humanos nos unimos en sociedad: por ahí fueron las teorizaciones acerca del Estado de Hobbes, más tarde reafirmadas por pensadores tan diferentes en otros aspectos como Rousseau, Hegel, Kant e incluso Freud y Einstein («¿Por qué la guerra?» [16]). Pocos teóricos se han atrevido a contradecir la teoría dominante del contrato social, que afirma que este se basa, se construye, se estructura, se alimenta y refuerza mediante la emoción del miedo. Solo han mantenido una visión más «politemática» del «contrato social» algunos pensadores anarquistas y anarcosindicalistas desde Kropotkin (1902) y algunos socialistas «utópicos», socialistas autogestionarios y revolucionarios de varias épocas y sistemas, incluidos los revolucionarios españoles desde 1931 hasta 1937 o los revoltosos sesentayochescos, hippies, «indignados», de Democracia Real y otros movimientos sociales aparentemente derrotados por la historia.

Por supuesto, una motivación para juntarnos en sociedad, crear ciudades o Estados es el miedo y, en particular, el miedo a la ira humana desatada (y son dos emociones: miedo e ira). El miedo al poder (más exactamente, el miedo a la ira del poder) es la ortopedia fundamental del *poder disciplinario, biopolítico* (que amenaza con el hambre, la muerte y el dolor, y necesita de unas poblaciones productoras y reproductoras sometidas mediante el miedo [17]). Pero esa teoría se basaba, sin saberlo, en un deficiente y ya obsoleto conocimiento de las emociones y los sentimientos humanos básicos. Porque, si tenemos en cuenta una perspectiva más actualizada de las emociones primigenias hay que pensar al menos en las siete «emociones primigenias», en otros sistemas emocionales de los que hablaremos más adelante, y en varios «sentimientos básicos» culturales (emociones primigenias procesadas por la experiencia personal y social).

En ese sentido, en el «contrato social», en las motivaciones para organizar las sociedades humanas también han influido, influyen e influirán esas otras emociones. Por ejemplo, *el placer y la alegría*, y su búsqueda. Y también, *el seeking* (la emoción del conocimiento y de la búsqueda de conocimientos), *la tristeza* y *la vergüenza*. Tanto en la creación como en la organización de nuestras instituciones sociales. Y una serie de «sentimientos básicos»: amor, confianza, esperanza, contención... Es decir, que esa serie de pensadores alternativos a los habituales, a los cuales se suele considerar como «derrotados de la historia», no iban tan errados como las clases dirigentes y sus medios de propaganda nos han hecho creer durante decenios. Aunque no hayamos parado mientes en su poderosa contribución a los cambios de nuestro mundo [18].

Ciertamente, todavía no hay un modelo unificado del mundo emocional. Por eso pueden proponerse otros modelos de las emociones básicas o primigenias. Aquí estamos

siguiendo provisionalmente un esquema también provisional: el de Jaak Panksepp, sus colaboradores y los varios cientos de investigadores en la «neurociencia de las emociones» [1-3], que describiremos en el próximo capítulo.

¿Podemos seguir sosteniendo, pues, que lo único que nos hace unirnos en sociedad, unirnos a los otros, es el miedo? No parece que sea la realidad, tanto desde el punto de vista científico actual como desde el punto de vista cultural, al menos desde el Renacimiento y la Ilustración: para unirnos en sociedad y organizar la sociedad nos impulsan y nos apoyan otras emociones básicas y sus concreciones en la experiencia personal y colectiva, archivadas como «relaciones de objeto», «esquemas cognitivos básicos», «mecanismos interpretativos o interpersonales básicos» o como «modelos de trabajo internos». En la sociabilidad humana desempeñan un papel, no siempre «malévolo», la búsqueda de lo nuevo, la curiosidad, el *seeking*, la búsqueda de conocimiento o vínculo K (de conocimiento) [19,20], los anhelos de placer y alegría, la ira-rabia, la huida del asco... Y todo ello pasado por la experiencia, que deja en nosotros profundas huellas relacionales, biológicas y sociales... Pensemos que nacemos con entre 86 y 100 mil millones de neuronas («substancia gris») y que, a los 25 años, la «sustancia blanca», encargada de las conexiones, predomina en nuestro cerebro sobre la sustancia gris: se han generado billones o incluso trillones de conexiones interneuronales en función de la maduración neuronal y la experiencia. Y además con una modulación epigenética paralela, de forma que las emociones y las experiencias tempranas que vivimos van a hacer que se expresen o dejen de expresarse componentes genómicos muy amplios, en particular en nuestro cerebro, algo sumamente básico en la actual consideración de la *plasticidad cerebral* [21-24].

En definitiva, hemos de cambiar nuestras ideas acerca de las motivaciones sociales y las teorías acerca de estas por un esquema más acorde con los conocimientos científicos actuales, por un esquema algo más complejo pero, tal vez, algo más real, y con una perspectiva más totalizadora. Se trata de un modelo que implicaría grandes cambios en nuestro enfoque de los objetivos y las prioridades del desarrollo individual y social.

Pero la cultura del miedo también es en sí misma una *hybris*, un pecado, una desmesura que está teniendo sus *némesis*. Por ejemplo, en la tríada de nuevos miedos modernos, propios de nuestra «sociedad líquida», y que marcan gravemente nuestra coyuntura sociocultural actual, a saber, el temor de los padres a los hijos, de los maestros a los discípulos y de los políticos a los ciudadanos.

Otro miedo «nuevo» (relativamente) realista es que hemos cedido, en buena medida por presiones del miedo, su propio manejo no solo a Estados Leviatán, como diría Hobbes, sino a poderosas fuerzas *ademocráticas*. Empero, son las fuerzas que en la sombra rigen cada guerra, campaña electoral, campaña de *marketing* o de bolsa utilizando las emociones primigenias de la población, y particularmente el miedo, para entrar en sus mentes, en su psicología y en sus relaciones grupales.

En otro lugar nos hemos acercado a describir una especie de «catálogo de los miedos» propios de la posmodernidad tardocapitalista, considerándolos como construcciones socio-culturales basadas en la emoción primigenia del miedo [26]:

- el omnipresente y aún poco tratado miedo a la muerte,
- el miedo a la enfermedad y sus consecuencias (medicalización, profesionalización y medicalización de la vida cotidiana...),
- el miedo a las guerras y al terrorismo,
- el miedo a la inseguridad de todo tipo (una especie de metatemor),
- el miedo al miedo (otro metatemor),
- el miedo a la verdad social,
- el miedo crónico en las situaciones sociales como el acoso escolar, el acoso en el trabajo, la violencia de género y doméstica, el miedo a la soledad y a perdernos sin identidad en la multitud de iguales,
- el miedo a la privacidad y a la intimidad y el miedo a perderlas,
- el miedo a la relación humana directa,
- el miedo al extraño, tan básicos en el fascismo y el *fascinismo*,
- el miedo al más allá y a los seres del más allá,
- el miedo a la locura y al trastorno mental...

Como podemos ver, todo un catálogo que resulta reforzado y salta a primer plano en situaciones de catástrofe, de duelo generalizado o de pandemia como la actual. No podemos tratarlo aquí, por lo que invito al lector a reflexionar y a profundizar en el tema mediante la bibliografía propuesta, y reflexionar también sobre cada uno de esos miedos y temores actuales, relanzados por la pandemia del Covid-19 y sobre las medidas de emergencia social adoptadas.

El uso del miedo para la «reestructuración social»

Como recordábamos en *El poder del miedo* [25], numerosos estudios y encuestas sociológicas aseguran (¿aseguraban?) que el miedo al terrorismo es uno de los miedos más extendidos en el mundo «civilizado» actual. El dato se halla, por supuesto, rodeado de lagunas y contradicciones; por ejemplo, es un resultado frecuente de los estudios sociales y de la psicología social en Estados Unidos cuando, en realidad, los daños producidos por el terrorismo en ese país son enormemente menores que los producidos por el uso de armas de fuego en la vida cotidiana. Según algunos estudios, el número de muertos por armas de fuego en Estados Unidos es superior a 40 000 al año, 591 260 en lo que va de siglo. Además, en último extremo, el terrorismo mata con armas y ¿quién fabrica las armas? Lo saben muy bien los 20-25 .000 mejicanos (35 964 en 2019) que mueren cada año en la guerra civil no declarada que asola el país (y sus familiares, que penan sin fin la continua muerte de madres, hermanas, padres, hermanos, políticos, periodistas, autoridades...). Las armas son de fabricación norteamericana, en su mayor parte vendidas en grandes armerías de los estados sureños de Estados Unidos, fronterizos con los Estados Unidos mexicanos.

El miedo generalizado que atenaza (pero no agosta) a la sociedad mexicana o norteamericana actual no lo provocan fuerzas naturales, ni catástrofes inaprensibles, como las guerras, sino que tiene sus «colaboradores necesarios», a menudo anunciados en las calles, como esas grandes armerías legales que deberían ser avergonzadas e ilegalizadas. Pero de ese terrorismo cotidiano, que alienta el miedo generalizado, ¿qué sabemos? ¿Qué sabemos de sus apoyos políticos, económicos, legales, bancarios? De ahí que las investigaciones sobre el miedo y otras emociones primigenias reciban tan poco apoyo para su difusión en la cultura popular y en los medios de comunicación.

Y ello a pesar de que la crisis del capitalismo que estamos viviendo desde 2008 en adelante marca una profunda diferencia en el uso del miedo.. Nos ha llevado al extremo de que, por el miedo a perder lo poco que tenemos, lo poco que nos va a dejar tener la voracidad del gran capital, es difícil que alguien hable claro sobre la crisis, sus causas y sus causantes y mantenedores directos. Hasta los políticos supuestamente poderosos han aplicado recortes, hambre y miseria con el supuesto básico de que «no queda otro remedio»... para ellos, claro. ¿Cuáles son sus miedos, nunca declarados, para que «no quede otro remedio»? ¿Cuál es el trasfondo miedoso de lo que se ha llamado «la TINA generalizada» (*There Is No Alternative*).

No se trata tan solo del miedo a la revelación de los habituales «dossieres secretos», de los que hay a puñados para cada político, periodista u organización «dudosa». Va más allá: hay una auténtica introyección generalizada de la necesidad del miedo como base de la cultura y la sociedad. En algunas de sus declaraciones semiprivadas nuestros dirigentes incluso son capaces de manifestar su miedo al miedo, su auténtico «canguelo»: «porque, si no hacemos nosotros, «los mercados» se ensañarán con nuestro país»... ¿Quién y cómo se lo ha dicho? ¿Por qué obedecen a ese miedo y no al miedo a

una ciudadanía masacrada, indignada, que podría enfurecerse? Sin embargo, como gran parte de los políticos profesionales desconfían totalmente de la ciudadanía, le tienen miedo (el triple miedo de la posmodernidad); mejor engañarla en otro tema más: *Mejor hacerles tragar yo mismo que arriesgarnos todos a una convulsión social...*

¿Una convulsión social mayor que el órdago que los especuladores transnacionales — a los cuales políticos timoratos y periodistas piadosos siguen llamando «los mercados»— han provocado en el mundo a partir de 2009? El poder del miedo, la *doctrina del shock* que Naomi Klein [26] supo denunciar ante la hecatombe económica de 2008, ha llevado a esa debilidad patética de los políticos y los Estados ante «los mercados», a los cuales, en justicia, tal vez no podamos llamar «mercaderes transnacionales»: sus transacciones multibillonarias ni tan siquiera al trueque o a la compraventa, sino que se sustentan en la pura especulación para obtener ventajas económicas. Así, especulan con los alimentos básicos (que, por ejemplo, solo en 2010 subieron el 25 %, lo que ha significado la muerte de millones de personas en todo el mundo), con el agua, las armas, el terrorismo, los muertos (más de dos millones han muerto en Oriente Medio, sin que ahora nadie sepa/quiera parar esa auténtica catástrofe propia de nuestros días).

Los miedos están ahí, como siempre, saturando la experiencia humana cotidiana, pero multiplicados y combinados por el hecho de que la sociedad civil que los pueblos privilegiados del planeta habíamos construido penosamente en cuatro o veintitantos siglos (la democracia), se muestra hoy profundamente agujereada en sus cimientos: la organización civil, los bastiones de la sociedad civil y su ética moderna y premoderna están agujereados por la liquidez corrosiva de la posmodernidad manejada desde detrás, por poderes ademocráticos, por *troikas* en la trastienda de sus Estados, de sus naciones, de sus parlamentos, de sus leyes... Y para que ese mundo viejo —cada vez más parecido a una maqueta, a una arquitectura de cartón-piedra, menos real— no se venga abajo estrepitosamente, los miedos están ahí: explotar su caudal inagotable y siempre renovable desde el interior está hoy al alcance de cualquier político de cortos vuelos y ambiciones romas.

El miedo forma parte del cemento o argamasa de las sociedades humanas y sus organizaciones, desde luego. Los seres humanos se han organizado en familias, clanes, tribus, ciudades, Estados y en naciones, unidos en parte por esa emoción primitiva, defensivamente. Pero también por otros sentimientos y emociones. Las emociones amenazantes son la base de la sociedad como lo son las emociones y sentimientos vinculatorios. La democracia, o las diversas formas de democracia hasta hoy conocidas, son, posiblemente, el sistema menos imperfecto de organización de los seres humanos. Pero la democracia se alimenta de la confianza de las personas en el futuro y en el propio grupo (en este caso, la especie humana) y de la esperanza de que es posible construir, entre todos, un futuro mejor. La esperanza y la confianza en que, como decía Paul Éluard, *otro mundo es posible*. Los avances socialdemócratas y comunistas del siglo XX jugaron un papel decisivo a la hora de llevar esas esperanzas a todos los rincones del globo, incluidos los centenares de millones de chinos y otros pueblos orientales. En

buena medida, como el «Estado del bienestar» o las mismas revoluciones bolchevique o china fueron una reacción contra las miserias y el genocidio provocado por las dos guerras mundiales. Aunque después, la perversión de esas esperanzas, explotada por los «difusores profesionales del miedo», arruinó durante decenios esas esperanzas populares. A otro nivel, tal vez, la pandemia del Covid-19 puede jugar un *papel socialdemocratizante*, estimulando las pulsiones de apego, solidarias y creativas del cuerpo social, ayudando a reconstruir los servicios sociales y la red social siguiendo el principio ya enunciado en plena crisis: «Que nadie se quede atrás», bien contrario a la política y la ideología *neoon* y al clasismo tecnocrático de nuestras élites y nuestras castas dominantes.

El Estado, basado en la «defensa contra el terror» y la «política del miedo», tan solo se inspira, al contrario que la democracia, en los sentimientos y en las pulsiones «desvinculatorias», proyectivas, a saber, en la desconfianza, la incertidumbre, la violencia, la incontinencia de la agresión y el control... El resultado es miedo, *metamiedos* (atemorizados pensamientos y sentimientos sobre el miedo) y miedos retroalimentados. Se trata de extraer del miedo todos sus venenos y todos sus efluvios.

Al terminar la Segunda Guerra Mundial, Franklin Delano Roosevelt enunció su «declaración de guerra a los miedos», anunciando el advenimiento de «un mundo en el cual el miedo en sí sería la única calamidad de la que sus habitantes tendrían miedo». Cincuenta y pico años después, tan grandiosa declaración quedó arrumbada con la charlatanería de feria de Ronald Reagan declarando la «guerra al Imperio del Mal»; y después, con George Bush, presidente del que parecía el Imperio más poderoso de la Tierra, pues se atrevió nada más y nada menos que a proclamar la «guerra contra el terrorismo», o lo que es igual, «el terror contra el terrorismo» (pues el principal objetivo de una guerra o de una declaración de guerra es y ha sido siempre infundir miedo al enemigo).

El lenguaje bélico hoy en día, en sí mismo, una manifestación de la esencia de una cultura humana envejecida, esquizoparanoide en sus fundamentos e historia. Proviene de una cultura que hoy debemos ir arrinconando, en la cual, durante milenios si no millones de años, los conflictos y problemas más graves se solucionaban con guerras, con muertes, es decir, con el aplastamiento del adversario/enemigo mediante la ira armada y el miedo. ¿Seguimos estando en el mismo periodo histórico, en la misma cultura? ¿O tenemos ya una amplia experiencia acumulada de cómo resolver conflictos sin guerras y muertes, a pesar de que haya oscuros intereses (en especial, de los fabricantes y traficantes de armas) para mantener esos mitos culturales? ¿No toca ya —y más en la Europa que ha originado las dos últimas guerras mundiales con más de 100 millones de muertos— avergonzarnos de esas guerras, del militarismo, de la fabricación de armas y de las contiendas? Es un primer paso para deconstruir la simbología bélica de nuestra cultura. Una simbología que ha vuelto a aparecer con toda su ruda simpleza en el caso de la pandemia del Covid-19. Cuando todo esto comenzó, el discurso bélico fue inmediato y no exclusivamente por parte de los militares. Se está hablando de guerra, guerra al virus, guerra contra un enemigo, derrota, lucha victoriosa, todos somos soldados, etc.

Pura simbología bélica que tiende a soportar una perspectiva del ejército y de las fuerzas armadas nacionales que puede entrar en crisis precisamente por medio de otra forma de actuar del ejército (la UME, la Unidad Militar de Emergencias) y su amplia aceptación por la población. Y a nivel estrictamente lingüístico, ¿no era posible, no es posible una simbología basada en el apego, la solidaridad, la reparatividad y la ira contra el virus, las manipulaciones y la desinformación —y si se quiere darle competitividad, en la competencia en solidaridad y creatividad?

Insisto: ¿es el miedo la mejor forma de concitar esfuerzos? ¿O existen otras emociones primigenias, otros sentimientos básicos y otro tipo de moral menos guerrera, de ejércitos, de soldados y obediencia debida, menos esquizoparanoide, en la que podemos apoyarnos? ¿Cuántas industrias dedicadas a la guerra podrían haber fabricado mascarillas, equipos de protección, respiradores y otra tecnología sanitaria que han escaseado en nuestros hospitales y centros de salud? El Covid-19 ha logrado en unos días esa pacifista transformación que nuestros dirigentes no se atrevieron a promover durante decenios. Es decir, hoy podemos aprovechar el «*shock* de miedo» que la pandemia ha provocado incluso para la deconstrucción de un elemento nocivo en toda cultura, a saber, la simbología bélica, el lenguaje basado en ella y la organización social que los sustenta.

Sin embargo, con el nuevo *shock* psicosocial de la pandemia, a menos de doce años del anterior *shock* psicosocial masivo (una DEM masiva), estamos viviendo otra profunda regresión antisimbolizante, probablemente imprescindible para generar los «*shocks* del miedo» en el sentido de Naomi Klein [26]. Vale la pena aproximarse a su discurso. Es evidente que durante el siglo XX se había dado una marcha progresiva hacia la simbolización del miedo y de las reacciones ante el miedo: cada vez se vinculaban más con una visión comunitaria del mismo, más al servicio de la humanidad como un todo. Desde luego, esas perspectivas habían sido contrapesadas una y otra vez por las formas más descarnadas de la desublimación de la agresión y la violencia intraespecífica: por ejemplo, por las dos guerras mundiales que costaron a la humanidad, entrambas, más de 100 millones de muertos (y ambas desencadenadas por países europeos, supuestamente los más cultos de la especie). Dos guerras mundiales seguidas de todo un enorme rosario de guerras, terrorismos de Estado y destrucciones masivas dirigidas directamente a instilar el miedo en determinados cuerpos sociales y en las mentes (y en los sistemas nerviosos) individuales: las guerras militares, económicas y sanitarias contra África, contra Asia (contra China, Vietnam, Camboya, ahora contra Afganistán...), las guerras contra los árabes (contra Palestina, Iraq, Líbano, Libia, Siria...).

Pero todo aquello parecía que pasaba «fuera», en ese «otro mundo» que muchos viven casi como el «espacio sideral exterior». Aunque sabemos hace siglos que esas realidades «exteriores» siempre poseen repercusiones en el interior de los países imperiales; que, paralelamente, en estos, como ya avisaba Eurípides en *Las Troyanas*, se van extendiendo formas cada vez más descarnadas y desimbolizadas de utilizar el miedo: Guantánamos diversos, terrorismo de Estado, recorte de libertades, recorte de derechos, persecución de

minorías, mentiras y falta de transparencia política, «asesinatos selectivos», asesinatos de banqueros o dirigentes políticos que han caído en desgracia o «pueden hablar», a menudo disfrazados de suicidios o «muertes naturales»... Un auténtico festival del terror o miedo biopolítico extremo, organizado y difundido con todo tipo de apoyos científicos y, en particular, de la psicología social y de las técnicas de *marketing*, pero de forma cada vez menos simbolizada, apoyándose en prácticas bien reales y asimbólicas. Con todo ello se obtiene un doble resultado; por un lado, el objetivo directo, de control, para el cual se utiliza el miedo como máxima arma paralizadora; por el otro, el objetivo indirecto, la regresión y la unidimensionalización del pensamiento que el miedo extremo y el miedo crónico implican y que es lo que da lugar a lo que llamamos «las burbujas del miedo» y a una nueva implantación esquizoparanoide del miedo en la cultura [27,25].

Todo lo contrario a lo que ya reflexionaba poéticamente John Donne en 1624, en una de sus *Meditations*:

Nadie es una isla, completo en sí mismo; cada hombre es un pedazo del continente, una parte de la masa. Si el mar se lleva un terrón, toda Europa queda disminuida, como si fuera un promontorio, o la casa señorial de uno de tus amigos, o la tuya propia. La muerte de cualquier hombre me disminuye porque estoy ligado a la humanidad; por consiguiente nunca hagas preguntar por quién doblan las campanas: doblan por ti.

John Donne, *Devotions Upon Emergent Occasions*, Meditación XVII.

Miedo y burbujas: «burbuja» sanitaria y «burbuja psicosocial»

Como hemos repetido en una y otra ocasión, hoy no podemos sino admitir que, durante años, en varios países del mundo desarrollado no solo hemos vivido en una «burbuja inmobiliaria», sino también en una «burbuja sanitaria», de la que llevo años hablando [7,25,29]; e incluso en una auténtica «burbuja psicosocial», de la que aquí deberíamos decir unas palabras, pues ha facilitado nuestra (relativa) inanición ante la pandemia del coronavirus.

El miedo a la enfermedad y su consecuencia «posmoderna»: la medicalización de la vida cotidiana

La dificultad de soportar el miedo a la muerte, a lo percedero de nuestra vida y de nuestra salud, miedo a los duelos, a las pérdidas, a los procesos de duelo, a las limitaciones lleva a una hiperpreocupación temerosa por la enfermedad en muchos miembros de nuestra sociedad. Un miedo realmente omnipresente en nuestra cultura «posmoderna», en este caso alimentado por poderosos y generosas aportaciones de determinadas compañías farmacéuticas y de los distribuidores privados de servicios sanitarios. Pero, como se trata de un miedo cultural, generalizado, también los servicios públicos e incluso las campañas preventivas colaboran en las mismas tendencias hacia la *medicalización*. Esta tendencia a dar explicaciones biomédicas y tratamientos *biomédicos* (que no *médicos*) se ha convertido ya en un rasgo ideológico y cultural fundamental de nuestra sociedad, en un componente probablemente indispensable de la *profesionalización de la vida cotidiana* (junto con el empeño en profesionalizar la primera infancia).

Un proceso o problema humano pasa a ser definido entonces por algún grupo de presión cultural como una condición *médica*, independientemente de que esa definición sea teórica y metodológicamente correcta. O bien se aplican, una y otra vez, supuestos «tratamientos» biomédicos cuando, en realidad, la evolución de ese problema sería mejor si no fuera considerado y tratado así [30,31]. Como gran parte de la población y las sociedades nacionales mismas se sienten incapaces de aminorar los vertiginosos ritmos de cambio impuestos al planeta global, tendemos a centrarnos regresivamente en lo que podemos (o creemos que podemos) influir. Tratamos de minimizar los riesgos «estadísticos» que nos pueden tocar como miembros de un planeta no concebido como planeta salvo para pequeños grupos de dominantes: por eso tratamos de preservarnos tan solo a nosotros mismos. Menos aún: tratamos de preservar nuestro cuerpo, nuestra salud, ese pequeño espacio orgánico privado que creemos nuestro. Como nos concentramos en escudriñar nuestra vida cotidiana con el «microscopio de la seguridad», uno de los focos a los cuales dirigimos nuestros microscopios y nuestros prismáticos es a la *salud*. De esa forma, examinamos con atención los siete signos del cáncer, los cinco síntomas de la depresión, las cifras del colesterol, las calorías que ingerimos, las calorías

que quemamos, los signos de estrés o los signos de envejecimiento celular de nuestros cuerpos y de nuestras vísceras...

El miedo a la enfermedad, al dolor, al sufrimiento, a las limitaciones, a la muerte es el punto de partida de la medicalización... Los protagonistas, múltiples y variados son, en primer lugar, los médicos y, en general, el personal sanitario. La mayoría estamos inmersos de lleno en la medicalización, en tanto que urbanitas formados en la deformación «profesionalizadora de la vida». En segundo lugar, la ideología difundida por las industrias tecnosanitarias, que forma un caldo de cultivo favorecido por el importante papel que dichas industrias juegan en el producto interior bruto de muchos de los países dominadores del globo: Estados Unidos, la UE, Suiza... Lo cual no debe llevarnos, como propugnan algunos, a menospreciar el beneficioso papel jugado por algunas industrias farmacéuticas y de tecnología sanitaria en nuestros días y en numerosos ámbitos.

El tercer actor indispensable para la medicalización de la vida son los medios de comunicación, aquí claramente denominables «medios de propaganda», pues salvo en muy contados y a menudo discutibles medios «alternativos», casi todos difunden abiertamente la ideología de la medicalización... y además, urgente, con todo tipo de pruebas y sin listas de espera (¿?).

¿Cuántos ordenadores personales de conocidos suyos «se cayeron» por el famoso y temido efecto 2000? Pues algo similar está siendo explotado en el ámbito sanitario: casi cada año tenemos un nuevo miedo sanitario invadiendo nuestro mundo WEIRD (*Western, Educated, Industrialised, Rich and Democratic*). Ya es hora de reflexionar e investigar sobre su cuidadosa seriación: uno o dos por año. Reflexionar sobre qué tienen de real y qué tienen de infundados: ¿cuántos de nuestros conocidos han enfermado o muerto por el mal de las vacas locas, por la gripe porcina, la gripe A, las alergias generalizadas, las «enfermedades psiquiátricas» como futuro azote de la humanidad? Hasta que de tanto nombrar al lobo... apareció la pandemia del Covid-19, y a pesar de tanta supuesta preparación nos ha cogido realmente desprevenidos, con unos sistemas sanitarios, supuestamente avanzados pero infrapreparados para atenderla.

El cuarto ámbito o rol indispensable para la medicalización lo juegan la administración y los gestores de los servicios sanitarios, los unos interesados por su difusión; los otros, evitativos ante el miedo (otra vez el miedo) que les produce perder sus posiciones. Seguro que las perderían si se atrevieran a declarar abiertamente los enormes perjuicios que la medicalización está causando en nuestros días, tanto a las arcas públicas, como a la población en general.

Pero todo esto lo soportamos y apoyamos políticamente la mayoría de los ciudadanos de los países «tecnológicos». Si no comulgáramos acríticamente con esa ideología, la medicalización —o las diversas medicalizaciones supuestamente alternativas y esoterismos varios— no se sostendrían. Como tememos no ser capaces de soportar el dolor o la enfermedad, buscamos y creemos que siempre hay un medicamento, una intervención médica o una exploración que lo resolverá todo; creemos que puede haber medicina para todos sin listas de espera, sin fracasos, sin errores, sin enfermedades

incurables, sin muertes... De ahí el espanto y las protestas generalizadas ante los retrasos y errores en la atención a la emergencia sanitaria provocada por la pandemia del Covid-19. Incluso dirigentes políticos y económicos que han contribuido directamente al desmantelamiento privatizador de la asistencia sanitaria pública reclaman vehementemente envíos de material sanitario, personal sanitario, hospitales enteros...

Más allá de las consideraciones económicas, en el ámbito cultural e ideológico creo que podemos pensar que nuestras costumbres y hábitos con respecto a la enfermedad — y en general frente a las pérdidas— habían estado durante decenios derivando «tras el rumbo de la muerte». Cada vez se ve peor eso de entristecerse durante días o meses porque hemos perdido a una pareja, un amigo, una amiga, un amante, un ideal, un trabajo... Aunque haya muerto o hayas perdido a quien te consolaba, ayudaba ante los conflictos y problemas, a quien te alegraba, solazaba, distraía, acompañaba, compartía el frío y el calor viscerales contigo, no debes manifestarlo mucho porque entonces, no es que estés triste... es que estás *deprimido*. Y encima, para muchos, la depresión no es un trastorno relacional, una organización de las relaciones anómala, sino que es una *enfermedad*. Y usted no es que sea un triste, un aburrido, un melancólico, incluso. Es que es un *enfermo de depresión*. Tras las medidas de aislamiento puestas en marcha por el Covid-19, con la imposibilidad de velatorios, funerales y rituales funerarios en numerosos lugares del globo, que además darán lugar a una eclosión de «duelos complicados», surgirá una tendencia a aumentar la distancia cultural con respecto a la muerte, los muertos, los funerales... En último extremo, frente al duelo y los procesos de duelo [4,5]. Pero el mismo aumento de las muertes «no esperadas» y la atención que la población le está dedicando a estas ha puesto de manifiesto la tendencia opuesta, la tendencia a estar más atentos a las muertes porque «cada muerte me representa». Por ejemplo, ¿cómo esconderán ahora sus vergüenzas pseudoéticas los que bloquearon una y otra vez cualquier regulación legal de la «buena muerte» en nuestro país cuando se ha practicado la eutanasia incluso activa con miles de pacientes afectados por el Covid-19 en todo el mundo? La guía de principios éticos para la epidemia consensuada por más de 12 instituciones de bioética del país es una palmaria manifestación de esas otras posibilidades de relación con la muerte y las muertes y, en definitiva, de la posibilidad de otras normativas morales y legales [32].

Como ya hemos explicitado en otros momentos [7,29,33] la *psiquiatrización de la vida cotidiana* está pasando a ser la punta de lanza de la *medicalización*, que a su vez es la forma dominante de *profesionalización o profesionalismo* de la vida cotidiana. Así, miles y miles de conciudadanos están viendo empeorada su vida y sus capacidades más humanas, están cronificándose en supuestos trastornos psicopatológicos antes inexistentes, están cronificándose en el uso de psicofármacos de dudosa utilidad. Hoy estamos en posición de poder afirmar que buena parte de los tratamientos «antimiedo» (sedantes) y «antidepresivos» que se administran en nuestra sociedad no mejoran significativamente la salud *social*, aunque puedan ser muy útiles en algunos casos de trastornos mentales realmente graves [30]. El término «antidepresivos» (como el de «antipsicóticos» y no «neurolépticos») es un término encubridor [34,14], una muestra de

la «manipulación generalizada del lenguaje», de una auténtica «burbuja lingüística»; por sus efectos comprobados, son fármacos «anti emocionales», no «antidepresivos». Ahora bien, si la pena, la tristeza, la culpa y otras emociones y sentimientos son excesivos, los fármacos pueden ayudar a su cuidado.

Para los que hemos trabajado en los últimos decenios en el ámbito sanitario, otro ejemplo de la «burbuja sanitaria» es el de los tratamientos unidimensionales, antiintegrales y antidemocráticos de los pacientes con psicosis, que hacen que la mayoría reciba como único tratamiento... psicofármacos. En ocasiones, hasta cuatro y cinco psicofármacos por sujeto, sin posibilidades de elegir otras ayudas diferentes, que no «tratamientos» (médicos). Un «tratamiento» carísimo que, además, se prescribe sin que se conozcan bien los efectos primarios y secundarios de esos fármacos a lo largo de los años y, menos aún, las interacciones de esos cócteles medicamentosos [34-37].

Un tercer ejemplo. Durante 2014 y en varios años, España compartió con Estados Unidos el dudoso honor de ser el primer país del mundo en consumo por habitante de hipnosedantes, el segundo en antidepresivos (el primero, Estados Unidos) y, probablemente, también el segundo en neurolépticos (el primero, Estados Unidos).

Investigaciones británicas muestran que, de los pacientes apuntados en un médico de cabecera, el 5 % sufre pérdidas significativas cada año, con los procesos de duelo consiguientes. Investigaciones propias hablan de un porcentaje algo mayor: entre el 6 y el 10 % [38], y que la mayoría acude al médico o son asistidos «sanitariamente» en las semanas o meses subsiguientes. Pero si tenemos en cuenta las ideologías y las prácticas antes citadas ¿cuántos se están cronificando en nuestras sociedades mediante lo que he llamado la *cronificación medicalizada*? Una forma de medicalización para la cual ya propusimos ese término en 1984 [39,4]. Consiste en la tendencia a cronificar y cronificarse mediante el uso de ciertas medicaciones e intervenciones médicas; en último extremo, una forma de «fidelizar al consumidor».

Sin embargo, hoy ya sabemos que, si no se perciben, sienten, toleran y elaboran los temores actuales y pasados, las pérdidas y frustraciones, van a darse una serie de consecuencias biopsicosociales futuras, tanto en el individuo como en los grupos humanos. Tras la pandemia del Covid-19, los sobrevivientes tendrán que vérselas con muchas de ellas. Ya los griegos clásicos conocían ampliamente el tema, al menos desde el siglo VI antes de nuestra era. Por eso el pueblo griego estaba obligado a presenciar anualmente las tragedias y padecer en ellas, con los otros, los miedos por el final de sus familias, sus clanes, sus polis, sus pueblos... Hoy, la medicalización de la vida —y dentro de ella, la psiquiatrización— se ha convertido en un grave peligro para la salud social, para la salud entendida como una forma de vivir «alegre, solidaria y gozosa», o entendida como la capacidad de «amar, trabajar, disfrutar y tolerar» [29] sin necesidad de millonarias muletas analgésicas, hipnóticas, antidepresivas o «activadoras», administradas a millones de personas para no efectuar cambios en la organización social y psicosocial...

Está claro que, por un lado, las propias industrias fabricantes favorecen el gasto social en fármacos y tecnología sanitaria, pues es la base de la expansión de sus negocios en

una economía de mercado. Como ya ha quedado demostrado, eso puede llevar a casos de invención de enfermedades, invención de pandemias y, sobre todo, a la «promoción de las enfermedades», una técnica comercial clara y directa basada en la utilización comercial del miedo (a la enfermedad y al dolor). Basta con atender un día cualesquiera de los noticiarios televisivos para observar cómo se promocionan en ellos determinadas enfermedades y, cómo no, los fármacos existentes o en gestación que las «derrotarán». Pero además, el aumento del consumo de fármacos, y en especial de psicofármacos, lo favorece sobre todo una ideología social, una cultura que, cada vez más, resulta intolerante e incapaz de tolerar las pérdidas y las frustraciones afectivas y vitales. Tal vez lo favorece nuestra baja tolerancia al sufrimiento, pero sobre todo el miedo irracional, casi fóbico, a la enfermedad y a la muerte.

Pues bien, muchos profesionales y muchos ciudadanos pensamos que esas situaciones tienen que ver con las dificultades individuales y sociales para afrontar el miedo a la enfermedad, al dolor y a la muerte —además de con el uso perverso de ciertos mecanismos comerciales, claro está—. Es un tema sobre el que deberíamos reflexionar. Y reflexionar en tanto que ciudadanos, miembros de la *polis*, y mucho más en esta situación de emergencia social.

La perversión de los fines de la medicina, que ya hace años denunció Ivan Illich [31], paralela a su «impregnación» de una concepción tardocapitalista de la economía (basada en la especulación y el beneficio líquido inmediato aprovechando para ello la inextricable coyunda entre capital privado e instituciones estatales), ha llegado a ser tan amplia que ya contamina incluso la prevención. De ahí que algunos propongamos la necesidad de nuevos conceptos y actitudes, como los de «prevención cuaternaria», para aplicarla a un ámbito en el que la «burbuja sanitaria» y la «burbuja psicosocial» muestran bien claramente sus interacciones y apoyo mutuo.

Sin embargo, la medicalización cultural y psiquiatrización abusiva han contribuido a dejarnos más inermes ante las emociones y a que soportemos peor cada una de ellas y, en particular, el miedo (y tal vez, las rupturas del apego). Y ese mal ya está hecho: no es de ahora. Nos ha dejado más inermes personal y socialmente ante el miedo y las DEM. Son las pastillas, la tecnología o las mascarillas lo que nos salvará, con menosprecio de otros elementos de hecho mucho más importantes y que son los que, en realidad, sostienen la tecnología: la capacidad de organización, la capacidad de investigar y compartir conocimientos (una sublimación de la emoción del *seeking*, de la indagación, de la activación del SNC y el córtex cerebral), la solidaridad como extensión de la emoción del apego y los cuidados, la moral del cuidado mutuo y la solidaridad como extensión del apego, la culpa y la tristeza y las cogniciones superiores y mentalizantes, ciertas dosis de ira para competir entre equipos, empresas e instituciones por aumentar la producción, el apoyo mutuo, las mejoras tecnológicas, mejoras en el cuidado del medio ambiente...

Sin embargo, en la era del tardocapitalismo neoliberal, el cuerpo deja de ser la base para las fuerzas productivas. Su cuidado social deja de ser ortopédico, sustentador-sometedor mediante la amenaza del miedo y el dominio de la *biopolítica*, los daños

biológicos, que diría Foucault [17] para convertirse a menudo en un «cuidado de optimización estética», utilizando para ello medios técnico-sanitarios y mentiras y falacias seudosanitarias. En ese sentido, las posibilidades de usar el *fitness* como negocio económico son casi infinitas, al menos con las subpoblaciones *shooting stars*. Ese uso estético del cuerpo y esa comercialización del mismo en pseudoprevención y pseudoasistencia son otras de las bases fundamentales para la «burbuja sanitaria», tanto como el miedo a perder la salud o la belleza.

Insisto. Deberíamos tener más en consideración la gravedad de la «burbuja sanitaria», es decir, el espejo cambiante e inflado que promete que, con más gastos en salud y en su prevención medicalizada se va a mejorar la salud individual y poblacional. No hay que olvidar que parte del desastre sanitario y social producido por la pandemia y parte de las muertes son atribuibles a los brutales recortes que la sanidad pública que muchos países han padecido estos últimos años bajo la directiva del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Pero tampoco hay que olvidarse de que ya antes de esta crisis, incluso antes de la de 2008, sabíamos que, a partir de un determinado nivel, los gastos incluso exponenciales en supuesta salud y en «prevención sanitaria», si no se cambian hábitos individuales y sociales solo significan lo que significan y producen lo evidente: un espejismo hinchado de falsedades escasamente organizadas y de delicuescentes promesas que se difunden utilizando de manera fraudulenta el miedo. El miedo a la vejez, el miedo a perder el aspecto «juvenil» y la «forma física», el miedo a perder la salud, el miedo a la enfermedad, etc. Y, encima, contribuyendo al «profesionalismo desmedido» y a la heteronomía de la población. Bastantes países tecnológicos han alcanzado una nada despreciable edad media y salud general de sus poblaciones. Sin embargo, sus presupuestos y esfuerzos supuestamente dedicados a cuidar la salud de sus ciudadanos seguían creciendo de forma imparable, a menudo por delante de otros muchos capítulos presupuestarios (tal vez con la excepción de los dedicados a la guerra, a las armas). Sin embargo, de poco han valido esos ingentes presupuestos y gastos ante un mínimo microorganismo no esperado. De ahí la aplicación del término «burbuja», pues se trata de una brillante y lucida pompa de aire, artificialmente creada e hinchada, que como tal va en contra de lo que dice cuidar: la salud de los ciudadanos.

Además, esa orientación biologista, profesionalista y maquinizadora del conjunto de gastos sanitarios durante decenios ha estado favoreciendo el aislacionismo y el supremacismo de unos sistemas sanitarios con respecto a otros, algo que ha resultado toda una trampa para la respuesta de continentes enteros ante el Covid-19. ¿Qué haremos con los miles de duelos complicados que se avecinan? Duelos por pérdida de familiares, amigos, amantes, conocidos a los que no hemos pedido despedir, llorar en compañía, abrazar, a menudo ni siquiera ver y que se sumarán drásticamente a partir de la primavera de 2020? ¿Cómo se están preparando nuestros reduccionistas sistemas sanitarios y psiquiátricos para atenderlos?

Por otro lado, ya hemos mencionado cómo, en varios países europeos hemos vivido no solo con una «burbuja inmobiliaria» y una «burbuja sanitaria», sino también con una auténtica «burbuja psicosocial», de la que querría decir unas palabras.

Utilizo aquí esa misma metáfora de las burbujas para hablar de la «burbuja psicosocial». Quiero significar con ella a la serie de espejismos, generados con el inapreciable apoyo de conocimientos y técnicas psicológicas, acerca de nuestras formaciones sociales y su equidad y su justicia, acerca de su salud individual y colectiva, acerca de sus valores, acerca de sus ideologías, acerca de la democracia imperante en ellas... Toda una serie de «virus deformantes» de gran capacidad de expansión que nuestro desvalimiento ante la pandemia del Covid-19 ha hecho reemerger. En la «vieja Europa» y en Estados Unidos buena parte de la población aún se ve reflejada y representada en esas destellantes y volanderas burbujas y casi comulga con ellas. Por eso hablamos de la «burbuja psicosocial», que intentaremos diseccionar en los próximos capítulos. Sobre todo porque, a diferencia de la burbuja económica o de la burbuja sanitaria, la finalidad de la burbuja psicosocial es que la población viva en ella sin sentir que hay un más allá. Que renuncie a la utopía y acepte acomodarse a la *hictopía*. Que piense, sienta, razone, comunique dentro de la burbuja, pero sin ser consciente de su existencia, en una especie de *Matrix* generalizada, regida por el principio de la autoexigencia «neoliberal» tardocapitalista. Y si no llega a ser por la crisis político-económica desencadenada a partir de 2008 y por la crisis provocada por el Covid-19, hubiese parecido que el objetivo de la *Matrix generalizada* se podía alcanzar. El fin último es que, incluso en periodos de crisis estructural, la población siga viviendo mayoritariamente en esa matriz cerrada y autorreflejante ante la presión de países como China, India y los países «emergentes»... Pero la potencia del Covid-19 parece que ha abierto amplias dudas con respecto a la resistencia de esa burbuja y a la posibilidad de seguir engañándonos con ella.

Tendemos a creernos los pueblos más demócratas y libres del mundo, los inventores de la democracia y los árbitros mundiales de esta, cuando, en realidad, nuestras votaciones y elecciones poseen muchas más irregularidades y sesgos antidemocráticos que otras elecciones que ufanamente nos atrevemos a «supervisar». Sin embargo, las crisis migratorias hacia Europa en lo que va de siglo, así como la erección de fronteras y diferencias dentro de la propia UE con la pandemia del Covid-19 demuestran a las claras su carácter fundamentalmente ilusorio, narcisista con la consistencia de agua de lago y ni siquiera de espejo. Nuestra Europa sigue siendo, sobre todo, la Europa de los mercados, donde hay libre circulación de capital y especulación, pero donde la libertad de movimiento de seres humanos siempre es menor e incluso sujeta a restricciones de un día para otro.

En esa burbuja psicosocial la manipulación, la reducción y la perversión del lenguaje han desempeñado y están desempeñando un papel fundamental. La burbuja psicosocial puede mantenerse en parte gracias a la perversión de nuestro léxico habitual, que, al mismo tiempo, ha sido causa y efecto de la perversión de las relaciones y los sentimientos humanos [40-42]. Al menos en el «norte tecnológico» del planeta, el lenguaje de los políticos y los hombres públicos han cambiado su objetivo fundamental demasiado a menudo: no se trata de «comunicar», sino de «incomunicar» con la apariencia de informar e incluso de «comunicar» (Y recordemos que comunión viene de

com-uni3n, del «moverse juntos» de las lenguas indoeuropeas).

En ocasiones, la violencia contra la lengua es tal que podríamos hablar incluso de «burbuja gramatical» y *crisis gramatical*; por ejemplo, en el lenguaje de numerosos pol3ticos e «informadores»: rebosan circunstancialismos, adverbios de modo, frases hechas, estereotipias, aceleraci3n innecesaria, eliminaci3n de pautas, pausas y marcaciones, sujeci3n a tiempos y cadencias impuestas siempre desde fuera... No es un lenguaje para «matrimoniar la palabra con el mundo», la mente con la realidad. Demasiado a menudo, lo que busca es exactamente lo contrario: dejarnos ver tan solo las paredes de la burbuja psicosocial, ilusionarnos con sus destellantes espejismos, lograr que aceptemos la hictop3a como 3nica posibilidad... La emocionalidad y la solidaridad compartida hab3an roto esa burbuja gramatical omnipresente, pero el uso del lenguaje b3lico, guerrero y militarista en la crisis y la pandemia del Covid-19 son formas realmente cl3sicas de intentar reconstituirla.

Otros miedos

Pero es que, además, esta crisis ha puesto de relieve otros miedos propios de nuestras sociedades en transición: por ejemplo, la dialéctica entre el miedo a la privacidad/intimidad y el miedo a perderlas —que agita las redes informáticas, la ideología, la política y la cultura de nuestras sociedades— ha sido trastocada por la pandemia y por las actuaciones puestas en marcha para atajarla. Estas suponen aislamiento, dificultades para contactar y comunicar, y por tanto remiten a conflictos más básicos: el *sentimiento de soledad* y el *miedo a la soledad*. La capacidad para estar solo, para valorar los momentos de soledad en medio de la vida relacional es un componente necesario de la intimidad, de la identidad, de la mismidad, de la integridad de la personalidad. La dialéctica *soledad necesaria/miedo a la soledad* ha cambiado radicalmente en cada sujeto y en cada grupo por la aplicación de las medidas de aislamiento social sostenido. Por eso, a nivel internacional, hay tantas resistencias a aplicarlas y a acatarlas, y de tan diferente origen y tipología. Y no nos referimos aquí a las alteraciones de esa dialéctica en el caso de los pacientes con trastornos mentales graves, más o menos afectados por esas medidas (pero siempre afectados, un tema que espero poder desarrollar en el futuro). Nos referimos a la experiencia vital de cada ciudadano, familia y grupo.

En realidad, en las «sociedades líquidas» y en la «vida líquida» de nuestros días [43], la intimidad proporciona poca seguridad. La intimidad tiene que ver con una integridad y una integración personal conseguida a lo largo de trabajosos esfuerzos, en relaciones suficientemente buenas y suficientemente estables que proporcionan la matriz para la gratitud y la solidaridad. Por ello no parece adaptarse mucho a las necesidades continuamente cambiantes de adherirse a las nuevas normas y costumbres propias de la sociedad líquida... Casi puede parecer un contrasentido, un proceso contraadaptativo a ese tipo de sociedad. Por eso, a menos que idealicemos la intimidad, o a menos que seamos totalmente acrílicos con respecto a las repercusiones de ese funcionamiento social «líquido», dominante en este momento de la historia, no podemos dejar de observar una profunda contradicción entre ambos elementos.

Es cierto que el desarrollo de las capacidades de mentalizar y simbolizar en nuestros días puede favorecer el desarrollo de una identidad con interior mentalizante, volcada ya constitutivamente a la interacción. Pero tal vez pueda existir otro modelo de identidad igualmente coetáneo, que es el del ser humano extrodeterminado, «transparente», sin intimidad y, desde luego, sin privacidad ni confidencialidad con respecto al poder y sus demandas, una subespecie de *sapiens sapiens* cada vez más frecuente en las sociedades tecnológicas.

De todas formas, la *intimidad*, como consecuencia del logro de una identidad y «un lugar en el mundo», como logro histórico de la humanidad, sigue teniendo gran valor para muchos de sus miembros. Una intimidad «introdeterminada» aún puede ser un valor defendible para muchos, una forma de mantener la independencia y la autogestión en las

sociedades líquidas, sin normas externas permanentes. La alternativa no es una intimidad «extrodeterminada» en la que se defiende una supuesta intimidad de la familia, el hogar, mi trabajo, mis armas... Eso, como mucho, puede llevar a una privacidad defensiva, pero no es identidad. En realidad, se halla totalmente extrodeterminada. Para tener intimidad (una identidad como adultos velable/desvelable según nuestros deseos y necesidades), hoy habrá que basarla en el cultivo y la defensa de las diferencias, opacidades y «rugosidades», tanto en la propia vida como en la de los demás. No por más privacidad se aumenta automáticamente la intimidad. La intimidad en un búnker no es intimidad, sino aislamiento. No implica un mundo interior vivo y coloreado, porque ese mundo interior diferenciado solo puede cultivarse poniéndolo en contacto con otros mundos interiores en la vida multiforme de las ciudades y las redes informatizadas de relación y de medios de comunicación renovados.

Como muy bien sabemos los que nos dedicamos a la atención precoz a las psicosis, no por mantener una privacidad atrincherada se mantiene una intimidad. De ahí que el miedo a perder la intimidad a veces sea realista (la invasión de nuestra vida privada) mientras que, en otras ocasiones, no es sino una manifestación última de la privacidad atrincherada como defensa contra todos «los otros» considerados peligrosos. Como veremos a continuación, a menudo el miedo a perder la intimidad no es sino el miedo a la inseguridad (en el medio de la *polis*).

El miedo a la relación humana directa. ¿El infierno es el otro?, como mantenía Jean Paul Sartre.

En realidad, a pesar de lo que se dice y se escribe a menudo, la posibilidad de un ser humano de relacionarse de forma no agresiva con otro, la posibilidad de relacionarnos dominados por emociones diferentes al miedo o la ira es hoy mucho mayor que en otras épocas históricas [3,44,45]. Por un lado, en pocos momentos de la historia ha habido tanto interés por las relaciones humanas, tanto aparente deseo de cultivarlas, tantas posibilidades para establecer tan abundantes y diversas relaciones... Pero, por otro, eso mismo probablemente plantea que las posibilidades y peligros de elección —y las posibilidades de elección desacertada de una relación con un «otro»— sean tan amplias... Tan amplias que la posibilidad de relacionarse tiene otro motivo más para llenarse de temores, de miedos... Ante la engañosa seguridad de una identidad y una intimidad trabajosamente conseguidas, ¿por qué arriesgarnos a los peligros emocionales e incluso físicos de una nueva relación, con alguien nuevo y diferente o, simplemente, con *alguien*, una relación diferente de la más fácil y conocida de todas, la relación narcisista, la relación con nosotros mismos...?

De la cueva, de nuestra madriguera aislada, solo nos pueden sacar de formas muy paulatinas, controladas, cuidadosas... De ahí la importancia que adquieren las vías de comunicación indirecta, a través de las TIC. Por un lado, porque abren mundos de relaciones potenciales. Por otro, porque evitan los posibles sufrimientos y sinsabores de la relación directa, cara a cara, piel a piel, mucho más dolorosa cuando es dolorosa (aunque también mucho más placentera cuando es placentera). Los «juguetes y caprichos» para la comunicación tienen aquí el campo abonado. Y no tanto como logros,

como avances, que en muchos casos lo son.. Al fin y al cabo, internet, la comunicación por la red ha supuesto una enorme revolución en la historia humana, en la historia de las sociedades y culturas humanas. Y solo estamos al comienzo. Pero es que *la red*, los chats, las redes sociales informatizadas, *YouTube* y demás facilidades tecnológicas nos proporcionan la posibilidad de ampliar nuestras relaciones, pero también la ilusión de relacionarnos sin los riesgos de relacionarnos. Es *una agorafilia sin los peligros de la claustrofobia*, de quedarnos encerrados en situaciones o personas que nos hagan sufrir. Y con el espejismo o ilusión sobreañadida de que tenemos relaciones mucho más amplias y variadas. Se puede objetar que la amplitud y la variedad vendrían dadas por la profundidad de unas pocas relaciones que nos incitan y someten a millones de experiencias cada una. Pero ¿quién dice que una experiencia amplia y más superficial pueda ser mejor que otra mucho más profunda y, en tal sentido, que puede afectarnos de forma mucho más grave y radical si nos equivocamos o fracasamos?

La precariedad de los lazos humanos es una característica descollante de la «vida posmoderna líquida», de la «sociedad de la especulación informatizada», como prefiero llamarla. Los vínculos son tan «rompibles», tan frágiles, se rompen con tanta frecuencia y facilidad, que producen un cierto recordatorio continuado de la mortalidad de la vida humana. Aunque, en realidad, como vemos en el *show* internacional del Gran Hermano (basado en otra distopía), el temor real es a «ser excluido de la casa» (del grupo de privilegiados para el que, no se sabe por qué ni por cuánto tiempo, te han escogido, pero en cuyas facilidades vitales nos gustaría habitar).

Preferimos invertir nuestra esperanza en redes, más que en *los otros* o en relaciones con otros. En una red siempre hay números de teléfono, mensajes automáticos y claves que aseguran lealtad eterna, pero en las relaciones interpersonales todo anuncia su posible fragilidad, vulnerabilidad y, peor aún, su trascendencia...

De ahí que tengamos a una parte de los jóvenes (y de los adultos, y de las adultas, y de los viejos, y de los niños) «enganchados a la electrónica». En primer lugar por sus valores intrínsecos. En segundo, por su valor sustitutivo. Y en tercer lugar por sus promesas ilusorias de evitar fracasos y sinsabores... Así, tenemos jóvenes que se despiden en la puerta de casa para volver a conectarse en cuanto entran por teléfono, por el móvil, por *Skype*, por *chat*, la «red social informatizada»... Y eso no tiene por qué resultar negativo si el aspecto timorato, dominado por el miedo, no predomina sobre el aspecto de nueva y más amplia exploración, de aproximación progresiva al mundo del otro y al mundo de los adultos.

Ahora bien, los que se conectan solo mediante esas vías indirectas, que excluyen el cuerpo directo, como expresión del miedo a «conectar» directamente; los que se conectan por vías informáticas solo como refugio defensivo; los que se dejan dominar por el miedo, en esa fobia social pseudocompensada, pueden sufrir dificultades en su desarrollo, sus relaciones sociales, su vida toda... No es tanto que las provoquen los modernos medios electrónicos (que dificultar, lo que se dice dificultar o negar, no dificultan nada). El problema, y lo que debemos preguntarnos, es por qué este joven (o este adulto) los utiliza defensivamente, por qué los utiliza contra el miedo a la relación,

contra el supuesto mal que los otros significan... ¿Por qué *los otros, los demás* son un mal para él/para ella?

De nuevo, la pandemia del Covid-19 ha puesto de manifiesto que siempre ha habido otras formas de utilizar las TIC (más relacionales e incluso creativas) y que esas otras forma o maneras son mucho más frecuentes de lo que suele creerse y decirse. Aunque la emergencia de origen sanitario nos ha metido a todos en el aislamiento, puede contribuir a «sacarnos de la cueva», a utilizar las TIC no de forma narcisista-aislacionista, sino de forma solidaria-comunicativa. La emergencia social del Covid-19 ha podido mostrar una auténtica «vía preferencial» para la creatividad, el apoyo mutuo, la solidaridad, la generosidad e incluso el humor a través de la red. Si profundizamos y mantenemos esa tendencia puede llevar a todo un cambio cultural alternativo o complementario del que ya están generando.

Tras estas reflexiones generales sobre el miedo y su poder en el mundo actual conmocionado por la pandemia vamos a intentar enmarcar ese sistema emocional en el conjunto de los sistemas emocionales o emociones del ser humano. De todas formas, esperamos que esas reflexiones nos hayan ayudado a poner en perspectiva algunos porqués de la extensión del miedo y sus efectos en el desarrollo de la pandemia del Covid-19.

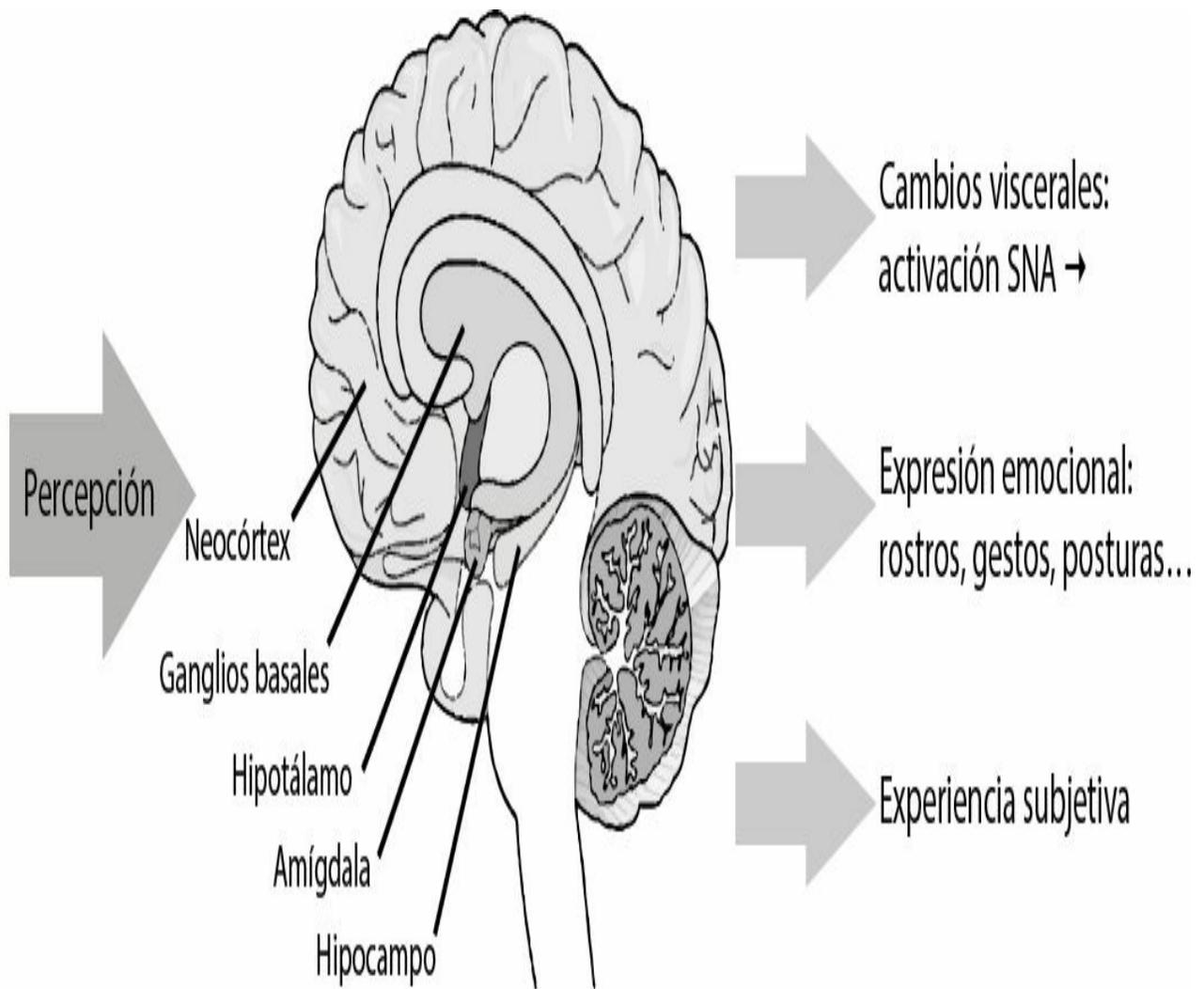
5. Dos aproximaciones fundamentales: emociones primigenias y niveles para la contención

Por una nueva perspectiva de las emociones y su papel en la psicología y la psicología

Aunque todavía echamos en falta una «teoría del campo unificada», parece que comienza a haber un cierto acuerdo entre neurofisiólogos, neurólogos y etólogos respecto del equipo emocional preprogramado propio de la especie humana, equipo que, en todo caso, proviene de los cerebros premamífero y mamífero todavía incluidos en nuestro cerebro. En ello, y en otros muchos más temas psicológicos, sociales y antropológicos de lo que solemos sospechar, seguimos estando en deuda con Charles Darwin (1809-1882). Y no solo por su máxima aportación, la teoría de la evolución de las especies, hoy vuelta a combatir con encono irracional y destructivo desde poderosos «centros de poder» del mundo. También por otras aportaciones menos conocidas del gran biólogo británico, expuestas en un libro de madurez, de 1872, aparentemente modesto y poco conocido: *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre* [1].

Para entender e investigar sobre relaciones humanas y relaciones sociales hoy resulta imprescindible partir de un concepto determinado y bien definido de *emoción*. En definitiva, determinadas percepciones (sobre el exterior o sobre el interior de nuestra mente) pueden poner en marcha incondicionadamente alguno de tales sistemas emocionales. La activación de ese sistema emocional corre pareja con tres tipos de fenómenos en el organismo humano, como ya había señalado Darwin: unos cambios viscerales y bioquímicos característicos, una actitud corporal y facial y una experiencia subjetiva de esa emoción (figura 1).

Figura 1. Componentes de la emoción (el pretendido mal)



Sistemas PNEleG con base NEUROLÓGICA

Eso significa entender la emoción, cada *emoción*, o cada *sistema emocional* [1,2]:

1. Como un *fenómeno orgánico*, propio del organismo como totalidad.
2. Un fenómeno preprogramado en la especie; al menos las bases para la expresión de las emociones fundamentales son heredadas dentro de la especie *sapiens sapiens*.
3. La emoción conlleva una vivencia de *urgencia, presión, empuje*, una representación mental de urgencia o presión (más o menos cognitivizada y más o menos inconsciente).
4. En la vivencia de la emoción *predomina la representación mental visceral* o

sensorial («nos falta el aire», «se nos retuercen las tripas», «se dispara el corazón», «los ojos se nos salen de las órbitas»...).

5. Porque la emoción está acompañada y fundamentada en *estados y patrones corporales y bioquímicos característicos* (en realidad, se trata de un fenómeno psico-neuro-endocrino-inmunitario del que, además, hoy se conocen repercusiones epigenéticas: PNEIeG).
6. Para cada emoción existen al menos unos desencadenantes incondicionados, unos circuitos neurológicos determinados y unos neurotransmisores facilitadores e inhibidores también característicos.
7. Las emociones poseen un *amplio margen cuantitativo*, un amplio abanico de intensidad: desde sentimientos y emociones levemente sentidas hasta afectos profundos que arrastran al conjunto de la personalidad (la *pasión* o *emoción* primitiva no modulada).
8. Conllevan una *tendencia a la acción también preprogramada o incondicionada* en la especie, en el sentido de Irenäus Eibl-Eibesfeldt [3] o Panksepp y Biven [4].
9. Esas tendencias de la emoción se hallan dotadas de gran *persistencia* a pesar de las experiencias que podrían inhibir esos patrones de comportamiento.
10. También están dotadas de un *amplio polimorfismo* (grandes variaciones en su expresión) que precisamente es lo que hace difícil diferenciar unas emociones de otras o incluso definir la emoción.
11. Pues su manifestación externa, conductual y mental, se halla sujeta a matizaciones, modificaciones y regulaciones tanto individuales como interpersonales y culturales.
12. Y entre ellas, por la experiencia personal relacional. Por eso podemos hablar de emociones primarias y secundarias, de emociones y afectos o, más correctamente, de «emociones» y «sentimientos» (las emociones sometidas a la experiencia y las relaciones dentro de una cultura).

Ese conjunto emocional preprogramado, en la perspectiva de Panksepp y otros neurocientíficos de la emoción, estaría formado por los siguientes «sistemas emocionales» fundamentales (tabla 5 [2,3]):²

1. El *SEEKING* (que nosotros hemos traducido como el sistema de la INDAGACIÓN-EXPECTATIVA), dedicado a la exploración activa del medio y a obtener todo tipo de recursos del medio (animal y no animal). Es un sistema que se traduce en locomoción y sensorialidad exploratorias, para investigar el mundo, a los otros, otros organismos, los objetos, incluso la mente de los otros... Es un sistema básico para la búsqueda de recursos para la supervivencia y, por tanto, para el conocimiento, las sorpresas, la investigación... Además, juega un papel especial entre los otros sistemas emocionales, pues en cierta medida es un dinamizador de todas las demás emociones. Se pone en marcha a nivel cerebral mediante el neurotransmisor dopamina y despierta todo un potente sistema computacional de generar conocimientos y creencias, incluso de recibir

sorpresas que desafían el conocimiento previo. Sus activaciones hasta cierto nivel proporcionan el placer de la exploración, como puede observarse palmariamente en la atención y exploración del mundo por parte de bebés, niños, científicos y, en general, de todos los humanos. Su excesiva activación es una de las bases de lo que ha dado en llamarse «ansiedad». Su base neurológica es el núcleo VTA del hipocampo, el núcleo accumbens y el córtex prefrontal medial. Sus mediadores, como decimos, la dopamina, el glutamato, la orexina y los opiáceos endógenos. Sus inhibidores, los antidepresivos tipo de ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) y la buprenorfina.

Si está al servicio de emociones vinculatorias, este sistema engendra un sentido de deseo acompañado por sentimientos que van desde el interés a la euforia. Por ejemplo, cuando una madre siente la necesidad de dar de comer al hijo, el sistema de búsqueda o indagación repasa las posibilidades y medios para hacerlo y pone en marcha las conductas de búsqueda y cuidado. En el caso de las emociones desvinculatorias, «negativas», el sistema de la indagación-expectativa juega también su papel como, por ejemplo, urgiendo a que un animal asustado busque seguridad.

De alguna forma, este sistema de la indagación-expectancia es el sistema emocional más antiguo, porque la energía psicológica positiva que genera tiende a contrapesar los sentimientos negativos, tal como ocurre durante el miedo o la agitación inicial del sistema de la «ansiedad de separación-pena-duelo».

Como es bien sabido, aparecen sentimientos depresivos cuando el sistema de la indagación está hipoactivo, como tras frustraciones repetidas o en el síndrome de abstinencia de las anfetaminas y la cocaína. Por el contrario, el sistema está sobreestimulado, generando una hipersecreción de dopamina en las psicosis agudas, en la euforia y en los estados maníacos, y por ingestión de anfetaminas y cocaína. La consolidación de los núcleos narcisistas de la personalidad podría explicarse, al menos parcialmente, por la frustración reiterada del sistema de indagación en sus búsquedas de confort y consuelo en el mundo externo, por lo que no queda más remedio que redirigirlas hacia el mundo interno. Las actividades, profundamente adictivas, de la «búsqueda de sensaciones» (deportes y actividades de riesgo, vigorexia, autosensorialidad, juego patológico, etc.) pueden recibir nuevas perspectivas si las estudiamos desde el punto de vista de la hiperactivación del sistema de la *indagación-expectancia*.

2. El sistema de la IRA empuja al animal y al ser humano a impactar con su cuerpo contra las objetos amenazantes y a golpearlos o a atacarlos de diversas formas (arañar, morder, golpear...). Se le suele considerar un afecto «negativo», pero puede ser muy necesario y positivo cuando interactúa con patrones cognitivos, proporcionando experiencias de cómo controlar, sojuzgar, dominar... Es el equivalente de lo que se ha llamado «pulsión agresiva».

Sus circuitos cerebrales fundamentales yacen en las áreas mediales de la amígdala, la *estria terminalis*, el hipotálamo medial y el PAG. Sus neurotransmisores son la testosterona, la sustancia P, la norepinefrina (NE), el glutamato, la acetilcolina, el óxido

nátrico... Sus inhibidores, el GABA, el propanolol, los opioides endógenos y la oxitocina, los neurolépticos, los antidepresivos (particularmente los ISRS)...

3. El Sistema emocional del MIEDO genera un estado mental negativo, molesto o inquietante del que todos los mamíferos desean huir. Engendra tensión no solo mental, sino muscular. Niveles medios de «vigilancia» neurofisiológica son una excelente preparación para su ignición completa en caso de necesidad de huir.

4. El sistema emocional del DESEO (en los humanos, la PSICOSEXUALIDAD) impulsa hacia actividades de cortejo y aproximación hacia otros cuerpos receptivos. Impulsa esos estados mentales, movimientos y aproximaciones hacia la consumación del orgasmo, una de las experiencias afectivas más intensas, dramáticas y positivas de la vida humana. En ausencia de pareja, su combinación con el sistema de la indagación puede proporcionar una tensión positiva si se prevé su realización, o un estresor negativo, si no se consigue la satisfacción. El DESEO, el *sexo* es una de las fuentes del sentimiento, mucho más cognitivizado y pasado por la experiencia, del *amor*. Sus bases neurológicas son el hipotálamo (VMHTL), el POA y INAH. Sus activadores, la testosterona, que activa la vasopresina. Sus inhibidores, las benzodiacepinas, los antidepresivos, los neurolépticos y el estrés.

5. Los seres humanos y los animales impulsados por el sistema emocional del APEGO o de los CUIDADOS (*care*) sienten impulsos a rodear a los seres queridos, a los allegados, con cuidados, caricias y manifestaciones de ternura. Sin la acción de este sistema emocional, el cuidado de los menores podría ser tan solo una carga para los adultos. Por el contrario, cuidar y ser cuidado suele significar profundas recompensas psicobiológicas, sentimientos placenteros, relajación...

La acción de los estrógenos y la oxitocina en el hipotálamo anterior (PNV y dPOA), así como en las regiones subcorticales mediales pone en marcha este sistema emocional. Sus neurotransmisores, por tanto, son la oxitocina y los opiáceos endógenos, mientras que los inhibidores serían los sedantes, el alcohol y las hormonas del «síndrome general de adaptación» (el «estrés»).

El sistema emocional del *apego* es otra de las fuentes del *amor*. Aunque filogenéticamente el sistema emocional del cuidar ha podido evolucionar del deseo, para muchos neurofisiólogos hoy suponen dos sistemas emocionales diferentes, con funciones y componentes claramente diferenciadas: desencadenantes incondicionados, centros neurológicos, neurotransmisores, inhibidores... Ello invalidaría parcialmente la idea psicoanalítica clásica de la psicosexualidad como unión de ambas tendencias y su corolario, de que todo tipo de cuidado no erótico está basado en la sublimación de la sexualidad. Desde este punto de vista, *Eros* es diferente que *care*, *philia* y *agape*, formas de *care* no necesariamente sublimatorias en su origen.

La oxitocina es una hormona crucial en la activación del sistema emocional del cuidar. Posee otras funciones, tales como disminuir el miedo en la madre y el niño, favorecer el parto, favorecer las relaciones sociales y otras muchas. También posee un papel

fundamental en el reformateo cerebral que se da en todas las mujeres durante el embarazo y el posparto [4,5]. La generación de oxitocina se regula por los estrógenos: al final del embarazo hay un aumento de la oxitocina desencadenada por el aumento de los estrógenos.

6. Cuando el ser humano se halla dominado por el sistema emocional que Panksepp ha renombrado como *panic-grief*, experimenta una profunda y dolorosa experiencia psicológica de dolor, de sufrimiento y malestar que, sin embargo, no tiene una fuente corporal, somática. Los sujetos inmaduros o jóvenes, al ser dominados por este sistema emocional, muestran la serie de reacciones mentales y conductuales clásicamente descrita por Bowlby [6]: protesta, tristeza, desesperanza y desapego. A nivel conductual, gritan, lloran, protestan y muestran intentos de reunión con sus cuidadores. Si esa reunión no se consigue, comienza a desarrollarse la desesperanza y, más tarde, el desapego, con bioquímica y posturas corporales que reflejan el derrumbe neuroquímico que va desde el pánico a la depresión. Por eso hemos preferido traducir este sistema emocional como el *sistema de la separación-pena-duelo*, para vincularlo con la larga tradición psicoanalítica y psicológica sobre las ansiedades de separación (emociones ante la separación, tendríamos que decir) y el apego alterado.

Sus bases neurológicas fundamentales son el núcleo cingulado anterior, el tálamo y el hipotálamo. Sus neurotransmisores, endorfinas, serotonina, oxitocina, y prolactina. Sus inhibidores, combinaciones diferentes de oxitocina y prolactina, la morfina y la heroína, los opiáceos (de ahí su gran vinculación con las adicciones), así como la buprenorfina, los antidepresivos (en especial los ISRS) y la psicoterapia.

Panksepp [7] llamó inicialmente «sistema emocional del pánico» a este sistema, porque cuando los animales jóvenes son abandonados, suelen experimentar formas diversas de agitación, de ansiedad extrema o *pánico*. Por ello, hipotetizó que las crisis de pánico y las crisis de ansiedad tenían que ver con la hiperactivación primaria de este sistema emocional. Pero en adultos, ese estado de «ansiedad» suele ser tan solo el inicial, y pronto da paso, salvo excepciones, a sentimientos de pena, tristeza, soledad, más que al pánico de los niños pequeños. Cuando la pena se alivia, podemos sentir incluso un sentimiento de confort y seguridad, probablemente basado en la bioquímica del sistema del cuidado, que se ha activado ante la pérdida. Y más aún, si nos sentimos afectiva y efectivamente cuidados por allegados. De ahí la tendencia en el duelo de volver hacia los allegados. La experiencia emocional miles de veces repetida en cada uno de nosotros es que ellos nos proporcionarán la sedación, la tranquilidad, el confort para tanta pena.

Se trata de un sistema emocional que tiende a facilitar y mantener los lazos sociales, ya que estos alivian el dolor de las pérdidas y separaciones y los reemplazan por un sentido de comodidad y pertenencia. Cuando los humanos y los animales disfrutan de vínculos afectivos seguros despliegan una relajante sensación de contención y placer contenido. Las fluctuaciones en esos sentimientos son otras de las fuentes del *amor*. Sus disfunciones crónicas se hallan en el centro de la psicopatología: crisis de pánico, depresión, autismo, trastornos de la personalidad, relación incontinente...

7. El sistema emocional del JUEGO (*play*), o, como preferimos llamarlo, del JUEGO-ALEGRÍA, se expresa en movimientos sin fin para contactar *con* y poner límites *a* los otros, a los allegados, a los próximos, movimientos en los que los participantes pueden alternar papeles. Por eso el juego y el humor pueden parecer agresiones. Ciertamente, a menudo se necesitan ciertas dosis de ira para el juego; otras veces, montos de deseo o de indagación (en especial para una experiencia básica de ese sistema emocional: la *sorpresa*), pero siempre en un *modo simulativo*. Recordemos nuestra definición del juego como «comportamiento en modo simulativo» que nos ha resultado tan básica para comprender y valorar la importancia del juego tanto en el bebé como en el niño, el adolescente y el adulto y, muy particularmente, en la primera infancia y en la senectud. Nos estamos refiriendo, además, a los tres tipos de juego que ya habían sido descritos por Piaget [8]: sensoriomotriz, simbólico y «juego sujeto a reglas». Aunque puedan darse expresiones apasionadas y agresivas durante el juego, los participantes disfrutan con él y la alegría humana está siempre vinculada al juego, a alguna forma de juego, prefigurados todos ellos por los «interminables juegos sensoriomotrices» en los que pasa sus horas el bebé humano (y nos obliga a pasarlas con él). Sus bases neurológicas son el tálamo (el núcleo parafascicular), la amígdala y los núcleos del movimiento (cerebelo, ganglios basales, sistemas vestibulares...). Sus neurotransmisores y facilitadores son los opioides y los cannabinoides endógenos, y sus inhibidores, las benzodiazepinas, los neurolepticos, los antidepresivos crónicamente administrados...

Durante los juegos, los animales y los seres humanos juegan papeles dominantes o dominados, pero con reversiones en los roles jugados por cada miembro, a diferencia de las rígidas utilizaciones de la ira y el miedo en la estructuración social de animales y humanos. El juego va acompañado casi siempre de vocalizaciones y movimiento corporales placenteros característicos (la risa) y proporciona una de las vías principales para el disfrute y la alegría social y, por tanto, para estrechar los vínculos sociales.

A este conjunto emocional habría que añadir, por un lado, las emociones sensoriales u homeostáticas, que cumplen las mismas características de las anteriores (asco, sed, hambre, dolor, sensaciones...) y los así llamados «sentimientos básicos» o «emociones sociales básicas»: vergüenza, culpa y autoestima-orgullo (véase tabla 6).

Consideramos esos nueve sistemas (y en particular los ocho primeros) como «sistemas emocionales» o «emociones primigenias» o «básicas» porque cumplen las características antes enunciadas de las emociones, es decir, que la activación de cada uno proporciona robustas respuestas viscerales, conductuales y mentales (afectivo-cognitivas) [1-3]. La base de las mismas son mecanismos bioquímicos (hormonales, inmunitarios, neurotransmisores) y circuitos neurales preprogramados, en los que no podemos profundizar aquí.

Una característica común y básica de los mismos es la que he llamado la «ineluctabilidad de cada sistema emocional». Todos nacemos con ellos y no se pueden eliminar; ni uno de ellos ni su conjunto —al menos si no se producen graves e irreversibles intoxicaciones o lesiones de amplias zonas cerebrales—. Nacemos con ellos y nos mueven (e-moción) desde nuestro nacimiento y para toda la vida. Se pueden

modular mediante la crianza, la vida social, el control cognitivo, el autocontrol, pero no se pueden eliminar.

Tabla 6. La dotación emocional ineluctable del *sapiens sapiens*

Sistemas emocionales básicos	Función	<i>Ineluctabilidad de las emociones: somos seres</i>
INDAGACIÓN- <i>Seeking</i>	Búsqueda de recursos, vinculación con el mundo	<i>Born to seek: nacidos para indagar</i>
IRA-Rage	Defensa social, defensa individual. Generar energía para el ataque	<i>Nacidos para atacar</i>
MIEDO- <i>Fear</i>	Prepararse ante las amenaza a la integridad orgánica	<i>Nacidos para temer</i>
DESEO- <i>Lust</i>	Procreación (y preservación de la especie) Placer y lazos sociales Dominancia social	<i>Nacidos para amar</i>
CUIDADO-CRIANZA-apego- <i>Care</i>	Preservación de la vida y de la especie	<i>Nacidos para cuidar (y que nos cuiden)</i>
Ansiedad de separación- PENA-DUELO- <i>Panic</i>	Evitar la separación del Objeto de Apego. Mantener el apego Lograr el apoyo social	<i>Nacidos para penar</i>
JUEGO-alegría- <i>Play</i>	Lazos sociales Aprendizajes ToM y empatía	<i>Nacidos para jugar</i>
Emociones sensoriales: asco-sed-hambre- dolor-sensaciones...	Preservación metabólica del organismo	<i>Nacidos para necesitar</i>
Emociones del «Self» En realidad, sentimientos primitivos: <i>vergüenza, culpa, tristeza y orgullo-autoestima</i>	Organización de una identidad y una personalidad	<i>Nacidos para diferenciarnos</i>

Tabla 7. Emociones-sentimientos del *self*, de la identidad, en los que ha insistido el psicoanálisis y parte de la psicología social y la antropología

SENTIMIENTOS BÁSICOS	POSIBLE FUNCIÓN ADAPTATIVA
VERGÜENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la interiorización de las normas del grupo • Vinculación yo-otros.
CULPA	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección de los errores y disfuncionalismos relacionales y sociales. • Mayor integración del sujeto mediante el desarrollo de perspectivas más globales/objetivas y meta-metarrepresentaciones.
ORGULLO/Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la integración-autogestión del sujeto, la autoestima, reforzar la relación social con los otros (por sus evaluaciones y porque se les comunican informaciones agradables)
TRISTEZA (como sentimiento, basado en el «sistema emocional» de la pena)	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar la separación del Objeto de Apego y fomentar la necesidad de apoyo social. • Mantener a los humanos primitivos cerca de sus allegados y su hábitat (mayor seguridad) • Ayudarnos a elaborar la pérdida: valorar sus consecuencias, planificar los nuevos comienzos...

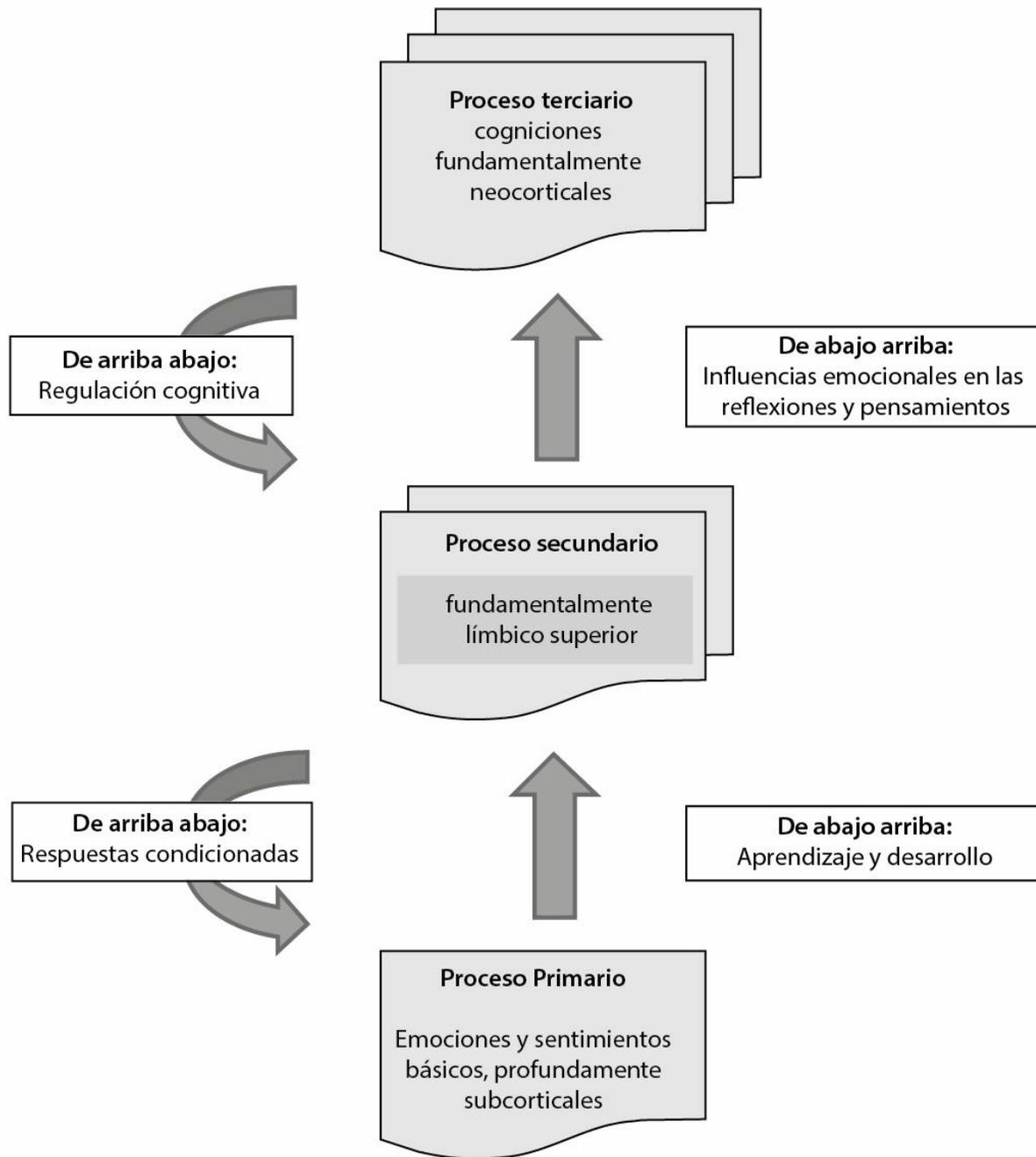
Cada vez que se pone en marcha una emoción se activa su particular síndrome general de adaptación (SGA), su asiento corporal (neuro-endocrino-inmunitario, psicológico y visceral). En consecuencia, tal vez debamos comenzar a considerar que la base de la psicopatología es más el *funcionamiento emocional o la modulación emocional* defectuosa que la supuesta aparición de la «ansiedad». Es esa modulación inadecuada del «*pack* emocional» genéticamente preprogramado en el individuo y la especie (figura 2) lo que hace que predominen demasiado las emociones «desagradables»; o bien que esas vivencias «desagradables» no queden suficientemente compensadas por las «agradables»; o, simplemente, que su monto (incluso del placer o la alegría) sean excesivos: tal vez es eso lo que produce la alteración psicofisiológica a la cual hace unos

años llamábamos *ansiedad*, tanto por causa de nuestra ignorancia de otras motivaciones biopsicológicas más profundas, complejas y variadas, como por un sesgo profesionalista que nos impedía hablar directamente del *miedo* o del *miedo a la separación* (que, en realidad, son las emociones que predominan en gran parte de las «ansiedades patológicas» [9]). Ese sesgo profesionalista, que no técnico, tal vez nos haya impedido durante decenios diferenciar psicofisiológicamente sistemas emocionales diversos tales como los de la pena o la tristeza, la vinculación o el cuidado, la indagación, etc. La «depresión», el «estrés», el *attachment* o el «apego», etc. han ido sustituyendo términos e incluso conceptos mucho más vinculados con la experiencia cotidiana de los seres humanos.

Los neurocientíficos están aprendiendo a valorar cómo los sistemas emocionales cerebrales se moldean, incluso de forma permanente, mediante las experiencias vividas por el sujeto y por cómo este las acumula en su conciencia e inconsciente, en su identidad, en su hipocampo y en las conexiones límbico-prefrontales... y en sus sistemas hormonales e inmunitarios. Hoy, además, esos cambios y esa modulación ya sabemos que llegan a determinar incluso que algunos genes se activen y otros no [10-12,5], lo que dará lugar a patrones de vulnerabilidad o resiliencia afectiva permanente. Lo que Panksepp llama *CerebroMente* se halla fuertemente determinado no solo por la genómica o por el ambiente, sino por cambios *epigenéticos* (expresiones del genoma inducidos por el ambiente) que luego influenciarán de forma decisiva en las futuras experiencias y en cómo se viven estas.

En la amplia y continua dialéctica de nuestro cerebro y nuestra personalidad entre herencia y ambiente, transmitido y aprendido, cogniciones y emociones, se da una dinámica que hemos querido esquematizar siguiendo a Panksepp [2] en la figura 2. El *proceso emocional primario* se basa en la acción de las «emociones primigenias» (o «afectos emocionales»), las emociones homeostáticas y las emociones sensoriales. El *proceso emocional secundario* integra el proceso primario (fundamentalmente a través del aprendizaje por la vía de los ganglios cerebrales basales) y da lugar a los *sentimientos fundamentales* del sujeto. Funciona sobre todo mediante condicionamiento clásico (en el caso del miedo, a partir de la amígdala basal lateral y central), mediante condicionamiento operante e instrumental (en el caso de la indagación, por la vía del núcleo accumbens) y mediante los hábitos conductuales y emocionales (ampliamente inconscientes, vía *striatum* dorsal). El *proceso emocional terciario* y las funciones de alerta neocorticales son la base de los «afectos terciarios», «sentimientos secundarios» o «metasentimientos» con sus componentes ejecutivos y cognitivos (córtex frontal), de reflexiones y regulaciones de las emociones (regiones mediofrontales) y de las actitudes morales, estéticas y sociales (mediante las funciones de memoria de trabajo superiores).

Figura 2. Procesos *cerebromentales* primario, secundario y terciario (derivada de Panksepp y Biven, 2012)



Por todo lo anterior hemos venido insistiendo en estas notas apresuradas en que hay al menos otros seis (o siete) *sistemas emocionales diferentes del miedo*, y que en toda situación de catástrofe, estrés o duelo todos ellos se ponen en marcha. Todos ellos, y no solo el miedo. Por ejemplo, con la epidemia del coronavirus-19:

- Hemos podido observar la puesta en marcha del **miedo** y a veces el pánico.
- Pero también de la **ira** (de unos políticos hacia otros, de unos ciudadanos hacia los políticos o los sanitarios, y de unos ciudadanos hacia otros, como puede observarse en las redes sociales informatizadas).

- Hemos podido ver destacados destellos del *sistema emocional de la solidaridad, los cuidados y el apego* (expansión de la solidaridad, atención a la solidaridad, dedicación con riesgo de perder su salud y sus vidas, como los profesionales del cuidado sanitario y otros trabajadores públicos...).
- Podríamos ir viendo cada vez más la *tristeza* (por lo que perdemos, por nuestros errores anteriores, por el aislamiento de los seres queridos, por los «pies de barro» y la vulnerabilidad extrema de parte de nuestro mundo).
- Pero también podremos ver (y disfrutar) de las delicias del *deseo* (al fin y al cabo, tras cada catástrofe o encerrona social no excesivamente mortífera, nueve meses después ha habido más nacimientos).
- Cada día vemos en acción el sistema emocional de la *indagación, el placer del conocimiento* (en la investigación científica, en el deseo de saber sobre la enfermedad, la epidemia y el mundo en el que se desarrolló, sobre cómo es China en realidad, cómo es el mundo que nos rodea...).
- E incluso hemos visto desarrollarse el sistema emocional de la *alegría y el juego* (humor con respecto a nuestra situación, utilización del humor para expandir la solidaridad como en numerosos vídeos y comunicaciones en la web, posibilidades para otras formas de juego y alegría...).

Todas esas difusiones emocionales masivas se han dado ya, y más que en otras epidemias. Además, poseemos más medios, tanto conceptuales como de comunicación, para tener en cuenta ese hecho. Por eso decíamos que ya no es útil utilizar términos estigmatizadores tales como «histeria de masas» y «psicosis social». Hemos de entenderlas como «difusiones emocionales masivas» (DEM), lo que hemos llamado y estudiado como DEM, un tema en el que precisamente en los países mediterráneos tenemos cierta experiencia y aportaciones renovadoras a partir de fenómenos de ese tipo vividos en Barcelona y en otras ciudades.

Usar esta otra perspectiva puede significar la posibilidad de preservar y desarrollar la salud mental incluso en una situación de crisis, como la que indudablemente estamos viviendo. Por ejemplo, hemos de considerar que no es científicamente aplicable en estos casos la frase de «dejarse llevar por las emociones» a nivel social, repitiendo una y otra vez que la población «se está dejando llevar por las emociones»: será por las emociones «desvinculatorias» (miedo, ira) en vez de por las *vinculatorias*. O ni eso. El problema real es dejarse llevar por la *manipulación de las emociones*. En realidad, todos nos dejamos llevar por las emociones y más a nivel social. Las emociones son nuestro primer modo de conocimiento y reacción en el mundo y, por lo tanto, hemos de usarlas en el cuidado de la salud mental de las poblaciones.

Consecuencias.. La primera, por ejemplo, que para orientar la respuesta social a la epidemia no basta con comunicaciones, conocimientos y datos. No basta con cogniciones. No basta con atacar y criticar la «emocionalidad» (de los otros). Hemos de complementar el uso de las cogniciones, de las informaciones, conocimientos y datos con el uso de las emociones vinculatorias, solidarias: apego-cuidados (la base de la

solidaridad), interés, deseo, tristeza por los errores anteriores, alegría y humor... Tal vez eso es más difícil que difundir solo datos y conocimientos, pero también es más realista, más eficaz y más basado en las perspectivas científicas actuales. Eso lo saben bien, en sentido negativo, los manipuladores habituales de la opinión pública y la publicidad en los medios de difusión.

Otra consecuencia: teniendo en cuenta esas diferencias entre esta epidemia y las anteriores, y aunque solo fuera a partir de ellas, podemos establecer esquemas sobre qué hacer y qué no hacer en estos tiempos de turbulencia afectiva.

2 Mantengo en su descripción los componentes neurofisiológicos como simple ilustración, de forma no sistemática, pero para demostrar que en ellos se basan buena parte de las posibilidades actuales de diferenciar entre las diversas emociones y entre emociones y «sentimientos».

6. Reflexiones para replantearse las medidas y cuidados

En consecuencia, tanto por los sufrimientos y la «alarma y emergencia social» que estos fenómenos ocasionan como por sus costes económicos, psicológicos y sociales, creemos que requerirían de un tipo de estudio y de actitudes profesionales y comunitarias más cuidadosos. Y más cuidadosos no solo en las investigaciones empíricas de cada «brote», sino también en las perspectivas teóricas y en las intervenciones empleadas y aplicadas. Desde el punto de vista comunitario y social habría que evitar o disminuir gran parte de esos costes y sufrimientos innecesarios. Una posibilidad técnica es la que llamamos «encartar lo psicológico» [1], es decir, incluir la posibilidad de las DEM y las medidas para cuidarlas desde los momentos iniciales de cualquier brote o epidemia, en especial de aquellos que afectan a los niños y adolescentes, o a poblaciones marginalizadas o sometidas a fuertes impactos emocionales. Desde luego, en aquellas crisis generalizadas, epidemias, pandemias y emergencias sociales como la pandemia del coronavirus. Pero esa perspectiva está dificultada por problemas prácticos, por problemas teóricos (de la formación de los médicos y de otros profesionales en nuestros días, tan enormemente sesgada y orientada hacia el biologismo y el pragmatismo), y por problemas culturales (biologismo, medicalización, «burbuja sanitaria» y «burbuja psicosocial»).

En buena parte de los «brotes» publicados en los últimos años, la hipótesis de «histeria de masas» o, como preferimos decir hoy, de *difusión emocional masiva (DEM)*, *somatoforme o no*, aparece solo cuando no se encuentra alguna explicación orgánica, con lo que disminuyen enormemente las posibilidades de profundizar los cuidados y la investigación. Y ello a pesar de que, según nuestra experiencia, cada vez que un servicio de epidemiología o de medicina laboral bien formado observa con atención esos «brotes», aparecen siempre anomalías y discordancias biológicas, epidemiológicas y estadísticas bien notables, que debieran hacer replantearse el tema de entrada [2,3]. En el caso de los servicios de epidemiología del ayuntamiento de Barcelona, con los cuales hemos colaborado a lo largo de decenios en el diagnóstico y tratamiento de varios episodios o brotes, hemos podido observar la realidad contraria: los servicios públicos adecuadamente sensibilizados y reciclados son cada vez más precoces y certeros en ese difícil diagnóstico para el cual nadie los ha formado —e incluso para el que han recibido, a lo largo de su carrera, innumerables influencias *deformadoras* [4].

Como muestra de la utilidad de ese otro modelo para la aproximación adjunto una tabla con las medidas o procedimientos de atención que llegamos a sintetizar después de nuestra participación en varios episodios. Como puede observarse, gran parte de ellas podrían orientar nuestros cuidados a la salud mental en el caso de la pandemia.

Tabla 8. Resumen de los procedimientos para la atención a los Trastornos Conversivos Epidémicos (TCE) o episodios de Difusión Emocional Masiva (DEM) de Emociones Somatizadas (DEM-S)

PREVENCIÓN PRIMARIA

- * Prevención de la anomia con la integración social.
- * Mejorar la comunicación grupal.
- * Y las posibilidades de autoidentificación individual y grupal.
- * Mejoras en la integración grupal y en la red social.
- * Disminuir las ansiedades persecutorias (emociones primitivas no moduladas) en los grupos predispuestos.
- * **Cuidar y modular todo tipo de alteraciones de los vínculos de apego sociales y de grupo.**

PREVENCIÓN SECUNDARIA

- * **SIMULTANEAR** las actuaciones sobre lo orgánico con la atención a lo psicológico (no solo «descartar lo orgánico», sino «encartar lo psicológico»).
- * Procurar **DESDRAMATIZAR**.
- * Disminuir las ansiedades persecutorias si ello es posible: no favorecer la ideación conspirativa o masoquista-victimista.
- * Disminuir las ansiedades persecutorias si ello es posible: no engañar a los afectados ni desvalorizar o ridiculizar sus quejas; no ocultar las acciones y exploraciones, así como los resultados; intentar que los afectados y la población participen en las actividades de intervención y control...
- * Delimitar y atender integralmente (bio-psico-socialmente) los «casos». Especialmente, atender sus preocupaciones o convicciones sobre la enfermedad.
- * Tras ese aislamiento parcial, **INTENTAR** sistemas adecuados de **APOYO** y **SUGESTIÓN** «hacia la salud» o «hacia la autonomía».
- * Atención y apoyo a los **LÍDERES DE CONTENCIÓN** desde el primer momento.
- * Disminuir, en la medida de lo posible, la **ACCIÓN**: reflexionar, integrar, comunicar...
- * **AYUDAR A LA ORGANIZACIÓN E INTEGRACIÓN** en los centros sanitarios, en las familias, en los grupos. A ser posible, en **GRUPOS PEQUEÑOS**.

PREVENCIÓN TERCIARIA

- * Facilitar las vías expresivas, que se hable del suceso (entre los afectados y participantes en el mismo).
- * Evitar marginaciones y más en casos de aislamiento (si aplicamos a los afectados o comunicantes procedimientos desvalorizadores o de disociación-proyección, ello los llevará posiblemente a marginarse o a ser marginados).
- * Evitar el «etiquetado» como «marginados», «enfermos mentales», «histéricos», «equivocados», «delincuentes», de los que protestan, disienten, discuten, entorpecen, etc.
- * Facilitar las vías expresivas, que se hable del suceso, pero con líderes o moderadores contenedores, no «relanzadores» de los miedos y emociones primitivas no moduladas.
- * Sesiones de grupo y con los líderes naturales y/o profesionales.
- * Trabajos de grupo, de expresión, de creatividad, de dibujo, psicomotricidad, juego de rol, etc., dentro del encuadre habitual del grupo social.

Los niveles para la contención (del desequilibrio psicosocial) y su aplicación en la pandemia del Covid-19

Para toda epidemia hay factores de riesgo, factores de vulnerabilidad y factores de protección, tanto para su componente biológico, como psicológico y psicosocial.

En epidemiología se suelen llamar *factores de riesgo* a las características, variables o contingencias que, si se dan en un individuo o población, hacen que tenga mayores probabilidades que la población general de desarrollar un trastorno, enfermedad o discapacidad.

En el ámbito de la salud mental, de los «componentes psicológicos de la salud», el estudio de los factores ambientales que influyen en la génesis de las alteraciones en salud (mental) ha permitido identificar series de *estresores psicosociales* o de *experiencias relacionales adversas*: provocan cambios relacionales, cambios inmunitarios y endocrinos, y cambios somáticos no directamente visibles pero sí objetivables con procedimientos adecuados, incluso en las estructuras cerebrales implicadas en el neurodesarrollo.

La expresión *factor de riesgo* tiene relación con la de trauma y acontecimiento vital (*life events*), pero se utiliza con mayor frecuencia en las estrategias de prevención que diseñan los equipos profesionales que trabajan en y desde la comunidad; en especial, en el ámbito de la salud pública (epidemiólogos, sanitaristas, planificadores...). En psicología y psicopatología es también útil, aunque se solapa a menudo con los conceptos de «acontecimientos vitales» (*life events*) y de Experiencias Adversas (EA) o «experiencias relacionales adversas (ERA)» [5]. La investigación ha puesto en evidencia que siempre hay conflictos, adversidades o traumas previos a la aparición de un trastorno mental grave [6,7], no solo primigenios, en los primeros momentos del ontodesarrollo, sino también actuales o contextuales, alrededor de la cristalización y/o diagnóstico del trastorno [8-13]. Cada vez sabemos más acerca de determinados factores, tanto biológicos como psicosociales tempranos que, por su gravedad o por su cualidad, constituyen factores de riesgo a lo largo de diversas edades del niño y del adulto, que lo hacen vulnerable a los estresores posteriores. Es a esos factores a los que llamamos *vulnerabilidad o factores de vulnerabilidad*. De forma simplificada y en términos didácticos podríamos decir que el factor de riesgo ocurre y nos influencia; la vulnerabilidad «la llevamos puesta».

Los *factores de protección* son los que, según los estudios clínicos y empíricos, logran que un individuo vulnerable o sometido a factores de riesgo tenga sin embargo menor probabilidad de padecer ese trastorno que la población general. Desde la perspectiva relacional preferimos hablar de *factores de contención* [2]: son aquellos que, a pesar de la existencia de conflictos y factores de riesgo parecen proteger al individuo de la descompensación o el trastorno. En buena medida, son los que explican su *resiliencia*. La *contención* sería esa función o capacidad para percibir y recibir las emociones y sentimientos —propias o ajenas—, incorporarlas en nuestro interior, y devolverlas (o no)

a un nivel de «mentalización» o elaboración que favorezca más el desarrollo individual y social que las emociones iniciales inmodificadas [2,12,25]. Una *capacidad de contención* aumentada en el individuo, en sus allegados o en su red social significa una protección importante contra el desequilibrio mental en cualesquiera de sus formas. Emocionalmente significa que se pueden captar, consciente e inconscientemente, las emociones del otro, de los demás. Significa capacidades mentalizantes y de mentalización: significa que, en mayor o menor medida, las experiencias del otro despiertan en nosotros emociones similares, pero que nuestra experiencia nos ha proporcionado cogniciones y vivencias como para no confundirnos con ellas ni tener que rechazarlas por excesivas. Significa entonces que esa experiencia personal nos ha dotado de engramas afectivo-cognitivos acerca de cómo esa situación puede resolverse, tolerarse, modularse... Significa, pues, la puesta en marcha en nosotros no solo de la emoción concreta desplegada por el congénere, sino de nuestros sistemas emocionales de indagación-expectancia, miedo, cuidado y, tal vez, juego. El sistema emocional del cuidar, así como nuestras experiencias afectivo-cognitivas anteriores, nuestra experiencia en esa y en otras relaciones, es posible que nos proporcionen vías de ayuda al congénere, al objeto de cuidados.

Según la investigación contemporánea, la *mentalización* (esa capacidad de representarnos en nosotros los afectos y actitudes tanto propios como del otro) es un relevante avance en el desarrollo ontogenético y filogenético. Entre otras cosas, porque supone un importantísimo factor de protección, pues multiplica las posibilidades del individuo y de la especie en la competencia intra e interespecífica [8,11,14]. La mentalización es la base de la contención y un importante factor para la resiliencia.

Cuando en la clínica se trabaja con casos graves, y más si se hace en las circunstancias habituales de nuestros países y dispositivos, con falta de medios y tiempo, un importante riesgo consiste en olvidar o no prestar suficiente atención a alguno de esos factores de riesgo; o que, por el contrario, sobre todo en las terapias con intentos «integrales», que se nos escapen o no podamos pensar en determinados «factores de protección» no directamente visibles. Es por ello que, a lo largo de los años, hemos intentado desarrollar un esquema para considerar los principales «niveles» o «campos» de factores de riesgo y protección que deberíamos tener en cuenta en «psicopatología aplicada», psicología clínica y psiquiatría. Este tipo de esquemas pueden ser incluso más útiles en los casos de epidemia, crisis social o catástrofe; es una especie de *kit* o «protocolo de posibilidades de cuidados» que hemos de tener siempre a punto para ayudar precisamente cuando más difícil es ayudar y cuando más presiones hay para los cuidados. Un resumen esquemático de ese «kit» aparece en la tabla 9.

Tabla 9. Un esquema de los niveles para la contención en el desarrollo humano (tomado de [12,25])

Niveles y Factores de contención y resiliencia (para disminuir la posibilidad de desequilibrio psicosocial y/o trastorno mental)
1. Integración y coherencia del MUNDO INTERNO, de la experiencia vital acumulada, en particular con los «objetos internos nucleares».

2. **Capacidades del Yo** (de modular las propias emociones, sentimientos, defensas y habilidades sociales y cognitivas, por un lado, y de manejarse en las instituciones y relaciones sociales y culturales, por otro).
3. **Funcionamiento del cuerpo y *Self* corporal** (uso calmante y contenedor o descontenedor del cuerpo y de su representación mental).
4. **Familia y representación mental de la familia.**
5. **Redes «profanas»:** amigos, grupos, pandillas, centros...
6. **Trabajo-escuela** en tanto que instituciones sociales para la contención y uso defensivo.
7. **Redes profesionalizadas especializadas:** red escolar, red sanitaria, red de salud mental, red de servicios sociales...

Recogiendo descripciones anteriores sobre los factores de contención, resiliencia y/o protección [12,15,25], recordaría que «nuestro primer consuelo, medio o nivel de contención del sufrimiento mental viene proporcionado por el contacto con las «buenas experiencias» y con las «buenas personas» que en el pasado o en el presente nos ayudan o ayudaron; con lo que en psicoanálisis actual llamamos los «objetos internos benéficos o contenedores». Para numerosas personas, esas vivencias son suficientes para ayudarlas a sobrellevar muchas de las situaciones de sufrimiento mental provocadas por las circunstancias externas. Eso explica cómo, incluso en circunstancias tan extremas como la de los campos de concentración, o situaciones catastróficas de otra índole (como la pandemia del Covid-19), unas personas se dejan llevar por la inhibición, el anonadamiento, la depresión y otras por la práctica de la solidaridad, expresión máxima del cuidado, el apego y el placer del altruismo [15,23,25].

Se trata de un primer nivel de contención, en el cual esa función emocional de protección viene proporcionada por el contacto mental, más o menos entrañable y emocionado, con nuestra representación inconsciente-consciente de la madre, el padre, la vinculación entre ellos y con nosotros (la «triangulación originaria»), nuestra idea de nosotros mismos, nuestra conciencia moral, etc. En resumen, gracias al contacto, en gran medida inconsciente, con nuestros *objetos internos* fundamentales. De ahí que, en buena medida, la resolución de algunos duelos o su consolidación como duelos patológicos, así como nuestras reacciones a la frustración, la separación, el aislamiento, la epidemia dependa del contacto con los «objetos internos» y las imágenes del *self* de la persona en duelo.

Pero también se introyectan las capacidades de *handling*, de manejarse y manejar la realidad externa e interna que unos padres «suficientemente buenos» y unos allegados «suficientemente buenos» muestran desde el embarazo y primeros momentos de vida del neonato [26,27]. Por eso suelo decir que el segundo nivel de contención viene proporcionado por el yo, por las *capacidades yoicas*. El yo hay que entenderlo aquí como el subsistema mental o el conjunto de funcionalidades que procura la integración mental, la integración psicósomática y la integración psicosocial y, desde ellas, la *identidad*, el sí mismo como objeto interno (*self*). Designamos con el término «Yo» o

«capacidades yoicas» al subsistema del sistema mental encargado de la relación con nuestros impulsos y pulsiones, con nuestras emociones incluso más profundas, y encargado, además, de las relaciones con el medio (percepción, juicio de realidad, organización de la conducta, *insight* o capacidad de captación de nuestros conflictos internos, mecanismos de defensa, etc.). Nuestro intelecto y nuestras emociones, pero también nuestros recursos sociales y culturales, manifiestan nuestras capacidades yoicas y pueden permitirnos lidiar con la tendencia a la descompensación emocional y/o el trastorno mental.

En este ámbito, el *cuerpo* ha de ser entendido en tanto que el asiento y base para toda nuestra realidad mental, pero también como espacio transicional entre el espacio mental y el no-mental, entre lo propio y lo no propio, entre el *self* y los otros. De ahí que, por ejemplo, tanto para el desarrollo individual como para la contención sea básico el cultivo y desarrollo corporal, los cuidados del cuerpo a través de ciertas actividades psicomotrices, actividades lúdicas de diversos niveles, deportivas, gastronómicas, cuidados de salud, etc. En realidad hemos de recordar que no se desarrollará una integración personal si predominan excesivas frustraciones o conflictos tempranos en este tercer ámbito. Frustraciones o conflictos que pueden darse a nivel del cuerpo real, externo o transicional (que puede estar afectado por enfermedades o discapacidades), sino también en el cuerpo como objeto interno, o *self corporal*: nuestra vivencia del cuerpo, que es lo que explica la «ansiedad somatizada», las «emociones somatizadas», las «somatizaciones», la hipocondría, las conversiones y toda una serie de manifestaciones de urgencia o malestar físico o corporal que se dan en cualquier emergencia o crisis social, máxime si es larga y va acompañada de aislamiento, de falta de otras figuras y relaciones contenedoras.

Después, a un cuarto nivel, la contención ante el sufrimiento mental, la evitación del desequilibrio, puede venirnos proporcionada por la relación con nuestros íntimos y, particularmente, con la *familia y allegados*. Ese contacto proporciona posibilidades de expresión y, por lo tanto, de refuerzo de la estabilidad a través de la revalorización de la autoestima facilitada por esas relaciones afectivas, pero también porque hace revivir la solidaridad y la ternura, da posibilidades de catarsis y descarga, revitaliza la intimidad frente al aislamiento en el sentido de Erikson [28]... Y todo eso, en buena medida, en acción y reacción con nuestras representaciones internas que nos vinculan para siempre con «la otra familia», la familia de procedencia y origen. Como es bien sabido, para los niños este nivel para la contención es durante años el principal, por encima incluso de los niveles intrapersonales para la contención.

Pero si la familia no basta, cosa que en nuestras sociedades sucede muy pronto en la vida de las personas, se precisan otros niveles o medios. Un quinto nivel para la contención viene proporcionado por lo que en otros lugares [15,25] he llamado las *redes profanas o no-profesionalizadas de asistencia*, la *red social «carnal»*: amigos, conocidos, convecinos, grupos espontáneos, grupos vivenciales naturales de la población, asociaciones no profesionalizadas, etc. La función asistencial de estas redes no está basada primordialmente, al contrario de lo que se suele pensar, en su virtud de

proporcionar informaciones y compañías, sino en otra de sus funciones mucho más fina, delicada, inconsciente: su capacidad de proporcionar *contención* (emocional). Y una característica crucial de la capacidad contenedora de estas redes es que en algunas edades como la adolescencia, o incluso la tercera edad, su importancia a menudo es mayor que la de la familia, penetrando y vivificando (o debilitando) sus posibilidades.

Algo similar ocurre en ciertas ocasiones con el nivel sexto para la contención, que centramos en el *trabajo y las relaciones laborales*, pero que abarca asimismo a las relaciones de trabajo que se establecen en las instituciones de formación y, en nuestro mundo, también al trabajo de los niños en las *instituciones escolares*. De hecho, en el mundo tecnológico actual, la pérdida del trabajo, la situación de paro obligado, supone un conjunto de duelos primarios y secundarios de muy difícil elaboración, con repercusiones sociales e incluso psicosomáticas [13,25]. En sentido inverso, no hay mejor «medicamento» para muchos de los trastornos mentales más graves (por ejemplo, las psicosis) que la inmersión del paciente en una actividad laboral protegida, en unas relaciones laborales creativas y adecuadas a sus capacidades. Es fácil colegir por tanto lo que para muchas personas supone hoy haber perdido las rutinas y otros elementos contenedores de las relaciones laborales y escolares, del trabajo con ocasión de la situación de emergencia social creada por la PC.

Si esos seis niveles para la contención fracasan o son insuficientes es cuando, en nuestras sociedades tecnológicas, el individuo o los grupos familiares o microsociales pueden y suelen utilizar para la contención un séptimo nivel, el de las *redes profesionalizadas* hoy desarrolladas en nuestras organizaciones sociales, principalmente las redes o instituciones psicopedagógicas, sanitarias, de salud mental y los servicios sociales.

Los servicios sanitarios y los servicios de salud mental coincidirían, en esta perspectiva, en la necesidad de aumentar las capacidades de contención —y, por tanto, de autocuidado—. Y para ello desarrollan o deberían desarrollar las actividades que ya hace decenios la OMS definió como *prevención primaria, secundaria y terciaria*.. Unos lo harían o deberían hacerlo concentrando sus esfuerzos en el nivel 3 (véase la clasificación de los niveles en la tabla 9). Los otros, los de salud mental, en el 1, en el 2 o en los tres últimos niveles, según la orientación teórica y técnica del servicio concreto. Los servicios de salud mental intentarán, concretamente, aumentar las capacidades de contención —personal y microsociales— a partir de una acción sobre los niveles 1, 2, 4, 5 y 6, por este orden de importancia. Los servicios sanitarios, alternativamente, utilizan o deberían utilizar los niveles 3, 4, 7 y 5, tal vez con este orden de prelación: lo corporal, la familia y lo social son de fundamental importancia para el aumento de la contención y del bienestar (corporal). Pero gran parte de tales servicios resultan desorganizados o se tornan inoperantes al menos durante un tiempo en el caso de una epidemia o pandemia grave, o en el caso de graves crisis sociales. De ahí la importancia de que previamente hayan desarrollado labores de prevención primaria y secundaria. Solo que en los momentos actuales, tal como hemos visto en una y otra perspectiva, la pandemia y la crisis inciden sobre una situación de empobrecimiento crónico y sostenido de esos

servicios y de sus actitudes ante los cuidados: tanto los recortes como los componentes teórico-técnicos y culturales de la «burbuja sanitaria» han disminuido claramente sus capacidades de contención.

En el ámbito terapéutico, de «prevención secundaria y terciaria», hoy está claro que hay ayudas profesionales especializadas para todos y cada uno de los niveles enumerados, aunque el principio de la «mínima profesionalización necesaria» implica intentar poner en marcha los «sistemas profanos», comunitarios, antes que los sistemas profesionalizados de asistencia. Pero es fácil colegir que la psicoterapia es un medio técnico para revitalizar el nivel 1 de contención. En particular, algunas psicoterapias psicoanalíticas, humanísticas, orientalistas e incluso derivadas del cognitivismo que tenga en cuenta las emociones servirán a ese propósito.

Las psicoterapias de apoyo, las técnicas cognitivo-conductuales y numerosos sistemas psicosociales intentan reforzar el nivel 2, las capacidades yoicas, tanto como la psicoeducación y, en general, la cultura y la dedicación cultural en el sentido amplio. Las técnicas corporales de todo tipo, desde el ejercicio físico programado hasta las técnicas deportivas, psicomotrices, gimnásticas, diversos tipos de entrenamiento, etc. mejoran tanto las capacidades corporales como el *self corporal*. Pero también hay técnicas basadas en el cuerpo, como el yoga o diversos sistemas de entrenamiento y/o mentalización orientalistas directamente dirigidos a mejorar el *self corporal*, la vivencia del cuerpo, ámbito para el que son además de fundamental importancia numerosas técnicas artísticas y con mediadores terapéuticos [29], tales como la musicoterapia.

Evidentemente, las técnicas familiares, la terapia familiar y de pareja, las técnicas sistémicas y las técnicas grupales dirigidas a familias o conjuntos de familias (grupos multifamiliares) sirven para reafirmar y potenciar las capacidades de contención del nivel 4, como numerosos sistemas sociales y psicosociales se dedican a reforzar el nivel de las redes profanas y son, por ello, directamente terapéuticos (no solo «auxiliares»). Como lo es el trabajo o la escolaridad adecuadamente reguladas y programadas, dos de los «sistemas terapéuticos» más potentes y completos que poseemos, en especial en el caso de los trastornos mentales graves.

Ese conjunto de consideraciones, así como los resultados de las investigaciones realizadas en otras epidemias [21-26] puede permitirnos realizar un esquema de los cuidados que se deberían tener en cuenta en una emergencia como la de la pandemia del Covid-19. Un esquema inicial se muestra en la tabla 10, pero nuestras experiencias a lo largo de la crisis y en la progresiva salida de esta permitirán mejorarlo y concretarlo.

Tabla 10. Algunas ideas elementales acerca de cómo usar y no usar los niveles para la contención emocional en los Centros de Salud y el personal sanitario

Factores de contención y resiliencia	Iniciativas o ideas para desarrollar este nivel	Lo que hay que evitar
1. Integración y coherencia del MUNDO INTERNO, de la	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas para valorar el trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Poner el acento en lo negativo,

<p>experiencia vital acumulada del profesional y el centro.</p>	<p>y el equipo, que vinculen el trabajo con la apreciación familiar, grupal, social, nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas que mejoren la autoestima, la moral, el cumplimiento: «uso del lema <i>Resistiré</i>», «<i>aplausos para los servicios públicos</i>», otros sistemas de reconocimiento y/o de autoestima... 	<p>actual o pasado, del trabajo, del equipo...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Despreciar o estar sistemáticamente en contra de líderes, directivos, administradores, políticos...
<p>2. Capacidades del Yo (de modular las propias emociones, sentimientos, defensas y habilidades sociales y cognitivas, por un lado, y de manejarse en las instituciones y relaciones sociales y culturales, por otro).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades personales o de equipo que ayuden a modular emociones, reacciones y actitudes: actividades de ejercicios emocionales, grupos tipo Balint, <i>mindfulness</i>, deporte, juegos de equipo... • Valoración pública de las capacidades cognitivas (investigación, 	<ul style="list-style-type: none"> • Refugiarse en el trabajo individual o del miniequipo tan solo de amigos. • Menospreciar las actividades de cuidado emocional. • Favorecer la desconexión o la desvinculación del equipo. • No apoyar a los directivos o representantes elegidos por el equipo. • No escoger una

logros asistenciales...) o emocionales (coherencia, soporte, contención en las desgracias o errores...).

- Elegir o apoyar a la directiva elegida y a la persona elegida para la comunicación con los consultantes (en el centro) y con la red comunitaria.
- Proporcionar información adecuada en el centro: con carteles (no muchos y seleccionados), con personal voluntario, mediante pantallas instaladas en lugares estratégicos...
- Un buen ejercicio es que un miembro o colaborador del CAP se presente como consultante y observe las funciones y disfunciones en la comunicación y

persona para la comunicación (con los consultantes y las organizaciones comunitarias)

- NO preocuparse activamente por los problemas de comunicación en el centro.
- No interesarse por la ética compartida y guiarse tan solo por las propias ideas...

	<p>coordinación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escoger unas guías éticas compartidas. 	
<p>3. Funcionamiento del cuerpo y <i>Self</i> corporal (uso calmante y contenedor o descontenedor del cuerpo y de su representación mental).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de descanso puntuales en el propio centro. • Actividades comunes de solazamiento en el propio equipo. • Comunicarse guías para el ejercicio físico en casa o en familia. • Apoyar a las personas y momentos del cuidado del cuerpo, del vestido, de la presentación... 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar «de corrido», sin descansos. • O procurando escaparse del centro cuanto antes. • Alcohol, tabaco, drogas, psicofármacos... • Ningún ejercicio físico ni en el centro ni en casa... • Despreciar el cansancio o el dolor, propio o ajeno.
<p>4. Familia y representación mental de la familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un buen momento para comentar e interesarse por las familias de los compañeros. • Y por la familia de los consultantes. • Y por cómo se están tomando el «<i>Yo me quedo en casa</i>». • Y por nuevas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupar tiempo de trabajo y/o líneas telefónicas para llamar a casa, a los hijos, a los amigos...

	ideas o propuestas al respecto.	
5. Redes «profanas»: Amigos, grupos, pandillas, centros...	<ul style="list-style-type: none"> • Es un buen momento para interesarnos por las redes sociales (informáticas y «carnales») de los demás compañeros y poder comunicarse acerca de ellas. • Es un buen momento para compartir en equipo las redes sociales del barrio: religiosas, deportivas, tribus urbanas, servicios sociales... 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislarse y aislar al centro de las redes sociales y los servicios sociales con motivo del aislamiento, pues nos perderíamos ayudas inestimables: por ejemplo, de las ONG y las asociaciones del barrio.
6. Trabajo como contenedor y equilibrador	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir los horarios, turnos y trabajos acordados. • Participar en su estructuración • Participar en lo que mejore las relaciones y la integración del equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escaquearse, aprovecharse del desorden... • Favorecer el desorden o no participar en la organización y la integración del equipo...
7. Redes profesionalizadas especializadas: red escolar,	<ul style="list-style-type: none"> • Informarse sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir

<p>red sanitaria, red de salud mental, red de servicios sociales...</p>	<p>cómo están los servicios escolares, sociales y de salud mental del barrio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar como centro la relación con ellos. • Mejorar la relación de cada UVA con los servicios de su territorio. • Aprovechar el trabajo con TIC para conocer a esas personas... 	<p>despreciando el trabajo comunitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Máxime «ahora que tenemos tantos trabajos urgentes».. • No darse cuenta del papel que los servicios comunitarios jugarán en la recuperación de la crisis...
---	--	--

La tabla 11 muestra una segunda vía para desarrollar un esquema de los cuidados y medidas que se deben aplicar en una situación de pandemia o de emergencia social apoyada en los conocimientos científicos (neurocientíficas y psicológicos) actualizados. Como podemos observar, se utiliza en ella el cuadro de las emociones básicas, que acabamos de resumir, para desarrollar un esquema de los cuidados.

Tabla 11. Una aplicación del esquema de las emociones primigenias a los cuidados psicosociales del personal durante una epidemia

	Qué hacer	Qué no hacer
Conocimientos, datos	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionarlos. • Claros, concisos, suficientes, avalados. • Contrastables. • Piense no solo en carteles, sino en la posibilidad de personas que informen en diversos lugares 	<ul style="list-style-type: none"> • Saturación de datos, informaciones, carteles.. • Informaciones falsas, informaciones basadas en mentiras. • Favorecer la desinformación.

	<p>y/o del uso de pantallas para hacerlo (así como proyectar juegos, música y/o diversiones).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • .Desconfiar sistemáticamente de todos los datos proporcionados por autoridades o por expertos... • Menospreciar los aspectos de comunicación.
Sistemas emocionales básicos	<p>¡¡Sean creativos!! Usen sus capacidades emocionales (las cognitivas se dan por supuestas). SALUD, APOYO MUTUO, CREATIVIDAD.</p>	
MIEDO-Fear	<ul style="list-style-type: none"> • Úselo para protegerse. • Úselo para conocer e indagar vías, medios, motivos. • Úselo para explicarlo, para contenerlo, para comprender a las personas dominadas por él. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se deje llevar por él. • No lo sobredimensione. • Evite el sensacionalismo y el catastrofismo, que lo aumentan. • No por mucho indagar, leer, informarse disminuye el miedo: disocie de vez en cuando, use otras emociones...
IRA-Rage	<ul style="list-style-type: none"> • La ira no es algo malévolo, está en todos nosotros. • Lo importante es cómo usarla: hay que usarla en ocasiones como medida de contención y 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecriticar a los compañeros y al mundo* • Desconfiar de todos los expertos y políticos por fantasías más o menos «conspiranoicas».

	<p>organización de los centros, por ejemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y si no queda otro remedio, para imponer decisiones sanitarias u organizativas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ponerse sistemáticamente en posición crítica de gobiernos y expertos. • Colaborar con el sensacionalismo, el catastrofismo y los medios de difusión de ese tipo. • Difundir noticias catastrofistas.
INDAGACIÓN- EXPECTATIVA- <i>Seeking</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Busque, amplíe conocimientos, amplíe su visión sobre el mundo.. • Favorezca la investigación y compartir conocimientos. • Amplíe su conocimiento sobre hijos, amigos, relaciones sociales, TICS, cultura. • Mucho mejor si es en grupo: en el confinamiento o mediante las TIC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sumergirse obsesivamente en la lectura y comparación de documentos, datos, <i>fakes</i>...
DESEO-<i>Lust</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La sexualidad es un placer. • Si es compartida y estimula la relación es 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicarse obsesivamente al sexo para no pensar, expulsar. • Sumergirse en el

	<p>cuando resulta más placentera; amplía las relaciones y amplía el mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora el estado psicológico. • Mejora el estado físico: PNEI. 	<p>mundo del porno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abstinencia total por sobrecarga de trabajo, resignación melancólica, pesimismo...
<p>APEGO- CUIDADOS- Care</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es la base de la SOLIDARIDAD, del comportamiento prosocial en sus diversas formas. • Observe, piense y desarrolle sistemas prosociales, medios para expandir la solidaridad: en combinación con el humor y el juego, en combinación con la búsqueda y con el compartir conocimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislarse. • No dejarse cuidar. • No cuidar a nadie (aunque sea una mascota). • Aislarse por desconfianzas más o menos conspiranoicas.
<p>Ansiedad ante la separación de separación – Pena y Duelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No es negativo acercarse a los errores, culpas, insuficiencias, evitaciones, desconocimientos anteriores... • No es negativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer como que no pasa nada (negación). • Negación maníaca de la dependencia (no necesito a nadie). • Idealización de

	<p>entristecerse por lo perdido, ni llorarlo, aunque nos produzcan tristeza, culpa o vergüenza.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejor aún, si podemos compartirlas. • Nos prepara para crear mejores situaciones en el futuro. 	<p>uno mismo (narcisismo) o de supuestos búnkeres seguros: la familia, la ideología, el trabajo, las adicciones...</p>
JUEGO-Alegría-Play	<ul style="list-style-type: none"> • La alegría y su cultivo alarga la vida. • El juego como diversión va unido a la alegría y alarga la vida. • La competitividad en el juego es una forma sana de utilizar la ira (y la alegría). • El sentido del humor solidario, en particular el humor reparatorio, alegra la vida y la de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • No dejar un tiempo para el esparcimiento y la diversión: psicológica y física (deporte). • Dramatizar y concentrarse en deberes y trabajos sin lugar para el ocio y la diversión.
+ las «emociones homeostáticas» (sed, hambre...) y las «emociones sensoriales» (asco, dolor,	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar la alimentación. • Cuidar la alimentación de 	<ul style="list-style-type: none"> • Descuidar la alimentación. • Bebidas alcohólicas para

sensaciones...)	los compañeros. <ul style="list-style-type: none"> • Hidratación frecuente y continuada. • Ejercicio físico. • Sensaciones, paisajes, músicas, filmes, proyecciones agradables... • Evite, si puede, dolores agudos o crónicos. 	«consolarse». <ul style="list-style-type: none"> • Comidas o situaciones que producen o estimulan el asco o las sensaciones desagradables. • Producir, producirse o aguantar inútilmente dolores o sufrimientos.
+ las «emociones del <i>Self</i> » (en realidad, <i>sentimientos primitivos</i>): vergüenza, culpa, tristeza y orgullo-autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Poderlas vivir y comunicarlas mejora nuestras relaciones sociales, ayuda al cuerpo social y a la cohesión social, favorece la gratitud y la reparatividad, tan fundamentales para la solidaridad... 	<ul style="list-style-type: none"> • Negación maníaca de las emociones: no tolerar sentir o expresar vergüenza, culpa o tristeza. • Flagelarse por estas o por los errores cometidos.

Una versión mucho más directa y elemental de estas recomendaciones ha sido la desarrollada, por ejemplo, por el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya [27] y por la Sociedad Española de Psiquiatría [28]. En la tabla 12 se muestra un intento de síntesis de ambas aportaciones.

Tabla 12. Esquema elemental sobre cómo reaccionar en tiempos de turbulencia afectiva (derivada de [27,28])

Información	<ul style="list-style-type: none"> • Manténgase informado, pero sin dejarse inundar por los mensajes, comunicados, informaciones. • Informe bien a los demás.
--------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Si tienes niños a tu cuidado. ◦ Si tienes personas afectadas a tu cargo. ◦ Si tienes personas ingresadas en una residencia. <ul style="list-style-type: none"> • Comparta información constructiva, no la sobreinformación, ni la información paranoide, ni la basada en desconfianza y críticas sistemáticas...
Cuide las necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuídese, protéjase. • Tenga una buena alimentación, cuidados corporales. • Descansos frecuentes y adecuados con • distracciones, diversión, relajación... • Permítase pedir ayuda.
Organización, integración	<ul style="list-style-type: none"> • En casa. • En el trabajo. • Rutinas, colaboración, creatividad...
Respete las diferencias	<ul style="list-style-type: none"> • De actitud, de formas, de reacción, culturales, ideológicas... • hay quien necesita soledad y quien necesita compañía, humor o seriedad, acción o contención...
Valoración de la solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconozca y valore al equipo asistencial y a otros equipos asistenciales o comunitarios. • Estimule la solidaridad creativa.
Valoración de lo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Hay más emociones, además del miedo: apego, cuidados, alegría-humor-juego, deseo-sexo... • Permítase pedir ayuda. • Utilice la «contención emocional»: comparta

	<p>emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplique las estrategias de regulación de las emociones excesivas que conozca: respiración, atención plena, ejercicio físico, psicoterapia...
Valoración de lo creativo	<ul style="list-style-type: none"> • Recoja la parte positiva de esta situación, aproveche la ocasión • Haga de la necesidad virtud. • <i>En vez de contagiar coronavirus, contagie salud, energía, creatividad, pero también replanteamientos y tristeza cuando se merezcan.</i>

Sin embargo, tomando en consideración tanto las diferencias entre esta epidemia y las anteriores (de las que hablábamos en el capítulo 3), como la necesidad de integrar lo cognitivo y lo emocional, al principio de la pandemia del Covid-19 propusimos un pequeño esquema sincrético sobre qué hacer y no hacer en estos tiempos de turbulencia afectiva [29] que reproducimos en la tabla 13.

Tabla 13. Comportamientos y actitudes PARA EL DÍA A DÍA aconsejables para todo el mundo ante la crisis psicosocial provocada por la pandemia del Covid-19 y las medidas de emergencia subsiguientes [29]

LO QUE NO HAY QUE HACER	LO QUE HAY QUE HACER
Aislarse personalmente: el <i>yo-ismo</i> (narcisismo, egoísmo...).	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular la solidaridad y la responsabilidad solidaria, como grupo. • Es un buen momento para reflexionar acerca de lo importante que es formar parte de un grupo, red social, familia, otras identidades... • En cuanto acabe la crisis, o incluso antes, reflexione sobre cómo mejorar esas vinculaciones.
Mi familia y mi hogar son mi fortaleza inexpugnable.	<ul style="list-style-type: none"> • De poco valen si no están protegidas por una sanidad y unos servicios de producción, distribución y consumo que sean sociales, solidarios y que deben estar regulados. • Trabaje en su desarrollo y regulación. • Por ejemplo, ahora se desarrollará más y más el

	«teletrabajo», que puede significar mayor autonomía de gestión y pensamiento.
Llamar a los teléfonos facilitados para la emergencia sanitaria a la menor molestia o síntoma.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuide a sus cuidadores: • no haga consultas no urgentes; no haga consultas innecesarias.
Por miedo o por timidez, no dar suficiente importancia a sus molestias o a sus síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> • Hay listas públicas y fácilmente accesibles de los síntomas fundamentales de esta epidemia, tanto en la red informatizada, como en los diarios y en los centros de salud... • Léalas y apréndalas. • Y si tiene dudas, busque entre su familia y allegados quien le puede ayudar (por teléfono o a distancia).
Hundirse en la tristeza y/o la frustración.	<ul style="list-style-type: none"> • Desde el punto de vista psicológico, toda crisis es una oportunidad. Sepamos buscar sus ventajas. • Hay otras emociones además del miedo y la tristeza o la pena.
Abandonarse en el día a día.	<ul style="list-style-type: none"> • Haga un horario diario y semanal y cúmplalo. Incluya momentos: <ul style="list-style-type: none"> ◦ De comunicación con la familia. ◦ De comunicación a través de las «redes sociales informatizadas». ◦ Para ver filmes y vídeos de risa (y de otro tipo). ◦ Para juegos de mesa. ◦ Deporte. ◦ Actividades de aire libre y naturaleza si la situación lo permite. ◦ Al menos cada dos horas, haga ejercicios físicos según un

	<p>programa (y hay muchos en la red).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arréglese y vístase cada día, no se abandone en esos aspectos. • Es un buen momento para acercarse a filmes, juegos, libros y documentos audiovisuales que estimulen la solidaridad: un buen momento para volver a ver «<i>HUMANA</i>» o filmes similares.
«Consolarse» con el alcohol, la «maría», otras drogas, psicofármacos...	<ul style="list-style-type: none"> • Mal momento para hacerlo. Hay graves peligros de intoxicación o adicción.
Creer que sabe más que los expertos.	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y seguir las recomendaciones sanitarias de expertos que han dedicado miles o millones de horas al tema.
Desconfiar de todos los expertos y políticos por fantasías más o menos «conspiranoicas». Ponerse sistemáticamente en posición crítica de gobiernos y expertos.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar a nuestros mayores. • Cuidar al personal sanitario. • Cuidar un tesoro europeo y nacional: una sanidad pública eficiente. • Cuidar a nuestros políticos: que no sean atacados innecesariamente y que no desbarren. Al fin y al cabo, los necesitamos: son los cuidadores de la «cosa pública».
Colaborar con el sensacionalismo, el catastrofismo y los medios de difusión de ese tipo.	<ul style="list-style-type: none"> • Bloquee en sus dispositivos a los medios sensacionalistas y catastrofistas y hágalo saber a sus contactos.
Difundir noticias catastrofistas.	<ul style="list-style-type: none"> • Transmitir informaciones útiles y contrastadas. • Cada noticia dura que parezca que solo la conocen los «enterados», contrástela con un experto. • Y si no la encuentra, es que usted no es una persona experta ni conoce expertos: señal de

	más para no difundirla.
Aislarse de la comunicación o fiarse solo de las televisiones y diarios «oficiales».	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar para aprender el uso de las plataformas audiovisuales informatizadas y mejorar sus capacidades de comunicación por esas vías. Ahora tiene tiempo.
Consumir y acaparar.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar para bajar el ritmo de vida y el consumo. • Buen momento para recordar que un tercio de los niños españoles están mal alimentados, que el 13 % pasa hambre, que hay miles de personas durmiendo en las calles y centenares de miles con dificultades de vivienda y de graves alteraciones relacionales en el hogar, millones de personas con un trabajo precario... • ¡Qué importantes son los servicios sociales en un estado solidario! Colabore en la reflexión sobre el tema. • ¿Cómo puedo ayudar a que sigan funcionando?
Si nos toca cuidar a los hijos, dejarlos con cualquiera o hacer «chapuzas organizativas» con ellos.	<ul style="list-style-type: none"> • Buen momento para «enterarnos de los hijos y conocerlos». • A menudo dejamos demasiadas cosas al «cole», a tutores y actividades extraescolares, de deportes, juegos y verano, a profesores... ¡Lo que nos estamos perdiendo! • Se puede aprovechar para ver cómo «montar el mundo de una manera mejor». • Enterémonos de lo importantes que son los abuelos y la «abuelez»: para las tres generaciones.
Acostumbrarnos a las distancias sociales y a las distancias afectivas...	<ul style="list-style-type: none"> • Ahora que nos frustra no besar, abrazar, acariciar, ser besados, abrazados, acariciados, valoremos lo que eso significa. • Somos pueblos mediterráneos y, junto con los

	<p>sudamericanos, africanos y algunos otros, tenemos esa ventaja: no hay que perderla en el futuro.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y hoy ya podemos colaborar con los movimientos ciudadanos basados en el apego-solidaridad y en la alegría (humor): a través de las redes, por las ventanas (como el movimiento «Junto con Italia» y similares, en casa o en el trabajo), en cualquier espacio virtual o real...
No aprovechar la crisis para hacer o preparar cambios.	<ul style="list-style-type: none"> • Déjese llevar por el interés del conocimiento y la indagación solidarios: es un buen momento para repensar el mundo y para orientarse hacia un ecologismo y un humanismo radicales. • También, para replantearse el consumismo cotidiano y ver cómo tener «más tiempo con los hijos» y para otras actividades y perspectivas solidarias, recreativas y alegres.
Dar soluciones autoritarias o manipuladoras.	<ul style="list-style-type: none"> • La valoración de la democracia formal y cotidiana es la aportación fundamental de Europa al mundo: al servicio de la mayoría y con respeto y cultivo de las minorías críticas y las diferencias. • La combinación de democracia y estados solidarios, al servicio de los más necesitados, es otra de las aportaciones europeas características. • Nuestra salida de la crisis ha de estar asentada en esas premisas.

Hemos preferido incluir esos esquemas anteriores, aunque ya sabemos que, al menos parcialmente, son redundantes entre sí, repiten elementos. Pero la idea es que cada cual pueda escoger aquel esquema o serie que más le interese, que más sencillo le resulte recordar, aplicar o recomendar.

Sin embargo, a pesar de las consideraciones precedentes, ya al principio de la pandemia vimos ejemplos de falta de solidaridad, personas que se resisten a hacer la cuarentena, no la admiten y amenazan con romperla. ¿Qué hacer entonces? Propongo un esbozo de protocolo que puede ayudar en estos casos [29]. Estas personas pueden

clasificarse en tres grupos según el nivel de miedo que las invade o que padecen:

Primer grupo. Como ya hemos visto, puede que algunas personas estén dominadas por una emoción poderosa: el miedo. Como emoción que es, resulta el elemento ambiental más contagioso. Debemos intentar reforzar, entonces, otras emociones, que también son contagiosas, aunque más adaptadas:

1. El interés, el conocimiento. ¿Sabes de qué estamos hablando? ¿Conoces las consecuencias? Leamos o veamos *juntos este documento, vídeo, noticiario y lo discutimos*. Aquí estamos apelando al conocimiento, a las cogniciones, pero también al sistema emocional de la indagación.
2. El apego, la solidaridad: ¿Conoces las consecuencias para todos los que te rodean, para tu ciudad? ¿No estarías más feliz y contento colaborando? No hay mayor placer que la colaboración responsable y solidaria. Aunque tengas tus dudas (razonables) ante estas medidas.

Un gran porcentaje de estas personas, si no han respondido solidariamente antes, lo harán si están ante figuras de autoridad que son capaces de, con respeto y cuidado, hacerles pensar y sentir esas ideas. Digan lo que digan algunos medios y personas oportunistas (que, de alguna forma, buscan justificar estas tendencias antisolidarias de ellos mismos), desde el punto de vista científico sabemos que la mayoría de la población acepta de buen grado las frustraciones por solidaridad y por responsabilidad. La tendencia dominante en el ser humano es la solidaridad, marcada incluso por lo que neurocientíficos como Pfaff [30] o Davidson [31] llaman *el cerebro altruista*. Pero también hay una minoría resistente.

Segundo grupo. Dentro del primer grupo, que ya es una minoría con respecto a la población general, algunos padecen auténticos problemas crónicos de relación (*trastornos mentales*) que les hacen muy difícil seguir las normas o, por ejemplo, quedarse en casa un mes seguido. Es el caso de los que padecen *claustrofobia* (y la claustrofobia es más prevalente, más frecuente, que la enfermedad por coronavirus). También pueden ser personas que padecen trastornos más graves como psicosis u organizaciones de la relación incontinentes o actuadoras.

En estos casos tal vez haya que indicarles la necesidad de consultar con un profesional de la salud mental. Por dos motivos:

- Como decimos, a menudo de forma humorística, tener que consultar a un profesional de la salud mental puede dar más miedo que el propio miedo, y la persona puede contenerse con tal de no consultar «con el loquero».
- Un buen profesional de la salud mental puede ayudar a paliar gran parte de esas situaciones, ya sea con ayuda psicológica y/o psicoterapia o con fármacos.

Tercer grupo. A pesar de todo, una minoría de esa minoría rechazará esas ayudas y comportarse solidariamente: ahí es donde, tal vez, no quede más remedio que aplicar las «medidas de orden público». Antes deberían intentarse otra vez los dos pasos anteriores. Pero hay personas, pocas, muy resistentes, a las que por desprecio, autosuficiencia o desconfianza extrema... habrá que aplicar lo pautado por los sistemas de orden público, esos que, tan «alegremente», se han aplicado una y otra vez contra la resistencia solidaria. En este caso se trata de una resistencia antisolidaria.

Pero siguiendo la esencia de la democracia, la principal aportación de Europa al mundo, deberíamos aplicarlas con un «protocolo» cuidadoso, progresivo y democrático, de forma que haya que usarlas lo menos posible. Algunos jóvenes, y no tan jóvenes, desprecian cuidar a los otros y cuidarse, desprecian las medidas de aislamiento creyendo que, si se contagian, su afección probablemente será leve. Tal vez en ese caso lo mejor que se puede hacer es ayudarlos a sentir que *con su actitud... tal vez estén matando a sus abuelas.*

³ La *red social «carnal»* es un término que uso humorísticamente para llamar la atención acerca de un hecho repetido en la comunicación social: lo que a menudo se llama *red social* es solo la *red social informatizada*, una parte de la red social. Sin embargo, el primer y fundamental componente de la «red social», si no nos ciega la sinécdoque simplificadora, es la «red social carnal».

7. Repensar el futuro: la pandemia del Covid-19 como oportunidad transformadora

Ya comenzamos a tener una perspectiva de los costes que la pandemia del Covid-19 va a suponer en nuestros países «tecnológicos». No solo de los costes sanitarios (decenas de miles de muertos, millones de contagiados, servicios sanitarios desabastecidos y en crisis durante meses). No solo de los costes sociales y económicos, que se anuncian también como muy graves. También de los costes psicológicos y psicosociales [1-5].

De los costes sociales y económicos nos hablan cada día los medios más o menos sensacionalistas, pero también expertos y gobernantes serios y más objetivos y cuidadosos. Tenemos que estar preparados para ello. Pero de lo que nos informan menos, y casi ni podemos imaginar, es de los costes emocionales que supone estar encerrado en la casa con tu maltratador, y tal vez con tus hijos; estar encerrado en un centro de internamiento para extranjeros o en una cárcel; estar encerrado en una residencia de ancianos y ver desaparecer día a día a las cuidadoras y ver morir a tu lado a los otros huéspedes; estar encerrado en un «Centro Residencial para la Adolescencia y la Infancia» y no recibir la visita de nadie, ni poder «respirar» con la familia de acogida temporal o con las visitas, muy importante en esas edades; estar encerrado en casa si eres una persona con una psicosis aguda o subaguda, o con un trastorno fóbico-evitativo, o con una depresión real... O, menos dramáticamente (y es un decir), no tener donde estar encerrado (los «sin techo»); o soportar una noche de lluvia y faena en el mar, a la intemperie, en un frágil cascarón junto con tres, cuatro o cinco compañeros o conducir durante 12 o 18 horas un «cinco ejes» sin tan siquiera tener un lugar donde evacuar las necesidades más elementales —porque poner servicios en las autovías y autopistas «encarecía su coste»; o tener que contenerse como el sufrido agente que debe esforzarse para convencer a ciudadanos más o menos despectivos o conspiranoicos para que cumplan la cuarentena...

La conclusión de los diferentes estudios a los que hemos podido acceder, que suelen hacer revisiones de las medidas realizadas en otras epidemias y cuarentenas, a menudo en medios muy disímiles del nuestro, es que el impacto psicológico de la cuarentena será largo y duradero, pero que hubiera sido peor dejar evolucionar la enfermedad sin cuarentena. Dados los efectos sobre la salud emocional y la salud mental de la población, las revisiones recomiendan manejar cuidadosamente su implementación, su duración y la salida de esta. También, implementar los tipos de cuidados y refuerzos emocionales y cognitivos que acabamos de esquematizar y, en particular, reforzar el sentido del altruismo, de la solidaridad. Se prevé, además, que los efectos de la cuarentena afecten no solo a la población, sino a todo el sistema sanitario en general, así como a las administraciones y a los políticos [1,2].

Por un futuro diferente para los cuidados sanitarios

Dada la situación por una parte imprevisible, y por otra enormemente alterada con respecto a los nuestros conocimientos y experiencias hasta ahora vividos, muchos mantenemos que es un buen momento para repensar el futuro. Todo el futuro cultural y social.

En la semana crucial de la pandemia en España salgo al balcón y tres sensaciones me golpean con toda su fuerza, casi por sorpresa. La primera, el ruido del silencio. Después, la soledad de las calles y el parque. En tercer lugar, lo límpido del aire, del ambiente. A pesar de que estamos en primavera, y rodeados de «falsos plátanos», me sorprende también la suave sensación del aire no contaminado en mi garganta y, más allá, en el interior de mis pulmones.

Pero lo primero, el silencio potente, espacial, un poco atemorizante, pero no total. Días y días buscando el porqué de un ruido sordo que lo manchaba. Lo habíamos atribuido a las máquinas de aire acondicionado de un hotel de lujo cercano. Pero hoy, cuando los hoteles ya están cerrados hace días... ¿De dónde puede venir? Finalmente hemos tenido que convenir que probablemente viene de los respiraderos del metro, treinta metros más abajo. Es un ruido potente, que cuando suena, embadurna el ambiente. Pero con la contaminación acústica de la ciudad nunca habíamos llegado a percibirlo.

Este es un relato del que podríamos ser protagonistas todos y cada uno de nosotros. Es el presente que, hace unas semanas, no podríamos haber prefigurado. ¿Acaso esta limpidez del aire, ese silencio y hasta esa cierta armonía prefiguran también cambios futuros? Tal vez. Pero aquí nos vamos a centrar tan solo en dos aspectos de ese futuro. En primer lugar, en la necesidad de implementar cambios potentes en los sistemas de asistencia o cuidados. Y en segundo lugar, la pandemia del Covid-19 nos obliga a replantearnos asuntos culturales e ideológicos más amplios de nuestro mundo y su futuro.

Como hemos dicho, los primeros cambios que deberemos afrontar en la crisis y, mucho más, saliendo de ella, tienen que ver con la terrible experiencia a la que nos hemos visto sometidos: hay que revertir los elementos que han agravado la catástrofe imprevisible de una pandemia imprevista. Para ello, desde luego, habrá que afrontar y revertir el empobrecimiento crónico de la sanidad pública, el aislacionismo sanitario internaciones y el biologismo —que no los conocimientos biológicos— de los enfoques y de los cuidados, tan claramente expresados en la «burbuja sanitaria» y la medicalización masiva de nuestros sistemas y nuestra cultura. Y todo ello con el reto, del cual hemos hablado en otras ocasiones, de la ineluctabilidad de una transformación de los servicios sanitarios y, más aún, de los servicios de salud mental. Habrá que implantar enormes cambios, aunque progresivos, de forma que los cuidados sanitarios estén más basados en la autonomía de los individuos, en sus lazos de solidaridad y creatividad

solidaria, en los «núcleos vivenciales naturales de la población» (la red comunitaria) y, por lo tanto, disminuyendo el profesionalismo tecnocrático y «biocomercial» hoy imperante. Tareas que, desde luego, no son sencillas ni prefiguradas. En todo ello, la renovación y la revitalización de la Atención Primaria de la Salud han de jugar un papel fundamental, a replantearse creativamente en los países urbanizados del globo.

Hemos tratado el tema en varios libros anteriores, desde sus aspectos epistemológicos [6] hasta sus aspectos psicosociales [7-9] y, recientemente, para el ámbito de la psicopatología en mis *Apuntes para una psicopatología basada en la relación* [10]. Por eso me voy a limitar aquí a resaltar una serie de puntos sobre cómo, teniendo en cuenta la integración de los componentes emocionales a partir de la crisis actual, podrían enfocarse esos replanteamientos.

Una perspectiva comunitarista actualizada de la salud tendría que tener en cuenta toda una serie de principios ideológicos, teóricos y clínicos que aquí me limito a enunciar. Sin embargo, ni soy un experto en esos temas ni es este el lugar para intentar esquematizar las ideas teóricas y técnicas para el futuro de unos servicios sanitarios más atentos a la salud comunitaria y menos dependientes del aparato sanitario-industrial y la cultura de la medicalización y el profesionalismo. Pero sí me atrevería a mencionar al menos los cambios de tipo ideológico y cultural que deberían estar en su base.

En ese sentido, un posible modelo renovado de la asistencia sanitaria de enfoque *comunitarista* debería pronunciarse a favor, abiertamente, de varios elementos que nos han hecho reflexionar a partir de la pandemia del Covid-19:

1. Por un modelo realmente biopsicosocial que, por tanto, pueda ser capaz de una integración mucho mayor de los componentes biológicos con los psicológicos y sociales en todas las enfermedades, pero particularmente en las crisis personales o sanitarias y sociales.
2. Que en su aproximación al ser humano —enfermo o no, consultante o ciudadano— tenga en cuenta el mundo interno de los individuos, la mentalización y la experiencia personal de enfermar, la vivencia de la enfermedad y el afrontamiento de enfermedades y crisis. Que tenga en cuenta por tanto, la emoción y sus correlatos sociales y neurocientíficos así como el mundo de la cognición desde un punto de vista científico.
3. Orientado por tanto al ecosistema relacional tanto como al ecosistema biológico del ser humano. Eso ha de significar contener el profesionalismo, el biologismo epistemológico y la medicalización, evitando especialmente la «cronificación medicalizada» y la medicalización de la infancia.
4. Orientado por el principio de la «mínima profesionalización necesaria» de los cuidados (evitar el profesionalismo tecnocrático y biocomercial del modelo actual).
 - a. Principio del «decrecimiento sostenible» en profesionalismo de las primeras líneas de cuidados.
 - b. Cuidado de los «niveles no profesionalizados para la

contención».

5. Para todo ello habrá que estar muy atentos a la política y revalorizar su importancia para la asistencia (en general, y mucho más para la asistencia comunitarista). De la política parlamentaria y no parlamentaria. Habrá que oponerse a la ideología neoliberal, a los «recortes-estafa», a las «externalizaciones» como negocio y a los privatizadores corruptos [18].
6. Un modelo sanitario que dé prioridad a la prevención, en especial a la prevención primaria, y a lo que hemos llamado «prevención cuaternaria». «Más tiempo con los hijos y disfrutando de ellos» debería ser el programa preventivo fundamental y básico. [11-13]
7. Con un modelo sanitario que pueda tener en cuenta los niveles de contención completos, y no solo una parte del nivel 7 (el que corresponde, estrechamente, a los propios servicios de salud).
8. Que busque abiertamente la integración entre los diversos servicios comunitarios, las diversas redes, y entre ellas y la comunidad. Con principios teóricos de *dialogismo* y *comunitarismo* [14].
9. Si ese sistema está presidido por un modelo sanitario realmente comunitarista, ha de dar una participación mucho mayor a la comunidad dentro de la asistencia (a la comunidad de los «núcleos vivenciales naturales», no a diversas manipulaciones seudopolíticas de «la comunidad» y «lo comunitario»).
10. En ese sentido, probablemente su primera línea debería ser una *atención primaria a la salud* realmente integrada con los servicios sociales comunitarios, y renovada financiera, organizativa y teóricamente.

Reparación, reparatividad y ética de la solidaridad y los cuidados

Sábetae Sancho, que no es un hombre más que otro si no hace más que otro. Todas estas borrascas que nos suceden son señales de que presto ha de serenar el tiempo y han de sucedernos bien las cosas; porque no es posible que el mal ni el bien sean durables, y de aquí se sigue que, habiendo durado mucho el mal, el bien está ya cerca.

Miguel de Cervantes Saavedra

El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha. Parte primera, capítulo XVIII, 1605.

En estos días numerosos pensadores han reflexionado sobre las aparentes paradojas que en nuestro mundo globalizado ha supuesto la pandemia del coronavirus. David Trueba, por ejemplo, proponía fantasear sobre una *distopía global*. Imaginemos que la epidemia se extendiera y que los europeos y norteamericanos quisiéramos huir de ella, aprovechando la aparente vulnerabilidad del Covid-19; que intentáramos entrar en los países del sur. ¿Y si estos nos negaran la entrada, como llevamos decenios haciendo con ellos? ¿Y si nos pusieran muros, concertinas, policías, ejércitos, obuses, disparos, campos de concentración? ¿Qué sería de nosotros y de nuestras posesiones, armas, riquezas, bienes de consumo, relaciones, recuerdos, historia? Con el agravante, encima, de que ellos, en buena medida, huyen de una epidemia social, no precisamente biológica, sino directamente causada por nuestros países «desarrollados»: las armas con las que matan y se matan, las armas de las que huyen están fabricadas en nuestros países y contribuyen a nuestro «bienestar». Y no nos da vergüenza y horror. No nos da vergüenza y horror que en el mundo se estén gastando cada día entre cuatro y cinco mil millones de euros en armamento. ¡Cada día!

Sometidos en los próximos meses a los potentes aparatos ideológicos dominantes y a la *psicopolítica* [16,17], ¿cuánto tardaremos en olvidar la realidad que la pandemia ha hecho tan patente, la realidad de que el mundo lo mantienen los trabajadores (del transporte, la sanidad, los supermercados, la agricultura, la pesca y tantos otros) y no los especuladores y los fabricantes y traficantes de armas? [18]

Todo ello, a su vez, apunta hacia una serie de cambios sociales y culturales que la crisis por la pandemia del Covid-19 nos ha ayudado a poner en primer plano. Tiene que ver con la crisis ya crónica de un modelo sostenido ideológica, culturalmente, por una vieja moral y unas viejas reglas basadas a nivel psicosocial en relaciones esquizoparanoides: en la guerra y el belicismo, en el «ojo por ojo», en el miedo como cemento biopolítico y muchos otros «mandamientos» retrógrados y oscurantistas. Sin embargo, hay posibilidades de nuevos enfoques globales del mundo, de la cultura y de los sistemas sanitarios. «Otro mundo es posible», como decía Paul Éluard.

Desde los primeros desarrollos de la cibernética se ha consolidado una concepción de la mente humana como sistema abierto o semiabierto. Es decir, la mente, como el cerebro humano, se conforma como un sistema o estructura (informacional) parcialmente autónomo, enormemente abierto y plástico, pero que, para mantener su homeorresis (su

homeostasis con estados cambiantes), se halla sujeto a las aportaciones informacionales (perceptivas, emocionales, cognitivas...) procedentes del exterior del sistema. Sin ese aporte externo, la mente como sistema tiende a la entropía, a los estados de mínima energía, a la desorganización (aspecto que ha quedado palmariamente ilustrado en experiencias tales como la privación sensorial y la privación afectiva o, más dramáticamente, en las experiencias de los campos de concentración o exterminio; o en la experiencia de algunos individuos y algunas familias ante el aislamiento provocado a raíz de la pandemia del Covid-19).

Creo que incluso esa concepción de la interacción humana aún se encuentra muy poco influida por una visión evolucionista de la mente y de las relaciones intraespecíficas y, más en concreto, por la *teoría del apego y la mentalización*: la perspectiva etológico-psicológica según la cual la mente (y la organización biopsicosocial humana) se basa, primariamente, en los intercambios emocional-cognitivos y en la elaboración de las relaciones y las separaciones, las pérdidas y los duelos. Se trata de la perspectiva teórica y experimental desarrollada, por ejemplo, por Bowlby, Harlow, Parkes, Pollock, Stern y Fonagy, entre otros [19,20].

Todos los estudios y revisiones asentados en la *teoría del apego* nos hablan no solo de la mente y el organismo humanos como sistemas semiabiertos, sino de la mente y el organismo humanos como sistemas incompletos. Ese principio organizador tiene al menos una consecuencia directa: no podemos considerar cierto que los seres humanos seamos capaces de elaborar completamente los conflictos, las frustraciones, las pérdidas y los duelos fundamentales de la vida. Siempre necesitamos de un otro, del *objeto de nuestras emociones y sentimientos* para subsistir como seres humanos, como personas y como sujetos. La posibilidad de nuestra permanencia como sujetos, la estructuración y permanencia del *self*, hay que entenderla hoy, desde el punto de vista del psicoanálisis y la psicología contemporáneos, como subsidiaria de la existencia de relaciones sujeto-objeto. Relaciones que pueden ser de amor, de odio, de conocimiento, confusas, aglutinadas, simbióticas, sadomasoquistas, ambivalentes o del tipo que se quiera, desde luego. Pero que son relaciones sujeto-objeto puestas en marcha por nuestras necesidades y emociones básicas y la misma serie de emociones y motivaciones de los demás. Es eso lo que nos mantiene como sujetos, como seres humanos.

En nuestra cultura no se ha incorporado aún con suficiente profundidad teórica, filosófica y epistemológica esa implicación fundamental de la teoría del apego y de los estudios sobre la separación, la privación y la pérdida afectiva: la comprensión de la mente humana y, en general, del organismo humano como sistemas incompletos [21,22]. Siempre hay necesidad de un otro que aporte seguridades complementarias, que alimente desde fuera el mundo interno. La relación con otro, la alteridad... es fundamental para mantener la estructura del yo, del *self* e incluso del mundo interno. *El infierno NO son los otros, aunque pueden serlo* (y nosotros para ellos) [23,24]. Siempre tenemos necesidad del otro externo en mayor o menor medida; incluso cuando esa dependencia inevitable y fundamentante de la vida corporal y mental es negada, disociada, proyectada... o disimulada mediante actitudes o incluso teorías científicas que la

contradicen.

Esa perspectiva, en realidad, no es sino un paso más en la larga marcha de descentración con respecto al narcisismo que ya he citado en otros lugares [10,19], siguiendo la idea inicial del mismo Sigmund Freud: Copérnico y Galileo pusieron en marcha el fin del mito teocéntrico y geocéntrico, en el cual los dioses del hombre y la Tierra misma (*Gea*) se suponía que eran el centro del universo. Más tarde vino la descentración con respecto a la naturaleza animada (Darwin y su teoría de la evolución) y la descentración con respecto a la propia conciencia: comenzará a verse la conciencia del hombre como un ente más determinado por las pulsiones y las motivaciones inconscientes —Freud—, o por las relaciones sociales y el lugar que se ocupa en las relaciones de producción-distribución-consumo —Marx—, que por motivos racionales, elevados, morales, «nobles». Einstein y, en general, la perspectiva relativista de la física y la astrofísica volvieron más tarde a socavar profundamente nuestro narcisismo de especie: ni la percepción misma es autónoma de la relación sujeto-objeto; también depende de otros entes, y de la posición relativa del observador, incluso en los cálculos más matemáticos o astrofísicos.

Todo lo anterior implica una concepción de la mente, la personalidad y el desarrollo individual y social que se halla en abierta contradicción con los mitos doctrinarios que difunden *neocons* de todo tipo. No es posible el progreso sin interdependencia. Una sociedad humana se desarrollará mejor si atiende y cuida a sus miembros dependientes. *Sin solidaridad y comunitarismo no hay futuro.*

Bruscamente, sin preaviso, la crisis del Covid-19 ha puesto en primer plano cultural y sanitario una realidad humana fundamental: que a pesar de que, en ocasiones, «el infierno sean los otros», para el ser humano es imprescindible la relación con objetos externos *realmente presentes* que sostengan nuestra estructura mental y nuestra estructura de personalidad. De ahí la necesidad de la dependencia (como base del crecimiento) y el carácter de mito narcisista que adquieren la «independencia personal», la «autonomía personal» o el «desarrollo personal» descomunitarizados, no apoyados en la solidaridad. Incluso para los «superhéroes» y los «superhombres».

Creo que la concepción de la mente y la personalidad como estructuras o sistemas semiabiertos, capaces de transformaciones teleonómicas, pero también necesitados de las aportaciones exteriores y teleológicas para mantenerse y regularse, conlleva la necesidad de rescatar la perspectiva psicoanalítica y relacional del desarrollo individual. Un desarrollo que se basa en crisis, transiciones y fases, como por ejemplo en la visión genialmente desarrollada hace más de medio siglo por Erikson [25] siguiendo las ideas iniciales de Freud. Según ella, el desarrollo humano, tanto individual como colectivo, se logra a través de crisis o transiciones psicosociales. Incluso el desarrollo «normal», el ortodesarrollo. Además, como suelo recordar, a menudo sobrevienen otras transiciones accidentales y duelos, muchos de ellos frecuentes. Y, por añadidura, pueden ocurrir ocasionales transiciones «psicotraumáticas», los duelos complicados y las pérdidas con trastorno «postraumático» o «psicotraumático» [19,20]. Es imposible progresar sin sufrimiento, sin emociones desagradables (miedo, ira, asco, vergüenza, culpa...). Lo

trascendente será que, gracias a la interdependencia humana, predominen las emociones agradables, que promueven mayor estabilidad vinculatoria (placer-alegría, sorpresa-conocimiento, tristeza reparatoria...) sobre las desagradables y desvinculatorias, de todas formas inevitables. Es imposible elaborar las pérdidas, las frustraciones o los duelos sin soportar el sufrimiento emocional: por ejemplo, sin soportar los sufrimientos que nos invaden en su segundo momento, el que designamos precisamente como de *aflicción y turbulencia afectiva* [19,20].

De ahí el valor crucial de las relaciones y la solidaridad humanas para la vida y para la supervivencia: desde sus inicios, la vida incluye una serie de escaramuzas emocionales desbordantes. Es imposible controlar su aparición, su desarrollo, sus modalidades. No nos es dado controlar las emociones puestas en marcha, nuestras respuestas iniciales, las respuestas de nuestros padres y cuidadores, las respuestas microsociales incluso... Nos desarrollamos entre escaramuzas emocionales que nos desarrollan.

Por eso hemos de estar seguros de que de una situación social y psicosocial como la que venimos tratando en estas líneas tampoco podremos salir con un progreso real si no nos atrevemos a soportar la turbulencia afectiva y social necesaria, el «nacimiento de las cien flores» que han de significar nuevos conflictos ideológicos y sociales y una creatividad civil contestataria creciente. Y en campos, motivos, organizaciones y desarrollos diferentes y múltiples: una auténtica «floración múltiple y transversal», una nueva y más real «primavera de las cien flores». Esa floración ya ha comenzado durante la pandemia, y hemos de fertilizarla en el futuro próximo. Ya no nos valen los viejos sistemas para intentar conocer y controlar el futuro: los sueños, los dioses, las hechiceras, los sacerdotes y los magos, los demonios, la locura, las sagradas palabras, el tarot, los posos del café, los psicofármacos «al por mayor» o los líderes incuestionables... Ni siquiera la estadística y la acumulación de datos son fiables en la era del *big data*. O hay creatividad y desobediencia civil en muy diversos ámbitos, con la incertidumbre y las turbulencias que ello supone, o no hay cambio real. Al contrario de lo que busca la organización perversa, la inmutabilidad, la predictibilidad absoluta y la estereotipia sociales son imposibles, como lo es la transparencia total y pornográfica [17,26].

Gratitud y reparatividad frente a perversión

En mis últimos libros he tratado en una y otra ocasión de la *organización perversa de la relación*, precisamente porque en los tiempos de crisis y cambio que nos ha tocado vivir es una de las fuerzas que se oponen a que ese cambio sea progresivo, en beneficio de lo nuevo, lo diferente y las mayorías. A menudo he expuesto las características fundamentales de la perversión y la organización perversa de la relación: la organización de las relaciones de un individuo, institución o grupo «dominada por la necesidad crónica de penetrar en la mente y/o el cuerpo de los demás para obtener poder, placer, sedación o equilibrio, pero sin contar para ello con su colaboración, sino de forma *intrusiva*, amañada o violenta» [10].

En la tabla adjunta, derivada del libro anterior, resumo algunas de las características de esa forma psico(pato)lógica de organizar las relaciones: en concreto, las que parecen relevantes para lo que aquí estamos hablando.

Tabla 14. Características de la organización intrusiva o perversa que parecen útiles para estas reflexiones
(derivada de [10,17]).

1. El sadomasoquismo.
2. La relación fetichizada.
3. La intrusión: para entrar en la mente/cuerpo del otro sin contar con su voluntad ni su permiso.
4. Es la forma privilegiada de obtener placer, poder, equilibrio, sedación o experiencia de seguridad en esas personas u organizaciones: la proporcionada por la penetración misma (un placer sadomasoquista).
5. Con ella se crea una especie de *ideología interna* o ideología para el «consumo interno»: el Yo se pone al servicio de una moralidad corrupta («*Mal, se tú mi bien*»).
6. *Ideología externa*: ese sistema de racionalizaciones, como toda ideología, tiende a su completamiento y difusión, por lo que la perversión siempre incluye la tendencia a la *construcción y desarrollo de ideologías y sistemas sociales pervertidos o corruptos* o bien a su inclusión en ellos.
7. Lo cual no debe hacernos olvidar que la base para la organización perversa es la preponderancia en el desarrollo de los momentos vitales en los cuales el pensamiento tiende a estar infundido por la *cognición negativa y desconfiada de uno mismo y del otro*, es decir, por el miedo al otro, emoción básica, y por los sentimientos de des-confianza, des-esperanza, des-contención y des-amor.
8. De ahí la importancia de la *envidia* en la organización perversa: cuando predomina, la bondad, la gratitud, la capacidad de reparar, los aspectos amorosos o creativos del otro son insoportables.
9. La organización perversa combate la tendencia a la gratitud mediante su

negación (el narcisismo), pero también mediante las *defensas maníacas*, fundamentales en esta organización psicopatológica: control, triunfo y desprecio sobre el otro y «lo otro» (lo diferente y la diferencia).

10. Cuando la organización perversa de la relación tiene ocasión de utilizarse una y otra vez, y con cierto «éxito», posee una gran *capacidad adictiva*. La vinculación entre organización perversa y organización adicta posee potentes bases neurológicas y psicológicas, en gran medida modeladas por experiencias previas de abandono emocional, abusos, negligencias, vías neurológicas y psicológicas sustitutivas para el placer, etc.
11. Su triunfo implica graves procesos de disociación de la identidad, de la personalidad, de los grupos sociales, de la sociedad.
12. E implica grandes dificultades para la elaboración de los duelos, pérdidas y frustraciones. Los duelos tienden a complicarse con *procesos de duelo paranoides, maníacos, adictos o perversos*.

Si repasamos con cuidado tales características, podemos observar que casi todas tienen que ver con la negación de la dependencia y, particularmente, con la evitación o negación del agradecimiento, la gratitud a los que nos dieron o nos dan. En la organización perversa de la relación no hay lugar para la gratitud y el agradecimiento. Si se intuyen, la negación maníaca acude a reequilibrar el sistema. Ni siquiera hay lugar para la *culpa reparatoria*, es decir, orientada por la reparatividad y la solidaridad, no por el solipsismo y la persecución, como la culpa típicamente judeocristiana. Se desconfía de los demás profunda, sistemáticamente: por eso se intenta entrar en sus mentes y en sus cuerpos sin su colaboración, mediante sistemas de control, propaganda, corrupción, triunfo y desprecio del otro. Una situación mostrada con máxima crudeza en los múltiples ataques y «trolas» (*fake news*) difundidas perversamente por la red con ocasión de la pandemia del Covid-19: haciendo decir cosas que no dijeron a Chomsky, a José Mujica, al presidente y vicepresidente del Gobierno de España, intentado desinformar masivamente... O, en el colmo de la perversión, el grupo de *hackers* detenido por intentar bloquear los sistemas informáticos de la sanidad española en la semana crucial de la pandemia (una intrusión que ya otros muchos habían intentado antes).

Por esos motivos, y por otros varios motivos culturales en los que no puedo entrar aquí, creo que la forma de superar la actual crisis social —no solo la crisis del Covid-19, sino la crisis más amplia que llevaba decenios desarrollándose— va a tener que ver con el desarrollo de una «cultura de la gratitud y la reparación». Es lo que intenta evitar o negar la organización perversa: la necesidad de la gratitud y la reparación [27,28], así como la necesidad de fructificar y arquitrabar las actividades reparatorias, reales o simbólicas [17,26]. De ahí que, a menudo, tanto a nivel institucional como micro y macrosocial nos encontremos inmersos en una y otra ocasión en el conflicto, en el auténtico combate entre confianza, gratitud y reparación (y sus actitudes, actividades y organizaciones), por un lado, y perversión e intrusión (y sus actitudes, actividades y organizaciones) por otro . Y será un conflicto clave para los próximos meses y los

próximos años, una vez que los aparatos de desinformación y manipulación recuperen todo el inmenso poder que la crisis, pero sobre todo, la respuesta creativa y solidaria ante la crisis ha silenciado (silenciado solo parcialmente: incluso en los peores momentos de la crisis hemos visto a los *media* compitiendo en sensacionalismo y catastrofismo con tal de aumentar su audiencia, compitiendo por entrar en nuestras mentes no para conseguir un beneficio comunitario, sino por el beneficio privado de sus dueños y directivos).

La *gratitud* es un sentimiento y una tendencia moral que se basa en las emociones primigenias del placer-alegría y las emociones ligadas al conocimiento (la sorpresa y el placer del *seeking*, de la búsqueda), así como en la tristeza, el desencadenante de la nostalgia, de la *morriña*, la *saudade*, la *dolça malenconia*... Describe un estado afectivo-cognitivo consecutivo al reconocimiento de que hemos tenido en la vida momentos placenteros y displacenteros, y que, para el predominio de los primeros, así como para nuestro crecimiento global, han sido fundamentales unos «otros» que nos dieron y nos dan (amor, esperanza, confianza, contención, capacidad de pensar...). En especial, nuestros progenitores y cuidadores primigenios.

La *reparación*, o, mejor dicho, la inclinación hacia la *reparatividad*, estrechamente vinculada con la ética de los cuidados [29], utilizando diversas capacidades y procesos elaborativos tanto conscientes como inconscientes, se dirige a restaurar, reparar el objeto amado y dañado, ya sea en la realidad, real o simbólica, o en nuestra fantasía. Y dañado, entre otras cosas, por nuestros errores, insuficiencias o ataques, a veces reales y a veces tan solo en la fantasía y el deseo: por nuestra ira, por nuestro miedo, por nuestra envidia... Porque esos errores y daños son también inevitables ante la perentoriedad de las emociones primigenias y, sobre todo, de la ira, el miedo, el asco, la vergüenza... Uso el neologismo «reparatividad» para referirme a la posibilidad y la tendencia a reparar esos «daños», algo que aparece a menudo en muchas personas y momentos de la vida y las relaciones.

En otro lugar [17] he mantenido que la *gratitud*, que da lugar a la *reparatividad*, así como al sentimiento de *integridad*, forma con ellos un conjunto de metasentimientos «casi filosóficos» y, desde luego, transitivos. La alternativa «democracia o barbarie», que hemos actualizado a «Democracia Real o Barbarie uniformizadora basada en la perversión», para inclinarse del primer lado de la balanza, del lado de la democracia, necesita una organización social (y psicológica) basada en la solidaridad, en las diversas formas y despliegues de Eros y del Apego. La solidaridad, o está apoyada en la integridad, en la *gratitud* y en la *reparatividad* (la actitud de reparar), o no puede crecer, como ya hemos visto palmariamente en las reacciones ante el confinamiento y la crisis social con ocasión de la pandemia del Covid-19.

El ideal del yo, el ejemplo a imitar por los congéneres humanos ha dejado de ser el guerrero, el héroe, el mago, el sacerdote, el santo, el sabio, el hábil, el poderoso, el ejecutivo, el acumulador de bienes materiales, como ya hemos mencionado... Debe pasar a ser el *ser humano orientado por la gratitud* (el reconocimiento agradecido de la dependencia) y *por la reparatividad* (la necesidad y capacidad de reparar nuestros errores y nuestros ataques a las relaciones interhumanas y a la naturaleza). Como resume

el rancio proverbio castellano, *es de bien nacido ser agradecido*. Más allá del amor y la «caridad», mucho más allá del «ojo por ojo y diente por diente» (la ética esquizoparanoide), el ideal ético y la ética de los cuidados ha de estar orientada por esa *reparatividad basada en la equidad* (que no en la igualdad).

Las experiencias primarias placenteras de Amor son las que pueden poner en marcha la gratitud y son las que

hacen posible toda felicidad posterior y el sentimiento de unidad con otra persona [...] esencial en toda amistad o relación amorosa feliz. [...] La gratitud está estrechamente ligada con la generosidad. La riqueza interna se deriva de haber asimilado el objeto bueno, de modo que el individuo se hace capaz de compartir sus dones con otros.⁴ [...] De hecho, constituye asimismo la base de los recursos internos y de la elasticidad que pueden ser observados en aquellos que recuperan la paz espiritual aún aun después de haber atravesado una gran adversidad y dolor moral».
[30]

Una buena definición de un concepto que se ha puesto de moda... cincuenta años después, con el término de *resiliencia*. Se trata de sentimientos fundamentados en las emociones placenteras cuando estas han sido predominantes: «Los que sienten que han tenido participación en la experiencia y placeres de la vida son mucho más aptos para creer en la continuidad de la vida» [30].

Donatien Alphonse François, el Marqués de Sade, ha sido uno de los pensadores que más abiertamente se ha atrevido a plantear la vía opuesta: la filosofía moral de la perversión. Se atrevió a concretar, de forma ciertamente provocativa, una teorización de la moral propia de las «organizaciones perversas de la relación». Una moral en la que el principio fundamental es el predominio del yo, del uno sin el otro, para el placer extremo, para la seguridad extrema, aunque sea a costa del mal, el dolor, la tortura, el crimen y la muerte del *otro*. Sade entendía que esa moral debía ser «enseñada» y que el primer y fundamental principio consistía en aprender a no sentir *compasión*, a no sentir *gratitud* (en nuestros términos), a no mentalizar, a no ser solidarios. La gratitud, la capacidad de sentirnos en deuda con otros seres por el amor y los placeres que nos proporcionaron (y por los sufrimientos que nos evitaron), es el primer y principal enemigo de la perversión. Para esta, lo fundamental es el placer personal, unívoco, narcisista, desmemoriado, desvinculado, al cual tienen que subyugarse todos los otros elementos de la vida, incluidas todas las personas con las que nos relacionamos. Pero ese «desaprendizaje moral» no es fácil, pues la tendencia a la gratitud, la compasión y la reparación impregnan la sustancia de la vida humana y las relaciones humanas. Se necesita un gran esfuerzo «sado-pedagógico» para extirparlas.

A la pedagogía de ese «desaprendizaje moral» dedicó Sade su *Filosofía en el tocador* (1795) [31]. Eugenia (etimológicamente «la bien nacida»), recién salida del convento, es iniciada en todas las formas de sexualidad imaginables y aleccionada en el hedonismo extremo en el transcurso de escasas horas. El resultado es una Eugenia perversa que renuncia a todas las virtudes y acaba complaciéndose con la cruel tortura de su propia

madre. Donatien Alphonse François, el «divino Marqués», insiste pues en que la crueldad tiene que ser enseñada, reforzada, pues la gratitud, la compasión y la reparación son la argamasa de la vida humana y las relaciones humanas. Se necesita un gran esfuerzo «sado-pedagógico» para extirparlas.

La capacidad para el goce basado en la gratitud y la capacidad para la resignación sin amargura excesiva, conservando así la posibilidad de gozar, se hallan en la base de la *integridad*, en la concepción que aquí estamos defendiendo, y tanto en un sentido psicológico (Klein) como antropológico (Erikson). Algo que durante la crisis de la pandemia hemos podido ver con claridad tanto por su ausencia en algunas personas y personajes como por su abundante presencia en otras muchas personas y momentos.

Cuando Erikson [25] hablaba de *integridad* lo hacía desde un punto de vista antropológico, no moral. Se refería a esa forma de vivir de algunos (pocos) miembros de todas las culturas humanas que han logrado elaborar creadoramente esas escaramuzas emocionales que, inevitablemente, significa toda vida. Gracias a ello intentan hacerse una idea realista de su papel en el mundo, de su ciclo vital y de lo que pasará tras su muerte a sus seres queridos y a este (querido) mundo. Han podido integrar todos esos avatares, incluso esos sufrimientos, en una cognición más o menos oscura de un ciclo vital irrepetible: el suyo. Pueden sentir que aquello ha valido la pena, y que hay un cierto orden y un cierto valor en esa existencia y en las vivencias que la componen. De alguna forma más o menos intuitiva, el individuo dominado por esa perspectiva de la integridad siente que una vida individual es la coincidencia accidental de un solo ciclo de vida con solo un fragmento de la historia, que diría Erikson [25]. Por eso sus relaciones tienden a ilustrar una especie de «amor posnarcisista» hacia la especie y hacia uno mismo, como miembro único, aunque precedero, de aquella.

Lo expresaba poéticamente una artista como Alyssa Monks [32], inspirándose en Davidson [33], otro neurocientífico de la afectividad...

La bondad es el pináculo de la inteligencia. Es su punto más cenital, el instante en el que la inteligencia se queda sorprendida de lo que es capaz de hacer por sí misma. [...] Suelo definir la bondad como todo curso de acción que colabora a que la felicidad pueda comparecer en la vida del otro. A veces se hace acompañar de la generosidad, que surge cuando una persona prefiere disminuir el nivel de satisfacción de sus intereses a cambio de que el otro amplíe el de los suyos, y que en personas sentimentalmente bien construidas suele ser devuelta con la gratitud. En la arquitectura afectiva coloco la bondad como contrapunto de la crueldad (la utilización del daño para obtener un beneficio), la maldad (ejecución de un daño aunque no adjunte réditos), la perversidad (cuando hay regodeo al infligir daño a alguien), la malicia (desear el perjuicio en el otro aunque no se participe directamente en él). La bondad es justo lo contrario a estos sentimientos que requieren del sufrimiento para poder ser. [...] La bondad liga con la afabilidad, la ternura, el cuidado, la atención, la conectividad, la empatía, la compasión, la fraternidad, todos ellos sentimientos y conductas predispuestos a incorporar al otro tanto en las deliberaciones como en las

acciones personales. Se trataría de todo el aparataje sentimental en el que se está atento a los requerimientos del otro.

Justamente en sentido contrario, Sade proponía una especie de «imperativo categórico invertido» (inverso al kantiano): lo que para la mayoría es obrar bien, cumplir la voluntad de actuar *por* deber, y no solo *conforme* al deber, para Sade es el resultado de la debilidad, de no ser capaces de seguir los dictados de una ley más natural, que no es otra que deleitarnos «no importa a costa de quién».

Por eso, en un campo opuesto, creo que debemos reivindicar y valorar la gratitud, la integridad y la reparatividad. Como decía en *Pérdida, pena, duelo* [19], implican «una perspectiva ideológica y sociocultural que he llamado provisionalmente *comunitarismo*, basada en la solidaridad y la creatividad social asentada sobre individuos libres e indeterminados», pero indeterminados no solo por el deber, sino también por el placer comunitario [34-39]. Algo que la reacción de la mayor parte de la comunidad ante la crisis social creada a partir del Covid-19 ha puesto en primer plano. Por eso volvemos a plantear a partir de ahí la extensión de una *cultura de la gratitud y la reparación*, algo bien contrario, por cierto, a la cultura de la negación maníaca, la disociación y el control por parte de organizaciones intrusivas o perversas.

Gratitud, integridad, reparatividad... Tales *metasentimientos* (es decir, emociones largamente cognitivizadas y simbolizadas a través de las experiencias relacionales de gran parte de la vida) son los que nos permiten ver nuestro lugar en el mundo, entre los allegados y los ajenos. Son los sentimientos que, en realidad, nos orientan hacia lo que debemos y no debemos sentir, pensar y hacer en el camino de la vinculación progresiva, de la interdependencia. Nos proporcionan la necesidad de una ética y las normas morales más íntimas e indelebles. Son los sentimientos que nos permiten intuir de dónde venimos y qué vías y sistemas poseemos para que la muerte hacia la que vamos no impida nuestra participación autónoma, solidaria y gozosa en nuestra propia vida y en la de los que nos rodean.

Para todo ello, la gratitud consciente e inconsciente desempeña un papel fundamental: la gratitud hacia los que nos ayudaron a elaborar el impacto desorganizador de las primeras emociones, hacia los que nos defendieron y enseñaron a defendernos de las primeras amenazas y de las desorganizaciones de las primeras emociones desbordantes (y también de las posteriores), hacia los que nos contuvieron. De ahí el valor crucial de las relaciones y la solidaridad humana para la vida y para la supervivencia, como acabamos de vivir con la crisis social relacionada con la pandemia del Covid-19 y seguiremos viviendo durante meses o años. Pero hemos de tener claro que todavía esos son rasgos neguentrópicos en nuestra cultura, elementos que necesitan energía suplementaria para su cultivo y desarrollo. Implican un cuidado intencional, a menudo trabajoso, de la integración social, de la solidaridad, del mundo emocional, de perspectivas integrales de la salud...

En el ámbito asistencial, y, más aún en el ámbito de la sanidad y los cuidados psicológicos, deberían suponer la defensa de los valores psicológicos y sociales,

sanitarios y económicos de la solidaridad, en vez de los valores de la profesionalización-medicalización heteronomizadoras, los de la *caridad religiosa* o los de la organización globalizada «neoliberal» —que, en realidad, solo es «librecambista», en nada partidaria de las libertades sociales [18,38-43].

En el ámbito social, cultural e individual, esa actitud alternativa debería implicar un esfuerzo por integrar en todos esos niveles la importancia de lo emocional, de las emociones primitivas, del cuidado de la infancia (el crisol de las emociones, la gratitud y la solidaridad), del cuidado de nuestros miembros temporal o crónicamente dependientes, del cuidado de los duelos, de la equidad en los intercambios entre personas, grupos y países, del cuidado de las relaciones y de los afectos vinculatorios por encima de los desvinculatorios, como son la desconfianza, la desesperanza, el odio, la incontinencia... Es decir, una actitud alternativa que implica la desobediencia civil ante muchos de los imperativos actuales del sistema, pues hoy marchan directamente en contra de todos y cada uno de esos puntos.

Por eso es seguro que en numerosas discusiones del futuro próximo habremos de echar mano de toda nuestra capacidad de cultivar la confianza y la esperanza, pues los motivos y voceros para la desconfianza y la desesperanza ya han sido, son y serán múltiples. Y necesitaremos de toda nuestra integridad y nuestra integración, por ejemplo, para atrevernos a llamar a las cosas por su nombre. Es el «escrache emocional», que tanto asusta a los distribuidores del poder del miedo e incluso a algunos de sus críticos. Pero es que el nuevo salto cualitativo en la democracia real solo puede lograrse combatiendo activamente los mecanismos y a los grupos «antielaborativos», antimentalización, manipuladores de la emocionalidad y las vivencias, así como a las organizaciones y las defensas perversas que se ponen en marcha ante las posibilidades de un cambio real [17,38-43]. Ya incluso durante los peores momentos de la pandemia las hemos visto claramente en acción, perfilando y blandiendo sus críticas y velando otras armas para los próximos días y años. La crisis cultural, social y psicológica provocada por la pandemia es una oportunidad para repensar. Para cambiar. Una nueva oportunidad. Pero las tendencias ancladas en la vieja cultura esquizoparanoide, belicista y supremacista son muy fuertes, incluso dentro de nosotros. Tal vez demasiado fuertes.

Es otra ocasión para intentarlo o, al menos, para avanzar hacia unas perspectivas más solidarias, más democráticas, más humanas. Más *saludables*, en el amplio sentido del término [36]. Solo contestando persistentemente la ignorancia, la negación y esas manipulaciones y envites ya envejecidos podremos defender y difundir activamente la integración emocional y cognitiva con los que nos rodean y rodearon, con los que nos dieron y nos dan, con la solidaridad humana como un sueño progresivamente realizable que nos ayuda a integrar también, por más que duelan, los sufrimientos y los temores que nos van a acompañar a lo largo de los años venideros...

Como recordaba en un breve trabajo [37] en el comienzo de la emergencia social y sanitaria que ha dado origen a este libro, con ella perderemos posesiones, dinero, contratos, medios económicos... Pero no dejemos de buscar, de *indagar* (otra emoción básica). Indagar, reflexionar, discutir por ejemplo sobre:

- qué podemos ganar en la vía del *humanismo radical* (considerar a la humanidad como un todo en el que *todo* puede difundirse, para bien y para mal),
- y del *ecologismo radical* (todo lo que **no** hagamos para cuidar el planeta y nuestro medio humano ha de volverse y se está volviendo contra nosotros).

Eso es aprovechar las crisis, o, en lenguaje tradicional, «hacer de la necesidad virtud».

[4](#) ¡La gratitud como fundamento de la solidaridad real!

*Y la gente se quedó en casa.
Y leyó libros y escuchó.
Y descansó y se ejercitó.
E hizo arte y jugó.
Y aprendió nuevas formas de ser.
Y se detuvo.*

*Y escuchó más profundamente.
Alguno meditaba.
Alguno rezaba.
Alguno bailaba.
Alguno se encontró con su propia sombra.
Y la gente empezó a pensar de forma diferente.*

*Y la gente se curó.
Y en ausencia de personas que viven de manera ignorante.
Peligrosos.
Sin sentido y sin corazón.
Incluso la tierra comenzó a sanar.*

*Y cuando el peligro terminó.
Y la gente se encontró de nuevo.
Lloraron por los muertos.
Y tomaron nuevas decisiones.
Y soñaron nuevas visiones.
Y crearon nuevas formas de vida.
Y sanaron la tierra completamente.
Tal y como ellos fueron curados.*

(Kitty O'Meara. Maestra jubilada en Madison (Estados Unidos). Escrito durante la pandemia).

SALUD, APOYO MUTUO, CREATIVIDAD

Bibliografía citada, ordenada por capítulos

Capítulos 1 y 2

1. Brecht, B., *Poemas y canciones*, Madrid, Alianza, 2012.
2. Zhou, W., *101 consejos basados en la ciencia del «Manual de prevención del coronavirus» que podrían salvar su vida*, Wuhan, Hubei Science and Technology Press, 2020.
3. Cai, J. H. *et al.*, «First case of 2019 novel coronavirus infection in children in Shanghai». *Zhonghua Er Ke Za Zhi, Chinese journal of pediatrics* 58 E002, 2020.
4. Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades, <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>
5. Chen, N. *et al.*, «Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study», *The Lancet Psychiatry*, 2020, doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7.
6. «Daily risk assessment on Covid-19», European Centre for Disease Prevention and Control, 2020, <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events>
7. Generalitat de Catalunya-Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública, *Informes tècnics de Covid-19 a Catalunya*, en <https://web.gencat.cat/ca/coronavirus/>
8. Huang, C. *et al.*, «Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China», *The Lancet Psychiatry*, 2020, doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
9. Imperial College Covid-19 Response Team, «Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce Covid19 mortality and healthcare demand», 16 de marzo de 2020, doi.org/10.25561/77482.
10. Li, Q. *et al.*, «Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia», *New England Journal of Medicine*, 2020.
11. Ministerio de Sanidad, «Enfermedad por nuevo coronavirus, Covid-19», accesible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nC/China/home.htm>
12. Organización Mundial de la Salud, <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>
13. Paules, C. I., Marston, H. D. y Fauci, A. S., «Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold», *The Journal of the American Medical Association*, 2020, doi:10.1001/jama.2020.0757
14. Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L. y The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, *Guideline for Isolation*

- Precautions. Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, julio de 2019, <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>
15. Organización Mundial de la Salud, «Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance», 31 de enero de 2020, [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
 16. Organización Mundial de la Salud, «Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts», [https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/internal-publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)
 17. Organización Mundial de la Salud, «Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)», 30 de enero de 2020, [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
 18. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J., «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence», *The Lancet Psychiatry* 395, 2020, pp. 912-920, doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
 19. Gervás, J., «Medidas contra el coronavirus: tan drásticas que pueden provocar más daño del que eviten», en <https://www.actasanitaria.com>
 20. Chomsky, N., «Falso artículo sobre el coronavirus, atribuido a Noam Chomsky, confunde las redes», *Kaos en la red*, 2020, <https://kaosenlared.net/falso-articulo-sobre-el-coronavirus-atribuido-a-noam-chomsky-confunde-las-redes/> (Las camas de los hospitales se han suprimido en nombre de la eficiencia, entrevista de Valentina Nicoli en *Il Manifesto*, 20 de marzo de 2020, <https://ctxt.es/es/20200302/Politica/31456/noam-chomsky-coronavirus-neoliberalismo-sanidad.htm>).
 21. Žižek, S., «Un claro elemento de histeria racista en el nuevo coronavirus», *Rusia Today*, 3 de febrero de 2020, <https://www.bloghemia.com/2020/03/slavoj-Žižek-un-claro-elemento-de.html>
 22. Tizón, J. L., Cleries, X. y Daurella, N. (comps.), *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos*, Barcelona, Pensódromo 21, 2013.
 23. Tizón, J. L., *El poder del miedo. ¿Dónde guardamos nuestros temores cotidianos?*, Barcelona, Milenio, 2011 [ed. en catalán: *El poder de la por*, Lleida, Pagés, 2011].

24. Panksepp, J. y Biven, L., *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Nueva York, Norton Company, 2012.
25. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, vol. 1, Psicopatología general*, Barcelona, Herder. 2018.
26. Pfaff, D. W., *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*, Barcelona, Herder, 2017.

Capítulo 3

1. Bauman, Z., *Vida líquida*, Barcelona, Paidós, 2007.
2. Tizón, J. L., *Medicaliza la infancia, que algo queda*, Madrid, El Hilo, 2019.
3. Galeote, P., Tizón, J. L., Spagnolo, E., Pellegrero, N. y Plans, R., «La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social. Una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona», *Psiquis* 71, 1986, pp. 35-58.
4. Tizón, J. L., *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la Atención Primaria*, Barcelona, Biblèria, 2000.
5. Tizón, J. L., *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, Barcelona, Herder, 2013.
6. Gervás, J., «Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España», *Gaceta Sanitaria* 20 (supl. 1), 2006, pp. 127-34.
7. Márquez, S. y Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria* (5), 2003, pp. 47-53.
8. Volkan, V. D., *Psychoanalysis, International Relations and Diplomacy. A Sourcebook on Large-Group Psychology*, Londres, Karnac, 2014 [trad. cast.: *Psicología de las sociedades en conflicto. Diplomacia, relaciones internacionales y psicoanálisis*, Barcelona, Herder, 2018].
9. Tizón, J. L., «Medicina o bioingeniería. Una reflexión a partir de la «histeria de masas» o «trastorno conversivo epidémico»», en V. Aparicio y T. Angosto, *El componente de salud mental en el Hospital General*, Madrid, AEN, 2015a, pp. 53-85.
10. Tizón, J. L., «Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología. ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una psico(pato)logía basada en la relación?», en E. Gay, F. del Río y J. Carmona, *El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual*, Madrid, AEN, 2015b.
11. Tizón, J. L. y Pañella, H., «En el centenario de los *Estudios sobre la Histeria*. Un servicio de epidemiología atendiendo un brote de histeria colectiva», *Informaciones Psiquiátricas* (150-151), 1998, pp. 9-37.
12. Tizón, J. L., Pañella, H. y Maldonado, R., «¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos? Un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI», *Atención Primaria* 25(7), 2000, pp. 479-489.
13. Pañella, H., Maldonado, R. y Tizón, J. L., «No es histeria todo lo que reluce. Carta al Director», *Atención Primaria* 26(9), 2000, pp. 647-649.
14. Small, G. W. y Nicholi, A. M., «Mass hysteria among schoolchildren. Early loss as a predisposing factor», *Archives of General Psychiatry* 39(6), 1982, pp.

- 721-724.
15. Small, G. W., Propper, M. W., Randolph, E. T. y Eth, S., «Mass hysteria among student performers: social relationship as a symptom predictor», *The American Journal of Psychiatry* 148(9), 1991, pp. 1200-1205.
 16. Tizón, J. L., Pañella, H., Maldonado, R., Sanz, M., Cortina, C. y Bellver, V., «A propósito de un brote de Trastorno Conversivo Epidémico», *Atención Primaria* 18(9), 1996, pp. 511-526.
 17. Tizón, J. L., Razquin, M. y Torregrosa, M., «El llanto del niño como comunicación. El espasmo del sollozo y el cólico del lactante en la Atención Primaria pediátrica», en J. Bras, J. E. de la Flor, I. Martín y J. M. Torregrosa (dirs.), *Pediatría en Atención Primaria*, Barcelona, Elsevier, 2017.
 18. Rius, C., Baselga, E., Tizón, J. L., Fuentes, P., Muñoz, F., Roigé, G., Llebaria, X. y Cayla, J. A., «Investigation of a suspected outbreak of lipoatrophia semicircularis in children», *Medicina Clínica (English Edition)* 149(3), 2017, pp. 101-106, doi.org/10.1016/j.medcli.2017.01.032. [en castellano: «Investigación de una sospecha de brote de lipoatrofia semicircular en niños», *Medicina Clínica*, 217, 149(3), Barcelona, pp. 101-106].
 19. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Variaciones psicopatológicas, vol. 2, Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras*, Barcelona, Herder, 2018.
 20. Recasens, J. M., Tizón, J. L. y Pellegrero, N., «La perspectiva grupal en atención primaria en salud mental», en Tizón, J. L. (dir.), *Salud Mental en Atención Primaria y Atención Primaria a la Salud Mental*, Barcelona, DOYMA, 1992.
 21. Tizón, J. L., *Entender las psicosis. Hacia un enfoque integrador*, Barcelona, Herder, 2013.
 22. Tizón, J. L., *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*, Barcelona, Herder, 2015.
 23. Kellerhoff, S. V., «*Mi lucha*. La historia del libro que marcó el siglo XX», Madrid, Crítica, 2016.
 24. Volkan, V., *Inmigrantes y Refugiados: Trauma, duelo permanente, prejuicio y psicología fronteriza*, Barcelona, Herder, 2019.
 25. Panksepp, J. y Biven, L., *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Nueva York, Norton Company, 2012.
 26. Gallese, V., «Mirror neurons, embodied simulation and a second-person approach to mind reading», *Cortex* 49(10), 2013, pp. 2954-2956.
 27. Tizón, J. L., *El poder del miedo. ¿Dónde guardamos nuestros temores cotidianos?*, Barcelona, Milenio, 2011 [ed. en catalán, *El poder de la por*, Lleida, Pagés, 2011].
 28. Pfaff, D. W., *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*, Barcelona, Herder, 2017.
 29. Han, B.-C., *Psicopolítica*, Barcelona, Herder, 2014.

30. Boss, L. P., «Epidemic hysteria: a review of the published literature», *Epidemiologic Reviews* 19(2), 1997, pp. 233-243.
31. Colligan, M. J., Pennebaker, J. W. y Murphy, L. R., *Mass psychogenic illness. A social psychological analysis*, Routledge, versión Kindle, 2013.
32. Blackman, L., *Mass hysteria. Critical psychology and media studies*, Macmillan International Higher Education, 2017, https://www.macmillanihe.com/download_flyer.php?search=9780333647820&location=eu.

Capítulo 4

1. Panksepp, J., *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.
2. Panksepp, J. y Biven, L. *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Nueva York, Norton Company, 2012.
3. Pfaff, D. W., *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*, Barcelona, Herder, 2017.
4. Tizón, J. L., *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, Barcelona, Herder, 2013.
5. Tizón, J. L. y Sforza, M., *Días de duelo. Encontrando salidas*, Barcelona, Alba, 2008.
6. Bowlby, J., *La pérdida afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
7. Tizón, J. L., *Medicaliza la infancia, que algo queda*, Madrid, El Hilo, 2019
8. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, Variaciones psicopatológicas, vol. 3, Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y «operatorias»*, Barcelona, Herder, 2019.
9. Schore, A. N., *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, Nueva York, Norton, 2003.
10. Pally, R., «Emotional processing. The mind-body connection», *International Journal of Psycho-Analysis* 79, 1998, pp. 349-362.
11. Baumgartner, T., Heinrichs, M., Vonlanthen, A., Fischbacher, U. y Fehr, E., «Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaptation in humans», *Neuron* 58, 2008, pp. 639-650.
12. Berry, K., Bucci, S. y Danquah, A. N., *Attachment Theory and Psychosis. Current Perspectives and Future Directions*, Londres y Nueva York, Routledge, 2020.
13. Freud, S., *El malestar en la cultura y otros ensayos*, Madrid, Alianza, 1970.
14. Tizón, J. L., *Medicaliza la infancia, que algo queda*, Madrid, El Hilo, 2019.
15. Eco, U., *El nombre de la rosa*, Barcelona, Lumen, 1982, pp. 573-575.
16. Freud, S. y Einstein, A., *¿Por qué la guerra?*, Barcelona, Minúscula, 2001.
17. Foucault, M., *Nacimiento de la biopolítica*, Madrid, Akal, 2009.
18. Nussbaum, M. C., *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*, Barcelona, Paidós, 2008.
19. Bion, W. R., *Atención e interpretación*, Buenos Aires, Paidós, 1974.
20. Meltzer, D., *Desarrollo kleiniano*, Buenos Aires, Spatia, 1990.
21. Teicher, M. H., «The neurobiology of child abuse: maltreatment at an early age can have enduring negative effects on a child's brain development and function. Stress sculpts the brain to exhibit various antisocial, though adaptive, behaviors», *Scientific American* 3, 2002, pp. 68-75.
22. Bagot, R. C. y Meaney, M. J., «Epigenetics and the biological basis of gene ×

- environment interactions», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49(8), 2010, pp. 752-771.
23. Ansermet, F. y Magistretti, P., *A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente*, Buenos aires, Katz, 2006.
 24. Feder, A., Nestler, E. J. y Charney, D. S., «Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews*», *Neuroscience* 10(6), 2009, pp. 446-457.
 25. Tizón, J. L., *El poder del miedo: ¿Dónde guardamos nuestros temores cotidianos?*, Barcelona, Milenio, 2011 [ed. en catalán, *El poder de la por*, Lleida, Pagés, 2011].
 26. Klein, N., *La doctrina del shock*, Barcelona, Paidós, 2007.
 27. Žižek, S., *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*, Buenos Aires, Paidós, 2009.
 28. Done, J., *Meditations*, 1624, accesible en <http://www.online-literature.com>.
 29. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, vol. 1, Psicopatología general*, Barcelona, Herder, 2018.
 30. Márquez, S. y Meneu, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión Clínica y Sanitaria* 5-2, 2003, pp. 47-53.
 31. Illich, I., *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barcelona, Barral, 1975.
 32. SEMFYC y otras 20 instituciones o sociedades españolas médicas y de bioética, «Recomendaciones generales relacionadas con las decisiones éticas difíciles y la adecuación de la intensidad asistencial/ingreso en las unidades de cuidados intensivos en situaciones excepcionales de crisis, visitado en marzo de 2020 en <https://www.segg.es/media/descargas/CONSENSO-RECOMENDACIONES-UCI-Covid-19.pdf>
 33. Tizón, J. L., *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*, Barcelona, Herder, 2015.
 34. Moncrieff, J., *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*, Barcelona, Herder, 2013.
 35. Bentall, R. P., *Medicalizar la mente. ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*, Barcelona, Herder, 2011.
 36. Tizón, J. L., *Entender las psicosis. Hacia un enfoque integrador*, Barcelona, Herder, 2013.
 37. Tizón, J. L., *Familia y psicosis. Cómo ayudar en el tratamiento*, Barcelona, Herder, 2014
 38. Tizón, J. L., Cleries, X y Daurella, N. (comps.), *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos*, Barcelona, Pensódromo 21, 2013.
 39. Tizón, J. L., en «El procés d'emmalaltir» del XII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, Castelló de la Plana, Institut d'Estudis Catalans-Institució Alfons el Magnànim, 1984.

40. Steiner, G., *Lenguaje y silencio. Ensayos sobre la literatura, el lenguaje y lo inhumano*, Barcelona, Gedisa, 1990.
41. Duch, Ll., *Mito, interpretación y cultura*, Barcelona, Herder, 2002.
42. Bell, D., «Is Truth an Illusion? Psychoanalysis and Postmodernism», *PEP/UCL Top Authors Project* 1(1), 2016, p. 9.
43. Bauman, Z., *Vida líquida*, Barcelona, Paidós, 2007.
44. Pinker, S., *Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones*, Barcelona, Paidós, 2012.
45. Volkan, V. D., *Psicología de las sociedades en conflicto. Diplomacia, relaciones internacionales y psicoanálisis*, Barcelona, Herder, 2018.

Capítulo 5

1. Darwin, C. «The expression of the emotions in man and animals (1872)», en D. M. Porter y P. W. Graham, *The portable Darwin*, Londres, Penguin Classics, 1994, pp. 364-393.
2. Panksepp, J. y Biven, L., *The Archaeology of Mind. Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*, Nueva York, Norton Company, 2012.
3. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, vol. 1, Psicopatología general*, Barcelona, Herder, 2018.
4. Eibl-Eibesfeldt, I., *Amor y odio*, México, Siglo XXI Editores, 1972.
5. Hoekzema, E., Barba, E., Pozzobon, C., Picado, M., Lucco, F., Ballesteros, A. et al., «Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure», *Nature Neuroscience* 20, 2017, pp. 287-296, doi:10.1038/nn.4458.
6. Bowlby, J., *A Secure Base*, Nueva York, Basic Books, 1988.
7. Panksepp, J., *Affective Neuroscience. The Foundations of Human and Animal Emotions*, Nueva York, Oxford University Press, 1998.
8. Piaget, J., «Introduction et variétés de l'épistémologie», en J. Piaget (ed.), *Logique et connaissance scientifique*, Dijon, Gallimard, 1969.
9. Tizón, J. L., *El poder del miedo ¿Dónde guardamos nuestros temores cotidianos?*, Barcelona, Milenio, 2011 [ed. en catalán, *El poder de la por*, Lleida, Pagés, 2011].
10. Feder, A., Nestler, E. J. y Charney, D. S., «Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nature Reviews», *Neuroscience* 10(6), 2009, pp. 446-457.
11. Szyf, M., «The early life social environment and DNA methylation», *Clinical genetics* 81(4), 2012, pp. 341-349.
12. Pfaff, D. W., *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*, Barcelona, Herder, 2017.

Capítulo 6

1. Tizón, J. L., Pañella, H., Maldonado, R., «¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos? Un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI», *Atención Primaria* 30;25(7), 2000, pp. 479-88.
2. Bartholomew, R. E., Wessely, S., Rubin, G. J., «Mass psychogenic illness and the social network: is it changing the pattern of outbreaks?», *Journal of the Royal Society of Medicine* 105(12), 2012, pp. 509-512.
3. Tizón, J. L., «Medicina o bioingeniería. Una reflexión a partir de la «histeria de masas» o «trastorno conversivo epidémico»», en V. Aparicio y T. Angosto, *El componente de salud mental en el Hospital General*, Madrid, AEN, 2015, pp. 53-85.
4. Tizón, J. L., Cleries, X. y Daurella, N. (comps.), *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos*, Barcelona, Pensódromo 21, 2013.
5. Dangerfield, M., *Estudio de las consecuencias psicopatológicas de las adversidades relacionales en la infancia y de la transmisión del trauma transgeneracional*, Tesis doctoral, Barcelona, Universitat Ramon Llull, 2019.
6. Artigue, J., *Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia. Listado de ítems en salud mental (LISMEN)*, Tesis doctoral en Xarxa, Universitat Ramon Llull, 2012, <http://hdl.handle.net/10803/83868>.
7. Artigue, J. y Tizón, J. L., «Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto», *Atención Primaria* 46(7), 2014, pp. 336-356. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713003077>.
8. Shonkoff, J. P., Garner, A. S. y Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 2010-2011 (Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J. y Wood, D. L.), «The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress», *Pediatrics* 12, 2012, pp. 129-232.
9. Pérez, M., *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*, Madrid, Alianza, 2011.
10. Artigue, J., Tizón, J. L., Salamero, M., «Reliability and Validity of the List of Mental Health Items (LISMEN)», *Schizophrenia research* 176(2-3), 2016, pp. 423-430, doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.048
11. Debbané, M., Salaminios, G., Luyten, P., Badoud, D., Armando, M., Tozzi, A. S., Fonagy, P. y Brent, B. K., «Attachment, neurobiology, and mentalizing along the psychosis continuum», *Frontiers in Human Neuroscience* 10, 2016, recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992687/>

12. Tizón, J. L., *Entender las psicosis. Hacia un enfoque integrador*, Barcelona, Herder, 2013.
13. Tizón, J. L., *Familia y psicosis. Cómo ayudar en el tratamiento*, Barcelona, Herder, 2014.
14. Bateman, A. W. y Fonagy, P., *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*, Oxford England, Oxford University Press, 2006.
15. Tizón, J. L., *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, Barcelona, Herder, 2013.
16. Winnicott, D. W., *La familia en la formación del individuo*, Buenos Aires, Hormé, 1971.
17. Talarn, A., Sáinz, F. y Rigat, A. *Relaciones, vivencias y psicopatología. Las bases relacionales del sufrimiento mental excesivo*, Barcelona, Herder, 2013.
18. Erikson, E. H., *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Paidós, 1970.
19. Tizón, J. L., *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*, Barcelona, Herder, 2015
20. Brün, A., *Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*, Barcelona, Herder, 2009.
21. Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., Hollingsworth, E. D., «How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic?», *The Lancet Psychiatry*, 2020, doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30567-5
22. Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y-J., Ki, M., Min, J-A., Cho, J. *et al.*, «Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome», *Epidemiol Health* 38, 2016.
23. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J., «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence», *The Lancet Psychiatry*, 2020, doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30460-8.
24. Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J. y Raphael, B., «Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza», *BMC Public Health* 8, 2008, p. 347.
25. Rubin, G. J., Harper, S., Williams, P. D., Öström, S., Bredbere, S., Amlôt, R. *et al.*, «How to support staff deploying on overseas humanitarian work: a qualitative analysis of responder views about the 2014/15 West African Ebola outbreak», *European Journal of Pharmacology* 7, 2016, p. 30933
26. Manuell, M-E., Cukor, J., «Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine», *Disasters* 35, 2011, pp. 417-442.
27. Col.legi Oficial de Psicologia de Catalunya, «Recomenacions de gestió psicològica durant quarentenes per malalties infeccioses», Barcelona, 2020, accesible en https://www.copc.cat/adjuntos/adjunto_15213/v/Guia
28. Sociedad Española de Psiquiatría, «Cuidando la salud mental del personal

- sanitario», consultado el 18 de marzo de 2020, disponible en: [http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP Covid19-Salud Mental personal sanitario.pdf](http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/SEP_Covid19-Salud_Mental_personal_sanitario.pdf)
29. Tizón, J. L., «¿Cómo nos afectan las epidemias?», *Mente Sana*, 2020, p. 152-153.
 30. Pfaff, D. W., *El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos*, Barcelona, Herder, 2017.
 31. Davidson, R. J., «Affective neuroscience and psychophysiology. Toward a synthesis», *Psychophysiology* 40(5), 2003, pp. 655-665.
 32. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, vol. 1: Psicopatología general*, Barcelona, Herder, 2018.
 33. «Guía de apoyo psicosocial durante esta epidemia de coronavirus», Bilbao, Osalde, 2020, <https://ome-aen.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/>.

Capítulo 7

1. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J., «The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence», *The Lancet Psychiatry* 395, 2020, pp. 912-920 [doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8].
2. Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X. *et al.*, «The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus», *The Lancet Psychiatry* 7(3), 2020, p. 14.
3. Manuell, M-E., Cukor, J., «Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine», *Disasters* 35, 2011, pp. 417-442.
4. Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M. y Ishitake, T., «Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak», *Health Psychology* 28, 2009, pp. 91-100.
5. Giubilini, A., Douglas, T., Maslen, H. y Savulescu, J., «Quarantine, isolation and the duty of easy rescue in public health», *Developing World Bioethics* 18, 2018, pp.182-189, doi:10.1111/dewb.12165
6. Tizón, J. L., *Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría*, Barcelona, Ariel, 1978.
7. Tizón, J. L., *Componentes psicológicos de la práctica médica*, Barcelona, Bibliària, 2000.
8. Tizón, J. L. (dir.), *Salud Mental en Atención Primaria y Atención Primaria a la Salud Mental*, Barcelona, DOYMA, 1992.
9. Tizón, J. L., Cleries, X. y Daurella, N. (comps.), *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos*, Barcelona, Pensòdromo 21, 2013.
10. Tizón, J. L., *Apuntes para una psicopatología basada en la relación, vol. 1, Psicopatología general*, Barcelona, Herder, 2018.
11. Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T. *et al.*, «Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events», *Archives of General Psychiatry* 65,2, 2008, pp. 146-152.
12. Sanz, M. J., «Orientaciones para la crianza. Guía de documentos destinados a los padres», *Cuadernos del SIPOSO* 5, 2014.
13. Rajmil, L., «El impacto de la crisis económica en la salud de los niños. ¿Qué sabemos?», en *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas* 44: «Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿Causa o consecuencia?», Barcelona, Fundació Grífols, 2017, pp.25-34 (también en <http://www.fundaciongrifols.org>).
14. Seikkula, J. y Arnkil, T. E., *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente*, Barcelona, Herder, 2019, pp.

- 11-23.
15. De Cervantes, M., *El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha*, Oviedo, Nobel, 2015, p. 199. También en Aegitas, 2015.
 16. Han, B-C., *La sociedad del cansancio*, Barcelona, Herder, 2012.
 17. Tizón, J. L., *Psicopatología del poder. Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*, Barcelona, Herder, 2015.
 18. Lessenich, S. *La sociedad de la externalización*, Barcelona, Herder, 2019.
 19. Tizón, J. L., *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*, Barcelona, Herder, 2013.
 20. Tizón, J. L. y Sforza, M., *Días de duelo. Encontrando salidas*, Barcelona, Alba, 2008.
 21. Green, V., *Emotional Developments in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*, Nueva York, Brunner-Routledge, 2003.
 22. Schore, A. N., *Affect Disregulation and Disorders of the Self*, Nueva York, Norton, 2003.
 23. Sartre, J. P., *Huis clos*, París, Gallimard, 1976.
 24. Foucault, M., *Nacimiento de la biopolítica*, Madrid, Akal, 2009.
 25. Erikson, E. H. *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Paidós, 1970.
 26. Racamier, P-C., «De la perversion narcissique», *Gruppo, Revue de Psychanalyse Groupale* 3, 1987, pp. 11-27.
 27. Klein, M., «El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos» en *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, vol. 1 (1978), 1940, pp. 270-302.
 28. Klein, M., «Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos (1974)», en *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, vol. II. (1978).
 29. Nussbaum, M. C., *Paisajes del pensamiento. La inteligencia de las emociones*, Barcelona, Paidós, 2008.
 30. Klein, M., «Envidia y gratitud (1957)», en *Obras completas*, Buenos Aires, Paidós-Hormé, vol. 6, 1974.
 31. Sade, M. De, *La filosofía del tocador, o los preceptores inmorales. Diálogos para la educación de las jóvenes señoritas*, Madrid, Valdemar, 2008.
 32. Monks, A., «La bondad es el punto más elevado de la inteligencia», en *Espacio Suma no cero*, mayo de 2017, <https://espaciosumanocero.blogspot.com.es/2017/05/la-bondad-es-el-punto-mas-elevado-de-la.html?m=1>, visitada en julio de 2017.
 33. Davidson, R. J., Sherer, K. R. y Goldsmith, H. H. (eds.), *Handbook of affective sciences*, Oxford, Oxford University Press, 2009.
 34. Freud, S., *El malestar en la cultura y otros ensayos*, Madrid, Alianza, 1970.
 35. Marcuse, H., *El hombre unidimensional*, Barcelona, Ariel, 1964.
 36. Illich, I., *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barcelona, Barral, 1975.
 37. Tizón, J. L., «¿Cómo nos afectan las epidemias?», *Mente Sana* 152, 2020, p. 3.

38. Fernández, A., *Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la psiquiatría y la «salud mental»*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2018.
39. Talarn, A., *Globalización y salud mental*, Barcelona, Herder, 2007.
40. Marmot, M. G., «Inequalities in health», *New England Journal of Medicine* 345(2), 2001, pp. 134-136.
41. Stiglitz, J. E., *The Price of Inequality. How Today Divided Society Endangers Our Future*, Nueva York, Norton, 2012.
42. Bauman, Z., *La globalización: consecuencias humanas*, México, Fondo de Cultura Económica, 2016.

Información adicional

Ante la pandemia del coronavirus, que nos ha tomado por sorpresa, surgen muchas preguntas: ¿Qué diferencias hay entre esta pandemia y otras? ¿Qué papel juegan en ella «el poder del miedo», la medicalización de la vida cotidiana y las desigualdades sanitarias?

Esta obra, surgida por la emergencia de los acontecimientos, intenta aproximarnos a la comprensión de qué nos está sucediendo, a nivel psicológico, como protagonistas de la pandemia del Covid-19. Más allá del miedo, las emociones que se mueven en una crisis de tal calibre abarcan un espectro más amplio. ¿Cuáles son las demás emociones que nos invaden y qué papel están desempeñando? ¿Cómo podemos gestionar esta crisis a nivel emocional, que tan de súbito nos ha sobrevenido, sin tiempo a prepararnos?

Asimilar un fenómeno de tal magnitud es difícil y abrumador. En este sentido, el presente ensayo trata de ayudar a pensar sobre el Covid-19 tanto a nivel individual como a nivel social, incluyendo algunas recomendaciones sobre cómo podemos utilizar nuestras emociones, y no solo el miedo, para protegernos, cuidar y cuidarnos durante la epidemia, así como para reconstruir un futuro, esperemos que mejor, tras ella.

JORGE L. TIZÓN (A Coruña, 1946) es psiquiatra, psicoanalista, psicólogo y neurólogo. Dirigió durante veintidós años las unidades de salud mental para niños, adultos, trastornos mentales graves y equipos de investigación de La Verneda, La Pau y La Mina, en Barcelona. Posteriormente, fundó y dirigió el Equipo de Prevención en Salud Mental y Atención Precoz a los Pacientes en riesgo de Psicosis (EAPPP) del Institut Català de la Salut de Barcelona, el primer equipo español íntegramente dedicado a dicha labor. Actualmente ejerce la docencia en el Instituto Universitario de Salud Mental de la Universidad Ramon Llull (URL) y es profesor invitado en diversas universidades e institutos de formación tanto nacionales como extranjeros.

Índice de contenido

[Cubierta](#)

[Portada](#)

[Créditos](#)

[Índice](#)

[Prefacio](#)

[1. Introducción. Una peste fuera de su época](#)

[2. Diferencias entre esta y otras epidemias](#)

[3. Las «histerias de masas» como experiencia](#)

[4. El poder del miedo y sus burbujas](#)

[El miedo y la cultura](#)

[Miedo y contrato social](#)

[El uso del miedo para la «reestructuración social»](#)

[Miedo y burbujas: «burbuja» sanitaria y «burbuja psicosocial»](#)

[Otros miedos](#)

[5. Dos aproximaciones fundamentales: emociones primigenias y niveles para la contención](#)

[Por una nueva perspectiva de las emociones y su papel en la psicología y la psicosociología](#)

[6. Reflexiones para replantearse las medidas y cuidados](#)

[7. Repensar el futuro: la pandemia del Covid-19 como oportunidad transformadora](#)

[Por un futuro diferente para los cuidados sanitarios](#)

[Reparación, reparatividad y ética de la solidaridad y los cuidados](#)

[Gratitud y reparatividad frente a perversión](#)

[Bibliografía citada, ordenada por capítulos](#)

[Capítulos 1 y 2](#)

[Capítulo 3](#)

[Capítulo 4](#)

[Capítulo 5](#)

[Capítulo 6](#)

[Capítulo 7](#)

[Información adicional](#)

CINZIA ARRUZZA
TITHI BHATTACHARYA
NANCY FRASER

MANIFIESTO
DE UN
FEMINISMO
PARA EL
99%

Herder

Manifiesto de un feminismo para el 99%

Arruzza, Cinzia

9788425442872

112 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Vivimos hoy una crisis de la sociedad en su conjunto. El capitalismo, más allá de sus problemas económicos, también alberga contradicciones y desequilibrios de tipo ecológico, político, social y reproductivo: viviendas inasequibles, violencia policial, imperialismo, salarios insuficientes, etc.

Sin embargo, estos temas son obviados por las políticas del feminismo actual, que difunde una versión elitista y corporativa para proyectar una apariencia emancipadora sobre un programa oligárquico y depredador: un feminismo solo apto para la poderosa minoría acomodada.

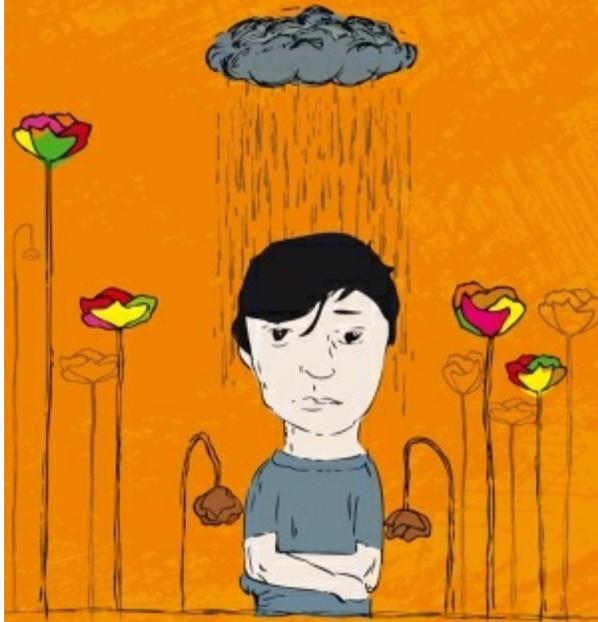
Este manifiesto tiene un propósito: llevar a cabo una operación de rescate y corrección de rumbo para reorientar las luchas feministas hacia el resto de la población, y proponer con ella una reorganización total de la sociedad. El feminismo no debería detenerse con ver a las mujeres representadas en la cima de la sociedad, sino que debe involucrarse en las perturbaciones políticas, la precariedad económica y el agotamiento socio-reproductivo.

Para resolver la crisis actual, que es una crisis social total, hace falta otro feminismo, un feminismo para el 99 por ciento.

[Cómpralo y empieza a leer](#)

**EL ARTE
DE
AMARGARSE LA VIDA**

Paul Watzlawick



Herder

El arte de amargarse la vida

Watzlawick, Paul

9788425432019

144 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

"Un hombre quiere colgar un cuadro. El clavo ya lo tiene, pero le falta un martillo. El vecino tiene uno. Así ,pues, nuestro hombre decide pedir al vecino que le preste el martillo. Pero le asalta una duda: ¿Qué? ¿Y si no quiere prestármelo? Ahora recuerdo que ayer me saludó algo distraído. Quizás tenía prisa. Pero quizás la prisa no era más que un pretexto, y el hombre abriga algo contra mí. ¿Qué puede ser? Yo no le he hecho nada; algo se habrá metido en la cabeza. Si alguien me pidiese prestada alguna herramienta, yo se la dejaría enseguida. ¿Por qué no ha de hacerlo él también? ¿Cómo puede uno negarse a hacer un favor tan sencillo a otro? Tipos como éste le amargan a uno la vida. Y luego todavía se imagina que dependo de él. Sólo porque tiene un martillo. Esto ya es el colmo. Así nuestro hombre sale precipitado a casa del vecino, toca el timbre, se abre la puerta y, antes de que el vecino tenga tiempo de decir: "buenos días", nuestro hombre le grita furioso:

"¡Quédese usted con su martillo, so penco!".

La historia del martillo

[Cómpralo y empieza a leer](#)

**VIKTOR EL HOMBRE
FRANKL EN BUSCA
DE SENTIDO**



Herder

El hombre en busca de sentido

Frankl, Viktor

9788425432033

168 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Nueva traducción

"*El hombre en busca de sentido*" es el estremecedor relato en el que Viktor Frankl nos narra su experiencia en los campos de concentración.

Durante todos esos años de sufrimiento, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, absolutamente desprovista de todo, salvo de la existencia misma. Él, que todo lo había perdido, que padeció hambre, frío y brutalidades, que tantas veces estuvo a punto de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. En su condición de psiquiatra y prisionero, Frankl reflexiona con palabras de sorprendente esperanza sobre la capacidad humana de trascender las dificultades y descubrir una verdad profunda que nos orienta y da sentido a nuestras vidas.

La logoterapia, método psicoterapéutico creado por el propio **Frankl**, se centra precisamente en el sentido de la existencia y en la búsqueda de ese sentido por parte del hombre, que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. ¿Qué espera la vida de nosotros?

El hombre en busca de sentido es mucho más que el testimonio de un psiquiatra sobre los hechos y los acontecimientos vividos en un campo de concentración, es una lección existencial. Traducido a medio centenar de idiomas, se han vendido millones de ejemplares en todo el mundo. Según la **Library of Congress de Washington**, es uno de los diez libros de mayor influencia en Estados Unidos.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Órdenes del amor

Hellinger, Bert

9788425429446

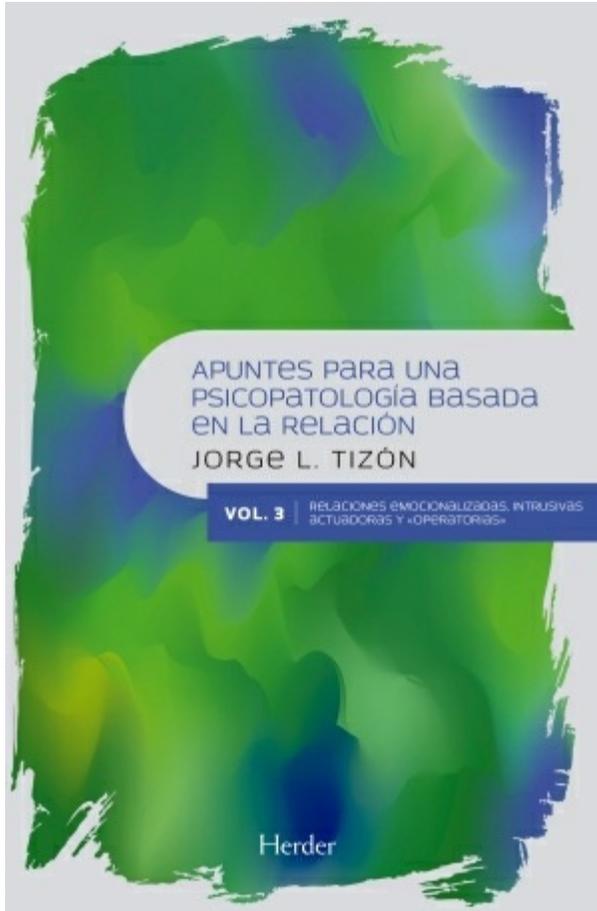
408 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

En esta nueva edición revisada y actualizada, Bert Hellinger invita al lector a acompañarlo en el camino del conocimiento de los órdenes preestablecidos para el amor en toda relación humana, en el que la comprensión liberadora y sanadora nace de la visión centrada. Dado que muchas crisis y enfermedades surgen allí donde se ama ciegamente, ignorando dichos órdenes, la comprensión de los mismos se convierte en el punto de partida para obtener efectos benéficos y sanadores, tanto para nosotros mismos como para nuestro entorno.

'*Órdenes del amor*' es la obra fundamental de Bert Hellinger, que, más allá del campo de la psicoterapia, se ha convertido a lo largo de los últimos años en una ayuda esencial para la vida cotidiana de miles de personas.

[Cómpralo y empieza a leer](#)



Apuntes para una psicopatología basada en la relación

Tizón, Jorge

9788425440915

456 Páginas

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Actualmente la psicopatología se encuentra en una encrucijada. TDAH, TEA, TLP, depresión, esquizofrenia, etc., son conceptos fundamentales de la psicopatología clásica y, al mismo tiempo, muestras de su grave crisis teórica y epistemológica. ¿Hay que entender esos y otros conceptos de la forma habitual o podemos pensar en otras formas de comprender el sufrimiento psicológico y psicosocial humano? ¿Existen bases suficientes como para desarrollar una psicopatología basada en las relaciones interpersonales, en las emociones, en la comunidad, en la solidaridad?

Apuntes para una psicopatología basada en la relación se ha dividido en cuatro volúmenes parcialmente independientes: 1. Psicopatología general; 2. Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras; 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y "operatorias" y 4. Las relaciones paranoides, la des-integración psicótica y la inestabilidad emocional "límite".

En este tercer volumen, Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y "operatorias", se redefinen los modos y organizaciones de la relación que en la psicopatología tradicional y en la psicopatología "biocomercial" se suelen denominar "trastornos bipolares", "psicopatía" y "trastornos psicosomáticos".

[Cómpralo y empieza a leer](#)

Índice

Portada	2
Créditos	3
Índice	4
Prefacio	5
1. Introducción. Una peste fuera de su época	6
2. Diferencias entre esta y otras epidemias	10
3. Las «histerias de masas» como experiencia	16
4. El poder del miedo y sus burbujas	29
El miedo y la cultura	32
Miedo y contrato social	35
El uso del miedo para la «reestructuración social»	38
Miedo y burbujas: «burbuja» sanitaria y «burbuja psicosocial»	43
Otros miedos	51
5. Dos aproximaciones fundamentales: emociones primigenias y niveles para la contención	55
Por una nueva perspectiva de las emociones y su papel en la psicología y la psicopsicología	55
6. Reflexiones para replantearse las medidas y cuidados	68
7. Repensar el futuro: la pandemia del Covid-19 como oportunidad transformadora	94
Por un futuro diferente para los cuidados sanitarios	95
Reparación, reparatividad y ética de la solidaridad y los cuidados	98
Gratitud y reparatividad frente a perversión	102
Bibliografía citada, ordenada por capítulos	111
Capítulos 1 y 2	111
Capítulo 3	114
Capítulo 4	117
Capítulo 5	120
Capítulo 6	121
Capítulo 7	124
Información adicional	127