



Aviso Legal

Capítulo de libro

Título de la obra:

COVID-19 y las "otras pandemias" del siglo XXI en América Latina

Autor:

Hernández Ruiz, Laura

Forma sugerida de citar:

Hernández, L. (2020). COVID-19 y las "otras pandemias" del siglo XXI en América Latina. En R. Ruiz (Coord.), *Pandemia COVID-19: lecturas de América Latina*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe.

Publicado en:

Pandemia COVID-19: lecturas de América Latina

Diseño de portada:

Brutus Higueta, Marie-Nicole

Diseño de interiores:

Martínez Hidalgo, Irma

ISBN:

En trámite

Los derechos patrimoniales del capítulo pertenecen a la Universidad Nacional Autónoma de México. Excepto donde se indique lo contrario, este capítulo en su versión digital está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No comercial-Compartir igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0 Internacional). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>



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

Centro de Investigación sobre América Latina y el Caribe Piso 8 Torre II de Humanidades, Ciudad Universitaria, C.P. 04510, Ciudad de México. <https://cialc.unam.mx>

Correo electrónico: cialc-sibiunam@dgb.unam.mx

Con la licencia:



Usted es libre de:

- ✓ Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.
- ✓ Adaptar: remezclar, transformar y construir a partir del material.

Bajo los siguientes términos:

- ✓ Atribución: usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Pueden hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.
- ✓ No comercial: usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.
- ✓ Compartir igual: si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

Esto es un resumen fácilmente legible del texto legal de la licencia completa disponible en:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

En los casos que sea usada la presente obra, deben respetarse los términos especificados en esta licencia.

COVID-19 Y LAS “OTRAS PANDEMIAS” DEL SIGLO XXI EN AMÉRICA LATINA

Laura Hernández Ruiz

CIALC-UNAM

Desde su brote en Wuhan, China, en diciembre de 2019, la nueva pandemia del siglo XXI, la COVID-19, ha acaparado la atención de gobiernos, organismos de salud pública y medios informativos mundiales.

Las noticias de una pandemia sacuden a cualquiera y no en balde, se trata de una enfermedad grave que se extiende con rapidez por el planeta y que ataca indiscriminadamente; por eso produce terror y capta todas las miradas. Pero hay “otras pandemias”, de letalidad más silenciosa y menos visible, como el estrés, la depresión y el suicidio, que constituyen verdaderos riesgos para la salud y el bienestar de la gente. Aunque parece que, a fuerza de convivencia y familiaridad con ellos, no se les hace mayor caso: nadie organiza ruedas de prensa para hacer recuento diario del número de afectados o muertos relacionados con estos trastornos y, en consecuencia, tampoco se formulan medidas preventivas inmediatas. Pero su fuerza y su presencia han aumentado al calor de esta emergencia sanitaria mundial.

A raíz de la aparición de la COVID-19, las autoridades sanitarias han explicado su modo de propagación y las prevenciones para evitar el contagio, y los políticos han expuesto las iniciativas oficiales para contrarrestarlo. Sin embargo, hasta ahora, ninguna instancia ha dado a conocer cómo protegerse de sus efectos colaterales, nadie ha abordado las estrategias médicas para atenuar

las consecuencias psicológicas que este mal acarrea a las poblaciones.

La COVID-19 llegó a Latinoamérica detonando el surgimiento o despunte de múltiples emociones, producto de las ideas, percepciones y creencias que los individuos construyen a partir de las circunstancias que tocan sus vidas de manera sensible. Por ejemplo, el miedo, una emoción que algunos han llamado disposicional o anticipatoria, puesto que se sufre en el presente frente a la posible ocurrencia de un evento futuro, como podría ser la adquisición del coronavirus. En este caso, el individuo se considera vulnerable ante la superioridad de la enfermedad, pese a que en realidad desconoce la dimensión del poder al que se enfrentaría, si se diera la ocasión. El miedo puede llegar a convertirse en pánico —miedo muy intenso— en algunos sujetos, a causa de su predisposición a crear amenazas o miedos innecesarios, como la consideración de su mortalidad o la de sus seres queridos. En parte de la población, el ataque del virus ha generado tristeza, un dolor emocional que aflora tras un evento desafortunado, como el saberse contagiado de la enfermedad, potencialmente mortal para él, o bien, el fallecimiento de un ser querido. La tristeza puede abatir a la persona, quebrantar su autoestima, además de generar sentimientos de desesperanza.

Por otro lado, el confinamiento necesario, casi obligatorio para muchos, principalmente personas mayores, o las que padecen hipertensión, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer, que ahora son la población de alto riesgo, también ha tenido su cauda de efectos. Al paso de los días, el aislamiento, la destrucción de las rutinas y la convivencia forzada, en un espacio quizá insuficiente, ha generado en algunos (aparte del miedo) ansiedad y estrés y, en ciertos casos, incluso depresión y pensamientos suicidas.

En Panamá, uno de los países centroamericanos con mayor tráfico aéreo y marítimo, donde ahora menudean los casos de COVID-19 y se dispara la tasa de decesos, se ha instrumentado una de las políticas de contención sanitaria más radicales en América Latina que incluye la distinción por sexo biológico. A partir del 1o. de

abril, las mujeres sólo pueden salir a la calle los lunes, miércoles y viernes, en tanto que los hombres tienen autorizados los martes, jueves y sábados; los domingos todos permanecen en casa. Además, las restricciones se fundamentan en otros factores, como los números de cédula de identidad y los horarios de ciertas dependencias. Pero hay sensibles fallas pues, según usuarias de las redes sociales, las mujeres con cédula de 7 a 0 nunca podían ir al banco, amén de que las autoridades se olvidaron de tomar prevenciones inclusivas para todos aquellos que se identifican en otros grupos: lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o transgénero (LGBT). ¿Qué ocurre entonces en la mente de estas personas excluidas o limitadas?

En el entorno de las medidas de aislamiento social, para los afortunados que cuentan con un empleo fijo, se ha dispuesto el trabajo en casa (*home office*). Esto a despecho de su menor o mayor pericia en el manejo de las tecnologías de la información, o de las mejores o peores herramientas de que dispongan para el efecto. Como sea, en este caso, el calendario y los horarios se difuminan e, inevitablemente, se traslapan las actividades de oficina con los quehaceres domésticos. Las madres trabajadoras alternan sus obligaciones laborales con el cuidado de sus hijos y de su hogar. Posiblemente, esta situación represente un privilegio y un tiempo de valioso aprendizaje para algunos; en tanto que para otros, se traduce en una excesiva carga de ansiedad.

En otros casos, han emergido la vergüenza y la culpa, indisociables, próximas, experimentadas de manera simultánea, generadas por una situación ocurrida en el pasado. La vergüenza habla de la apreciación que, tras un suceso dado, el individuo tiene de sí mismo, a partir de la percepción social de los otros. En tanto que la culpa puede aflorar por la sensación de haber incurrido en un comportamiento egoísta o de afectación a terceros. La primera puede darse en un individuo por no contar con las herramientas, habilidades u oportunidades necesarias para mantener su trabajo durante la contingencia y, en consecuencia, ser incapaz de mantener a su familia; así, quizá experimente vergüenza ante la sociedad. Esta situación puede acontecerles a trabajadores del

sector informal o muchos de los que prestan servicios o son patrones de PYMES, que regularmente carecen de reserva de capital para sortear la reducción drástica de sus ingresos por el cierre. Pero también a aquellos cuyas jornada laboral y salario se redujeron a la mitad, no así sus necesidades; o a los que fueron “descansados” (despedidos), ya de manera permanente, ya durante el tiempo que se prolongue la emergencia. Esos individuos, que hasta hace unos días pertenecían a la fuerza laboral del país, ahora sufren una inestabilidad económica, enfrentan una situación de improductividad, precariedad y desesperanza que permea su estado de ánimo, así como el de los integrantes de su familia.

Asimismo, la epidemia de COVID-19 y otras de sus derivaciones, como el aislamiento, las presiones económicas y la fragilidad en el tejido social, entre otras, han dado pie a la aparición de otros problemas de salud pública, detonados por situaciones de violencia que, además, provocan emociones nocivas para el organismo. Aquí hay que incluir el aumento en la violencia intrafamiliar en varios países de América Latina, pues el maltrato es heraldo, entre otras afecciones, de cuadros de depresión, dependencia y abuso de alcohol o drogas e intentos de suicidio.

Naciones Unidas registró un aumento de la violencia durante el confinamiento en Brasil, Colombia y México, y en este último, tan sólo durante el primer mes de encierro obligado, se incrementaron en un 70% las llamadas de auxilio por violencia familiar. Por su parte, el ministro chileno de Salud, Jaime Mañalich, señaló que hacer cuarentena en un lugar como Puente Alto, al sur de Santiago, barrio de bajos ingresos y elevadas tasas de hacinamiento en los hogares, representa un sacrificio que genera violencia intrafamiliar, grandes traumas y riesgos para la salud, sobre todo mental. Destacó también el caso de Providencia, donde, en el periodo, hubo un incremento del 500% en las denuncias por violencia intrafamiliar. En la fase de confinamiento obligatorio, el gobierno de Colombia informó de una subida del 142% en el número de llamadas para reportar hechos asociados a la violencia intrafamiliar, y en ella destaca Bogotá con el 42%, seguido de Antioquia con el 11%.

Por lo que se refiere a la violencia de género, las cifras en la región latinoamericana son desalentadoras. En Sudamérica, Bolivia es uno de los países con la prevalencia más alta de feminicidios, y sobresalen a este respecto Santa Cruz, La Paz, Chuquisaca y Cochabamba; su *ranking* del incremento de la violencia y tasa de infección por coronavirus es similar. La ONU ha informado que la cifra de feminicidios en Argentina se había duplicado. Sólo en los primeros 14 días del encierro, las llamadas para denunciar situaciones de violencia subieron un 39% y 18 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o exparejas en los 20 días iniciales. Por ello se echó a andar la iniciativa #BarbijoRojo, un código para pedir ayuda, ya que, según aclara Victoria Aguirre, representante de la ONG argentina MuMaLá, que lucha contra la violencia de género: “La cuarentena deja a miles de mujeres en un infierno, encerradas con un agresor al que le tienen más miedo que al coronavirus”. En San Pablo, Brasil, epicentro de los casos de COVID-19, las denuncias se elevaron en un 45%. La cuarentena para Chile no ha sido mejor, las llamadas al teléfono de ayuda del Ministerio de la Mujer crecieron un 70%. Allí se implementó la campaña “Mascarilla 19”, utilizada también en otros países, que consiste en una contraseña, al hacer un pedido de dicho producto a una farmacia, se da una señal de alerta por situación de riesgo. Y entre las secuelas del confinamiento, Perú ha debido contabilizar 12 feminicidios y 226 violaciones; de ahí que, tanto la Policía Nacional, como los camiones recolectores de desechos sólidos, cuyo papel esencial en la vida de la ciudad y su vínculo con las familias en cuarentena los habilita, se hayan transformado en vehículos informativos sobre los servicios de atención a la violencia doméstica. Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela también figuran en un triste “cuadro de honor” por la alta prevalencia de violencia de género y de feminicidios.

Es verdad que, en América Latina, el confinamiento ha ayudado a retrasar la propagación de la COVID-19, pero en contrapartida ha fomentado el incremento en los casos de maltrato a los menores de edad, que ahora están atrapados en forzada y larga convivencia con sus victimarios, escenario ideal para el agresor, porque su víctima

no está en contacto con otras personas que pudieran ayudarla. Si en Argentina hay gritos, jalones y golpes, en Bolivia, durante 37 días de cuarentena, hubo 43 casos de violaciones contra menores de edad.

En suma: el virus, las medidas sanitarias, las políticas públicas relacionadas, las situaciones indeseables y las emociones negativas son el caldo de cultivo perfecto para el estrés de la población. Visto de manera global, el estrés no es otra cosa que el resultado de la interacción entre el organismo y el contexto en el que éste se encuentra, que es evaluado por el propio individuo como una amenaza que sobrepasa sus recursos. Dicho de otro modo, lo relevante es la *percepción* que tiene el sujeto de un evento que se yergue frente a él, como pudiera ser la enfermedad, el confinamiento o la pérdida de fuente de ingresos, por mencionar algunos.

Y sigamos añadiendo: la angustia, la desesperación, la ansiedad, el miedo, el estrés y la depresión —como subproductos de esta pandemia y las estrategias de aislamiento—, así como las situaciones inéditas que parte de la sociedad debe enfrentar —pérdida de empleo o merma financiera— son factores de riesgo que actúan de manera acumulativa para aumentar la propensión de una persona al comportamiento suicida. Es decir, la muerte que resulta, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo que producirá dicho resultado. Entre ciertas poblaciones de México el suicidio se percibe como un comportamiento (autodestructivo) no intencional de la persona, cuya capacidad volitiva ha sido arrebatada por el Mal, en un momento de vulnerabilidad. En algunas áreas mayas, también de México, se le identifica como una “epidemia” que puede contagiar a la población, si no se le protege debidamente.

Más de 800000 personas mueren en el mundo por suicidio cada año, pero el coronavirus ha incrementado los factores de riesgo, sin que las autoridades de salud programen o instrumenten medios para orientar cotidianamente a la población sobre este problema y los factores protectores. El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años de edad, debido a los

cambios biológicos, psicológicos y sociales que experimentan. Entre 2010 y 2014 ésta fue la tercera causa de muerte en las Américas entre las personas de 10 a 44 años. Los detonantes que señalan con frecuencia los medios de información son las altas tasas de desempleo, las situaciones de violencia doméstica, así como otros generados por el confinamiento, a los que se designa como momentos “idóneos” para dar curso a la depresión, la ansiedad, la excesiva exposición a los medios y redes sociales y la sensación de improductividad.

A pesar de las repetidas instancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para informar sobre los casos de suicidios, el reporte de este tipo de acontecimientos es limitado. Pero la coyuntura de la pandemia y sus secuelas ha propiciado que la información sobre suicidios sea más pródiga y recurrente. Uruguay, nación con una de las tasas de suicidios más altas de América Latina, con 18.4 por cada 100000 habitantes y sólo superado por Surinam y Guyana, anunciaba su temor a los efectos del confinamiento, en razón de la “epidemia de depresión y trastornos por ansiedad” que de por sí vive el país. La prensa boliviana registró al menos dos suicidios en el país, por la falta de alimentos. En Montero, una niña de 12 años se quitó la vida a causa del hambre; “me quiero morir”, le dijo a su madre, luego de dos días sin probar comida. Panamá, con tres suicidios por cada 100 mil habitantes o un suicidio cada tres días, temía que la cuarentena acabara por convertirse en el “gatillo final que dispara la idea suicida”. De modo que habilitó la línea telefónica 169, para atender casos de ansiedad y depresión.

En México, durante los primeros días de confinamiento, hubo un aumento del 55% en las llamadas por depresión profunda o tendencia suicida. Pero también puede hablarse de un “efecto contagio” producido por la prensa, puesto que se ha demostrado que el grado de publicidad que reciba un suicidio está directamente relacionado con el número de intentos y de casos de autoeliminación. En el periodo de emergencia, hubo tres publicaciones periódicas que notificaron casos similares o idénticos: los de varones en edad productiva, infectados por

coronavirus, que atentaron contra sus vidas lanzándose al vacío desde lo alto del hospital donde eran atendidos. El 22 de abril de 2020, se dio a conocer el caso de un joven de 29 años de edad, que intentó arrojararse de la azotea del Hospital General Enrique Cabrera, en la Ciudad de México. El 4 de mayo, doce días después, la prensa hidalguense publicitó el suicidio de un hombre de 52 años, de Mixquiahuala, Hidalgo, que se precipitó desde el tercer piso del Hospital Regional Tula-Tepeji. Y justo transcurridos otros doce días, el 16 de mayo, se supo de otro varón, de 48 años, que saltó por uno de los cubos interiores del Hospital General de Tula de Allende, Hidalgo. Éste no murió, pero sufrió varias fracturas y al intentar regresar al nosocomio ya no fue atendido, pues el personal alegó que debía sanitizar el inmueble. Sus familiares lo trasladaron a otra clínica, en Tezontepec de Aldama, donde tampoco lo recibieron. Flota la duda de si lo rechazaron por ser un paciente contagiado de COVID-19 o por ser suicida frustrado, pues esto último, entre algunos, todavía comporta una carga moral e ideológica negativa.

Hoy día, al tiempo que las instituciones de salud pública han preparado a la población para protegerse de la COVID-19, que han enseñado el correcto lavado de manos, la desinfección con alcohol y el uso de mascarillas, en algunas áreas del mundo maya lo que se previene es la “epidemia” de suicidio y se procura espantar al Mal. Echan mano para ello de hierbas aromáticas, como la ruda y la albahaca, queman inciensos, limpian los espacios con agua bendita y cierran los sitios por donde aquel podría salir y llevarse a otros. Son dos universos distintos, que contrastan fuertemente en cuanto a creencias y tecnología, pero al menos en el segundo sí se tiene en cuenta y se intenta atajar una de las “otras” mortales pandemias que nuestra modernidad no ve.

Sin soslayar la presente emergencia sanitaria, hay que poner los reflectores también sobre ellas, esos flagelos olvidados del siglo XXI. Hacen falta estrategias emergentes en la agenda de las políticas públicas; medidas de prevención universal y selectiva, para contrarrestar los factores de riesgo de la población y también estrategias de intervención. Es prioritario concientizar a las instituciones gubernamentales y sanitarias sobre el aumento del

estrés y la depresión entre la población. Y hay que tratar al suicidio como otro asunto de salud pública, ya que el comportamiento suicida, en tanto problema epidemiológico-social, es totalmente prevenible.

OBRAS BÁSICAS DE REFERENCIA

Durkheim, Emile, *El suicidio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1983. Nuestros Clásicos 39.

INEGI, “Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), datos nacionales”, Comunicado de prensa núm. 455/19, México, 2019.

Zavala Zavala, José, “Estrés y *burnout* docente, conceptos, causas y efecto”, *Educación*, vol. xvii, núm. 32, 2008.

Organización Mundial de la Salud, *La depresión*, 2012, recuperado el 30 de enero de 2020. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>