

### **Sobre héroes, enemigos, víctimas y batallas en los tiempos del COVID-19**

---

#### ***About heroes, enemies, victims and battles in the COVID-19 era***

*Señor Editor:*

El 18 de marzo de 2020, el presidente Trump clamaba: “*we are at war with an invisible enemy*”, definiéndose a sí mismo como un “*wartime president*”. Como él, jefes de Estado alrededor del mundo, incluyendo el Presidente Piñera, declararon “*la guerra contra el coronavirus*”.

Las metáforas suelen ser útiles para traducir información compleja en figuras simples, concretas y reconocibles para la mayoría de las personas. Sin embargo, su uso no es inocuo ya que, en tanto lenguaje, afectan

y construyen aquella realidad que buscan describir, impactando la sensibilidad de las personas, moldeando así su comportamiento. Así, las metáforas de guerra son un recurso comunicacional frecuente que permea la mayoría de los ámbitos de la vida política y social<sup>1</sup>. En esta narrativa se define un enemigo, se declaran estrategias para “*derrotarlo*” y se asigna un rol a los actores sociales relacionados con dicho enemigo, situando a las personas en categorías de héroes, víctimas y villanos, cuyo simbolismo estructura el escenario incierto<sup>2</sup>.

En contextos de emergencia, se ha justificado el uso de las metáforas de guerra porque logran transmitir una sensación de urgencia; no obstante, pueden evocar miedo y la percepción de una confrontación violenta entre bandos opuestos<sup>1</sup>. Si bien el temor podría motivar a la población a prestar mayor atención a la amenaza y tomar acciones en consecuencia, cuando su intensidad supera cierto umbral, puede generar un efecto paradójal

de evitación o rechazo del mensaje y/o minimización o negación del riesgo<sup>3</sup>.

En el ámbito de la salud la metáfora bélica se asocia hoy frecuentemente a las enfermedades oncológicas. La llamada “batalla contra el cáncer” impone una manera de afrontamiento que responsabiliza a los pacientes de su pronóstico, que perpetúa creencias relativas a su origen, impone una forma de afrontamiento (la *lucha*) y responsabiliza a los pacientes de su pronóstico y de los resultados finales de esta “batalla”<sup>4</sup>.

En la crisis provocada por COVID-19 se ha impuesto con fuerza la metáfora bélica, a través de discursos que apelan a un “estado de guerra”, un “enemigo implacable”, la “batalla contra el coronavirus”, los “profesionales de primera línea” y los “héroes de la salud”, instalando ideas y valores propios de una lógica militar, tales como el ataque, la lucha y la aniquilación. Esto ha dejado en un segundo plano aquellos valores fundamentales de la atención sanitaria asociados al deber de cuidado y a la acción colectiva, tales como la solidaridad, la responsabilidad, el compromiso, la compasión y el cuidado de los unos a los otros.

El marco comunicacional de guerra sitúa a los contagiados como “víctimas”. Así, quienes sobreviven al contagio, poseerían cierta fortaleza que los llevaría a la “victoria” frente al virus, mientras que los que fallecen serían entonces “perdedores de la batalla”. Esto es particularmente sensible para quienes tienen mayor riesgo de enfermarse gravemente, como adultos mayores y enfermos crónicos.

Sin embargo, las “víctimas” poseen un doble estatus; pueden generar preocupación y conmisericordia por su condición de salud, pero puede también devenir en “villanos” (reforzado por las expresiones de personas “sospechosas”), en tanto el contagio podría ser consecuencia de no adherir a las recomendaciones sanitarias. La narrativa del “villano” suele considerar como “peligrosos” generalmente a minorías y migrantes, donde el prejuicio por sus hábitos de vida genera una condición propicia para sostener comportamientos xenófobos previos<sup>2</sup>.

En esta narrativa bélica, los profesionales de la salud han sido considerados “héroes”. En contextos de desastres es común que el profesionalismo se confunda con el heroísmo, y que además del deber ontológico de atender y aliviar a los enfermos, se demande un deber sacrificial según el cual deben estar dispuestos a poner en riesgo su vida, a trabajar en condiciones de precariedad, al límite de sus competencias y en turnos extenuantes. Se hace necesario entonces distinguir las acciones ordinarias de las extraordinarias, de modo de no hacer del heroísmo una expectativa de la sociedad, ni convertir el sufrimiento y el sacrificio en un deber exigible y propio de la profesión médica, enfermería y otras del ámbito sanitario<sup>5</sup>. Esta construcción épica invisibiliza la presión física y psicológica a la que están sometidos estos

profesionales que enfrentan la realidad de COVID-19, vivencias que ya han sido descritas en la literatura ante otras emergencias sanitarias<sup>6</sup>. Estas dificultades para el equipo de salud no sólo se deben al incremento de la carga laboral, sino que también al temor al contagio propio o de sus familias, la falta de equipamientos de protección personal, el uso de protocolos cambiantes, ser el contacto único de pacientes graves, la toma de decisiones de alta carga moral y el miedo a la muerte, incluso de los compañeros de labores<sup>6</sup>.

El heroísmo tiene también una conveniencia política, en tanto se impone como deber el resistir con estoicismo en condiciones precarias, enmascarando errores y vacíos de las políticas públicas con este reconocimiento honorífico<sup>7</sup>. Por esta razón muchos profesionales han rechazado la impronta del héroe e incluso el rito de los aplausos en balcones, criticando los presupuestos públicos en salud y el recorte del financiamiento de la investigación científica. El heroísmo invisibiliza la responsabilidad de los Estados en responder a las necesidades de salud de la población y al cuidado de sus profesionales: el sistema sanitario no puede sostenerse en su sacrificio épico.

En consecuencia, nos parece que cuidar el lenguaje debiera ser parte esencial de la gestión de esta crisis. Debemos virar desde una mirada violentista enfocada en las capacidades individuales donde sobrevive el más fuerte, hacia una mirada asentada en los valores de la atención clínica de cara a la pandemia, donde la responsabilidad de la salud es compartida y colectiva, y el valor central es el de la solidaridad.

*Between the Hero and the Coward, there must have some space where people can be humane*<sup>7</sup>.

Daniela Rojas<sup>1,a</sup>, Constanza Micolich<sup>2</sup>,  
Mariana Dittborn<sup>3</sup>, Sofía P. Salas<sup>4</sup>

<sup>1,a</sup>Psicóloga-Psicooncóloga. Directora Ejecutiva  
Corporación Cáncer de Mama Chile, Yo Mujer.

<sup>2</sup>Programa Cuidados Paliativos  
Hospital de Angol, Chile.

<sup>3</sup>Paediatric Bioethics Service, Great Ormond  
Street Hospital, Reino Unido.

<sup>4</sup>Centro de Bioética, Facultad de Medicina, Clínica  
Alemana Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

## Referencias

1. Flusberg SJ, Matlock T, Thibodeau PH. War metaphors in public discourse. *Metaphor and Symbol* 2019; 33 (1): 1-18.
2. Wagner-Egger P, Bangerter A, Gilles I, Green E, Rigaud D, Krings F, Staerklé C, Clémence A. Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: heroes, villains and victims. *Public Underst Sci* 2011; 20 (4): 461-76.
3. Ruiter AC, Kessels LTE, Peters GY, Kok G. Sixty years of fear appeal research: Current state of the evidence. *Interna-*

- tional Journal of Psychology 2014; 49 (2): 63-70.
4. Rojas D, Fernández L. ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Rev Med Chile* 2015; 143 (3): 352-7.
  5. Fins JJ. Distinguishing professionalism and heroism when disaster strikes: Reflections on 9/11, Ebola, and Other Emergencies. *Camb Q Healthc Ethics* 2015; (4): 373-84.
  6. Tai DY. SARS Plague: Duty of Care or Medical Heroism? *Ann Acad Med Singapore* 2006; 35 (5): 374-8.
  7. Hsin-Chen Hsin D, Macer DRJ. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. *J Infect* 2004; 49 (3): 210-5.

## Correspondencia a:

Daniela Rojas

De las Claras 0138, 2 Piso, Providencia. Santiago, Chile.

danirojasm@hotmail.com