

Octavio Márquez Mendoza es médico-cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), maestro en Administración de Instituciones de Salud por la Universidad Lasalle de México, doctor en Ciencias con especialidad en Bioética por la UNAM, doctor en Humanidades con especialidad en Ética por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex) y médico especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A.C. y el Hospital Central Militar de la Ciudad de México. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México (SNI) Nivel I.

La comprensión científica o humana de las catástrofes se puede hacer desde la perspectiva teórica o de la práctica vivida en dichas situaciones dramáticas. A nivel teórico se alude a los desastres antes, durante y después de que se producen.

Si hubiera que hacer un breve recorrido entre los escritos oficiales elaborados individual o colectivamente por Octavio Márquez Mendoza sobre los desastres, habría que iniciarlo con las *Notas para la Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG* (1986) y habría que finalizarlo con el libro *Desastres*.

El primer capítulo del libro está dedicado a los desastres naturales, mientras que el segundo a las voluntades anticipadas o testamento vital, el tercer y último capítulo presenta los pros y las contras de la práctica de la eutanasia. Por tanto, los desastres, las voluntades anticipadas y la eutanasia forman un todo en el pensamiento en torno a momentos críticos de la vida.

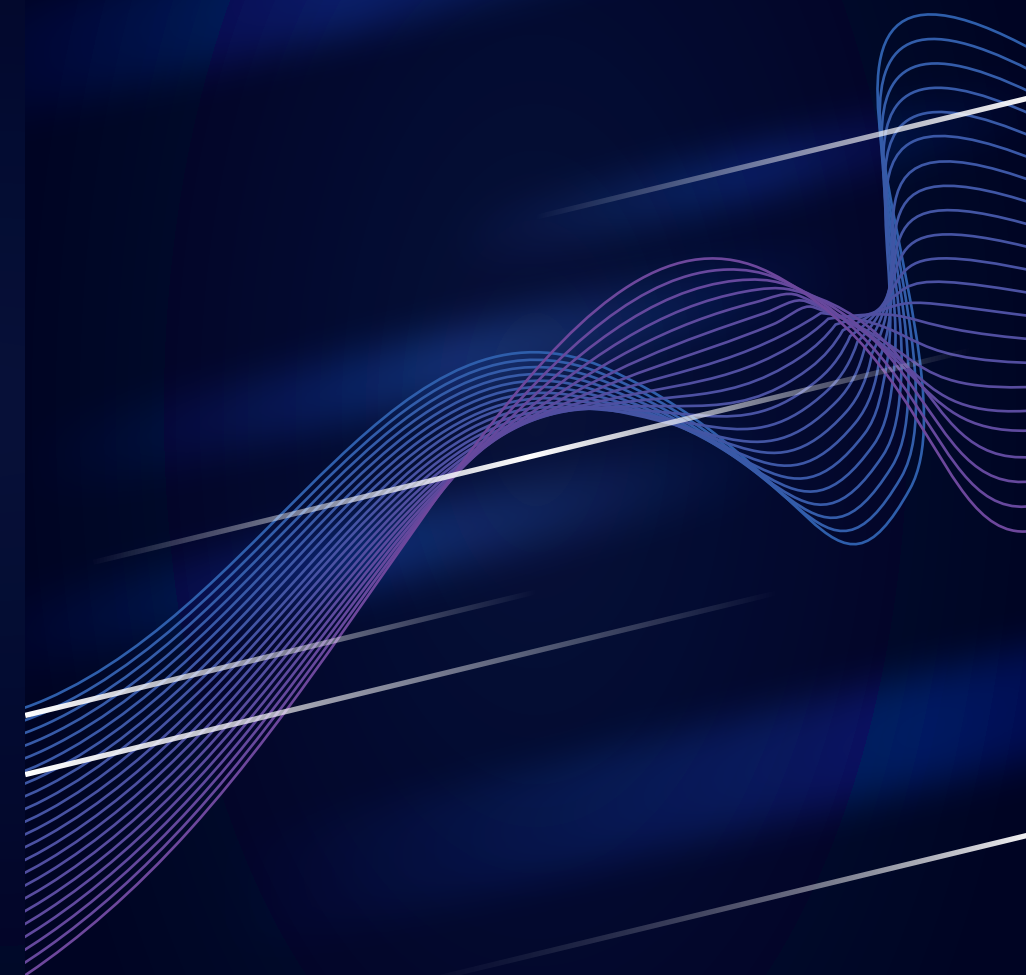
**Ta**  
EDITORIAL  
TORRES  
ASOCIADOS

Octavio Márquez Mendoza

Obras completas II  
Desastres, voluntades anticipadas y bioética  
Acciones, reacciones e intervención psicológica

## Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética Acciones, reacciones e intervención psicológica

Octavio Márquez Mendoza



Edición, prólogo, introducción, selección y notas de  
Miguel-Héctor Fernández-Carrión

*Obras completas de Octavio Márquez Mendoza*

*I Bioética, neurociencia y salud mental*  
*II Desastres, voluntades anticipadas y bioética. Acciones, reacciones e interrelación psicológica*

Próximos volúmenes

*III Educación, responsabilidad social universitaria y bioética*  
*IV Pena de muerte, derechos humanos y bioética*

**OBRAS COMPLETAS**

**II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS  
Y BIOÉTICA**

***ACCIONES, REACCIONES E INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA***



**OBRAS COMPLETAS**

**II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS  
Y BIOÉTICA**

***ACCIONES, REACCIONES E INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA***

**Octavio Márquez Mendoza**

**Edición, prólogo, introducción, selección y notas de  
Miguel-Héctor Fernández-Carrión**

Primera edición: 2019

© Octavio Márquez Mendoza

© Miguel-Héctor Fernández-Carrión

© Editorial Torres Asociados

Coras, manzana 110, lote 4, int. 3, Col. Ajusto

Delegación Coyoacán, 04300, México, D.F.

Tel/Fax 56107129 y tel. 56187198

editorialtorres@prodigy.net.mx

Edición conjunta con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina del Centro de Investigación y de Estudios de América Latina, México A.C. y el Instituto de Estudios Históricos y Económicos con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid

[www.cieal.org](http://www.cieal.org)

El contenido total de este libro fue sometido a dictamen en el sistema de pares ciegos. La dictaminación estuvo a cargo de profesores de la Universidad Europea, Madrid

Esta publicación no puede reproducirse toda o en partes, para fines comerciales, sin la previa autorización escrita del titular de los derechos

Obras completas de Octavio Márquez Mendoza

ISBN: 978-607-7945-96-3

II Desastres, voluntades anticipadas y bioética. *Acciones, reacciones e intervención psicológica*

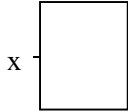
ISBN: 978-607-7945-97-0



# ÍNDICE

Prólogo

**Desastres, voluntades anticipadas y bioética. acciones, reacciones e intervección psicológica**



Introducción

**Desastres, voluntades anticipadas y bioética**

x

I Introducción

*I.I Apreciación filosófica y psicológica de la condición y la mente humana*

*I.II Panorámica bibliográfica sobre sismos*

II Cálculo de prospectiva de sismos

*II.I Indicadores de riesgo y de gestión de riesgos de desastres*

III Desastres naturales

*III.I Breve historia de los desastres naturales en México*

*III.II Características geológicas de México*

*III.III Temblores de septiembre de 2017 en México*

*III.III.I Aspectos generales y peculiaridades de los temblores de septiembre de 2017*

*III.III.II Sismo del 7 de septiembre de 2017*

*III.III.III Sismo del 19 de septiembre de 2017*

*III.IV Sismo del 19 de septiembre de 1985 en México*

*III.IV.I Introducción al temblor de 1985*

*III.IV.II Antecedentes al temblor de 1985*

*III.IV.III Sismo del 19 de septiembre de 1985*

*III.V Diferencias entre los sismos de 1985 y 2017 en México*

*III.V.I Memoria del miedo pasado, en torno a los temblores de 1985 y 2017*

IV Problemáticas del desastre: Características geológicas del suelo, legislación de construcción, protocolos de emergencias, actuación gubernamental y psicología individual y colectiva

*IV.I Beve introducción a la problemática general de los desastres*

*IV.II Características geológicas del suelo*

*IV.III Legislación de construcción*

- 
- IV.IV *Problemática de construcción arquitectónica y urbanística*
  - IV.V *Protocolos de emergencia*
  - IV.VI *Actuación gubernamental y ayuda internacional*
  - IV.VII *Política pública y los desastres naturales*
  - IV.VIII *Apoyo al desastre: voluntarios, recatistas, ayuda internacional y solidaridad ciudadana*
  - IV.VIII.I *Voluntarios y recatistas*
  - IV.VIII:II *Juventud ante los desastres naturales*
  - V *Realidades vividas por los damnificados*
  - V.I *Normalidad anormal*
  - VI *Tratamientos de salud tras un desastre natural*
  - VII *Psiquiatría y psicología: Síntomas del desastre y salud mental*
  - VII.I *Apoyo psicológico y social en los desastres*
  - VII.II *Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*
  - VII.III *Análisis de la experiencia traumática en México, tras el sismo de 1985*
  - VIII *Vulnerabilidad*
  - IX *Bioética aplicada ante un desastre natural*
  - X *Bioética y voluntades anticipadas*
  - XI *Apéndice*
  - XI.I *Desastre del 19 de septiembre de 1985 en ciudad de México*
  - XI:II *Huracanes e inundaciones en Tampico, México 4 al 30 de septiembre de 1955*
  - XI.III *Inundación de Brisbane, Australia 27 de enero de 1974*

## **CAPÍTULO I**

### **DESASTRES NATURALES**

#### **1. Desastres naturales y repercusiones psicológicas. ayuda psicológica en condiciones de desastres naturales**

- 1.1 *Introducción*
- 1.2 *Los desastres*
  - 1.2.1 *Los desastres: fenómenos naturales o acciones humanas*
  - 1.2.2 *Los tipos de desastres*
  - 1.2.3 *Etapas de desarrollo en los desastres*
  - 1.2.4 *Los tres tipos de síndrome en los desastres*

x

x



1.2.5 *Reacciones emocionales típicas en la situación de desastre*

1.2.6 *Algunas reacciones sociales e institucionales en los desastres*

1.3 Los desastres en México

1.3.1 *Los sismos de septiembre de 1985*

1.3.1.1 *Los efectos de los sismos de 1985*

1.4 Conclusiones básicas sobre las ayudas humanitarias y de salud en momentos de desastres



## 2 **Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre**

x

2.1 ¿Cuáles son los objetivos y características de las intervenciones en crisis?

2.2 ¿Cuáles son los puntos medulares para la ayuda psiquiátrica y psicoterapéutica en situaciones de crisis?

2.3 ¿Cómo ayudar a salir de una crisis?

2.4 ¿Cuáles son las recomendaciones para la atención psicológica y psiquiátrica?

2.5 ¿Qué es el duelo?: características y tratamiento

2.6 ¿Cuáles son los aspectos básicos para ayudar a niños sujetos de desastres?

2.6.1 *Los niños ante un desastre natural*

2.6.2 *Cómo comprender al niño*

2.6.3 *Los temores y angustias de los niños*

2.6.4 *Consejos a los padres*

2.7 Conclusiones

## 3 **Primeros auxilios psicológicos en momentos de desastres**

x

3.1 ¿Cuáles son los principios generales de los primeros auxilios?

3.2 ¿Qué entendemos por primeros auxilios psicológicos?

3.3 ¿Cuál es la organización mínima requerida para remediar las situaciones de desastre?

3.4 ¿Cuáles son las acciones de las instituciones ante los desastres?

3.5 ¿Cuáles son las etapas de un programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre?



- 3.6 ¿Qué se recomienda para la orientación y educación de la comunidad en situación de desastre?

8

- 4 **La organización y medio para remediar las situaciones de desastre**
- 4.1 Las acciones para remediar la situación de desastre
- 4.2 Las acciones de las instituciones públicas ante los desastres
- 4.3 Etapas del “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”
- 4.4 Las acciones de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo
- 4.4.1 *Experiencias de la clínica AMPAG*
- 4.4.2 *Propuestas de la clínica AMPAG*
- 5 **Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre**
- 5.1 La organización de la institución en condiciones de desastre
- 5.2 Objetivos de la organización de la institución de salud en situaciones de desastre
- 5.3 Guía para estructurar la organización de una institución con servicios de salud mental en condiciones de desastre
- 5.3.1 *Coordinación con los medios de comunicación*
- 5.3.2 *Subcomisión de ayuda psicológica*
- 5.3.3 *Equipo de recepción y evaluación*
- 5.3.4 *Unidad de derivación interna*
- 5.3.5 *Unidad de trabajo social*
- 5.3.6 *Equipo de atención en la institución*
- 5.3.7 *Unidad de derivación a centros especializados*
- 5.3.8 *Equipo de atención en albergues*
- 5.3.9 *Subcomisión de apoyo al trabajo institucional*
- 5.3.10 *Equipo de cursos de capacitación*
- 5.3.11 *Equipo de organización de grupos autogestivos de liberación de ansiedades para terapeutas*
- 5.3.12 *Equipo de coordinación con otras instituciones*
- 5.3.13 *Equipo de instalación de unidades periféricas*
- 5.3.14 *Equipo de información telefónica*
- 5.4 Recomendaciones para la atención psicológica y

x

x

	psiquiátrica	
5.5	Recomendaciones para la orientación y educación de la comunidad	
6	<b>Programa de psicoterapia breve</b>	x
6.1	Introducción	
6.2	Psicoterapia breve	
6.3	Técnicas de terapia breve	
6.4	Aspectos importantes de la intervención en crisis	
6.5	El reporte de trabajo terapéutico	
7	<b>Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas</b>	x
7.1	Propuesta inicial de trabajo de psicoterapia breve para brigadista	
7.2	Lineamientos generales de trabajo para el “Programa AMPAG-UNICEF_CREA”	
7.3	Reporte de trabajo terapéutico AMPAG-UNICEF-CREA	
8	<b>Psicología del rumor y los desastres naturales</b>	x
8.1	Introducción	
8.2	Consecuencias directas materiales y mentales de los desastres naturales	
8.2.1	<i>Algunas consecuencias del impacto emocional</i>	
8.3	Rumor	
8.3.1	<i>Manipulación del rumor de Frida Sofía en el temblor de 2017</i>	
8.4	Catástrofes, conductas y emociones colectivas	
8.5	Psicología del rumor	
8.5.1	<i>Principales elementos psicológicos del rumor</i>	
9	<b>El programa para la ayuda psicológica en condiciones de desastre (27 de septiembre de 1985)</b>	x
9.1	Antecedentes	
9.2	Primera reunión	
9.3	Organización	
9.4	Trabajo en la comunidad	
9.5	Instrumentos de trabajo	
9.6	Comunicación	

9.7 Boletín informativo

9.8 Propuestas

10 **Informe presentado en la reunión  
interinstitucional del 5 de noviembre de 1985**

x

10.1 Introducción

10.2 Atención y asesoría a grupos de trabajo

10.3 Capacitación, supervisión y difusión

10.4 Atención en la clínica

10.5 Conclusiones y recomendaciones obtenidas de las experiencias de la primera fase del “Programa AMPAG”

**CAPÍTULO II**

**VOLUNTADES ANTICIPADAS**

x

11 **Voluntad anticipada y bioética: teoría, y  
práctica**

x

11.1 Introducción

11.2 Bioética

*11.2.1 Principios de bioética*

*11.2.2 Objetivos de la bioética*

11.3 Voluntad anticipada

*11.3.1 Introducción a la voluntad anticipada*

*11.3.2 Definición*

*11.3.3 Origen*

*11.3.4 Desarrollo teórico*

11.4 Declaración universal sobre bioética y derechos humanos

*11.4.1 Artículo 1. Alcance*

*11.4.2 Artículo 2. Objetivos*

11.5 Conclusiones

12 **Reflexión en torno a los argumentos a favor y  
en contra de las voluntades anticipadas: la  
perspectiva de Juan Carlos Siruana**

x

12.1 Introducción

12.2 Argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas

*12.2.1 Principio de autonomía*

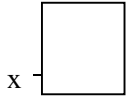
*12.2.2 Principios de no maleficiencia y beneficencia*

*12.2.3 Principio de justicia*

12.3 Conclusiones



13 **La mortalidad y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación**



13.1 Introducción

13.2 Metodología

13.3 Resultados

*13.3.1 La mortalidad en México y en el Estado de México*

*13.3.2 La legislación de voluntades anticipadas en el Estado de México*

13.4 Discusión y conclusiones

14 **Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: singularidades y perspectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital general “Lic. Adolfo López Mateos” del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid**

x

14.1 Antecedentes sobre el final de la vida

14.2 Enfoque y repercusión en España

14.3 Enfoque y repercusión en México

*14.3.1 Acotación: Testamento vital, Toluca-Madrid*

*14.3.2 Hipótesis*

*14.3.3 Objetivo general*

*14.3.4 Objetivos específicos*

*14.3.5 Metas*

*14.3.6 Metas de formación de recursos humanos*

*14.4.7 Metodología*

*14.4.8 Integrantes del cuerpo académico de Bioética y salud mental*

*14.4.9 Infraestructur disponible*

15 **Voluntad anticipada: una investigación por profesionales de la salud**

x

15.1 Introducción

15.2 Método

*15.2.1 Tipo de estudio*

*15.2.2 Participantes*

15.2.3 *Instrumento*

15.2.4 *Procedimiento*

15.3 Resultados

15.4 Discusión

15.5 Conclusiones

**16 Intervención en los conocimientos y actitudes hacia el documento de voluntad anticipada en estudiantes de Medicina**

x

16.1 Introducción

16.2 Concepción, difusión y legislación sobre voluntades anticipadas en España y México

*16.2.1 Documento de voluntades anticipadas (DVA)*

*16.2.2 Legislación en México sobre voluntades anticipadas*

*16.2.3 Difusión del DVA*

*16.2.4 Personal de salud y DVA*

*16.2.5 Intervención en conocimientos y actitudes*

16.3 Método

16.4 Resultados y discusión

16.5 Conclusiones

**CAPÍTULO III**

**EUTANASIA: PROS Y CONTRAS**

x

**17 Paradojas en la eutanasia**

x

17.1 Introducción

17.2 Breve historia de la eutanasia

17.3 Cuidados paliativos

17.4 Eutanasia

*17.4.1 Eutanasia voluntaria*

*17.4.2 Eutanasia no voluntaria*

*17.4.3 Eutanasia involuntaria*

**18 La eutanasia y el derecho a una muerte digna**

x

18.1 Introducción a la eutanasia y el derecho a una muerte digna

18.2 Eutanasia y la iglesia católica

18.3 Eutanasia y la escuela laica

18.4 Posiciones frente a la eutanasia

*18.4.1 Razones en contra de la eutanasia*

*18.4.2 Razones a favor de la eutanasia*

18.5 La eutanasia y la ley

18.6 Terminología

18.7 Conclusiones

18.7.1 *El consenso democrático*

18.7.2 *La dignidad de la vida humana*

18.7.3 *La autonomía personal*

18.7.4 *El papel del médico*

**19 Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinariedad**

x

19.1 Introducción

19.2 Transdisciplinariedad

19.3 Eutanasia y transdisciplinariedad

19.4 Reflexiones finales

**Bibliografía general sobre el contenido de los capítulos del libro**

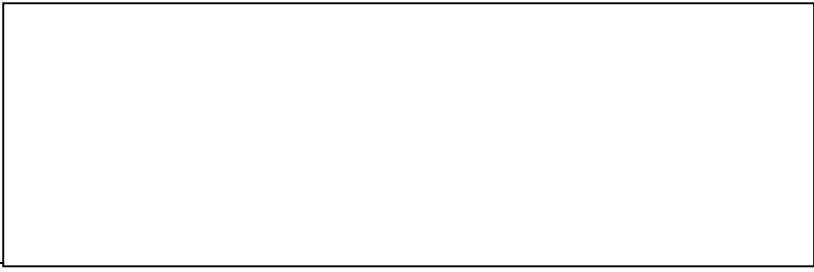
x

**Bio-bibliografía del autor**

x

**Nota autobiográfica del editor (*autor de la edición*)**

x



Prólogo

**DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA  
ACCIONES, REACCIONES E INTERVENCIÓN  
PSICOLÓGICA**

## **I Desastres**

Los desastres naturales son fenómenos imprevistos que repercuten en la vida humana de forma perdurable, causando daños biológicos y económicos de mayor o menor cuantía, dependiendo estos del grado y tipo del temblor..., condiciones geológicas y estado de vulnerabilidad de la población afectada, en un tiempo y espacio determinado.

La comprensión científica o humana de las catástrofes se puede hacer desde la perspectiva teórica o de la práctica vivida en dichas situaciones dramáticas. A nivel teórico se alude a los desastres antes, durante y después de que se producen. Cuando se trabaja sobre la situación previa a iniciarse, se hace analizando en general sobre las posibles causas y consecuencias o también se puede elaborar protocolos de actuación a priori o a posteriori de darse el suceso. Mientras que en el período comprendido en el tiempo durante el cual se está desarrollando se trabaja principalmente desde los medios de comunicación, informando de la situación en la que se encuentra la población en cada momento y la actuación recomendable para voluntarios, recatistas y ciudadanía en su conjunto en el proceso de apoyo a los damnificados. Y, a posteriori, es la que comprende mayor recursos escritos y hablados sobre los hechos narrados desde el periodismo, la política y la investigación científica.

Los medios de comunicación periódica la subdiviremos en dos grupos diferenciados: la prensa social que tomará partido a favor de la actuación destacada realizada por parte de la población solidaria, mientras que la prensa política y los propios políticos aludirán a la posible “actuación de la administración” en estos casos.

Científicamente se analizará los determinanes de la situación geológica, disposición arquitectónica, vulnerabilidad de la población, etc. que repercutieron en la conformación de una mayor



o menor gravedad del temblor en un espacio geográfico determinado; asimismo, estudiarán los factores psicológicos, además de otros aspectos económicos, sociológicos, etc. que han provocado el suceso sobre la población, y que dan pie a la elaboración de nuevos protocolos de actuación ante los sismos. Todo este aspecto científico lo tiene en consideración Fernández-Carrión para la elaboración de la presente “Introducción” subtitulada “Desastres, voluntades anticipadas y bioética”. Mientras que a nivel práctico trabaja Octavio Márquez Mendoza a lo largo del primer capítulo intitulado “Desastres naturales”.

Si hubiera que hacer un breve recorrido entre los escritos oficiales elaborador individual o colectivamente por Octavio Márquez Mendoza sobre los desastres, habría que iniciarlo con las *Notas para la Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG*, efectuadas por Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez, Irene Lenz (enero, 1986a); le sigue, la “*Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre (Guía)*”, de Octavio Márquez Mendoza (compilador, abril, 1986b); un mes más tarde, elabora el “*Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto (Manual)*”, en conjunto con Magdalena Juárez, Irene Lenz (mayo, 1986c); a finales de junio hacen pública Octavio Márquez Mendoza y Magdalena Juárez la ponencia<sup>1</sup> titulada “Intervención en la comunidad de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo –AMPAG–, después de los sismos de septiembre de 1985. Experiencias y proposiciones” (30 junio al 2 de julio, 1986d); unos años más tarde, en 1990, José A. Carrillo Carrillo y Octavio Márquez Mendoza presentan el “Manual de procedimientos”, todos ellos desarrollados en AMPAG, y por último, en 1993, Octavio Márquez Mendoza (edición) publica el libro los *Desastres*.

Tanto en la *Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG* (1986b) como en el “*Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto (Manual)*” (1986c) y en el libro *Desastres* (1993), se incluye una selección de textos que fueron empleados como

---

<sup>1</sup> En el Simposio Internacional “Reconstrucción, prevención, intervención e investigación. Aspectos psicosociales de la catástrofe”, promovido por el

referentes teóricos directos por AMPAG en la práctica psicoterapéutica aplicada a los damnificados del desastre del 85 en ciudad de México. Entre estos trabajos destacan las “Medidas de seguridad para sobrevivir en un terremoto” de la American Red Cross; las “Sugerencias para la ayuda psicológica en situación de crisis, para familiares, amigos de damnificados y personal de salud”, incluidas en el *Principles of Preventive Psychiatry* de Gerald Caplan; “La ayuda para víctimas del desastre y para eventualidades entre el personal asistencial”, del *Handbook of Psychiatric Emergencies*; el “Tratamiento de duelo” de David Greener y “El terremoto” de San Fernando Valley Child Guidance Clinic, difundido por American Red Cross. Estos textos y sus respectivas adaptaciones se aprecian indicadas de forma pormenorizada en el capítulo primero al noveno de la tercera parte de *Desastres* (1993).

En el primer capítulo del libro, se comienza presentando un subcapítulo centrado en los “Desastres naturales y las repercusiones psicológicas. Ayuda psicológica en condiciones de desastres naturales”, que es un extracto del contenido recogido en la “Guía de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre” (1986a)... y el “Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto” (1986b), elaborados por Octavio Márquez et al. en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), como referente escrito del trabajo realizado por dicha institución durante los desastres de 1985 en la ciudad de México. En este texto conjunta un apartado teórico sobre la concepción y la tipología de los desastres, así como la incidencia psicológica de estos sobre la población, e igualmente alude a la práctica de psicoterapia aplicada en el temblor del 85.

Le sigue la práctica aplicada con las “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre”; en el que trata de razonar y expone los tipos y características de las intervenciones recurridas en crisis.

En tercer lugar, se expone los “Primeros auxilios psicológicos [aplicables] en momentos de desastres”. Seguidamente, presenta “La organización y medios [programas] para remediar las situaciones de desastres”; así como también lo hace en el siguiente apartado al referirse a la “Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre”, ambos temas son útiles para la conformación de las organizaciones para hacer frente a futuros sísmos (estructuras que fueron reorganizadas de acuerdo a su idoneidad en la práctica). En sexto

lugar, centra el tema en torno al “Programa [teórico y las técnicas] de psicoterapia breve”; en el apartado posterior propone en particular el “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas”. En octavo lugar, se alude a un tema colateral a los temblores, pero que tiene repercusión en el ánimo de la población, como es la “Psicología del rumor y los desastres naturales”.

En noveno lugar, Octavio Márquez presenta “El programa para la ayuda psicológica en condiciones de desastre” aplicada en AMPAG pocos días después de producirse el sismo del 85, es por tanto un programa testimonial de la actividad psicoterapéutica aplicada in situ a la población de ciudad de México y por último, se incluye el “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre”, donde se presenta un resumen (con empleo de gráficos) de la intervención psicoterapéutica en el temblor de 1985.

## II Voluntades anticipadas

La vida es el fundamento de la existencia y la muerte es el complemento o el fin de la existencia, pues no hay vida que no ultime con el fallecimiento. Sobre el sentido que adquiere la vida y la muerte en la existencia humana, se ha escrito desde la antigüedad, aunque el concepto de las voluntades anticipadas o testamento vital (living will), tiene su origen en la mitad del siglo XX, atribuido a Luis Kutner<sup>2</sup>, quien en 1969 publica “Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal”<sup>3</sup>. Previamente, tras la segunda guerra mundial, durante los juicios de Nürenberg, se establece el código de Nürenberg, en 1947, a favor del consentimiento informado de los interesados. Posteriormente, diez años más tarde, con el caso Salgo vs. Stanford comienza a emplearse el término, cuando se reconoce el derecho del enfermo a la “calidad” de información aportada por parte del médico (Betancor, 1995: 98)<sup>4</sup>.

La función social del testamento vital es reconocida, por

---

2 Luis Kutner (1908-1993) abogado en Chicago, cofundador con Peter Benenson de Amnistía Internacional, en 1961, nominado para el Premio Nobel de la Paz, en 1972.

3 En *Indiana Law Journal*, vol. 44, 549.

4 Juana Teresa Betancor “El testamento vital”, *Eguzkilore. Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, No. 9, 97-112.

primera vez, con la publicación de la “Carta de derechos del paciente” (Patient’s Bill o Rights), por la Asociación Americana de Hospitales, en 1973, y legalmente es sancionada, inicialmente, en 1976, a partir del caso de Karen Quinlan, a través de la “Natural Death Act”, en el Estado de California.

El testamento vital consta de una voluntad anticipada propia para cualquier ciudadano que prevé el tratamiento o el proceso a seguir por los médico(a)s y enfermera(o)s que lo van a tratar en situación crónica, terminal o al final de su vida. Estas intenciones de voluntad anticipada estarán recogidas en un documento realizado oficial o/y público para poder aplicarse en su momento y será llevado a cabo por los médicos y las enfermeras que le asistan al final de su vida o en situación terminal (Fernández-Carrión, 2017: 60)<sup>5</sup>.

En el segundo capítulo dedicado a las “Voluntades anticipadas”, se inicia con el undécimo subcapítulo que trata sobre la “Voluntad anticipada y bioética. Teoría y práctica”, centrado principalmente en la comprensión teórica de la bioética y las voluntades anticipadas. Le sigue, una “Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: [desde] la perspectiva de Juan Carlos Siruana”. En el decimotercero subcapítulo, se trata sobre el análisis práctico y estadístico de “La mortalidad y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: Análisis sobre los alcances para su operación”. Le sigue un estudio comparativo de esta realidad del testamento vital presente en hospitales e instituto de ética clínica en Toluca y en Madrid, respectivamente, bajo el título de “Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital general “Lic. Adolfo López Mateos” del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”. En el decimoquinto subcapítulo, se centra de nuevo en el estudio de la “Voluntad anticipada: una investigación [exclusiva] por profesionales de la salud” en el Centro médico “Lic. Adolfo López Mateos” de Toluca. Y le prosigue el último subcapítulo de este segundo capítulo dedicado a la “Intervención en los conocimientos

---

5 Miguel-Héctor Fernández-Carrión “Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento vital”, Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al, Barcelona-México, Editorial Gedisa y Universidad Autónoma del Estado de México, 59-80.

y actitudes hacia el documento de voluntad anticipada en estudiantes de Medicina”.

---

### III Eutanasia

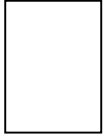
La eutanasia es una práctica médica que cuenta con detractores y defensores a ultranza, es difícil encontrar posiciones intermedias y neutrales; como resultado de los criterios religiosos, morales costumbres culturales imperantes en la persona que debe aplicarla, analizarla o valorarla.

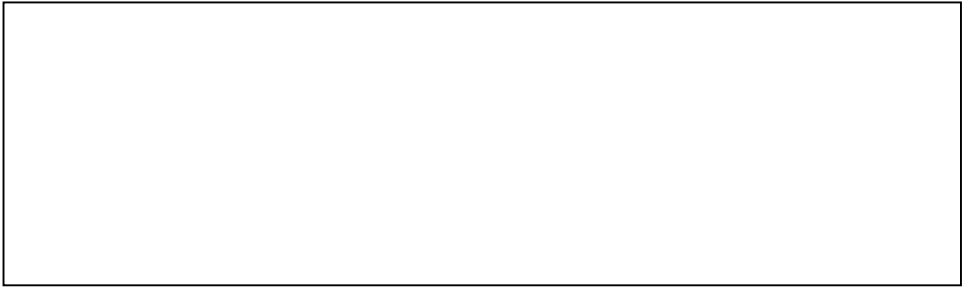
De esta forma, en el tercer capítulo se trata sobre la “Eutanasia: pros y [especialmente] contra”, con el decisexto apartado intitulado “Paradojas en la eutanasia”, donde se presenta una breve historia y la conceptualización de la eutanasia y se centra el tema en torno a los cuidados paliativos. Le sigue “La eutanasia y el derecho a una muerte digna” desde la perspectiva contraria de la iglesia católica y la “escuela laica”. Y, por último, en el decinovenno subcapítulo se presenta “Una reflexión sobre la eutanasia desde la [perspectiva de] la transdisciplinariedad”, entendido este método como la conjunción de saberes en torno al final de la vida.



## **INTRODUCCIÓN**

# **DESASTRES, VOLUNTANDES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA. ACCIONES, REACCIONES E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**





Introducción

## DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

“Desastres naturales y el dolor humano”

Quando llegue a Curacautín/ estaba lloviendo ceniza/ por la voluntad de los volcanes./ Me tuve que mudar a Talca/ donde había crecido tanto/ los ríos tranquilos de Maule/ que me dormí en una embarcación/ y me fui a Valparaíso.

En Valparaíso caían/ alrededor de mí las casas/ y desayune en los escombros/ de mi pérdida biblioteca/ entre un Baudelaire sobrevivido/ y un Cervantes desmantelado(...).

Pablo Neruda, “Desastres...”, *Corazón amarillo*, 1974: 25

### I Introducción

#### ***1.1 Apreciación filosófica y psicológica de la condición y la mente humana***

Hannah Arendt en *La condición humana* establece una dicotomía entre la esfera pública y la privada; la pública la equipara con “lo común” mientras que la privada la vincula con “la propiedad” [íntima] (2016: 37-73); en cambio, en el apartado dedicado a “lo social y lo privado” establece una relación entre la propiedad privada y su interés público y en este caso alude al llamado “cuerpo político” y “cuerpo humano” (2016: 73-78); pero por encima de la simple consideración de la existencia de una vinculación entre lo social y lo público con lo privado, en la naturaleza también se puede producir, de forma espontánea, a través de los desastres naturales<sup>6</sup>, un proceso de conjunción entre ambas esferas, repercutiendo y destruyendo por igual el ámbito público y el privado, dependiendo de las condiciones geológicas y arquitectónicas existentes en el primero y física y emocionales y de vulnerabilidad en el segundo.

Desde otra perspectiva Bruner atiende a dos modalidades de funcionamiento cognitivo, formas de conocer o tipos de pensamientos: paradigmáticos o lógicos-científicos y los narrativos, todos los cuales no actúan de igual forma ante el impacto de un desastre sobre un sujeto como sobre un colectivo; lo hace especialmente sobre la segunda que sobre la primera, pues esta última

---

<sup>6</sup> La muerte y la revolución, por ejemplo, produce el mismo proceso equiparador de igualdad indiscriminada.



se ocupa de las intenciones y acciones humanas y de las vicisitudes y consecuencias que marcan su transcurso. Trata de situar sus milagros atemporales [y sus vivencias diarias] en los sucesos de la experiencia y de situar la experiencia en el tiempo y espacio [específicos vividos] (Bruner, 1996: 25).

Por ello, Bruner dirá que la “realidad mental” conlleva una infinidad de “mundos posibles”, principalmente a partir de la modalidad narrativa, pues como señala en el subtítulo de su libro titulado *Realidad mental y mundos posibles* “los actos de la imaginación dan sentido a la experiencia” (Bruner, 1996). Pero estas dos modalidades de pensamiento, se puede vincular igualmente con la dualidad existente entre el pensamiento o estado racional y el estado irracional. Todo lo cual es consecuencia -como apunta el sociólogo Max Weber en *Economía y sociedad* (2004)-, de la concepción que se tiene del mundo moderno desde la perspectiva de la racionalidad, y especialmente de la filosofía que atiende a la primacía cognoscitiva del libre ejercicio de la razón sobre la experiencia sensible. Según Ferrater el racionalismo puede entenderse desde tres formas distintas:

- 1 Como designación de la teoría, según la cual la razón se equiparada con el pensar o con la facultad pensante, que es superior a la emoción y a la voluntad; se cuenta entonces con un racionalismo psicológico.
- 2 Nombre de una doctrina para la cual el único órgano adecuado o completo del conocimiento es la razón, de modo que todo conocimiento verdadero, tiene origen racional; se habla en tal caso de racionalismo gnoseológico o epistemológico.
- 3 Expresión de la teoría que afirma que la realidad es, en último término, de carácter racional; este es el racionalismo metafísico (Ferrater, 1970: 349).

Las tres significaciones de racionalismo se han combinado con frecuencia; pero de igual forma se dan por separado. Incluso con las variantes establecidas por Descartes, Leibniz, Spinoza, entre otros filósofos racionalistas. Pero, en una situación excepcional, como puede ser sufrir un desastre natural, se fomenta la imposición de lo irracional sobre lo racional; pues repercute sobre la mente de todos los afectados directos e indirectos y especialmente sobre las

percepciones, sensaciones... y emociones, así como sobre el cuerpo de los que han sufrido algún tipo de daños en dicho accidente.

Ante la irracionalidad, la imposición de las emociones y la aplicación del “pensamiento narrativo” (Bruner), desde el subjetivismo en un estado de crisis emocional y show psicológico, se demanda el “pensamiento pragmático” (Bruner) y el racionalismo, por encima de las emociones y el estado irracional. Normalmente, se considera que, sólo encontrándose en estado postraumático, tras un desastre natural, por ejemplo, se necesita de la ayuda de la psicoterapia; pero, como propone John Dewey en *Naturaleza humana y conducta*, siempre es importante atender a los hábitos, el carácter y la conducta, como parte importante de la naturaleza humana influenciada por el “medio ambiente social” (Dewey, 1975: 9).

Desde la perspectiva de la psicología social y atendiendo a los protocolos de seguridad ante un desastre natural, se demanda desarrollar el pensamiento racional, próximo al antiemocional (FC), lo que vulgarmente equivale a decir: mantener la calma, además de tener suerte y no verse afectado del accidente grave causado por el sismo. Propongo, en situaciones de desastres que, la comunidad en su conjunto como a nivel individual, se conjunte una cultura y una conducta determinada, protagonizada por la racionalidad y opuesta a un estado emocional irracional. Es por tanto una cuestión importante de cultura y conducta.

En este sentido se toma como referencia a un clásico de la psicología *El malestar en la cultura* de Sigmund Freud<sup>7</sup>, aunque en el mismo destaca el antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura; en el sentido, que mientras la cultura intenta instaurar unidades sociales mayores, restringe el desarrollo y la satisfacción de las pulsiones sexuales... y agresivas individuales, transformando una parte de la pulsión agresiva y sexual en sentimiento de culpa. Se presentan dos instintos distintos, contrapuestos: el instinto-objeto del “eros” (pulsión de la libido) y el instinto-ego del “thanatos” (pulsión de muerte y de destrucción). De esta forma, mientras más se desarrolla la cultura, más crece el malestar en los sujetos.

---

<sup>7</sup> Concepto y problemática de la cultura establecida por Freud y que es analizada, por ejemplo, por el filósofo Paul Ricoeur en *Freud: una interpretación de la cultura*, a partir de la comprensión del lenguaje... y el enfoque del símbolo, pasando por el análisis de eros, tanatos... y ananké.

La vida humana y la civilización se desarrollan a partir de una eterna lucha, entre las dos fuerzas naturales: el amor y el odio (o destrucción), con una predisposición a la evolución (autoconservación) y la muerte. Al mismo tiempo, se ve influenciada por los condicionantes tanto externos como internos; los segundos en torno al “aparato psíquico” (Freud): super yo, yo, ello y el sentimiento de culpa.

El malestar social por la cultura viene causado por el sometimiento individual y colectivo a la civilización (cultura imperante) y a los imperativos económicos y políticos de la misma, en cada momento histórico; reprimiendo la libertad personal (con o sin agresión al colectivo y al individuo) y la sexualidad, a cambio de seguridad en comunidad<sup>8</sup>.

Esta visión de la sociedad, que plantea Freud en *El malestar de la cultura* continúa imperando desde el primer tercio del siglo XX (1930) a la actualidad, destaca los condicionantes externos: cultura y conducta social, que analiza la psicología social, a la que alude Freud en *Psicología de las masas*, donde vinculación al “hombre [aparentemente] aislado” con “sus semejantes”.

La oposición entre psicología individual y psicología social o colectiva, que a primera vista puede parecernos muy profunda, pierde gran parte de su significación en cuanto los sometemos a más detenido examen. La psicología individual se concreta, ciertamente, al hombre aislado e investiga los caminos por los que el mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces y bajo determinadas condiciones excepcionales le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes (Freud, 1974: 9)<sup>9</sup>.

La psicología de masas comprende el estudio del comportamiento de los grupos colectivos. En particular, investiga el porqué los sujetos sociales se influyen del comportamiento de los

---

<sup>8</sup> En este apartado sobre dependencia social-política o la libertad e igualdad social, se aprecia un cierto paralelismo expresado en *El contrato social: o los principios del derecho político* por Jean-Jacques Rousseau (1999); aunque en vez de hacerla depender de la cultura y la civilización, por la simple inercia de ser miembros constitutivos de la cultura imperante -como plantea Freud-, Rousseau lo relaciona con la política imperante y el estado, a través de los dictados de un contrato social.

<sup>9</sup> Desde un planteamiento próximo al establecido previamente por Freud Enrique Pichón-Rivière propone el paso *Del psicoanálisis a la psicología social* (1971).

demás y se limitan a repetirlo sin cuestionárselo. Este influjo repercute en cualquier aspecto de la vida personal: político, económico, cultural, religioso... y social; que, como valores del colectivo se comparte en su conjunto. Desde la perspectiva del pensamiento actual, se diría que esto es debido a la conjunción del concepto de identidad y el temor a las consecuencias del control social. La idea fundamental de la psicología de masas se centra en la inexistencia de autonomía individual dentro del colectivo, y el miedo a las represalias y exclusión social; pues, todo individuo que forma parte de una masa social deja de ser independiente, al subordinarse plenamente al grupo al que pertenece y con el que se siente identificado.

La psicología de masas comprende tres áreas fundamentales:

- 1 La naturaleza social de los individuos, caracterizada por el hecho que el comportamiento individual está determinado por su genética y la cultural imperante.
- 2 Su relación con los demás, a partir del mimetismo social.
- 3 Vida en colectivo, de dependencia.

Entre los supuestos básicos que considera Bion en la terapia grupal, Sica considera, que:

- 1 La psicología social “de nuestro medio se sitúa en otra posición: hasta tanto no se establezca la mutua representación interna, es decir, la internalización del otro por parte de cada integrante no hay allí grupo sino serie” (cfr. Sica, [2018]: 2)
- 2 En la terapia grupal ideada por Wilfred Bion (discípulo de Melanie Klein), comienza observando ciertas regularidades, presentes en cualquier tipo de grupos, que denominó “valencia”, para aludir a la unión o lazo que vincula dos entidades; en base a cierta afinidad, cuyo resultado da lugar a un vínculo operacional, que denominó “efecto de grupo”, por el que los integrantes de un colectivo agrupados para dicha ocasión comienzan a actuar en bloque para dar respuesta al problema eventual que les convoca.
- 3 Otra de las peculiaridades que Bion aprecia en los grupos, desmiente ciertas conductas neuróticas: “el retaceo en la colaboración, tan común en estas estructuras clínicas, parece disolverse en los ámbitos grupales” (cfr. Sica, [2018]: 2).
- 4 Falta de registro de los integrantes respecto de la propia

responsabilidad del “clima” grupal; por lo que los estados compartidos de felicidad, tristeza, agresividad o miedo son “atribuidos a la entidad grupal, mientras que es ignorado el aporte de cada uno al clima predominante” (cfr. Sica, [2018]: 2).

Seguidamente, Bion, atiende al concepto de “imago” (etimológica del latín “imitago”, que significa imitar), entendidos como las imágenes prototípicas inconscientes que porta cada sujeto:

- 1 La imago materna.
- 2 La imago paterna.
- 3 La imago fraterna (de los pares).

Según algunos autores consideran que una de las mayores contribuciones teóricas de Bion en la comprensión de los grupos, es el concepto de “supuestos básicos”, considerados como una situación grupal “fantaseada” en la que cierta escena inconsciente deviene en común denominador. Considera la existencia de tres supuestos básicos, similares a tres situaciones grupales que, sin conciencia por parte de sus integrantes, estructuran el devenir del grupo.

Hay allí, en lo latente, una escenografía, un cierto guion o trama argumental y personajes encarnados, por actores. Frente al caos que supone la interacción de un número dado de personas que no se conocen, emerge una ley organizativa, una estructura dotada de cierta coherencia capaz de conjuntarlo (Sica, [2018]: 3).

Los supuestos básicos de situaciones grupales—según Bion-, son:

1 Dependencia:

La escena que subyace a este supuesto básico se estructura en función de una figura central, el líder, de quien depende el resto de los integrantes. En lo manifiesto, el líder suministra a su base social algo que satisface una necesidad grupal, por ejemplo información teórica(...)/ En lo latente, por su parte, se estructura una escena inconsciente de la que todos participan: el líder personifica la imago del padre bueno(...)/ El supuesto básico de dependencia puede ser rastreado prácticamente en todos los grupos, pudiendo este padre ser una figura interna, externa o de borde, como son los casos del líder emergente, el conductor de masas o el coordinador respectivamente./ En psicología de las masas y análisis del yo

Freud aborda el segundo caso. Considera al líder de masas como alguien cuyas condiciones personales lo ubican en un lugar tomado como el del Idea del Yo por cada uno de los integrantes de esa masa. Entre estos distintos roles, previamente aislados en la defensa de la propia individualidad, se establece un lazo de hermandad en función de la adoración del líder, tomado como modelo de identificación (Sica, [2018]: 3-4)<sup>10</sup>.

2 Ataque y fuga:

Frente a un peligro el grupo tiene dos opciones: atacar o huir (aunque cabría identificar una tercera, paralizarse)./ La imago principal que aquí se instala es también la paterna, pero en lo que remite al padre terrible./ El clima es de hostilidad, de desconfianza, de resentimiento. Los miedos básicos también llamadas ansiedades básicas a la pérdida y al ataque, están presentes. Así como en el supuesto básico de dependencia predomina la sensación de pertenecer al mejor grupo y localización de todo enemigo en el afuera, en el supuesto de ataque y fuga el enemigo es interna (Sica, [2018]: 5).

3 Emparejamiento:

En un principio Bion supone que Para esta estructura [de emparejamiento] en alguna medida relacionada con el supuesto de dependencia la masa pone sus ojos en una pareja: las imagos centrales en juego son, por lo tanto, materna y paterna [“imago de los padres acoplados” en un coite permanente, según la conceptualización de Melanie Klein]./ En los grupos Bion, lo descubrió más tarde no necesariamente se trata de una pareja amorosa: podría haber un dúo que intercambia información teórica o dialoga sobre temas del grupo, y hasta una situación futura donde centrar ciertas expectativas. El clima predominante es de placidez

---

<sup>10</sup> Junto a supuesto básico de “dependencia” –Sica alude- al suministro de demanda, al señalar que al igual que para Freud el líder desempeña el lugar central en virtud de su propia personalidad; de acuerdo a Bion, es un producto grupal; mientras, que para Pichón Rivière, se conjunta ambas instancias: su verticalidad personal, propia del sujeto y la horizontalidad, dependiente de la necesidad grupal.

Desde la visión de la psicología social –Sica apunta- que “si bien existen momentos grupales en los que la emergencia de un líder se hace necesaria, cuando el grupo efectivamente trabaja el líder es la tarea” (Sica, [2018]: 4). En los grupos la demanda al líder tiene respuesta, adquiere dos formas de “silencio”: el “nutricia”, común a la incorporación y la elaboración y el “reverencial”, de sumisión.

“Esta oralidad puesta en juego es de succión, aunque no tarda en instalarse la oralidad canibalística en que los integrantes intentan vaciar al líder(...)./ Este quiebre entre expectativas y resultados conduce al derrocamiento del líder; dado que la adjudicación de omnipotencia choca contra una realidad humana, la idealización original deriva para lo general en la denigración y la destitución” (Sica, [2018]: 4-5).

esperanzada, ya que en la fantasía inconsciente cabe la idea del Mesías(...)./ Es preciso distinguir entre el supuesto de emparejamiento, donde ambos líderes intercambian desde el acuerdo, de las situaciones grupales donde dos integrantes de peso intercambian desde el desacuerdo. Sado que en estos casos cada uno de los líderes para ser tal debe contar con cierta base social, la disputa plantea una división en el conjunto. Este divorcio en ciernes se denomina “sesgo”; cuando dese un clima de sesgo se pasa a la fractura del grupo, la situación emergente dos grupos se denominan “cisma” (cfr. Sica, [2018]: 5-6).

Cuadro I. Supuestos básicos de situaciones grupales

Bion		Fernández-Carrión		
Supuestos básicos	Supuestos básicos	Complementos 1	Complementos 2	Complementos 3
Dependencia	Realidad (no interpretada)	Lo vivido	Consciente	Yo/entorno
		Lo sufrido	Inconsciente	Otros
Ataque y fuga	Interpretación	A favor	Desde uno	
		En contra	Desde los otros	
Emparejamiento	Vuelta a la realidad	Tiempo transcurrido	Vivida (sufrido o no)	
		Tiempo imaginado	lleso	

Fuente: Elaboración propia a partir de Bion (1961, cfr. cfr. Sica, [2018]) y Fernández-Carrión

### *1.II Panorámica bibliográfica sobre sismos*

México es un país que desde la antigüedad hasta la actualidad ha venido sufriendo sismos, atendiendo a lo expresado en los medios de comunicación y los libros, parece que el temblor del 19 de septiembre de 1985 le “tomó de improviso” al país, cuando no debía haberlo sido así.

Llama la atención en este sentido que, por ejemplo en Estados Unidos, existía instituciones públicas especializadas en apoyo a los desastres, como son el Centro de Estudios de Salud Mental de Emergencias (Center for Mental Health Studies of Emergencies, CMHSE) o el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), además de agencias de investigación biomédica y del comportamiento del gobierno federal dependientes del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services), que a mediados de los ochenta, en particular, desarrollaron dos líneas de

trabajo: una a nivel práctico, realizada por Mary Lystad sobre “Mental Health Programs in Disasters: 1974-1984” (“Programas de salud mental en desastres: 1974-1984”), habido en Alaska hasta Iowa (Lystad,, 1985: 1-7), y otra a nivel teórico elaborada por Hartsough, que trabaja sobre las intervenciones del estrés y la salud mental en desastres (“Stress and mental health interventions in three major disasters”, 1985: 1-44). De igual forma, Garaventa redacta un manual de entrenamiento (“Helping the helpers: a training manual”, 1985: 45-136); mientras que, Bolin et al. relaciona las características del desastre y la salud mental (“Disaster characteristics and mental health”, 1985: 1-104); Solomon et al. alude a los impactos sociales y comunitarios de los desastres (“Social and community impacts of disasters”, 1985: 105-214) y presentan una recopilación sobre teorías del desastre y el comportamiento mostrado en dichas circunstancias (“Theories of Disaster and Disaster Behavior”, de Ahearn y Cohen, 1984: 1-140), y Norman L. Farberow y Norma S. Gordon elaboran un manual destinado a los trabajadores de la salud infantil ante los desastres naturales (“Manual for Child Health Workers in Major Disasters”, 1981). Todo esto es un ejemplo de previsión de desastres, que puede servir de referente teórico para el resto de países del mundo.

En cambio, en México, por ejemplo, la mayoría de la bibliografía existente a mediados de los ochenta es sólo resultado del sismo de 1985, no a ningún otro período hiatórico previo a este temblor, como son los casos de la *Ciudad quebrada*, de Humberto Musacchio (1985), *El terremoto el 19 de septiembre y los trabajadores mexicanos*, del Centro de Estudios del Trabajo (1985) o *Zona de desastre*, de Cristina Pacheco (1986), entre otros. Existen otras muchas publicaciones elaboradas después de producirse el sismo del 85, que conmociona al país; algunos de estos libros se presentan asemejando una especie de reportaje periodístico y gráfico. Hay, por el contrario, unos que comprenden análisis médicos y psiquiátricos sobre las consecuencias del desastre en la población; en ese último sentido, hay que señalar los trabajos realizados por Octavio Márquez Mendoza en conjunto con Magdalena Juárez et al. en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), como son el *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre (Proyecto)*, la “Intervención en la comunidad de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), después de los sismos de septiembre de 1985.



Experiencias y proposiciones”, “Notas para la Guía de ayuda psicológica en condición de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo”, en 1986; el *Manual de procedimientos*, de Octavio Márquez junto a José A. Carrillo, en 1990; los *Desastres: efectos psicosociales y alternativas de intervención*, compilados por Octavio Márquez (1993); las “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres” (2000a, 507-517) e “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre” (2000b, 519-529), de Octavio Márquez en *Urgencias médicas y primeros auxilios*, y “Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública” igualmente de Márquez en *Salud mental, sociedad contemporánea* (2000c, 153-159). Lógicamente existen más psiquiatras y psicólogos que en instituciones públicas y/o privadas participaron en las actividades terapéuticas de los sismos de 1985, así como también algunos de estos lo hicieron de nuevo en el de 2017; pero, en el presente libro, sólo se ha tomado en consideración el trabajo realizado principalmente por Octavio Márquez Mendoza, en la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, pues aludir a la referencia de toda la bibliografía existente sobre sismos en México, excede el contenido de esta “Introducción” sobre los “Desastres, voluntades y bioética. Acciones, reacciones e intervención psicológica”.

## **II Cálculo de prospectiva de sismos**

Según el Sismológico Nacional de México no se cuenta con técnicas científicas en ninguna parte del mundo que prevengan cuándo ocurrirá un sismo ni su magnitud (cfr. Notimex, 2017); a pesar de esto, Allier se pregunta<sup>11</sup> “¿Qué posibilidad existían de que se produjera un feroz terremoto el mismo día que, 32 años antes, había tenido lugar otro terremoto devastador?” en México (Allier, 2018: 2), a lo que el periódico *El país* responderá de forma vaga “Otra vez un 19 de septiembre (...). Era improbable que sucediera justo un 19 de septiembre... pero la historia lamentablemente, a veces se repite” (Fariza, 2017); pero ante esta coincidencia histórica este periódico decidió investigar las probabilidades científicas de reiteración de los sismos; para ello consultó a Mogens Blatt,

---

<sup>11</sup> Al igual que lo hace previamente Darinka Rodríguez en *El país*, 2017a.

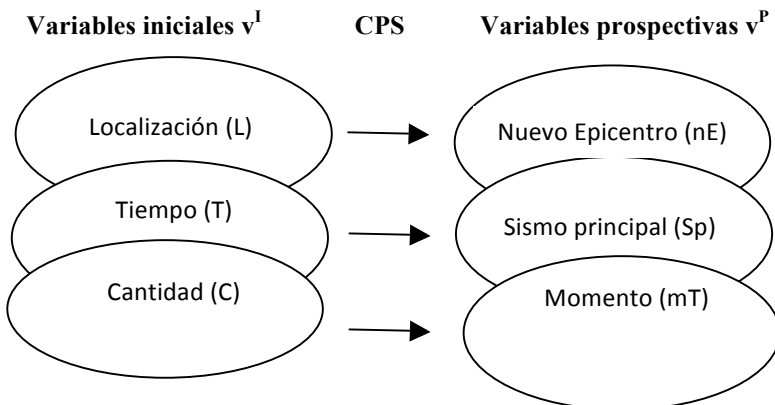
investigador miembro del Departamento de Probabilidad y Estadística de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien señala

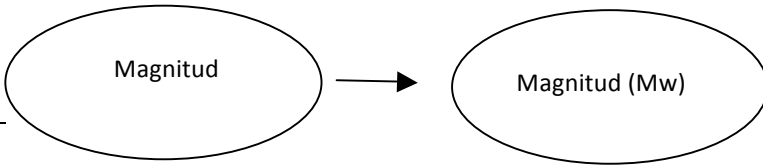
Así es la probabilidad, y demostraba a través de diversos cálculos que los terremotos ocurren de forma aleatoria. La posibilidad de que suceda en la misma fecha que otro anterior es la misma exactamente a que ocurra en cualquier otro día: una entre 74 (...) No es una probabilidad tan pequeña, quizá mucho menos de lo que muchos habrían esperado (cfr. Fariza, 2017).

Todos los días del año conforma un número diferenciado con el resto, sólo a posteriores el azar hace coincidir algunas fechas.

Otro tema distinto sería, calcular la prospectiva de sismos en el futuro, a corto, medio y largo plazo; para ello se elabora un cuadro estadístico de temblores y seguidamente se calcula la prospectiva de sismos (CPS), presentando sus formulaciones matemáticas. Al establecerse una estadística de desarrollo diario de sismos se pueden prever su evolución y la “aproximación” de una fecha crítica de un temblor de magnitud superior a 7; para ello basta conocer la cifra y las magnitudes de sismos sucedidos en el país a lo largo del tiempo. A estas dos variables indicadas: cantidad de sismos y tiempo en los que se producen, se le debe añadir una tercera, correspondiente a la localización geográfica de sus epicentros, e incluso una cuarta que alude a las magnitudes de estos temblores. Con estas cuatro variables se puede calcular –según propone Fernández-Carrión- la prospectiva de sismos (CPS), con la que se constatará las correspondientes magnitudes de los movimientos telúricos en una zona y en un tiempo determinado.

Gráfico I. Cálculo de prospectiva de sismos (CPS), correlación entre variables iniciales ( $v^I$ , tomadas como referencia de estudio) y las variables prospectivas ( $v^P$ ).





Fuente: Elaboración propia

La conjunción de las cuatro variables: localización, cantidad, magnitud de los temblores y tiempo en que se producen determinan el cálculo de la prospectiva de los sismos (CPS), que da como resultado el establecimiento de la previsión del nuevo epicentro del sismo principal con magnitud superior a 7 grados en un lugar y en un momento específico. A partir de esta propuesta teórica (CPS), en la que destaca la magnitud, la localización del epicentro y el momento de producirse el sismo, Fernández-Carrión elabora distintos modelos matemáticos para el cálculo de CPS, en el que se atiende al sismo de mayor magnitud (Sp) y al epicentro del nuevo temblor principal (nE):

- 1 Se establece el sismo “principal” (Sp) a partir de conocer la cantidad de sismos (C) de distintas magnitudes habidos a lo largo del tiempo previo al calculado.
- 2 Se busca el nuevo epicentro (nE) conociendo la localización de antiguos lugares telúricos (L) de años previos al estudio.
- 3 Se calcula el momento específico (mT) de producirse el sismo principal, atendiendo al establecimiento de ciclos cortos, medios y largos de todos los años (T) en los que se han producido con anterioridad al estudio temblores en el país o zona geográfica analizada.
- 4 Por último, se indaga sobre el posible lugar y la fecha en la que se puede producir en un futuro el epicentro de mayor magnitud en un país determinado (SpnEmT), de acuerdo al cálculo de prospectiva de sismos (CPS) a lo largo de un ciclo corto, medio y largo.

$$CPSSp_i = \sum_{i=1}^N C_i$$

$$CPSnE_i = \sum_{i=1}^N nL_i$$

$$CPSSpnEmTi = \sum_{i=1}^N Ci + Li + Ti$$

en el que  $i$ = año natural de 1...N

$CPSSpi$   $\Xi$  Cálculo de Prospectiva de Sismo (CPS) principal o de mayor magnitud ( $\leq 7$ )

$CPSnEi$   $\Xi$  CPS del nuevo epicentro (nE) del sismo principal (Sp)

$CPSmTi$   $\Xi$  CPS del momento específico o día/mes (mT) de producirse Sp

$CPSSpnEmTi$   $\Xi$  CPS del sismo principal (Sp) en un lugar específico (nE) y en un día/mes (mT) concreto

$Ci$   $\Xi$  Cantidad de sismos producidos en tiempos pasados

$Li$   $\Xi$  Localización de los distintos epicentros de sismos habidos en un país específico

$Ti$   $\Xi$  Día y mes de temblores anteriores

Para el cálculo de la prospectiva de los sismos (CPS), se atiende a la distribución de los sismos habidos en México, en particular, durante 2017. En el mes de enero, los temblores se producen principalmente en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Colima y Jalisco, aunque algunos otros se suceden en la Baja de California y Nuevo León; de los cuales, dos superan la magnitud de 5; el primero, se produce el 12 de enero, a las 04:26 horas, de 5.0 grados, con epicentro localizado a 19 kilómetros al suroeste de Ometepec, en Guerrero, y el segundo, el 25 de enero, a las 14:54, con magnitud 5.1, a 36 kilómetros al sur de Jáltipan de Morelos, en Veracruz. Un mes más tarde, en febrero, se produce nueve temblores próximos a la ciudad de Veracruz, de todos ellos el de mayor magnitud es de 4.8, que sucede el 3, a las 14:17 horas de 5.3 grados, a 42 kilómetros al suroeste de Tapachula. En el mes de marzo, se produce 1.188 sismos, con un rango entre 1.5 a 5.5, que tienen lugar en la costa de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán, Jalisco y el istmo de Tehuantepec. El 29 se produce el temblor de mayor magnitud 5.5, a las 09:15 horas a 95 kilómetros al oeste de Ahome, en Sinaloa. En el mes de abril, el 3 y 4 se suceden cinco sismos con epicentros en el estado de México (el mayor de 2.8 grados). Durante el mes de mayo, se concentran principalmente en la costa de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán, Jalisco, Colima y golfo de California; el temblor de mayor magnitud es de 5.7 con epicentro a 41 kilómetros al noroeste de Cintalapa, en Chiapas, entre el límite de los estados de Chiapas y Oaxaca; el 20 de mayo a las 12:58 y se

percibe en los estados de Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla; el mismo día, se produce otro a las 01:02 horas, con epicentro a 284 kilómetros al suroeste de Manzanillo, en Colima, en la costa del océano Pacífico. Más tarde, en junio, se produce 1.424 sismos con una escala de magnitud comprendida entre 2.2 y 7.0, con epicentro principalmente en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán y Colima y golfo de California. El 14 a las 02:29 se sucede un temblor de 7.0 grados a 13 kilómetros al noreste de ciudad de Hidalgo, en Chiapas y que repercute en los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco. Un mes mas tarde, en julio, se produce 1.428 sismos, pero con un rango de magnitud comprendido entre 1.6 hasta 4.8, con epicentros principalmente en los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Michoacán, Clima, Jalisco, el golfo de California y el istmo de Tehuantepec. En agosto, asciende los sismos a 1.548, entre 1.3 a 5.3 grados, cuyos epicentros se encuentran en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Michoacán y Colima. El 18 a las 00:15 horas, en particular, se produce un sismo de magnitud 5.3 localizado a 41 kilómetros al sur de Atoyac de Álvarez, en Guerrero. Y, en septiembre, 7 y 19 se sucede los dos temblores mayores de todo el año, de 8.2 y 7.1, respectivamente, cuyo impacto se analizará a continuación.

Con este breve análisis previo sobre los sismos habidos en México a lo largo del 2017, se realiza un estudio de ciclo de corta duración ( $>5$  años), y dentro del cual se incluye un “ciclo de duración inmediata” (FC) ( $>1$  año), en el que se aprecia la sucesión de una serie de sismos  $\leq 6.0$  Mw que puede producirse en fechas próximas a un inminente temblor de mayor magnitud, como así ocurrió en el mes de septiembre. Este mismo cálculo CPS se puede realizar de igual forma con escala de larga duración  $\leq 25-50$  años (ciclo de larga duración), que nos puede determinar el temblor del 19 de septiembre de 2017, 32 años después del 19 de septiembre de 1985, como sucedió. La coincidencia en la fecha de 19, es tal que incluso calculado científicamente hubiese sido difícil de aceptar por la lógica humana.

Para el caso previo, del sismo de 1985, también se podría haber realizado un cálculo CPS a corto plazo, de esa forma se hubiera apreciado los indicios del funesto sismo del 19 de septiembre de dicho año, en la erupción del volcán de Chichonal, en Chiapas, en 1982 y las erupciones de San Juan Ixhuatepec o “San Juanico”, en el Estado de México, dentro de la zona metropolitana de ciudad de México, en 1984, amén de múltiples temblores de

magnitud inferior a 6.

Sobre la condición específica de la ciudad de México de ser receptora “privilegiada” o que un gran número de ocasiones comparta los sismos con epicentros habidos en otros espacios geográficos distintos del territorio mexicano, nos permite denominarla “epicentro indirecto”, pues aun no siendo el epicentro se repercute en ella por su condición geológica vulnerable, determinada por el tipo de suelo donde se ubica, pues parte de la ciudad que cuenta con una gran densidad de población, de cerca de veinte millones de personas, está asentada en suelo blando, sobre sedimentos lacustres, parte del antiguo lago de Texcoco; por ello, tanto el temblor de Chiapas, del 7 de septiembre de 2017, con una magnitud de 8.2 como el del epicentro directo en Puebla, más próximo del 19 de septiembre de 2017, con magnitud de 7.1 le afecta igualmente.

Cuanto más cerca esté el epicentro directo, que cuente con mayor magnitud y menor profundidad causará mayor afección en la ciudad de México. En resumidas cuentas, la magnitud de los sismos dependerán de las siguientes variables, que el epicentro sea de menor profundidad y por ende de mayor magnitud (de 7.00 grados), unido a la proximidad del epicentro y las condiciones geológicas del espacio geográfico afectado. Por ello, en el segundo temblor indicado en 2017, aunque de menor intensidad (7.1) que el primero (8.2) que no produjo muertos, el segundo por su proximidad y superficialidad del epicentro llegó a causar 228 muertos y varios cientos de heridos.

## ***II.1 Indicadores de riesgo y de gestión de riesgos de desastres***

Omar Dario Cardona (2005), del Instituto de Estudios Ambientales (IDEA) de la Universidad Nacional de Colombia, bajo el patrocinio del Banco Interamericano de Desarrollo elaboró la metodología de “aplicación y actualización del sistema de indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos” (RG-T1579/ATN/MD-11238-RG), en relación con la política de gestión del riesgo de desastre “del banco” [BID] (GN-2354-5), con el propósito de

orientar la acción del Banco [BID] para asistir a sus prestatarios en la reducción del riesgo derivado de amenazas naturales y en la gestión de desastres, a fin de favorecer el logro de sus objetivos de desarrollo económico y social(...)[; pues] el riesgo de los desastres

no sólo depende de la posibilidad que se presenten fenómenos naturales intensos, sino también de las condiciones de vulnerabilidad que favorecen que se desencadenen desastres cuando se presentan dichos fenómenos. La vulnerabilidad está íntimamente ligada a los procesos sociales que se desarrollan en las áreas propensas a desastres y usualmente tiene que ver con la fragilidad, la susceptibilidad o la falta de resiliencia de la población ante amenazas de diferente índole. En otras palabras, los desastres son eventos socio-ambientales cuya materialización es el resultado de la construcción social del riesgo (Malarín, 2010: [IV]).

Según Cardona (2018) los “indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos” dependen directamente de la “construcción social del riesgo”, equiparable a penalizar a la sociedad en general; pues estos estudios se realizan desde el mundo financiero internacional, que busca exculpar a los políticos de actos de corrupción y en cambio culpa a la población por el gasto extraordinario que genera tras un desastre. Mientras, que otro autor Chang Urriola realiza una encuesta para el establecimiento de los “Indicadores de vulnerabilidad y desastres”, fundamentados en la causalidad, que agrupan los niveles de pobreza, degradación socioambiental, falta de planificación y ordenación del territorio por parte del estado, unido a las actividades humanas que generan o incrementan el impacto de los desastres naturales o antrópicos; todo ello, atendiendo a la diferenciación que existe en unos países con respecto a otros; es por tanto un problema político nacional más que el resultado de las acciones sociales y consecuencias humanas, como se indica en el apartado “VIII Vulnerabilidad”.

El “Sistema de indicadores de riesgo y de gestión de riesgos”, están compuestos, por:

- 1 El índice de déficit por desastre (IDD), que señala el riesgo de un país determinado a nivel macroeconómico y financiero ante un desastre probable, para lo cual se debe estimar la situación de impacto crítica en un momento específico, definido como referente, y la capacidad financiera que tiene dicho país para hacer frente a esa situación de desastre.
- 2 El índice de desastres locales (IDL), alude al riesgo social y ambiental causado por desastres que afectan de forma crónica a nivel local y subnacional, repercutiendo especialmente en los estratos socioeconómicos más vulnerables y perjudicando el desarrollo económico del país en cuestión.

- 3 El índice de vulnerabilidad prevalente (IVP), se relaciona especialmente con las condiciones predominantes de vulnerabilidad de un país, en determinadas áreas “propensas” a la fragilidad socioeconómica y la falta de resiliencia social.
- 4 El índice de gestión de riesgo (IGR), se refiere a un conjunto de indicadores vinculados con el desempeño de la gestión de riesgos de un país en particular, que representa su organización, desarrollo, capacidad y acción institucional para gestionar o reducir la vulnerabilidad, así como disminuir las pérdidas, y favorecer la recuperación de la crisis, con eficiencia (Cardona, 2008).

El primer índice (IDD), corresponde a la relación entre la demanda de fondos económicos contingentes o las pérdidas económicas (que corresponden a la reposición de infraestructuras públicas y viviendas de la población a nivel de pobreza afectada), a causa de un evento máximo considerado (EMC), que debe asumir fiscalmente el sector público y la resiliencia económica (RE) de dicho sector ([Cardona], 2005).

Como resultado de la aplicación del índice de déficit por desastre (IDD) para América Latina para el año 2008, se constata que, aunque las pérdidas máximas probables para Honduras, Barbados y Nicaragua, son menores a las que se presentaron en Colombia y México, por ejemplo. El IDD de dichos países son excesivamente mayor para los tres períodos de retorno (50, 100 y 500 años); y, de todos ellos, es Perú la que sobresale por la gran magnitud de las pérdidas que puede presentar en los tres tipos de eventos evaluados ([Cardona], 2010: 4).

El índice de desastres locales (IDL), lo constituye la adición de tres subindicadores calculados en base a las cifras de fallecidos (K), personas afectadas (A) y las pérdidas económicas (L) habidas en cada municipio del país, y que han sido causadas por cuatro tipos de eventos: deslizamientos y flujos, fenómenos sismo-tectónicos, tormentas e inundaciones y otros eventos varios; obtenida toda esta información a través de la base de datos *DesInventar*. Un mayor valor relativo del IDL equivale a una creciente regularidad de la magnitud y la distribución de los efectos habidos entre todos los municipios del país causados por los distintos tipos de fenómenos naturales señalados previamente. El IDL está comprendido entre el 0 al 100 y el IDL total es resultado de la suma de los tres componentes (K, A y L). Un valor menor de 0 a 20 de IDL significa



que existe una alta concentración de desastres menores en pocos municipios y una baja distribución espacial de sus efectos entre los municipios donde se han presentado; mientras que, valores <50 corresponde a que la mayoría de los municipios están siendo afectados por desastres menores y que sus repercusiones son muy similares entre todos los municipios afectados; además, apunta que la vulnerabilidad y las amenazas están generalizadas a lo largo de todo el territorio nacional.

En cuanto a los resultados reales de IDL<sup>12</sup>, en relación a las personas fallecidas (K): Ecuador, Perú y Panamá presentan el mayor valor (o máxima incidencia y regularidad de este tipo de efectos en todo el país) en el período 2001 a 2005; mientras para 2006 a 2007 corresponde esta cota a Costa Rica, Perú y México. En cambio, el IDL más alto en términos de población afectada (A) para 2001-2005 repercute principalmente en Panamá, Costa Rica y Argentina y para 2006-2007 es Panamá. Mientras que el mayor IDL en relación a pérdidas económicas (L) para 2001-2005, se presentan en Cota Rica y El Salvador y para 2005-2006 se perpetua en El Salvador.

El índice de vulnerabilidad prevalente (IVP) resalta las condiciones de vulnerabilidad que sobresalen en determinadas áreas de un país, con bajas condiciones económicas y falta de resiliencia; aspectos todos estos que fomentan el impacto físico directo, indirecto e intangible en caso de producirse en esa zona un evento máximo considerado (EMC). Este índice es un indicador compuesto, que comparativamente, resalta una situación o modelo (o pattern) de un país. Los condicionantes de vulnerabilidad inherentes, tales con las condiciones socio-económicas predominantes en las zonas afectadas, relacionan el riesgo con el desarrollo, en la medida que los condicionantes de vulnerabilidad que subyacen, los riesgos son causados principalmente por un proceso de “inadecuado” e incontrolado crecimiento urbano; aunque estas deficiencias las podría controlar el estado sin corrupción y con una política urbanística adecuada a los desastres naturales. Cada IVP varía entre 0 y 100, en el que <80 equivale a

---

<sup>12</sup> Para el cálculo de este índice, realizado por Marulanda y Cardona (2006), sólo pudieron efectuarlo en nueve países, por contar con la base de datos de *DesInventar*: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y El Salvador (de esta nación sólo se cuenta con datos relacionados con IDL-L).

valores muy altos y >20 valores bajos. El IVP refleja susceptibilidad por el grado de exposición física de bienes y personas; IVP<sub>ES</sub> alude a los impactos directos en caso de eventos peligrosos; IVP<sub>FS</sub> refleja las condiciones de fragilidad social y económica que favorecen el impacto indirecto e intangible, y IVP<sub>FR</sub> corresponde a la falta de capacidad para absorber las consecuencias, responder eficientemente y recuperarse (Cardona, 2005).

En cuanto a los resultados de IVP<sup>13</sup>, en general, ha venido disminuyendo para la mayoría de los países aludidos en el análisis (19); en 2007, se aprecia un promedio alto de IVP en Nicaragua, Honduras, Jamaica, Guatemala, El Salvador, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Belice; el resto de países presentan un IVP intermedio y ninguno presenta un valor bajo. En general, la falta de resiliencia es el subindicador que condiciona estos resultados de vulnerabilidad prevalente.

El Índice de gestión de riesgos (IGR), tiene como objetivo medir el desempeño o performance de la gestión del riesgo; con base a unos niveles preestablecidos (targets) o referentes deseables (benchmarking) hacia los cuales se debe dirigir la gestión del riesgo, de acuerdo al grado de avance. Para la formulación del IGR se tiene en cuenta cuatro componentes o políticas públicas de control de riesgo: identificación del riesgo (IR), reducción del riesgo (RR), manejo de desastres (MD) y gobernabilidad y protección financiera (PF). Mediante un modelo de agregación no lineal, se evalúa los niveles de desempeño de cada subindicador, para determinar el valor de los distintos componentes de IGR (Cardona, 2005). El valor de cada indicador compuesto está comprendido en un rango entre 0 y 100, siendo 0 el nivel mínimo de desempeño y 100 el nivel máximo; a mayor IGR muestra una mejor gestión del riesgo en el país en cuestión.

Los resultados obtenidos<sup>14</sup>, apuntan que los valores más altos

---

<sup>13</sup> Realizado sobre 18 países, para los años 1995, 2000, 2006 y 2007: Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, Ecuador, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Jamaica, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Trinidad y Tobago. Pertenecientes estos países al proyecto “Aplicación y actualización del sistema de indicadores de riesgo y gestión de riesgos” y a la iniciativa CAPRA.

<sup>14</sup> De los 14 países, pertenecientes al proyecto “Aplicación y actualización del sistema de indicadores de riesgo y gestión de riesgos” y a la iniciativa CAPRA: Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana, para los años de 1990 1995, 2005 y 2008.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

42

corresponden a Colombia y Jamaica y los más bajos a El Salvador y Bolivia; aunque, incluso en el caso de los países con mayores puntajes todavía la gestión del riesgo es “apenas incipiente o significativamente en el mejor de los casos; por lo tanto aún falta mucho para que en alguno de los países y en la región se logre una buena efectividad” de la gestión del riesgo de desastres ([Cardona], 2010: 23).

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en los *Indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos* (2015), en 2015, a partir de la metodología aplicada por Cardona (2005) en “Sistema de indicadores para la gestión del riesgo y de desastres”, se centra en el análisis sobre México.

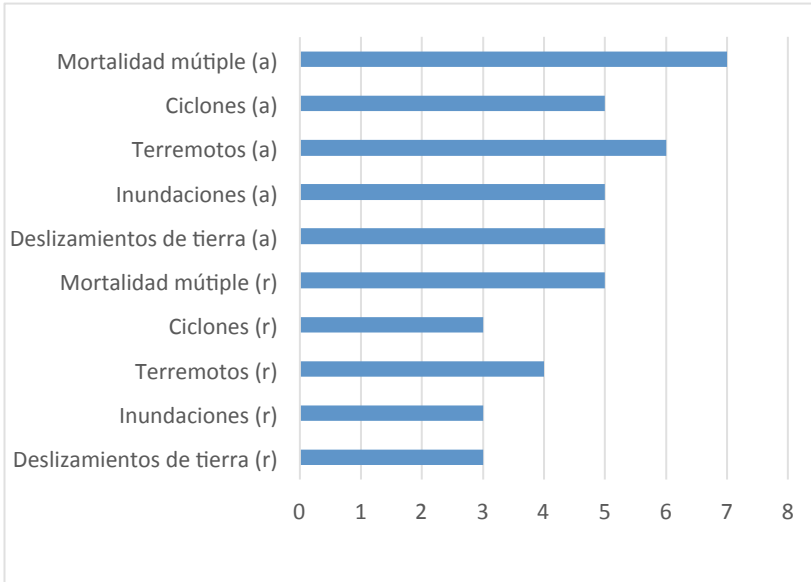
En un principio se señalará los indicadores macroeconómicos y sociales y las amenazas naturales que pueden afectar a México, entre 2005 y 2012 (Cuadro II y gráfico II), y seguidamente expone los valores de los indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos.

Cuadro II. Principales indicadores macroeconómicos y sociales de México, de 2005 a 2012

Indicadores	2005	2010	2011	2012
PIB (US\$ mil millones) <sup>1</sup>	848.947	1.034.941	1.157.646	1.177.956
Balance de cuenta corriente (% PIB) <sup>2</sup>	-1,0	-5,8	-0,9	-1,0
Servicio al total de la deuda (% exportaciones e ingresos) <sup>3</sup>	15,5	10,1	11,2	-
Desempleo (%) <sup>1</sup>	4,7	6,4	6,0	5,9
Población que vive con menos de 2 dólares diarios (%) <sup>4</sup>	10,6	4,5	-	-
Índice de desarrollo humano <sup>5</sup>	0,745	0,770	0,773	0,775

Fuente: Elaboración propia a partir de Banco Mundial<sup>2,3 y 4</sup> (2005-2012), CEPAL<sup>1</sup> (2005-2012) y PNUD<sup>5</sup> (2005-2012), cfr. BID, 2015: 7.

Gráfico II. Clasificación de desastres que crean riesgos de mortalidad



Fuente: Elaboración propia de EIRD, 2009 (cfr. BID, 2015: 9).

- 1 El Índice de déficit por desastre (IDD) en México presenta una “mayor capacidad” para hacer frente a desastres, pues el IDD se relaciona con la pérdida económica que el país puede sufrir cuando se enfrenta a un desastre y sus implicaciones en términos de recursos económicos que requieren para solventarlo. En particular IDD corresponde a la relación entre la demanda de fondos económicos contingentes que debe asumir el sector público como resultado de su responsabilidad fiscal para afrontar un evento máximo considerado (EMC) y la resiliencia económica (RE) de dicho sector.

Dado que los desastres en general implican una obligación o pasivo contingente no explícito que puede significar un impacto a la sostenibilidad fiscal, y que la mayoría de los recursos a los que se podría acceder representan fondos propios y nuevos endeudamientos, es importante resaltar que el gobierno de México presenta uno de los ejemplos más notables de un fondo de reservas para emergencias, conocido como Fondo de Desastres Naturales (FONDEN) [creado en 1996 y que está operacional desde 1999 en adelante] y cuyo objetivo ha sido prevenir desbalances en las

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

44

finanzas del gobierno derivadas de los desembolsos para la rehabilitación y reconstrucción de infraestructuras públicas federal, estatal y municipal, de viviendas de bajos recursos y de ciertos componentes del medio ambiente natural (BID, 2015: 18).

En los últimos años, el programa ha evolucionado hasta el punto que actualmente existe un fondo complementario (FOPREDEN) dedicado a promover la gestión del riesgo de desastres en la nación; que se aplicaría en caso de terremotos y de huracanes por un total de US\$315 millones (140 para sismo y 100 para huracanes en la costa del océano Pacífico y 75 para huracanes en la costa del océano Atlántico y golfo de México), con “una vigencia de tres años” (cfr. BID, 2015: 18).

- 2 El índice de desastres locales (IDL), constata el peso relativo y la persistencia de los efectos causados por los diferentes fenómenos que originan desastres a escala local. De los que en México se presentan los siguientes resultados, para los años 1981 a 2013 (Cuadro III).

Cuadro III. Cálculo de IDL en México, con respecto al total de fallecidos afectados y pérdidas económicas, producidas entre 1981 a 2013

Variables	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010	2011-2013
Fallecidos	928	862	1.233	2.049	1.500	1.966	331
Afectados	41.551	16.527	98.479	72.839	109.819	128.118	17.292
Pérdidas económicas (millones US\$)	2.476,8	1.179,6	1.168,3	1.032,3	739,5	736,1	296,2

Fuente: Elaboración propia a partir de BID (2015: 22)

- 3 El índice de vulnerabilidad prevalente (IVP), alude a las condiciones prevalentes de vulnerabilidad del país en términos de exposición en áreas propensas, debilidad socioeconómica y falta de resiliencia; aspectos todos ellos que favorecen el impacto físico directo e indirecto e intangible en caso de presentarse un desastre. En dicho índice IVP se puede atender a los indicadores de exposición y susceptibilidad (ES), los indicadores de fragilidad socioeconómica (FS) y los indicadores de falta de resiliencia (FR)

Cuadro IV. Valores IVP

Indicadores	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
IVP <sub>ES</sub>	22,65	30,50	27,35	29,49	21,58	21,20	22,36
IVP <sub>FS</sub>	32,83	32,59	36,87	32,52	30,48	26,70	26,31
IVP <sub>FR</sub>	64,90	64,17	62,02	60,46	50,84	48,25	47,71
IVP	40,13	42,42	42,08	40,82	34,30	32,05	32,13

Fuente: Elaboración propia a partir de BID (2015: 27)

45

La vulnerabilidad por debilidad socioeconómica del país ha descendido gradualmente desde 1995 en adelante; debido a la tendencia seguida por todos los subíndices del IVP. Para el 2000 y 2010, se aprecia un incremento en el servicio de la deuda (FS7) y el porcentaje de desempleo (FS4), respectivamente. Al mismo tiempo, la inflación (FS5) presenta una reducción en el período comprendido entre 1995 a 2000; pero como no se aprecia un peso significativo, es por lo que su reducción no se aprecia de forma significativa. Al mismo tiempo, la tendencia constante y la no bajada drástica del IVP<sub>FS</sub> es controlada fundamentalmente por la tendencia que tiene a disminuir la desigualdad social (FS3) y el índice de pobreza humana (FS1). Mientras que la degradación antropogénica del suelo (FS8) mantiene un valor aproximado para todos los períodos analizados, por lo que no afecta el indicador IVP.

- 4 El objetivo del índice de gestión del riesgo (IGR) es la medición del desempeño o performance de la gestión del riesgo; que tiene base en unos niveles preestablecidos (targets) o referente deseables (benchmarking) hacia los cuales se debe dirigir la gestión del riesgo, según sea su proceso de avance. En la formulación del IGR se tiene en consideración cuatro componentes, dependientes de las políticas públicas aplicadas: identificación del riesgo (IR), reducción del riesgo (RR), manejo de desastres (MD) y gobernabilidad y protección financiera (PF).

En México, institucionalmente, tras el sismo de 1985, el 6 de mayo de 1986, por decreto presidencial se aprueba las bases para el establecimiento del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC); dos años más tarde, en 1988, con el SINAPROC y el apoyo del gobierno japonés en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se crea el Centro Nacional de Prevención de

Desastres (CENAPRED). El 11 de mayo de 1990 de nuevo por decreto presidencial se constituye el Consejo Nacional de Protección Civil, como un órgano consultivo de coordinación de acciones y de participación social en el proceso de planeación, consulta y decisión, así como convocar los diferentes sectores públicos, social y privado a su integración para garantizar el principal objetivo del Sistema Nacional de Protección Civil, consistente en

Promover la aplicación de las tecnologías para la prevención y mitigación de desastres; impartir capacitación profesional y técnica sobre la materia, y difundir medidas de preparación y autoprotección entre la sociedad mexicana expuesta a la contingencia de un desastre (cfr. BID, 2015: 32).

Paralelamente, mediante la reforma de los artículos 3 y 4 de la ley general de protección civil (decretada el 13 de junio de 2003) se crea el Fondo para la prevención de desastres naturales (FOPREDEN), como complemento al Fondo de desastres naturales (FONDEN, constituido en 1996 y que está operacional desde 1999 en adelante). Posteriormente, el 10 de octubre de 2003 se publica el Acuerdo que establece las Reglas de operación del FOPREDEN, que tiene como finalidad proporcionar los recursos a las dependencias y entidades de la administración pública federal como a las entidades federativas, destinadas a la prevención y reducción de riesgos. Más tarde, el 15 de agosto de 2006 se modificaron las reglas de funcionamiento; cuyos objetivos consisten en mejorar la eficacia preventiva y operativa del Sistema nacional de protección civil; así como, desarrollar la investigación y el conocimiento científico, reducir la vulnerabilidad física... y coordinar los tres ámbitos de gobierno, sector social y privado.

Dentro del índice de gestión del riesgo (IGR), hay que atender a los indicadores de identificación del riesgo (IR), reducción del riesgo (RR), manejo de desastres (MD) y de gobernabilidad y protección financiera (PF), cuyos resultados para los años 1995, 2000, 2005, 2008, 2010 y 2013 para México se aprecian en el cuadro V.

Cuadro V. Valores IGR para 1995, 2000, 2005, 2008, 2010 y 2013 en México

Indicadores	1995	2000	2005	2008	2010	2013
IGR <sub>IR</sub>	39,29	50,56	39,67	39,67	35,85	52,33

IGR <sub>RR</sub>	39,44	39,44	36,17	36,17	22,66	17,21
IGR <sub>MD</sub>	16,48	43,92	35,40	38,86	41,62	44,71
IGR <sub>PF</sub>	13,32	34,02	27,85	41,08	38,62	41,08
IGR	27,13	41,98	34,77	38,95	34,69	38,83

Fuente: Elaboración propia a partir de BID (2015: 36).

El inventario sistemático de desastres y pérdidas (IR1) de un nivel de desempeño incipiente en 2008 pasó a uno apreciable en 2010 y se mantuvo en 2013. En relación a las amenazas y el pronóstico (IR2) de un nivel de desempeño apreciable en 2010 dio paso a nivel notable en 2013. De la evaluación y mapeo de amenazas (IR3) de un nivel de desempeño incipiente en 2010 pasó a nivel apreciable en 2013. En cuanto a la evaluación de vulnerabilidad y riesgo (IR4), se aprecia que se mantuvo con un nivel de desempeño incipiente. Con respecto a la información pública y la participación comunitaria (IR5), se mantuvo un nivel de desempeño incipiente. La capacitación y educación en la gestión de riesgos (IR6) de un nivel de desempeño incipiente en 2010 pasó a un nivel apreciable en 2013.

Por otra parte, la integración del riesgo en la definición de empleo del suelo y la planificación urbana (RR1) mantiene desde 2005 un nivel de desempeño incipiente. En cuanto al mejoramiento de vivienda y la reubicación de asentamientos de áreas propensas (RR4) desde 2005 se establecen en un nivel de desempeño incipiente. La actualización y control de la aplicación de normas y códigos de construcción (RR5) en 2008 tiene un “aparente” retroceso y pasa en 2010 y 2013 a un nivel de desempeño incipiente. En relación con el refuerzo e intervención de la vulnerabilidad de bienes públicos y privados (RR6) desde 2005 presenta un nivel de desempeño incipiente. La organización y coordinación de operaciones de emergencia (MD1) se mantiene con un nivel de desempeño apreciable. Mientras que la planificación de la respuesta en caso de emergencia y sistemas de alertas (MD2) mantienen un nivel de desempeño apreciable. La dotación de equipos, herramientas e infraestructura (MD3) en 2010 presenta un nivel de desempeño bajo hasta en 2013 que a partir de entonces alcanza un nivel apreciable. La preparación y la capacitación de la comunidad (MD5) mantienen un nivel de desempeño incipiente. La planificación para la rehabilitación y la reconstrucción (MD6) en 2010 pasó de un nivel de desempeño incipiente a 2013 con un nivel apreciable. La organización interinstitucional, multisectorial y descentralizada (PF1) en 2005 tiene un nivel de desempeño



apreciable que se mantiene en 2010 hasta 2013. La implementación de redes y fondos de seguridad social (PF4) desde 2000 mantiene un nivel de desempeño incipiente. De igual forma que la cobertura de seguros y reaseguros de vivienda y del sector privado (PF6) desde 2000 mantiene un nivel de desempeño incipiente.

### III Desastres naturales<sup>15</sup>

El concepto de desastre natural equivale a una situación especial dramática ocasionada por un fenómeno natural (terremotos, tsunamis, etc.) que provoca numerosas pérdidas humanas y materiales (FC). Según la United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR) los desastres no son naturales, sino que son consecuencia de la falta de previsión y planificación humana ante los fenómenos naturales (UNISDR, 2010); pero normalmente se considera desastres naturales a los fenómenos naturales que tienen

---

<sup>15</sup> Se puede iniciar el estudio de los desastres desde diferentes perspectivas, una de ellas, no precisamente la más usual, sería a partir de preguntarse –como se hace la BBC– “¿Cómo predicen los animales los desastres naturales?”, puede parecer desde la óptica de la ciencia que es una interrogante algo pelegrina, pero en realidad no es así, pues una de los problemas que sufren los seres humanos con este tipo de desastres naturales es precisamente el no saber predecir a largo plazo con métodos propabilísticos ni incluso a corto plazo como lo hace el resto de animales. “Los humanos podremos recoger datos, inventar teorías y construir modelos pero no podemos predecir un sismo, mientras que otros animales parecen tener la habilidad de escapar antes de que llegue un desastre-/ En el año 373 a. C., los griegos describieron como ratones, serpientes, comadreja, ciempiés y escarabajos abandonaron la ciudad de Hélice días antes de un terremoto devastador. El tsunami de 2004 que cobró la vida de 200.000 personas aparentemente mató pocos animales (...). Ratones y perros pueden escuchar frecuencias más altas, los elefantes frecuencias más bajas y muchos insectos sienten vibraciones a través de las patas. Estos y otros sentidos podrían ayudarnos a detectar pequeños cambios en el ambiente y motivarnos a emprender la huida” antes del suceso fatídico (BBC, 2013).

Esta capacidad de los animales de detectar los temblores, se consta en la práctica en México, durante el sismo de 2017, por ejemplo, cuando en algunas zonas de la ciudad de México donde no se escuchan las sirenas. Los avisos fueron distintos. “Escuchamos que ladraban los perros, muy feo, y que los pájaros que tengo estaban muy asustados, son los primeros en darse cuenta”, señala Julia Pérez (de 60 años), de ciudad Nezahualcóyotl, en la periferia de la capital (cfr. Camhaji, 2017a).

repercusiones humanas y materiales, y se produce de forma incontrolada sobre el ser humano (FC); por ello, se debe indicar que los fenómenos naturales, como los temblores, huracanas, etc. se convierten en desastres cuando superan un límite de normalidad, medido, dependiendo del tipo de fenómeno que sea, con una magnitud de momento sísmico ( $M_w$ ), escala Richter para movimientos sísmicos, escala Saffir-Simpson para huracanas, etc. Estos desastres se pueden amplificar a causa de una mala planificación de los asentamientos humanos, unido a la falta de las correspondientes medidas de seguridad, planes de emergencia y sistemas de alerta adecuados. E incluso existen algunos desastres que son causados por el desarrollo de actividades humanas, como puede ser, por ejemplo, el cambio climático, debido a la contaminación del medio ambiente unido a pruebas nucleares.

Como señala Médicos sin fronteras “en cuestión de minutos”, los desastres naturales como terremotos y tsunamis, por ejemplo, “pueden abrumar” y causar mucho daño “a una población entera. Miles de personas puede resultar lesionadas o traumatizadas por la pérdida de familiares, amigos y de sus hogares”. El agua, electricidad, comunicaciones, transportes... y atención sanitaria también son afectas significativamente. “La respuesta rápida y coordinada para ofrecer atención médica de emergencia son vitales para asistir a los sobrevivientes” (Médicos sin frontera, 2017: 1).

El desarrollo de las actividades humanas en áreas con alta probabilidad de desastres son denominadas zonas con alto riesgo, y estos mismos espacios sin contar con medidas apropiadas para responder a los desastres o reducir sus efectos negativos son denominados zonas vulnerables o de alta vulnerabilidad.

Los tipos de desastres naturales, son: terremotos, movimientos de masas (avalancha y corrimiento de tierra), fenómenos atmosféricos (sequía, granizo, huracán, simún, ola de calor, manga o tromba de agua, tormenta eléctrica o de arena... y tornado), desastres biológicos (epidemia o pandemia infecciosa), erupciones (límnica y volcánica), hambruna, fenómenos espaciales (impacto de origen cósmico, tormenta solar), incendios forestales (producido por un efecto natural o intención humana), inundación, tsunamis (y megatsunami) y terremotos.

Mientras que los desastres provocados por el ser humano, son: fuga de materiales radiactivos, empleo de napalm u otros productos destructivos, contaminación por anhídrido carbónico, derramamiento de petróleo, contaminación de cuencas hídricas, tala

de bosques, minado de frontera... e incendios forestales.

50

Los desastres naturales no sólo causan efectos de forma inmediata, en el momento de producirse, sino que además pueden tener consecuencias posteriores, que pueden denominarse indirectos (FC), motivando la destrucción de infraestructuras, la disminución en la producción agrícola, etc. (Arias, 2011).

En México prehispánico los nahuas se refieren al término terremoto como “tlalollin”, en alusión al movimiento de los astros (ollin), y su símbolo parece representar al sol entre horizontes; mientras que en la época colonial se popularizó la teoría de Aristóteles sobre la presión del viento en las cavernas. En cambio, con anterioridad, los chinos desarrollaron un “sistema eficiente” para analizar y documentar todos los movimientos sísmicos ocurridos a lo largo de todo el imperio de China; con el convencimiento de que estos fenómenos naturales anunciaban cambios políticos radicales. De esta forma en el siglo I y II, el astrónomo real Chang Heng (78-139) diseñó por orden imperial un instrumento para registrar sismos; que se ha considerado el primer sismógrafo de la historia (Lomnitz, 2001: 7-8)<sup>16</sup>.

Entre 1970 a 1985, se produce un lento incremento de los desastres naturales, de 30 a 45; pero a partir de 1985 a 1989 el aumento se da de forma significativa entre 70 y 92 (Figura II). Y, según Oxfam, en el siguiente período de 1987 a 2007 se cuadruplican el número de los desastres naturales y aumentan el número de personas afectadas (Oxfam, 2007). E, incluso como señala la ONU, en 2017, 445 millones de personas se vieron afectadas directamente por desastres naturales (terremotos, tormentas y huracanes), con ocho mil fallecidos y un perjuicio económico de 138,8 millones de dólares (cfr. Vázquez, 2017), aunque esta última cifra la modifica el Banco Mundial, al ascenderla a 520 millones de dólares y que produce 24 millones de personas en la pobreza en el mundo (cfr. Vázquez, 2017).

Según ACNUR “cada segundo, una persona tiene que huir

---

<sup>16</sup> García Acosta desarrollo un estudio exhaustivo sobre las formas de registro sísmico desde el siglo XV hasta principios del siglo XIX, aunque alude de forma referencial a las fuentes y registros sísmicos prehispánicos, al señalar que existió algunos códices pictográficos (que constituyen el *Códice Telleriano-Remensis*, descubierto en 1964 y el *Códice Aubia*, s/f), acompañadas de texto de autores anónimos en náhuatl, español o latín. “Estos ‘libros pintados’ representan la primera fuente de nuestra historia antigua” (García Acosta, 2001: 24).

por culpa de un desastre natural y veintidós millones y medio de personas viven desplazadas a causa de las condiciones climáticas” (ACNUR, 2017). Para ACNUR en comparación con otras fuentes documentales los mayores desastres naturales habidos en el siglo XXI, son los siguientes:

Cuadro VI. Mayores desastres naturales en los siglos XIX y XX

Años	ACNUR, 2017	Viveros et al. (UDEA), 2015	Angulo, 2013	Geniolandia, 2017
2017	Sequía en Somalia			
2016	Terremoto en Ecuador			
2015	Terremoto de Nepal 7.8 grados, 8.600 muertos			
2013	Tifón Haiyán en Filipinas. Más de 4 millones de personas tuvieron que huir y 9 millones necesitaron ayuda humanitaria	Tifón Haiyan, en Filipinas, produciendo más de 7mil fallecidos		
2012	Inundaciones en Filipinas. Destruyeron las casas de más de 10.000 personas			
2011 y 2012			Sequía y hambruna en el Cuerno de África afectó especialmente a Somalia, Etiopía y Kenia, que produjo entre 50 a 100 mil muertos	
2011		Terremoto y tsunami en Japón, con una magnitud de 8,8 en la escala Richter, que produce más de 20 mil fallecidos. Poco después, el 12 de marzo se produjo una explosión en la Central Nuclear de Fukushima, la cual tiene graves consecuencias ambientales		
2010	Terremoto de Haití 7.0 grados produjo más de 225.570 muertos y un	Terremoto de Haití, de magnitud de 7,3, produce más de	Terremoto de Haití, magnitud 7, que produjo	

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

52

	número mayor de heridos <sup>17</sup>	300 mil fallecidos	unas 316 mil muertos, y unas 300 mil heridas y un millón de desplazados <sup>18</sup> .
2010			Ola de calor en Rusia, que produce 55 mil muertos.
2008	Ciclón Nargis en Birmania, produjo unos 84 mil muertos y 50 mil desaparecidos y más de 1,3 millones de víctimas recibieron asistencia de ACNUR		Ciclón Nargis, en Birmania, produjo 140 mil muertos y unos 2 millones de afectados <sup>19</sup> .
2008	Terremoto de Sichúan, en China, produjo más de 85 mil muertos		Terremoto en Sichuan, en China, produjo 87.587 muertos, millones de desplazados y 45 millones de afectados.
2005	Huracán Katrina, en Estados Unidos, produciendo el mayor número de muertos en Nueva Orleans		
2005	Terremoto de Cachemira, en la India, 7,6 grados que produjo más de 85 mil muertos		Terremoto en Cachemira, en Pakistán, produjo unos 86 mil muertos y 1.350 en India.
2005	Conflicto de Darfur y huida de 180 mil de sudaneses hacia el desierto de Chad		
2004	Tsunami en el sudeste asiático, causado por el océano Índico, que produjo cerca de 160 mil muertos	Tsunami en Indonesia, de 9,1 grados en la escala Richter. Junto al terremoto de Sumatra,	Terremoto y tsunami del océano Índico (con epicentro frente a Sumatra, en

<sup>17</sup> Según ACNUR la considera la peor catástrofe natural del siglo XX.

<sup>18</sup> Es el “segundo” terremoto que causa más muertos, después de “un terremoto” en China, el de Tangshan, en 1976 (Angulo, 2013).

<sup>19</sup> “Tercer peor desastre natural” del siglo XXI, según Angulo (2013).

---

	Indonesia, tuvo una duración de entre 8 y 10 minutos, que afectó a las costas de Indonesia, Tailandia, Sri Lanka, India y Tailandia en el Océano Índico.	Indonesia), de magnitud 9.1, que produjo un tsunami, que afectó en 14 países, causando 228 mil muertos y 1.7 millones de desplazados. De los cuales 130 mil fallecidos en Indonesia y 35 mil desaparecidos ; 35 mil muertos en Sri Lana, 12 mil en India y 5 mil en Tailandia <sup>20</sup> .
2003		Terremoto en Bam, en Irán. De magnitud 6,6, produciendo unos 27 mil muertos, un número similar heridos y decenas de miles se quedaron sin hogar.
2003		Ola de calor en Europa, produjo 70 mil muertos (20 mil en Italia; 19 mil en Francia; 15 mil en España, 9 mil en Alemania y 2 mil en Portugal).
2001		Terremoto en Gujarat, en India, con magnitud 7,7, causando 20 mil muertos y 165 mil heridos y 6

---

---

<sup>20</sup> Es el tsunami que ha causada más víctimas “en la historia”, según Angulo (2013).

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

54

		millones se vieron afectadas
1990	Terremoto Gilan y Zanja, en Irán, de escala 7,7, produjo más de 500 mil personas quedaran sin hogar.	
1985	Erupción del Nevado del Ruiz, devastó por completo el municipio de Armero, Tolima, causa cerca de 25 mil fallecidos <sup>21</sup> .	
1985	Terremoto de Managua, en Nicaragua, con magnitud de 6,2 produjo cerca de 20 mil fallecidos y más de 200 mil damnificados.	
1985	Terremoto de México, de 8,1, produjo más de 100 mil muertos.	
1984		Sequía en Etiopía, produce una hambruna generalizada, causando cerca de 500 mil muertos.
1985		
1976	Terremoto Tangshan, en China con 7,5 grados en la escala Richter, que produce –según datos oficiales– 242.419 muertos.	Terremoto de Tangshan, en China, con magnitud 7,8, produjo 20 mil muertos, y según “otras estimaciones” lo elevan a 655 mil.
1970	Ciclón Bhola, en Bangladesh. Es la mayor tormenta tropical que se ha registrado. Este	Ciclón Bhola, en Bangladesh, devastó la región de Ganges,

<sup>21</sup> Fue –según Viveros et al. (2015)- la segunda erupción volcánica más mortífera del siglo XX, después de la del monte Pelée, en islas Martinicas, en 1902.

	ciclón, que perdura durante dos días, azotó el este de Pakistán y el oeste de Bengala (India), produciendo entre 300 y 500 mil víctimas <sup>22</sup> .	causando la muerte "tal vez" a un millón de personas.
1970	Terremoto de Rasht, capital de la provincia de Guilán en el noroeste de Irán. La catástrofe dejó 50 mil víctimas.	
1970	Terremoto de Ancash. El sismo más destructivo en la historia de Perú, hubo aproximadamente 100 mil víctimas mortales.	
1965 - 1967		Sequía en la India, que produjo hambruna y enfermedades que causó cerca de un millón y medio de muertos.
1960	Terremoto de Valdivia, se conoce también como el "Gran terremoto de Chile". Duró 14 minutos y su magnitud fue de 9,5 en la Escala Richter, falleciendo cerca de 2.000 personas <sup>23</sup> .	
1957 - 1958		Gripe asiática, causa dos millones de muertos <sup>24</sup> .
1954	Inundación del	

<sup>22</sup> Mayor ciclón habido en los tiempos conocidos, según Viveros et al. (2015).

<sup>23</sup> Siendo el más intenso que se haya registrado en la historia de la humanidad (Viveros et al, 2015).

<sup>24</sup> Segundo brote infeccioso de la historia, según *Geniolandia* (2017).



## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

56

	<p>río Yangtsé, en China. Nuevamente el tercer río más grande del mundo y el mayor de China se desbordó, causando en esta ocasión cerca de 30 mil muertos.</p>	
1938		<p>Inundaciones del río Amarillo, en China. causaron más de 500 mil muertos<sup>25</sup>.</p>
1935	<p>Inundación del Río Yangtsé, en China, se produjo varias inundaciones con un gran número de víctimas mortales en los años subsecuentes. En 1935, fueron 142 mil.</p>	
1932	<p>Terremoto de Gansu, el noroeste chino. Fue el tercero en 12 años. En esta ocasión produce cerca de 70 mil víctimas.</p>	
1931	<p>Inundación Río Yangtsé, que causa entre 1 y 4 millones de fallecidos. Entre las causas de muertes se encuentran ahogamiento, hambrunas y sequías<sup>26</sup>.</p>	<p>Inundaciones en China. Los ríos Huang He (río Amarillo) y Yangtze “se desbordaron” a “escala masiva”, causando “casi” cuatro millones de muertos.</p>
1928	<p>Huracán San Felipe II, entre</p>	

<sup>25</sup> De acuerdo al criterio de *Geniolandia* “El ejército chino para detener el avance de las tropas japonesas volaron los diques del río Huang He (río Amarillo), lo que provocó [una gran] inundación”.

<sup>26</sup> Por el número de muertos, exceden a cualquier otro desastre natural que se haya registrado (Viveros et al, 2015).

---

	el 6 y el 20 de septiembre, azota las islas de Sotavento, Puerto Rico, Las Bahamas y el estado de Florida (Estados Unidos), y principalmente afecta la isla de Guadalupe (Francia), muriendo más de mil personas.	
1927		Terremoto de Xining, en China, con magnitud 7,9, produjo 200 mil muertos
1923	Terremoto de Kanto. La isla japonesa de Honshu sufrió un sismo de magnitud 7,8, el cual afectó varias ciudades, entre éstas: Yokohama, Chiba, Kanagawa, Shizuoka y Tokio, produciendo aproximadamente 200 mil muertos.	
1921		Sequía y hambrunas soviéticas. La sequía “se convirtió en hambruna cuando la mayoría de los cultivos se perdieron”, produciendo a 5,1 millones de muertos.
1920	Terremoto de Gansu, en el condado de Haiyuan, Ningxia, en la provincia de Gansu, en China, con magnitud de 7,8 al que le siguieron varias réplicas en los	

---

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

58

	años siguientes.	
1919	Erupción del volcán Kelut, en la isla Java en Indonesia, ha hecho erupción varias veces durante el siglo XX. El 19 de mayo se produjo la más mortífera, causando de más de 5 mil muertos.	
1917		Gripe española, se inicia en 1917 en España y se extiende por todo el mundo, produciendo 20 millones de muertos, “algunas estimaciones modernas calculan” casi en 50 millones <sup>27</sup> .
1911	Inundación del Río Yangtsé, causó cerca de 100 mil muertos.	
1908	Terremoto de Messina, en Italia, de magnitud 7,2. Posteriormente, se produjo un maremoto con olas de 12 metros de altura que devastó parte de la isla de Sicilia y la península itálica. Las cifras de muertos se estiman entre 100 y 200 mil.	
1902	Erupción del monte Pelée, en la isla francesa de Martica, entre el 2 y 8 de mayo, que causa cerca de 30 mil muertos.	
1883	Erupción del	

<sup>27</sup> “Mayor desastre natural del siglo XX”, según *Geniolandia* (2017).

---

	volcán Krakatau, en Indonesia, produjo más de 30 mil muertes, como consecuencia de la erupción volcánica y un tsunami.
1822	Erupción del volcán Galunggung, en la Isla de Java, en Indonesia, que causó la muerte de más de 4 mil personas.
1815	Erupción del Volcán Tambora, en Indonesia, el 10 y 11 de abril, entró en erupción después de siete meses de intensa actividad.
1792	Erupción del volcán Unzen, en Japón. Tras su erupción, provocó un maremoto que causó la muerte de aproximadamente 15 mil personas <sup>28</sup> .
1783	Erupción del volcán Laki, en Islandia, produjo cerca de 10 mil muertos <sup>29</sup> .
1755	Terremoto de Lisboa, en Portugal, con una magnitud 9, repercutió en las costas de Portugal, España, Inglaterra y Marruecos.
1631	Erupción del volcán Vesubio, a ocho kilómetros de

---

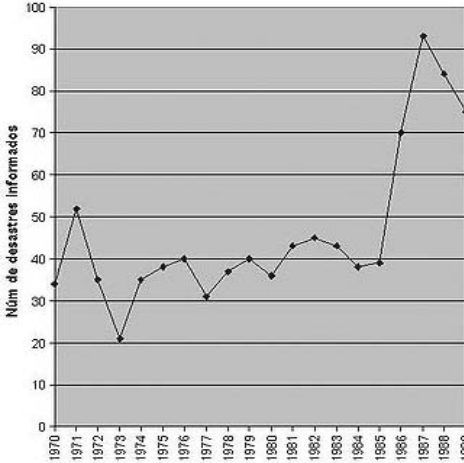
<sup>28</sup> Ha sido el mayor desastre causado por un volcán en Japón.

<sup>29</sup> En 1783, la población de Islandia era de 50.000 habitantes, por lo que la erupción volcánica causó la muerte de una quinta parte de la población del país nórdico.

Nápoles, en Italia. Entre el 16 y 17 de diciembre, produjo cerca 3.000 personas.

Fuente: ACNUR, 2017; Viveros et al. (UDEA), 2015; Angulo (*La jornada*), 2013 y *Geniolandia*, 2017

Gráfico III. Número de desastres naturales en el mundo, entre 1970 a 1989



Fuente: Elaboración propia a partir de Blaikie, 1996

A nivel internacional existe un proyecto titulado E<sub>3</sub> (“Eruptions, Earthquakes&Emissions”), que consiste en una aplicación de internet titulada “Global Volcanism Program”, en 2016, que permite visualizar y tener acceso a datos de erupciones, temblores y emisiones de las últimas décadas en la Tierra, desde 1960 en adelante; financiado por diferentes instituciones, pero entre las que destacan el Instituto Smithsoniano (Smithsonian Institution) y el Servicio Geológico de los Estados Unidos (US Geological Survey, USGS), que está integrado en un proyecto más amplio titulado “Programa de Vulcanismo Global” del Instituto Smithsoniano, con sede en Washington.

Entre las principales instituciones a nivel internacional y nacional dedicadas a la investigación de los desastres naturales, destacan la International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), de Austria; ProVention Consortium, Suiza; Earth Institute

of Columbia University, Estados Unidos; Universidad de Kobe, Japón; Centro Nacional de Prevención de Desastres (CENAPRED), México; Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) y la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres (ISDR) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) de la ONU, así como oficinas especializadas del Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo.

Destaca igualmente el hecho que la ONU declaró la década de 1990 a 2000 como el decenio internacional para la reducción de desastres, precisamente en el período en el se amplía el número de desastres –como apunta Oxfam, 2007-, motivado por el incremento de pruebas nucleares, principalmente realizadas en el subsuelo por parte de los Estados Unidos, como analiza Fernández-Carrión en “Antropoceno entre la realidad y la percepción transdisciplinar” (2015a: 59-88). Incluso cínicamente las Naciones Unidas (controlada políticamente por Estados Unidos), en 2005, organiza la conferencia mundial sobre la reducción de los desastres naturales, en Kobe, en Japón, con la finalidad de incrementar el perfil internacional de la reducción del riesgo de los desastres; promover la integración de la reducción del riesgo de los desastres en la planificación y la práctica del desarrollo, y fortalecer las capacidades locales y nacionales para abordar las causas de los desastres, que devastan e impiden el desarrollo de algunos países –según la ONU (2005)-. Unos años más tarde, en 2017, se celebra en Cancún la reunión de la Plataforma Global para la reducción de riesgos por desastres (UNISDR), organizada por la ONU, con la participación de unos cinco mil delegados pertenecientes a 120 países, entre jefes de Estado, ministros y directores generales de cooperaciones internacionales<sup>30</sup>. Y, el 13 de octubre de cada año lo ha institucionalizado igualmente la ONU, como el día internacional para la reducción de los desastres (ONU, s/f), todo esto debía ir acompañado de la demanda a Estados Unidos para que deje de realizar pruebas nucleares en el subsuelo.

A nivel nacional, en México -como indica Cisneros- tiene una insuficiente cultura preventiva de desastres naturales, atendiendo al criterio indicado por el coordinador nacional de Protección civil, aunque teóricamente resalta la importancia en términos humanos y económicos de evitar las construcciones en zonas de riesgos y de impulsar la cultura de prevención, esto último

---

<sup>30</sup> Siendo la primera ocasión en la que la reunión se celebra fuera de Suiza.

también lo destaca la subsecretaria para América Latina y el Caribe (Cisneros, 2017).

### III.1 Breve historia de los desastres naturales en México

Aunque el Centro de Estudios del Trabajo (CET) en su libro titulado *El terremoto del 19 de septiembre* [de 1985] (1985) considera que “en nuestro país [México], el primer movimiento telúrico o temblor lo registran los aztecas en 1509, durante el reinado de Moctezuma” (CET, 1985: 11), con anterioridad los mayas (cuya civilización mesoamericana –México, Guatemala, Belice, Honduras y El Salvador- se desarrolla entre los siglos III y XV)<sup>31</sup> referían en sus leyendas a los sismos, con la siguiente alusión a Kukulkán (en maya k’ukulk’an: pluma y serpiente o serpiente emplumada. Dios serpiente)<sup>32</sup>:

Por estas tierras se cuenta que, hace mucho tiempo, hubo una serpiente de colores, brillante y larga. Era de cascabel y para avanzar arrastraba su cuerpo como una víbora cualquiera. Pero tenía algo que la hacía distinta a las demás: una cola de manantial, una cola de agua transparente.

Sssh sssh... la serpiente avanzaba. Sssh sssh... la serpiente de colores recorría la Tierra(...).

Dicen los abuelos que donde quiera que pasaba dejaba algún bien, alguna alegría sobre la Tierra.

Sssh sssh... allí iba por montes y llanos, mojando todo lo que hallaba a su paso(...).

Hubo un día en el que los hombres pelearon por primera vez. Y la serpiente desapareció. Entonces hubo sequía en la Tierra.

Hubo otro día en el que los hombres dejaron de pelear. Y la serpiente volvió a aparecer. Se acabó la sequía, volvió a florecer todo. Del corazón de la Tierra salieron frutos y del corazón de los hombres brotaron cantos (*Popol Vuh*, 1993).

Pero todavía hubo otro día en el que los hombres armaron una discusión grande que terminó en pelea. Esa pelea duró años y años. Fue entonces cuando la serpiente desapareció para siempre.

Cuenta la leyenda que no desapareció, sino que se fue a vivir al fondo de la Tierra y que allí sigue. Pero de vez en cuando sale y

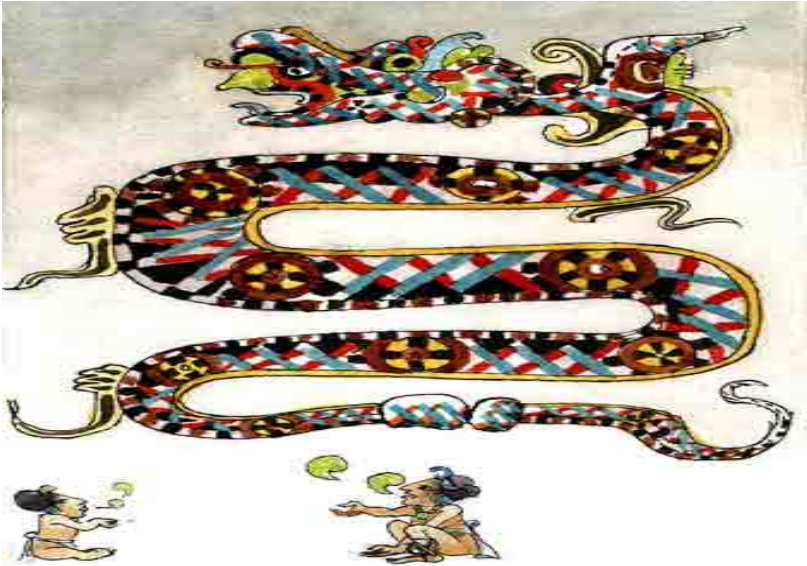
---

<sup>31</sup> Igualmente bajo el título de “Maya”, Rivero (s/f) alude a las leyendas de esta civilización precolombina.

<sup>32</sup> O Gucumatx como se refiere a él en *Popol Vuh* (1993).

se asoma. Al mover su cuerpo sacude la Tierra, abre grietas y asoma la cabeza. Como ve que los hombres siguen en su pelea, sssh... ella se va. Sssh sssh... ella regresa al fondo de la Tierra. Sssh sssh... ella hace temblar(...) (cfr. Belmont, 2014)<sup>33</sup>.

Figura I. Leyenda maya sobre los temblores



Fuente: Anónima

En la leyenda azteca, también se alude a los temblores, a partir de la creación del quinto sol mexicana, en relación al ajolote.

El espíritu de este animal fue reconocido por las culturas antiguas que lo veían como un ser que desafía a la muerte. En la mitología azteca, el ajolote (del náhuatl: atl, “agua” y xolotl, “monstruo”; monstruo acuático), es la advocación acuática del dios Xólotl,

<sup>33</sup> Este mismo criterio de pensar que los temblores son una repercusión “divina” de las luchas entre los seres humanos, se mantienen actualmente en el pensamiento de habitantes de Ecuador, pues como indica el “Proyecto Sismovideógrafo” [Mariana Corral] “El verano pasado [en 2013], en la localidad de Baños, Ecuador, tuve oportunidad de charlar con un lugareño que me contó que la última gran erupción del Volcán Tungurahua coincidió con el conflicto Perú-Ecuador en 1999. El volcán ‘estaba enojado’ decía” ([Corral], 2014).



hermano gemelo de Quetzalcóatl (serpiente emplumada) y monstruoso a causa del nacimiento gemelar.

Su historia comienza en el mito de creación del Sol y la Luna, ocurrido en Teotihuacán, “El lugar donde los hombres se convierten en dioses”, uno de los lugares más sagrados para los nahuas, el gran templo-ciudad divina (hoy San Juan Teotihuacán, cerca de Otumba)(...).

Aquí fue creado el quinto sol, la era en la que vivimos actualmente y que, según la cosmovisión nahua, desaparecerá a causa de temblores (Flores y Ramírez, 2003)<sup>34</sup>.

Estas leyendas aztecas aún se aprecian en Santa Cruz Tepenixtlahuaca, actualmente en el municipio Tataltepec de Valdés, en la costa del estado de Oaxaca, en el que la mayoría de su población viven en “hogares indígenas” (Nuestro México, s/f), donde descubren una figura prehispánica, con iconografía teotihuacana (Rivera, 2011), intitulada significativamente “Guerrero 8 temblores”.

Existe otro mito clásico en México que dice así “El diablo hace grandes fracturas en la Tierra desde el interior, haciendo la Tierra temblar. Él y sus “secuaces” usan estas aberturas cuando quieren subir y provocar caos en la Tierra” (cfr. Migeo, 2007); pero esta idea presuponemos que es propia de la época colonial, donde con el sincretismo, se agrupa las leyendas antiguas con elementos medievales, que alude al diablo como el mal.

Los movimientos telúricos, recogidos en las leyendas de las distintas civilizaciones desarrolladas en México, se ha venido produciendo desde la antigüedad, en las distintas regiones del país, repercutiendo lógicamente en las zonas habitables y especialmente en las construcciones más vulnerables por su tamaño y material de construcción empleado. Un ejemplo, sobre la vulnerabilidad por desastres naturales se aprecia en el Fuerte de san Diego, en Acapulco (primer fuerte español en el Pacífico), construido en el siglo XVII por el arquitecto Adrian Boot, pero tras un temblor sobre sus ruinas fue reconstruido el “nuevo” fuerte por Miguel Constanzó, en 1776, actual Museo Histórico de Acapulco<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Texto que se reproduce igualmente en Neomexicanismos (s/f).

<sup>35</sup> En esta zona de temblores y tsunamis, a partir de 1564 Miguel de Legazpi y Andrés de Urdaneta inician, por mandato de la Audiencia de México, durante el reinado de Felipe II, el Galeón de Manila o Nao de China, aprovechando la dirección de las corrientes marinas para realizar un tornaviaje de México a Filipinas a través del océano Pacífico, que

Junto a los temblores hay que aludir a los volcanes, pues como señala Gonzalo Dorado “la actividad sísmica y la actividad volcánica puede aparecer de forma independiente, [aunque] hay muchos casos en los que se ven íntimamente ligadas” (Dorado, 2017), como se puede apreciar en la proximidad de las zonas donde se encuentran volcanes (figura II) y donde se produce temblores (figura III) a escala global<sup>36</sup>.

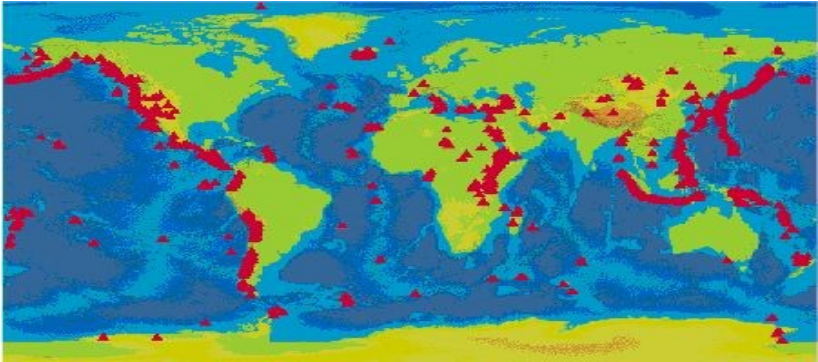
Pero incluso existen autores –como Criado, 2017- que se pregunta ¿Un terremoto puede provocar la erupción de un volcán?, respondiendo que poco después del sismo de septiembre de 2017, el volcán Popocatepetl entró en erupción. Este fenómeno, aunque no es habitual, se ha producido en otras zonas, como en Japón, Chile o Nicaragua. “No se trata [simplemente] de que el terremoto despierte al volcán”, pues como explica el vulcanólogo del Instituto de Ciencias de la Tierra Jaime Almera/Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Joan Martí, para que un volcán entre en fase eruptiva tras un terremoto, éste tiene que ser de gran magnitud y sobre todo que “el volcán debe estar ya en fase de desequilibrio”, y es por esta última razón por la que Criado indica que este terremoto no ha despertado otros volcanes de la region (Criado 2017).

---

perdura por más de doscientos años, hasta 1815, cuando la guerra de independencia de México interrumpió el servicio. Sirvió de comercio de intercambio de mercancías (metales: plata... y alimentos) del Virreinato de Nueva España y del Perú con Filipinas y China (sedas, especias, porcelana... y perlas) (Fernández-Carrión, 2009: 233-250). El comercio anual de plata y mercancías que se celebra en Acapulco, atraía a los piratas y corsarios ingleses, holandeses y franceses, entre ellos a Francisc Drake, por lo que el virrey de Nueva España construye el fuerte de san Diego.

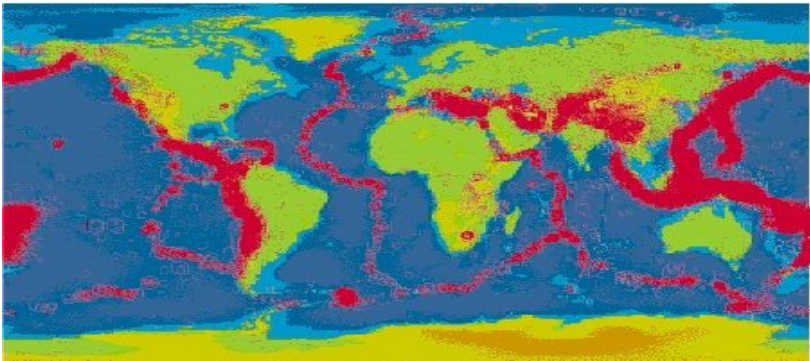
<sup>36</sup> Sobre esta misma cuestión de vinculación de zonas de erupción y de temblores lo trabaja igualmente [Nazarenko] en “Plate Tectonics” (2011).

Figura II. Zona de volcanes en el mundo



Fuente: cfr. [Nazarenko], 2011.

Figura III. Zona de temblores en el mundo



Fuente: cfr. [Nazarenko], 2011.

Al igual que existe leyendas y mitos sobre los temblores, también se aprecian otras sobre los volcanes, en la época prehispánica, que intentan dar una variada explicación de la presencia volcánica en una zona determinada del país, como sucede en particular sobre Popocatepetl e Iztaccíhuatl en el valle de México, que son la segunda y tercera montaña más alta de México.

Cuenta una leyenda que estas dos montañas representan a una doncella y un joven guerrero Tlaxcaltecas. Popocatepetl e Iztaccíhuatl, era la princesa Tlaxcalteca más bella jamás vista y esta depositó su amor en el joven Popocatepetl, uno de los más apuestos y bravos guerreros de su pueblo.

Dicen que antes de partir a la guerra en la que Tlaxcaltecas se encontraban inmersos contra sus enemigos acérrimos, los aztecas, Popocatépetl pidió al cacique de su pueblo la mano de la princesa Iztaccihuatl. Este se la concedió a condición de que volviera sano y salvo de la guerra para desposarla.

Así, el guerrero partió a la batalla mientras que la princesa esperaba el retorno de su amor. Sin embargo la lengua viperina de un celoso rival de Popocatéptl, medió de mala fe engañando a la princesa e informándole de que su amado había muerto en combate. Arrastrada por el desconsuelo y el quebranto, desconociéndose víctima del engaño, dícese de aquella bella princesa que murió de tristeza por la pérdida de su amado.

Poco tiempo después Popocatéptl regreso victorioso de su empresa dispuesto a tomar matrimonio con Iztaccihuatl, sin embargo a su llegada recibió la funesta noticia de su fallecimiento. Durante varios días y noches, cuentan que el joven vagó por las calles hasta encontrar la manera de honrar el gran amor que ambos se profesaban, y fue así que ordenó erigir una gran tumba bajo el Sol amontonando 10 cerros para levantar una enorme montaña.

Una vez construida, tomó el cuerpo inerte de su princesa, y recostándola sobre la cima de la montaña, la besó por última vez para después, antorcha humeante en mano, arrodillarse a velar su sueño eternamente. Desde entonces permanecen juntos. Uno frente a otro. Con el tiempo la nieve cubrió sus cuerpos que se convertirían en dos enormes volcanes y que permanecerán inmutables hasta el final de los tiempos.

Es por ello que, cuando el guerrero Popocatépetl se acuerda de su amada Iztaccihuatl, su corazón, que guarda el fuego de la pasión eterna, tiembla, y su antorcha vuelve a incendiarse. Es por ello que, aún hoy en día, el volcán Popocatépetl continúa arrojando fumarolas de humo (cfr. Jara, 2018).

Figura IV. Códice Quetzalecatzin



Fuente: Códice Quetzalecatzin, manuscrito mesoamericano con influencia española, fechado en 1693 (adquirido por la Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos), que muestra información genealógica y propiedad territorial de la familia “de León”, desde 1480 a 1593, en los actuales estados de Puebla y Oaxaca, en la que se encuentra los volcanes de Popocatephtl e Iztaccihuatl.

### *III.II Características geológicas de México*

El concepto de geología etimológicamente procede del griego γῆ /guê/, “Tierra”, y -λογία /-loguía/, “tratado”, es la ciencia natural que estudia la composición y la estructura interna de la superficial de la Tierra, y los procesos evolutivos sucedidos a lo largo del tiempo geológico.

México es uno de los países con una alta sismicidad, donde interactúan cinco placas tectónicas: la placa de Norteamérica, que abarca casi la totalidad del territorio nacional; la placa de Cocos y Rivera, ambas localizadas en la costa sur del Pacífico; la placa propiamente del Pacífico, que se ubica en la península de Baja California y la placa del Caribe, localizada al sur-este del país. Algunas de estas placas interactúan, como es el caso de las placas de Rivera y Cocos que penetra por debajo de la norteamericana,

produciendo un fenómeno de subducción, y al mismo tiempo entre la placa del Pacífico y la Norteamericana se produce un desplazamiento lateral cuya traza se hace visible en la superficie (como analiza de forma exhaustiva los Grupos de Sismología e Ingeniería de la UNAM, Victor M. Cruz Atianza et al., 2017).

Cuadro VII. Sismos superiores a 5,1, de 1887 a 2008, en México

Años	Mes	Día	Ubicación	Magnitud
1887	5	3	Sonora	7,4
1907	4	15	Guerrero	7,7
1911	6	7	Guerrero	7,7
1931	1	15	Oaxaca	7,8
1932	6	3	Jalisco	8,1
1957	7	28	Guerrero	7,9
1959	8	26	Veracruz	6,8
1962	5	11	Guerrero	7,0
1962	5	19	Guerrero	7,1
1964	7	6	Guerrero	6,9
1965	8	23	Oaxaca	7,3
1968	8	2	Oaxaca	7,1
1985	9	19	Valle imperial	6,4
1985	9	19	Michoacán	8,0
1999	6	15	Centro de México	8,0
1999	9	30	Oaxaca	7,5
2002	2	22	Baja California	5,7
2002	12	10	Baja California	4,8
2003	1	22	Colima	7,6
2004	6	15	Baja California	5,1
2006	1	4	Golfo de California	6,6
2006	8	11	Michoacán	5,9
2008	2	12	Oaxaca	6,5

Fuente: Elaboración propia a partir de BIB (2015: 55)

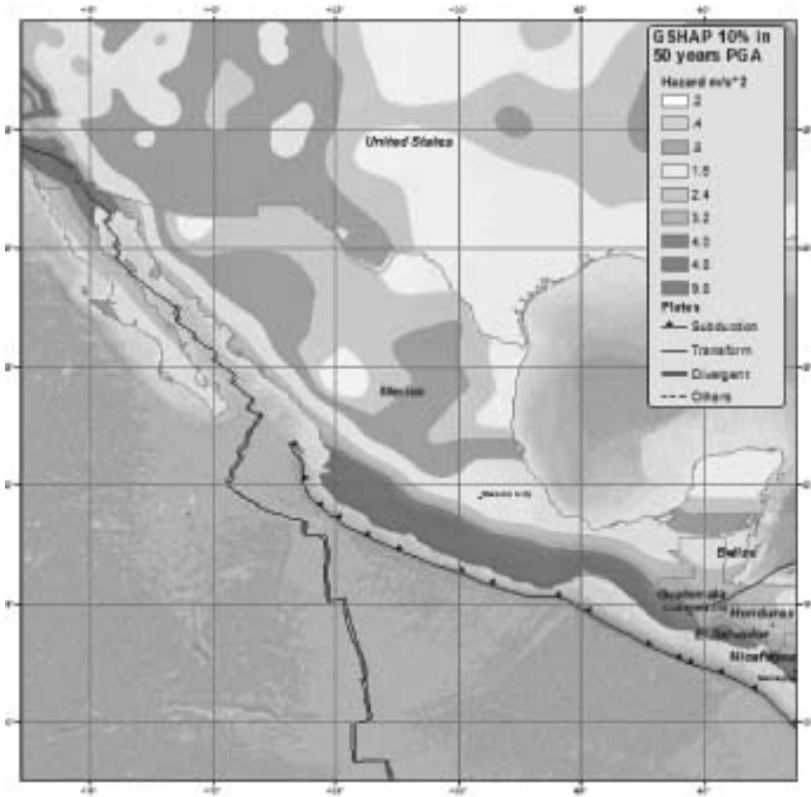
Pero aunque la ubicación de los sismos están repartidos por diferentes puntos geográficos de México, en un gran número de ellos tienen repercusión o inciden igualmente en la ciudad de México, por las características del subsuelo lacustre que tiene; pues por ejemplo en 1985, aunque su epicentro es en las costas de Michoacán, a más de 300 kilómetros de distancia, incide sobre la ciudad de México produciendo –de acuerdo a la información general con que se cuenta a este respecto- más de diez mil muertos, cincuenta mil heridos y más de doscientos cincuenta mil personas afectadas, con un impacto económico superior a los cuatro mil millones de dólares.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Figura V. Aceleración máxima del terreno ( $m/s^2$ ) con 10% probabilidad de excedencia en 50 años

70

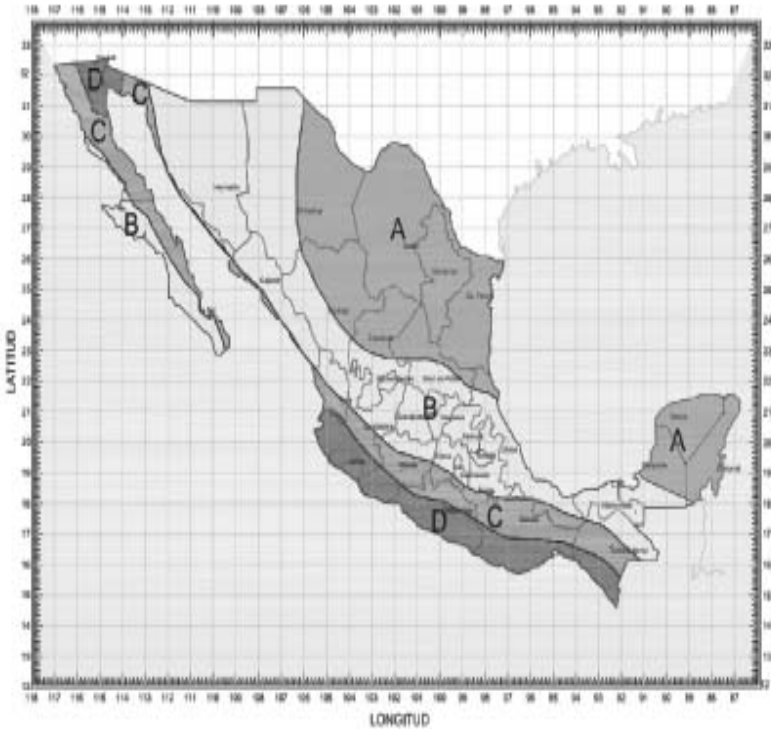


Fuente: USGS (s/f)

En la figura 6 se aprecia un mapa de las diferentes zonas sísmicas en México, de acuerdo a las aceleraciones máximas del suelo con un período de retorno de 100 años. En la zona A no se esperan aceleraciones del suelo mayores a un 10% de la activación de la gravedad. La zona D es el espacio donde se suceden los sismos de forma muy frecuente y las aceleraciones del suelo pueden sobrepasar el 70% de la aceleración de la gravedad. Mientras que, las zonas B y C son intermedias, donde se registran altas aceleraciones, pero no sobrepasan el 70% de la apremiación del suelo. En la zona B se encuentra la ciudad de México, pero debido a sus condiciones del subsuelo del valle de México, es afectada por

altas aceleraciones y le repercute los sismos con epicentros en otras zonas del país.

Figura VI. Mapa de amenazas sísmicas, en México



Fuente: INIFED (s/f)

Según Pérez Campos, titular del Servicio sismológico nacional, del Instituto de Geofísica de la UNAM hasta 2004 el Servicio Sismológico era “muy pequeño”, tenía pocas estaciones en el país, pero posteriormente, alrededor de 2007, surgió la Red Sísmica Mexicana que permitió en diez años establecer una mayor colaboración con otras instituciones, aumentando las estaciones sísmicas y logrando una cobertura más nacional, al mejorar también equipos e intercambiar datos entre ellas; todo lo cual posibilita “detectar sismos más pequeños”, pero vienen “otras complejidades [económicas, de mantenimiento de infraestructuras y la autonomía entre sí de las instituciones], como quién revisará las estaciones”:



pero de acuerdo, al primer aspecto indicado se constata que “hasta hace algunos años había días en los que se reportaba un sismo al día. Este año [2017] estamos en 40 al día. Y ahora que estamos en réplicas reportamos hasta 300 al día” (Pérez Campos, 2017: 11).

Aparte de los sismos, también se puede referenciar las amenazas de tsunami, volcánicas, hidrometeorológicas, por remoción de masas, incendios forestales y sequías, tal como se trabaja en BID en *Indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos. Programa para América Latina y el Caribe: México* (2015: 56-70); pero no se va a trabajar, pues excede el tema propuesto en la actual “Introducción”.

En México y en particular en la ciudad de México los fatalistas consideran que “están en mal sitio”. Desde un punto de vista geológico –dirá Criado, 2017 ¿por qué- “casi hay que darles la razón”. Gran parte del territorio mexicano se encuentra en el borde de una de las placas de la corteza terrestre bajo las que se está desplazando otras, como se ha indicado anteriormente, lo que provoca la alta sismicidad de la región, que además se incrementa previsiblemente con las reiteradas pruebas nucleares secretas que efectúan el gobierno de los Estados Unidos en el sur de su frontera sur, al norte de México, y que en el caso de la ciudad de México aumenta por las condiciones geológicas metropolitana. Desde que se produjera el devastador terremoto de 1985, en el que murieron alrededor de 10.000 personas, México ha sufrido una decena de sismos de una magnitud igual o superior a la sucedida el 19 de septiembre de 2017. De todos estos sismos sólo uno se ha producido en la Baja California (en el noreste del país) en 2010, el resto han tenido lugar en la franja suroeste y central, en estados como Michoacán, Guerrero u Oaxaca, pero todos ellos con repercusión en ciudad de México. Esto sucede por que la mayor parte de México está sobre el extremo suroeste de la placa norteamericana que se encuentra y se produce subducción con la placa de Cocos, sobre la que se encuentra el océano Pacífico junto a las costas occidentales de América Central y parte del Norte; donde además se haya una gran concentración de volcanes en la región conocida como el arco volcánico centroamericano. “La placa de subducción, al meterse debajo, se atasca acumulando tensión(...) y al desatascarse, se produce el terremoto”, señala José J. Martínez Díaz, experto en geodinámica planetaria de la Facultad de Ciencias Geológicas de la Universidad Complutense de Madrid (cfr. Criado, 2017).

### *III.III Temblores de septiembre de 2017 en México*

#### *III.III.I Aspectos generales y peculiaridades de los temblores de septiembre de 2017*

“El terremoto aún no cesa...”, pues las causas no son sólo sísmicas sino son causadas por el cambio climático<sup>37</sup> u otras razones supranacionales y no sólo de índole exclusivamente naturales; por lo que como apunta Rodríguez García México se siente sacudido de forma permanente e interminable<sup>38</sup>

por otras calamidades que los ciudadanos identifican en la actual coyuntura: el oportunismo presidencial y de los partidos políticos, la ineficacia gubernamental en eventos como los sismos que azotaron a Chiapas, Estado de México, Morelos, Oaxaca, Puebla, Tabasco y a la ciudad de México. El del martes 19, con su secuela de muertos, heridos y damnificados, fue la puntilla para la indignación, pero sobre todo para la acción ciudadana inmediata y firme, comprometida y amorosa, inconmensurable- ante unas autoridades pasmadas que se achican frente a la emergencia y, peor aún, mienten y [se] lucran con la tragedia, de la mano de los medios electrónicos irresponsables [dependientes del poder] (Rodríguez García, 2017: 6).

Durante un gran número de días al año, pues no contamos con la información del Servicio Sismológico Nacional (SSN), para confirmar que fuera diariamente, se produce un número indeterminado de movimientos telúricos en México<sup>39</sup>. El SSN registró un total de cinco mil setecientos treinta y cinco durante el mes de septiembre de 2017<sup>40</sup>, con magnitudes comprendidas entre

---

<sup>37</sup> Dicho en pocas palabras –como apunta Cossío- “lo más grave [del cambio climático] es asumir el calentamiento global como un modo de ser natural e incontrolable” (Cossío, 2017). Sobre este tema en el siglo XXI existe múltiple bibliografía, como analiza Fernández-Carrión en “Antropoceno entre la realidad y la percepción transdisciplinar” (2015a, 61-88).

<sup>38</sup> Estos sismos no sólo producen daños humanos y materiales, sino también causan destrozos artísticos, como alude Marcial al referirse a los murales de Juan O’Gorman en ciudad universitaria en ciudad de México, al señalar que “la obra gigante del artista mexicano en un edificio ministerial ha resistido dos sismos. El edificio ha quedado sin embargo muy dañado y el Gobierno se plantea su demolición” (Marcial, 2017).

<sup>39</sup> Según SSN reporta un promedio de 40 temblores al día (cfr. Notimex, 2017).

<sup>40</sup> Pero si a lo largo del mes de septiembre se produce 5735, para el 24 de octubre, igualmente de 2017, según el Instituto de Geofísica de la

1.3 hasta 8.2. Es por tanto el mes con mayor registro de temblores en los últimos años, debemos creer que en mucho tiempo, desde 1985 en adelante.

74

En el mes de septiembre de 2017, se producen dos temblores significativos, que enunciaremos a continuación y que un poco más adelante lo trataremos en profundidad. El 7 de septiembre de 2017 se produce un sismo de magnitud 8.2 localizado en el golfo de Tehuantepec, a 133 kilómetros al suroeste de Pijijiápan, en Chiapas, con una profundidad de 58 kilómetros<sup>41</sup>. Ocurrió a las 23:49 horas y repercutió en el centro y sur del país, afectando a más de 50 millones de personas, de los 120 millones que habitan actualmente en México, “sufrieron el temblor y tuvieron que abandonar sus casas de la manera más apresurada” (Lafuente y García, 2017). Durante ese día y días posteriores, hasta el 11 se contabilizan hasta 1.067 réplicas, de intensidad entre 2.4 y 4.9, según el Servicio Sismológico Nacional (SSN, cfr. Román, 2017), lo que da una idea exacta del gran movimiento sísmico que sufre el país. Este temblor fue causado por una falla de tipo normal, típica de un sismo intraplaca en el interior de la placa de Cocos, que fue precedido y proseguido por una gran cantidad de réplicas. Algo más de una semana más tarde, el 19 de septiembre, a las 13:40 tiene lugar otro sismo con magnitud 7.1 localizado en el límite estatal entre Puebla y Morelos<sup>42</sup>, a 12 kilómetros al sureste de Axochiapan, en Morelos

---

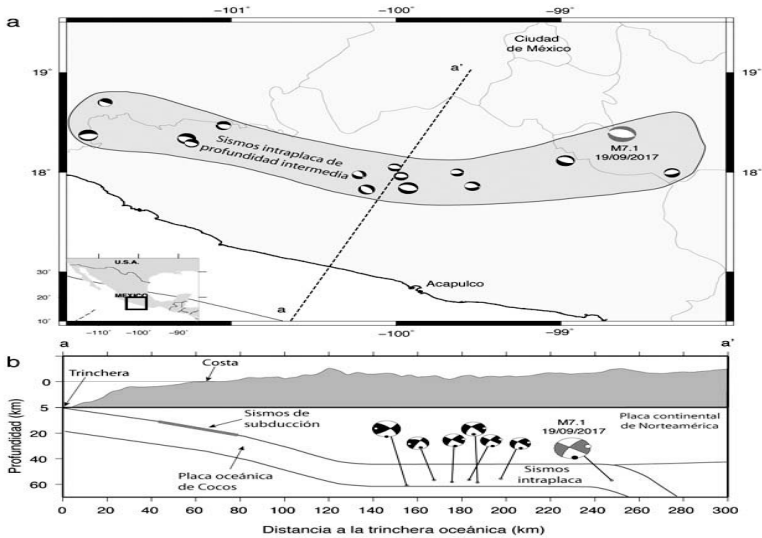
Universidad Nacional Autónoma de México se registraron dos mil novecientos cuarenta y nueve, y para la fecha indicada -según cfr. Notimex- se habían contabilizado un total de ocho mil seiscientos setenta y ocho (cfr. Notimex, 2017). A lo largo del año de 2017 se produce una gran actividad sísmica, como expresa las cifras aportadas por del Sismológico Nacional: enero, con 1.226; febrero, 1.144; marzo, 1.188; abril, 1.025; mayo, 1.342; junio, 1.424; julio, 1.428 y agosto, 1.548, apreciándose en estas cifras un movimiento ascendente de sismos desde el mes de mayo hasta septiembre.

<sup>41</sup> Los altavoces de la alerta sísmica de la ciudad de México se activaron dos minutos antes de que se sintiera el terremoto del 7 de septiembre; igual, sucede en Oaxaca, Acapulco, Chilpancingo y Puebla, esto permitió a millones de personas salir de sus casas y lugares de trabajo nocturno y permanecer en un espacio público seguro (Coppel, analiza de forma periodística el sistema de alerta, 8-9-2017).

<sup>42</sup> Desde 1900 hasta la actualidad se cuenta con registros de sismos en los estados de Puebla y Morelos. En 1980, sucedió un temblor de la misma magnitud (7.1), pero con epicentro a 19 kilómetros al oeste de Acatlán de Osorio, en Puebla, o a 57 kilómetros del epicentro del temblor del 19 de septiembre de 2017, esto último indica que se continúa el desplazamiento

y a 120 kilómetros de la ciudad de México, que repercutió en el centro del país. Al igual que el anterior sismo su mecanismo focal fue una falla normal, intraplaca, proseguido de 39 réplicas.

Figura VII. Localización del sismo del 19 de septiembre de 2017 (M7.1) y otros del mismo tiempo, en México



Fuente: Cruz Atianza et al., 2017: 2.

En septiembre, que es el mes con el mayor número de sismos del año (2017), con 5.735 temblores, de entre los que destacan dos, como previamente se ha señalado; el primero de ellos, se produce el 7 de septiembre a las 23:49 horas, con una magnitud de 8.2 Mw, cuyo epicentro se localiza en el golfo de Tehuantepec, a 137 km. al suroeste de Pijijiapan, en Chiapas y a 58 o “69.7 km.” de profundidad (SSN, 7IX2017). El temblor se percibió en el sur y centro de México, así como en Guatemala, El Salvador, Honduras (Cumes, 2017) y Belice (Shaffer, 2017). Es el terremoto con mayor magnitud en México, tras el de Jalisco-Colima de 1932, que además se produce doce días antes del terremoto de Puebla, de 7.1 Mw y el más fuerte a nivel mundial tras el terremoto de Chile de 2015, que tuvo una magnitud de 8.3 Mw (USGS, 2017). Quince minutos después del sismo de Chiapas se produce un tsunami, con olas de

---

tectónico en la zona, con el correspondiente cambio de epicentro.

hasta tres metros de altura frente a las costas de Chiapas (Televisa News, 2017). Según la Secretaría de Gobernación de México, cientos de localidades de los estados de Chiapas, Oaxaca y Tabasco fueron afectadas por el sismo, siendo Juchitán, de Oaxaca, sobre la que más repercute de todas ellas. En Oaxaca se produjo 78 fallecidos, mientras que Chiapas fueron 18 y en Tabasco 4, sumando un total de 100, según los registros habidos hasta el 15 de septiembre (cfr. Manzo, 2017). Días después de suceder el sismo, del 8 al 13 de septiembre, se produce una serie de temblores de una magnitud de 5.0 a 6.1, con una profundidad de 10 a 97 km. El día 8 tiene lugar 18 réplicas, el 9 se da 6, el 10 son 1, el 11 se producen 3, el 12 son 4 y el 13 se suceden 3.

Un día anterior al terremoto, el 6 de septiembre, alrededor de las 19:00 horas, por “un error humano” se activó el sonido de la alerta sísmica a través de las alarmas del Sistema de Alerta Sísmica Mexicano que “generó algunas evacuaciones” en la ciudad de México (*El Universal*, 2017), lo que causa un estado de angustia crónica en parte de la población. Este error causó incremento de estrés, inseguridad, duda y por último un aumento especial de temor, como aprecia en el comentario dado por uno de los afectados en la ciudad de México

No me asustan los temblores [se está acostumbrado a los sismos, dirá Jaime Gómez, vecino de 42 años de la colonia Cuauhtémoc, en el centro de la capital]. Cómo había habido una falsa alarma un día antes, no pensamos que era en serio, pero después nos dimos cuenta de que esta vez era particularmente fuerte y que teníamos que tener cuidado (cfr. Camhaji, 2017b).

Según la versión de otro sobreviviente Cristina Serrano, de 50 años, sus vivencias son más sobrecogedoras

Aquel día [19 de septiembre de 2017] estaba con mis hijas. Había salido temprano, a las 8 de la mañana, trabajaba en una casa limpiando. Volví pronto. Cuando empezó a temblar yo estaba en la cocina, lavando los trastes -la vajilla, las ollas. Todo empezó a moverse y no podíamos salir (cfr. Ferri, 2018).

Situación que se empeora en las vidas de algunos de sus vecinos, por ejemplo son los casos de Juan Arias, que salió volando por la ventana del cuarto piso del edificio que colapsó, y aún así,

sobrevivió; mientras que Nayeli y sus dos hijos, murieron<sup>43</sup>, o lo sucedido a Cristina:

El quinto piso de su edificio se movía de forma estrepitosa. Cristina –según narra Ferri a partir de lo que le cuenta ella– y una de sus hijas se refugiaron –sin pensar conscientemente– en el marco de la puerta del baño. Mientras que su otra hija y dos de sus nietos, gemelos de tres años, se quedaron atrapados, por culpa de la puerta atracada [atracada], en el cuarto; por lo que no pudieron salir del edificio hasta que acabó totalmente el temblor. Cuando lograron salir se dirigieron al parque, se sentaron en una banca [banco], y desde entonces hasta un año más tarde no han salido de ahí. Durante meses estuvieron viviendo en tiendas de campaña con otras nueve o diez familias numerosas. En diciembre pasaron a habitar en una casa de cartón, madera y otros materiales reciclados –diseñadas por arquitectos de la UNAM para familias con hijos–, que barre Toño, el esposo de Cristina, frente a la puerta ha instalado un lavadero y ha echado cemento e impermeabilizante el suelo de la casa, para evitar que entre el agua de lluvia; aunque aún no saben cuánto tiempo más tendrán que pasar en tal situación penosa (Ferri, 2018).

Otra superviviente –pero de 1985– recuerda el drama similar vivido, a través de la palabra de Claudia Altamirano

Sara Blanco llegó a México el 11 de septiembre de 1985. Era una adolescente gallega de 16 años cuyo padre se había cansado de vivir aquí y tener a su familia en España, así que la trajo al Distrito Federal. Llevaba ocho días en esta ciudad cuando un terremoto de 8.1 grados Richter la estremeció (...).

Pero el sismo no cesaba. La tierra y las edificaciones se mecieron por cerca de un minuto y medio, y los movimientos arceciaban. Cuando se decidieron a salir, la puerta ya estaba atascada, padre e hija tuvieron que romperla para poder salir.

Ya era tarde. Su edificio [en la colonia céntrica de san Rafael] de 10 pisos colapsó y quedó reducido a cuatro. La familia Blanco iba llegando a la escalera cuando todo se vino abajo; el último instante en que Sara vio con vida a su hermano y su padre fue mientras corría por el descanso y le gritaron “¡Sara! Ella volteó y los vio sumirse con el edificio. Después: oscuridad y silencio totales.

[Terminará diciendo] ‘Son momentos muy irreales. No ubicas si estas dormido, despierto, si es una vida paralela... No crees que seas tú la que lo está viviendo’, relata Sara en compañía de su hija, Raquel. Atrapada en los escombros(...) No podía ver nada ni sentía

---

<sup>43</sup> Al mismo tiempo Martha Reves, madre de Naveli, murió de un infarto meses más tarde, después de un mitin político que “acabó en batalla campal” (Ferri, 2018).

nada, al principio podía respirar bien pero después ya era mucho el polvo que aspiraba. El hueco en el que quedó era pequeño pero tenía movilidad, así que empezó su lucha por la supervivencia.

‘Realmente no sé qué fue lo que pasó por mi cabeza para empezar a moverme [atendiendo al espíritu de supervivencia]. Sentí aire, o la famosa luz que te dicen ‘no la sigas’ yo dije ‘la voy a seguir’. Yo subía, subía, subía... había coches había cadáveres de los que tenían que agarrar, en ese momento eras tú y tú y nadie más que tú... Yo me acuerdo que subí mucho, mucho tiempo que estuve escalando escombros, se me hizo eterno’, relata la española que salió por su propio pie, cinco horas después, de aquella montaña de escombros(...). Ya. Cuando me vieron los que estaban por ahí [los voluntarios] me fueron a ayudar, pero yo salí sola, y en el momento en que estaba sacando una pierna, alcancé a ver la ropa de mi mamá –estábamos en pijama- y me quise meter por ella pero ya no me dejaron, me alejaron. Había una farmacia enfrente, ahí me limpiaron pero yo insistía, para mí era la ropa de mi mamá [la que me llevaba a querer regresar a los escombros a rescatar su cadáver] (Altamirano, 2015a).

Unos voluntarios lograron sacar entre los escombros a su madre, mientras que Sara es trasladada por una monja del colegio Anglo-español donde estudiaba a su casa, para que se bañara y comiera. Seguidamente ella regresa a los restos del edificio donde vivía en busca de su madre, pero ya no se encontraba, pues como le dijeron en la farmacia donde la trataron con anterioridad, se la habían llevado en una ambulancia a un hospital, cuyo nombre desconocían. Entonces tiene la necesidad psicológica de andar, aunque sin destino fijo, en busca de su madre, pero ella se dice a sí mismo

Yo [Sara] no conocía a nadie, no sabía nada, no había celulares, si mi mamá tenía algún familiar aquí yo no los conocía en ese momento. Yo me eché a caminar, llegué a Insurgentes... caminé mucho, mucho. Llegué a hotel que se cayó en Insurgentes y Reforma, ya no me dejaron pasar sí que me regresé. En ese momento yo creo que le dabas mas miedo a la gente, la gente no entendía lo que estaba pasando, estaba muy asustada. Nadie preguntaba nada, yo llevaba medio uniforme roto, iba descalza, tenía rota la clavícula y dislocada una pierna (cfr. Altamirano, 2015a).

En estas circunstancias, sin rumbo fijo, Sara regresa a san Rafael porque es la única zona de ciudad de México que conoce y además pensó que al igual que su madre “tenían que salir” su padre y su hermano de 19 años; pero un taxista se ofreció a llevarla al

hospital Español sin cobrarle nada, donde le escayolaron la pierna<sup>44</sup>. Pasó la noche del 19, “la peor de toda mi vida” y once días más buscando a sus familiares, yendo por anfiteatros y regresar a las ruinas del edificio donde vivía por si lograba ver alguno de los cuerpos de su padre y hermano o incluso podía conseguir algunas de sus pertenencias, viendo que esto era imposible por encontrarse entre escombros y la rapiña; por lo que tuvo que adquirir una cobija (manta) que una persona le vendió por ocho mil pesos, facilitados por la farmacéutica<sup>45</sup>, al abrir la bolsa, encontró un papel con la leyenda “Pro damnificados, del gobierno español”<sup>46</sup>; su país había mandado esta ayuda pero ella logró tenerla al comprarla, por culpa de la llamada “corrupción” política.

Frente al robo y la corrupción Sara recuerda el trabajo desinteresado y de buen trato de los recatistas voluntarios, de la Brigada Topos de Tlatelolco, “esa gente altruista, valiente, chicos muy jóvenes que se metían a donde fuera y salvaron muchas vidas. Porque de ser por el [gobierno del] Distrito Federal y su gobierno [federal], todavía hoy estaríamos hablando de muertos”. Asimismo, Sara recuerda el “buen trato” que ofrecían a los cadáveres que sacaban de los escombros “no eran bultos para ellos”, además daban aliento para quienes aún buscaban. Once días más tarde (30 de septiembre) encontraron los cuerpos de su padre y hermano, que fueron trasladados a la agencia Gayosso en la misma colonia, donde fue llamada para que los reconocieran, al ver sus rostros desfigurados, sueño que no fueron ellos, pero terminó reconociendo sus manos y sus pies. Los enterraron en el panteón Español y Gayosso que les cobró el servicio “de manera regular”, por lo que ella dijo que “gratis no había nada. La solidaridad que en ese momento dijeron fue falsa”. Pero como aumento de males, los bancos no les reconocía las cuentas de sus padres, así como las aseguradoras no les pagaban por el departamento ni el coche y no

---

<sup>44</sup> El taxista le esperaba en la calle, extraña tanto esfuerzo hacia un desconocido: joven en situación de abandono, existe la posibilidad de que fuera por interés sexual.

<sup>45</sup> Posiblemente interesada por poder adoptarla o cobrar en un futuro los intereses.

<sup>46</sup> Este hecho demuestra como muchos, no se ha podido cuantificar, de los bienes que donaron diferentes países al gobierno de México para ayudar a los damnificados por los sismos de 1985 y posteriormente de 2017, terminaron en manos de políticos que posteriormente se los vendieron a particulares, quienes terminaron revendiendo en una sucesiva cadena de corrupción y delincuencia.



había podido recuperar ningún objeto entre los escombros, por lo que lo había perdido todo. No tenía siquiera una identificación. La embajada de España la localizó para invitarle a hacerse una foto con el rey, que vino a entregar un donativo para los damnificados, del cual ella no recibió ni un solo peso. Al final por suerte, un familiar de su madre, al escuchar en la radio el derrumbe del edificio en el que vivían fueron a buscarla, la reunieron con su madre y las acogieron en su casa.

Pasado los años, treinta años más tarde, en 2015 (dos años antes del segundo temblor de mayores intensidad del siglo XX y XXI, hasta el momento presente), Sara cuando siente un temblor sale corriendo a la calle, aunque Protección civil recomienda no salir a la calle porque ahí hay mayores riesgos, pero el recuerdo de lo sufrido en el sismo de 1985 le atormenta: el estar enterrada vida: “Me dicen que si me salgo me va a atropellar un coche, -pensé-bueno, sí me tengo que morir, que sea de un trancazo [atropellada]. Pero no tener nada encima”. La paranoia le hace que cada vez que llega a un sitio nuevo, lo primero que hace es ubicar las escalaras y puerta de salida; aunque para intentar superar los miedos y el trauma vivido, actualmente (en 2015) reside en un departamento en una cuarta y última planta “porque era un reto mental” (Altamirano, 2015a).

### *III.III.II Sismo del 7 de septiembre de 2017*

Junto a la angustia que ha producido en muchas personas el error de la alarma sísmica fallida del día 6 de septiembre, al día siguiente (7), cuando se produce en temblor, los sensores sísmicos del Sistema de Alerta Sísmica Mexicano detectaron el movimiento telúrico a las 23:49 horas y emitieron alertas “tempranas” a las ciudades de Oaxaca (13 segundos antes), Puebla (63’), Chilpancingo (66’), Acapulco (70’), ciudad de México (96’), Colima (181’) y Guadalajara (191’) (SASMEX, 2017). La señal se difundió a través de los altavoces públicos del Programa Ciudad Segura en la capital mexicana y en los medios de comunicación (Sinembargo.mx, 2017).

Lafuente y García al aludir al “fuerte terremoto [que] sacude el sur de México” del 7 de septiembre, señalan que

en la capital, donde viven cerca de 20 millones de personas, el

pánico fue total. El miedo se apoderó de una ciudad en la que recordar la pesadilla del terremoto de 1985, que dejó casi 10.000 muertos, es recurrente. Si la tragedia esta vez no ha sido mayor se debe a que el sismo ocurrió a mucha más profundidad y más lejos, pero a las lecciones aprendidas de aquella catástrofe y las medidas adoptadas e las últimas tres décadas (Lafuente y García, 2017),

sin ningún muerto en ciudad de México, aunque en el resto del país se produce un total de 102 fallecidos (82 en Oaxaca, 16 en Chiapas y 4 en Tabasco)<sup>47</sup>; pero doce día más tarde se produce otro sismo, aunque menor 7.1 Mw. cuenta con un epicentro más cercano en Puebla, por lo que las repercusiones son mayores, 368 muertos en total (225 en ciudad de México, 75 en Morelos, 46 en Puebla, 15 en estado de México, 6 en Guerrero y 1 en Oaxaca).

En el temblor del 7 de septiembre,

más de 50 millones de personas de los 120 millones que viven en México, sufrieron el temblor y tuvieron que abandonar sus casas de la manera más apresurada. Con lo puesto. Y si algo llevaban encima, era miedo. Hacía 85 años que un país tan acostumbrado a los terremotos como México no registraba un sismo de esta magnitud, aunque la incertidumbre que genera una sacudida así es tal que la estadística queda relegada a un segundo plano. Dese esa hora hasta el mediado el viernes, se registraron más de 370 réplicas, las más intensa de 6.1 (Lafuente y García, 2017).

Confusión, nerviosismo, miedo, incredulidad y pánico... mucho pánico. El sismo que sacudió a México este jueves empezó a unos minutos de que cayera la medianoche y tomó por sorpresa a 50

---

<sup>47</sup> Aunque el epicentro del temblor se registró en Chiapas, es Oaxaca el centro de la tragedia, las autoridades confirmaron la muerte de una veintena de personas, junto al derrumbe de un hotel en Matías Romero, los daños en el Ayuntamiento de Juchitán de Zaragoza, igualmente en Oaxaca y la confirmación de las primeras muertes en San Cristóbal de las Casas, en Chiapas. La información inicial fue de una capital ileña mientras que los reportes desde el sur del país completaron un panorama trágico.

Los “chilangos” se comunicaron en las redes sociales para evidenciar los daños percibidos, que resultan ser: tres muertos en Tabasco, siete en Chiapas y veintiséis en Oaxaca. Todo lo sucedido en ciudad de México resultó en esa ocasión irrelevante con lo que sufrió algunos de los estados más podres del país, en el sur. “Da mucha tristeza ver cómo ha pegado a algunas partes, pero somos un país que ha vivido varios terremotos: ya nos levantamos de varios y tenemos que salir adelante”, concluye Mayor antes de quitar la mirada al vacío y retomar el camino al trabajo en la capital (Camhaji, 2017a).

millones de mexicanos. El temblor de magnitud 8,2 ha sido el mayor terremoto en casi un siglo en el país [pero tuvo mayor repercusión en daños humanos el habido en 1985] (Camhaji, 2017a).

El sismo golpea los estados más pobres de México: Chiapas y Oaxaca, ocupan las dos primeras posiciones en los índices de pobreza del país. Según la Comisión Nacional de Evaluación de las Políticas de Desarrollo Social (CONEVAL), en Oaxaca, el 70% de la población viven en situación de pobreza (en 2017 tres puntos porcentuales por encima de como se encontraba en 2010); mientras que en Chiapas, es el 77% (aunque porcentualmente ha bajado un punto de como se encontraba en 2010). En particular, en Juchitán, el pueblo más afectado por el temblor, en Oaxaca, la mayoría de las viviendas sufrieron algún tipo de desperfectos; por lo que cientos de personas viven y duermen en la calle, desde el mismo día del sismo (del jueves 7 al menos hasta el 11 de septiembre -lunes de la semana siguiente-, como indica Ferri, 2017). En cambio, en el país vecino de Guatemala, el Instituto de Sismología y de la Coordinadora para la Reducción de Desastres (Conred) confirman que se registraron 71 viviendas con daños severos y tres carreteras afectadas por derrumbes, pero no hubo ningún muerto. Mientras que el departamento (provincia) de San Marcos, en la frontera con México, fue el más afectado, con 22 viviendas destruidas y el hospital regional, quedó sin techo (Camhaji, 2017a).

En esas circunstancias el periorista Ferri, el 9 de septiembre (dos días más tarde del temblor), visita la población de San Mateo del Mar, próxima de Salina Cruz, la ciudad más importante de la zona.

El día del temblor, muchas paredes se cayeron (...). Salvador Palacios, un pescador de 23 años que comparte cuarto con su esposa, su mamá y tres hermanos, mostró la pared, media caída, a centímetros de vencer la gravedad. Salvador y su familia duermen en el patio.

[En esta situación de desastre] ninguna autoridad había llegado hasta el sábado [9 de septiembre]. Nadie había llevado víveres, ni agua ni mantas, ni cobijas (Ferri, 2017).

### III.III.III Sismo del 19 de septiembre de 2017

El 19 de septiembre se produce el temblor de Puebla<sup>48</sup>, a las 13:14 horas, con una magnitud de 7.1 Mw., con epicentro a 12 km. al sureste de Axochiapan, en Morelos (según el Servicio Sismológico Nacional de México (SSN), 2017b) o 1 km. de San Felipe Ayutla, de Puebla (según el Servicio Geológico de los Estados Unidos, cfr. SSN, 2017c).

Se dan dos circunstancias, la primera es que tan sólo dos horas después de que se realizaran un simulacro con motivo del treinta y dos aniversarios del terremoto de 1985 se produce el nuevo temblor el 19 de septiembre de 2017 y la segunda que desde la instalación de la alerta sísmica en la ciudad de México, esta no sonó antes de producirse el sismo para prevenir a la población para iniciar las evacuaciones, sino que lo hace once segundos más tarde de iniciar el temblor (*El universal*, 2017b).

En Morelos, la zona en torno al volcán Popocatepetl, el sur del estado y especialmente Jojutla es la localidad más afectada; mientras que en Puebla, los valles de Izúcar y Atlixco y el centro de la ciudad poblana registraron importantes impactos. Mientras que de acuerdo al número de fallecidos repercuten, con el siguiente orden: ciudad de México, Morelos, Puebla, estado de México, Guerrero y Oaxaca.

Este sismo repercutió en el centro del país, centrándose en ciudad de México, por la mayor densidad de población y las condiciones geológica del subsuelo<sup>49</sup>. (...) volvieron a resurgir en las calles. Durante largos segundos, los creyentes se arrodillaban y rezaban a sus santos con las manos alzadas al cielo. Justo después del temblor, pocos podían alzar la voz, pero los que lo hicieron rememoraron aquella fecha, de la que se cumplen 32 años(...), como una profecía mal cumplida. Este miedo se trasladó enseguida a las redes (Cruz y Kadner, 2017).

El 19 de septiembre, el mismo día del temblor, de acuerdo a las noticias aportadas por la prensa local y nacional se tiene constancia de 61 muertos y tres días más tarde, el 22, asciende a 291/368/370 fallecidos y 3.274/3.289 heridos, dependiendo de la

---

<sup>48</sup> Este temblor de 2017 coincide en la fecha del 19 de septiembre con el sismo de 1985.

<sup>49</sup> Se calcula que las pérdidas económicas alcanzan la cifra entre US\$4.000 a 8.000 millones (*El comercio*, 2017).

fuelle de la información aludida. Entre los muertos se encuentran cuatro de Taiwán, y uno de Argentina, España, Panamá y Corea del Sur (*Milenio*, 2017). Pero las cifras a través de la prensa son inciertas y como no se cuenta con información oficial al respecto, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) no las aporta, como si quisieran ocultar una realidad pública que afecta a toda la sociedad<sup>50</sup>. Se completa la información estadística sobre los afectados con el temblor del 19 de septiembre con la información dada por Allier (2018), quien a su vez se basa en *Excelsior* (4-X-2017)<sup>51</sup> y este último lo hace igualmente de los datos aportados por el Instituto Belisario Domínguez-Senado de la República (2017).

Pasado el tiempo, se puede confirmar que el temblor del 19 de septiembre provocó el derrumbe de 38 edificios y dejó más de 3.000 inmuebles con graves daños en ciudad de México, y unos 400 municipios del país fueron declarados en emergencia. Al mismo tiempo, causó 369 personas muertas en México, distribuidos en la ciudad de México, en los Estados de Morelos, Puebla, Estado de México, Guerrero y Oaxaca, y de acuerdo con datos de Protección Civil Federal se rescataron a 69 personas con vida y alrededor de 24.000 personas fueron atendidas en diferentes albergues de los

---

<sup>50</sup> La búsqueda de información sobre sismos, temblores o catástrofes naturales en México en INEGI no da ninguna respuesta, y cuando se realiza la búsqueda a través de Google nos encontramos con el siguiente link

<https://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/afectaciones/afectaciones2017.09.pdf> nos da un error “404” por el que no se puede abrir el supuesto documento en pdf de un informe presentado en “sala de prensa”. Cuando realizamos una búsqueda en Google con el indicativo “cifras oficiales sismo 2017 en México”, nos señala la existencia de cerca de 317.000 resultados, el quinto de ellos es el aludido a INEGI que no está operativo y el primero es de la web el “Animal Político”, en la siguiente dirección <https://www.animalpolitico.com/2017/10/cifras-oficiales-sismo-19s/>, en la que indica el 19 de octubre de 2017 la existencia de 369 fallecidos en todo México el sismo de 19 de septiembre, que coincide a falta de un muerto con las que se presente en esta “Introducción”. Al final se opta por completar la información estadística de afectados por el temblor con los datos que aporta Allier en el artículo titulado “Memorias imbricadas: terremotos en México, 1985 y 2017” (2018).

<sup>51</sup> Esta apreciación se constata al leer las referencias aludidas por Allier (2018) al referirse al temblor del 19 de septiembre de 2017, fundamentándose en la información aportada previamente por *Excelsior* el 4 de octubre de 2017 y el Instituto Belisario Domínguez-Senado de la República.

días posteriores a la tragedia -según las cifras oficiales- y según otras fuentes se acogieron a 5.721 personas y se han brindado 27.478 atenciones psicológicas, de acuerdo esto último con datos del gobierno federal. Un mes más tarde, continua cinco personas hospitalizadas.

Según los cálculos oficiales aportados por el presidente de México, Enrique Peña Nieto, del PRI, los costos de la reconstrucción por los sismos del 7 de septiembre y del 19 ascienden a 48.000 millones de pesos, unos 2.542 millones de dólares. Y según el jefe de gobierno capitalino, de la ciudad de México, Miguel Ángel Mancera, estimaba en una entrevista al diario *El país* que la recuperación llevará seis o siete años. Por otra parte, la organización Save The Children ha advertido de que más de 226.000 niños mexicanos siguen durmiendo en las calles o en albergues un mes después del segundo terremoto en México, una situación que según alerta la ONG, expone a los menores a situaciones de abuso, violencia o explotación. La organización estima que más de 86.600 hogares han sufrido daños totales o parciales por los efectos de los terremotos de pasado septiembre (Reina, 2017b).

Cuadro VIII. Fallecidos y heridos por los sismos de 7 y 19 de septiembre de 2017 en México

ESTADOS	19-IX-2017 (19-IX, a)	19-IX-2017 (22-IX, a)	19-IX-2017 (22-IX, a)	7- IX- 2017 (b)	19- IX- 2017 (b)	19-IX- 2017 (c)
	M	M	M	H	M	M
Chiapas					15	
Ciudad de México		225	225	456		228
Estado de México	8	15	15	200		15
Guerrero		6	6	2		6
Michoacán		0	0	1		
Morelos	42	75	75	2.508		74
Oaxaca		1	1	0	76	1
Puebla	11	46	46	105		45
Tabasco					4	
Tlaxcala		0	0	2		
Total	61	291	368/ 370	3.274/ 3.289	95	369

Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la prensa local y nacional (a), Excélsior (2017) (b) e Instituto Belisario Domínguez-Senado

de la República (2017) (c), cfr. Allier, 2018.

### *III.IV Sismo del 19 de septiembre de 1985 en México*<sup>52</sup>

86

#### *III.IV.I Introducción al temblor de 1985*

“El terremoto de ayer [19 de septiembre de 2017] ha sido el más intenso jamás registrado en Ciudad de México [pero el que causa mayores daños mortales es el habido 32 años antes, el 19 de septiembre de 1985]<sup>53</sup>”, explica Víctor Manuel Cruz Atianza (Cruz Atianza et al, 2017), investigador del Departamento de Sismología de la Universidad Autónoma de México. El sismo de ayer (19 de septiembre) tuvo una magnitud de 7,1 mientras que el del 7 de septiembre alcanzó los 8,2<sup>54</sup>.

En este sentido, Cruz señala que “seguro estamos ante el más intenso registrado. El terremoto de 1985 tuvo una intensidad máxima de 35 gales [la unidad de aceleración en centímetros por segundo] mientras que el de ayer alcanzó los 58 gales en la estación de medición de Ciudad Universitaria” (Cruz Atianza et al., 2017), explica el sismólogo, lo que ha producido que la destrucción de este terremoto ha sido mayor. La principal razón de que el temblor haya causado una gran destrucción en la capital se debe a que el epicentro del sismo registrado estaba a apenas 120 kilómetros de la capital, mientras que el de Tehuantepec sucedió en el estado sureño de Chiapas.

Estos dos temblores del mes de septiembre de 2017 han dado pie a la pregunta –tal como se hace ese mismo año Criado- ¿Es normal que se produzcan dos terremotos en apenas dos semanas casi en la misma zona y con una magnitud similar? A lo que responde David Rothery, profesor de geociencias de la Open

---

<sup>52</sup> En relación al temblor de 1985 en México, existe una recopilación libros sobre este sismo, realizada por parte de Raúl Trejo (2015), que son de gran utilidad para los especialistas del tema.

<sup>53</sup> Los grupos de sismología e ingeniería de la UNAM realizan una comparativa sísmica, desde la perspectiva técnica, entre los temblores de 1985 y 2017 en la nota informativa titulada “¿Qué ocurrió el 19 de septiembre de 2017 en México”, que reprodujo *Nexos* (2017) y con el mismo título firma Cruz Atianza et al (como miembros de los Grupos de Sismología e Ingeniería de la UNAM) (2017).

<sup>54</sup> La magnitud de los sismos indican cuán grande es la ruptura en la falla que origina el terremoto, y la intensidad indica la velocidad del movimiento del suelo en diferentes puntos a consecuencia del terremoto (Cruz Atianza et. al, 2017).

University “No hay una conexión directa entre los dos, aunque ambos son consecuencia de la convergencia del fondo del Pacífico (aquí sobre la placa de Cocos) y la placa norteamericana sobre la que se asienta México” (cfr. Criado, 2017). Le sigue esta otra pregunta ¿Existe el riesgo de fuertes réplicas? A la que contesta el Instituto Sísmico Nacional de México (ISNM) que el riesgo de réplicas peligrosas es menor. “En los últimos 100 años se han registrado siete terremotos muy parecidos al de ayer y todos ellos tuvieron comparativamente pocas réplicas, con lo que no esperamos muchas réplicas de intensidad considerable en esta ocasión”, señala Allen Husker, sismólogo del Servicio Sismológico Nacional de México (SSN) (cfr. Criado, 2017).

### ***III.IV.II Antecedentes al temblor de 1985***

Los antecedentes inmediatos del temblor de 1985 –según García Acosta y Suárez, 1996–, se debe considerar el sismo de la tarde del 7 de abril de 1845<sup>55</sup>, poco antes de las 4 de la tarde, de una magnitud un sismo superior a 8 grados Richter con epicentro en Acapulco, que sacudió la ciudad de México y sus alrededores; devastando las poblaciones de Xochimilco y Tlalpan. Seguido del producido en la madrugada del 28 de julio de 1957, con una magnitud de 7,7 (aunque el Servicio Geológico de los Estados Unidos lo registró de 7,9), causando 67 muertos y unos 500 heridos (García Acosta y Suárez, 1996). Este último temblor para otras fuentes tiene una magnitud: de 7,9, para MXCity y de 7,7 para *Expansión*, con epicentro en las costas de Guerrero (MXCity/Acapulco, *Expansión*), repercutiendo en ciudad de México, y causando 68 muertos y diversos heridos (MXCity, 2017) o 160 muertos (*Expansión*). Pero además de estas dos fechas indicadas antes, entremedias y posteriormente se pueden añadir otra serie de temblores con una magnitud superior 7 (como se recogen en el cuadro IX).

#### Cuadro IX. Temblores habidos en México antes de 1985

7 de junio de 1982, en Ometepepec (Guerrero) (6,9) (*Expansión*, 2007).

25 de octubre de 1981, en Playa Azul (Michoacán) (7,3) (*Expansión*, 2007).

24 de octubre de 1980, en Huajuapán de León (Oaxaca) (7,0), causa 50

<sup>55</sup> Según *Expansión* (2007) se produce el 9 de marzo.



## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

88

- 
- muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 22 de junio de 1979, en Tehuantepec (Oaxaca) (7,1) (*Expansión*, 2007).
- 
- 26 de enero, 28 de febrero y 14 de marzo, en Petatlan (Guerrero) (6,5/5,2/7,6), el tercer temblor causa cinco muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 29 de noviembre de 1978, en Oaxaca (7,6) (*Expansión*, 2007).
- 
- 28 de agosto de 1973, en Orizaba (Veracruz) (7,3), 600 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 30 de enero de 1973, en Colima (7,5), 56 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 29 de abril de 1970, en Chiapas (7,3) (*Expansión*, 2007).
- 
- 23 de agosto de 1965, en Oaxaca (7,5), 5 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 22 de febrero de 1943, Petatlán (Guerrero) (7,5), 75 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 26 de julio de 1937, en Orizaba (Veracruz) (7,7), 34 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 3 y 18 de junio de 1932, en Colima (8,2/7,8) (*Expansión*, 2007).
- 
- 17 de junio y 9 de octubre de 1928, en Pinotepa Nacional (Oaxaca) (8,0)/Puerto Escondido (Oaxaca) (7,6), con repercusión en ciudad de México (*Expansión*, 2007).
- 
- 30 de abril de 1921, en Ciudad Jzsmán (Jalisco) (7,8) (*Expansión*, 2007).
- 
- 7 de junio de 1911 (7,6), con epicentro de Michoacán (MXCity) o Jalisco (7,9, *Expansión*), repercutiendo Jalisco y en ciudad de México, y produce 40 muertos y 16 heridos (MXCity, 2017) o 45 muertos (*Expansión*).
- 
- 16 de octubre de 1907, en Golfo de Baja California (7,5) (*Expansión*, 2007).
- 
- 15 de abril de 1907, en Acapulco (8,2) (*Expansión*, 2007).
- 
- 14 de enero de 1903, en Oaxaca-Chiapas (8,2) (*Expansión*, 2007).
- 
- 16 de octubre de 1902, en Baja California Norte (7,8) (*Expansión*, 2007).
- 
- 23 de septiembre de 1902, en Chiapas (8,2) (*Expansión*, 2007).
- 
- 20 de enero y 16 de mayo de 1900, en Jalisco (8,2/7,8) (*Expansión*, 2007).
- 
- 29 de enero de 1899, en Oaxaca-Guerrero (8,4) (*Expansión*, 2007).
- 
- 3 de mayo de 1887, en Sonora, más de 42 muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 19 de julio de 1882, en Huajuapán de León (Oaxaca) (*Expansión*, 2007).
- 
- 5 de mayo de 1845, en Oaxaca (8,0) (*Expansión*, 2007).
- 
- 22 de noviembre de 1837 (7.7), con epicentro en Michoacán (según, dMXCity) o Jalisco (de acuerdo a *Expansión*), con una duración estimada de cinco minutos (MXCity y *Expansión*, 2007).
- 
- 25 de marzo de 1806, en Zapotlán (Jalisco), “muchos muertos” (*Expansión*, 2007).
- 
- 28 de mayo de 1784, en Acapulco, tsunami, varios muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 1 de septiembre de 1741, en Acapulco (Guerrero), tsunami (*Expansión*, 2007).
- 
- 16 de septiembre de 1711, en Colima, varios muertos (*Expansión*, 2007).
- 
- 21 de diciembre de 1701, en Oaxaca, “destruictivo” (*Expansión*, 2007).
- 
- 23 de agosto de 1696 (7,5) (*Expansión*, 2007).
- 
- 2 de julio de 1685 (7.7), con epicentro en Acapulco, destruyendo “casi

---

totalmente dicha población” (MXCity, 2017).

---

25 de agosto de 1611, en Jalisco, con repercusión “muy grande” (*Expansión*, 2007), repercutió en ciudad de México.

---

Entre el 11 y 26 de abril de 1589, repercutió en ciudad de México ([Cavo, 1838]).

---

El 27 de diciembre de 1568, en Colula (Jalisco) (*Expansión*, 2007).

---

Del 15 al 17 de enero de 1542 ( $\pm 7.0$ ), repercutió en ciudad de México ([Cavo, 1838]).

---

En 1496 (4 pedemal) ( $\pm 7.7$ ), se cree que se originó en la costa ([Cavo, 1838]).

---

En 1475 (9 cañas), en Cuajimalpa (Valle de México) ( $\pm 7.5$ ), ruinas en viviendas y causando un tsunami en el lago de Texcoco ([Cavo, 1838]).

---

Fuente: Elaboración propia a partir de [Calvo, 1838] y *Expansión* (2007).

#### Cuadro X. Temblores habidos en México entre 1985 a 2017

---

Este sismo sucedido entre el 19 y 20 de septiembre de 1985, en Michoacán (8,2/7,6), el primero de los temblores causa 20.000 muertos (*Expansión*, 2007).

---

19 de noviembre de 1992 (7,0), con epicentro en Acambay, Estado de México; municipio que quedó destruido, al igual que las comunidades vecinas así como en ciudad de México (MXCity, 2017).

---

9 de octubre de 1995 (8,0), con epicentro en las costas de Colima, no repercutió significativamente en ciudad de México, aunque causa 49 muertos y cerca de mil damnificados (MXCity/*Expansión*, 2017/2007).

---

20 de marzo de 2012 (7,8), con epicentro en Guerrero, repercutiendo en 29 municipios del estado de Guerrero, en 27 de Oaxaca y en ciudad de México, produciendo dos muertos y varios heridos (MXCity, 2017).

---

Temblores del 7 y 19 de septiembre de 2017. El primero de ellos con una magnitud de 8,2 y con el epicentro en Chiapas causa 102 muertos y el segundo con una magnitud de 7,1 y con epicentro en Puebla produce 368 fallecidos (según como se analiza extensamente en la presente “Introducción”)

---

Fuente: Elaboración propia a partir de *Expansión* (2007), MXCity (2017)

### III.IV.III Sismo del 19 de septiembre de 1985

El trágico sismo de México de 19 de septiembre de 1985, se produce a las 7:17 horas (UTC-6)<sup>56</sup>, con una magnitud de 8.1 Mw<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> Servicio Geológico de Estados Unidos (1985).

<sup>57</sup> Según la Unidad de la crónica presidencial, de la Presidencia de la República señala que el temblor tuvo lugar a las 7:19 horas, con una duración de “90 segundos” y que alcanzó una intensidad de 7,8 grados en la escala de Richter y 8 en la de Mercalli (Unidad de la crónica presidencial, 1986: 494).

y una localización de epicentro<sup>58</sup> cerca de la desembocadura del río Balsas en la costa del estado de Michoacán a 15 kilómetros de profundidad (Instituto de Geofísica, 1985) o a las 13:17 en Lázaro Cárdenas con magnitud 8,0 (según el Servicio Geológico de Estados Unidos, 1985) o con 8,2 Mw, de acuerdo a la Sociedad Mexicana de Ingeniería Sísmica. El temblor repercutió en el occidente, sur y centro del país, y en particular en la ciudad de México; siendo el más mortífero de la historia escrita de México (Panodi, 2004). Al día siguiente, en la noche del 20 de septiembre, se producen varias réplicas con magnitud 7,5 Mw y 7,3 Mi, con epicentro próximo a Zihautanejo, en Guerrero, a 17.6 km. de profundidad, que repercute sobre muchos de los edificios colapsados previamente, y otra réplica se produce el 30 de abril de 1986, con una magnitud de 7,0 Mw, con epicentro en el estado de Michoacán.

El temblor tuvo diversas características singulares, que no se tenía registro instrumental en ninguno otro sísmico anterior, como es que la zona del epicentro tuvo una especial “quietud sísmica”, que se contrapuso con la repercusión habida en ciudad de México, pues las ondas de radiación tuvieron una propagación en dirección sureste, creando “efectos direccionales” con rumbo a ciudad de México, con ondas elásticas que triplicaron su intensidad, y que en el centro SCOP incluso se aceleraron, con una gravedad de hasta el 18%.

Está temblando(...). Todos, en medio del inevitable temor, hicieron

---

<sup>58</sup> A 17.6 grados latitud norte y 102.5 longitud oeste, frente a las costas de Guerrero y Michoacán; en el fondo marino a 50 m de la costa y su área de influencia fue de 800.000m<sup>2</sup>, repercutiendo en los estados de Jalisco, Michoacán, Guerrero, México, Puebla, Veracruz, Oaxaca y Chiapas y ciudad de México. “La zona que más resintió los efectos del fenómeno fue la que tiene mayor densidad de población del territorio: la ciudad de México” y por sus condiciones geológicas del suelo (Unidad de la crónica presidencial, 1986: 494). La Unidad de la crónica presidencial da una visión parcial, política desde la perspectiva del partido gobernante (PRI) de las consecuencias de los “Terremotos de septiembre” de 1985 como los denomina, dentro de la “Crónica del sexenio 1982-1988. Tercer año” de presidencia, en el que de forma general analiza el temblor por días: 19, 20, 21 y 22 y del 23 al 30 de septiembre (494-531), y lo hace sobre distintas cuestiones, como: “actitudes y opiniones provocadas por los terremotos” (531-535), “situación general en la ciudad de México, en relación con los daños causados por los sismos” (Unidad de la crónica presidencial, 1986: 536-542).

lo de costumbre en esos casos: ponerse de pie, alejarse de las ventanas y de los muebles altos e inestables, mientras aguataban el bamboleo bajo el quicio de una puerta. Como buenos capitalinos, más o menos habituados a los temblores, acataron las disposiciones de la experiencia y, como en otras ocasiones, trataron de envolver su miedo con bromas sobre el vaivén, las que al prolongarse el movimiento se fueron transformando en órdenes y reclamaciones que caóticamente se daban unos a otros: “Agarra al niño”. “No prendas la luz”. “Cuidado con ese espejo”...

Esta vez se hablaban a gritos y sin embargo no se oían. A los crujidos del edificio en que se encontraban se unía el estruendo de muebles y cuadros que chocaban, vidrios rotos, rechinidos, ayes y oraciones que provenían de las casas vecinas, todo con el fondo de ruidos irreconocibles, graves, profundos, tonos bajos seguramente entonados por los escombros que caían en los alrededores.

Cuando terminó la agitación del suelo todos permanecieron mudos (Musaccio, 1985, 5).

### Un día después del sismo

Muchos capitalinos no durmieron la noche del 19 al 20 de septiembre. Unos, los damnificados, porque carecía de un lugar para hacerlo; otros, lo que laboraban en el auxilio, porque la tarea no daba oportunidad al descanso; los más, debido a que el susto y las impresiones del día anterior les produjeron insomnio.

Desde muy temprano, por las calles iban los hombres y las mujeres preocupados por localizar a los parientes, los amigos, los compañeros de quienes nada se sabía(...).

Las calles se llenaron de histeria, de rezos y de gente (Musaccio, 1985: 20 y 22).

Durante el temblor del 19 de septiembre, en las zonas más afectada, se informa que se está dando un caos generalizado debido, a los demás de los derrumbes, un silencio pleno por el miedo, la suspensión del transporte público, cortes de circulación y un gran número de afectados por el sismo que huyen de los edificios colapsados, junto a la movilización de voluntarios y en menor medida cuerpos de emergencias.

De pronto, la ciudad se convirtió en una gran romería. El Metro había suspendido sus servicios, e inclusive estuvieron evacuando sus estaciones. Los autobuses salieron también del servicio, al igual que los taxistas y peseras, por lo que todo quedó intransitable. Millones de personas se tuvieron que trasladar a pie. La ciudad estaba convertida en un maremágnum. La desorganización, dada la magnitud del desastre, prevaleció entre las cuadrillas de auxilio. En otras ocasiones, los equipos de rescate permanecieron a la

expectativa por falta de implementos de trabajo (*Excelsior*, 1985a).

92 — El segundo temblor fuerte, en la noche de viernes (el primero fue un día antes), hizo que “los capitalinos nos comportáramos como novatos”; después de lo sucedido la mañana del día anterior “sabíamos lo que podía pasar y tuvimos miedo, mucho más miedo del habitual” (Musaccio, 1985: 24).

Hasta 1985 no existía una cultura de la protección civil en el país; hubo por tanto un antes y un después del 85 en la funcionalidad de protocolos ante los desastres naturales. En 1986 se crea el Sistema Nacional de Protección Civil y diez años más tarde, en 1996 lo hace el Fondo Nacional de Desastres. Ante este desconocimiento oficial de las consecuencias de los sismos en la sociedad, el gobierno mostró la misma inacción desde el mismo día del temblor hasta los posteriores, encabezados por el presidente Miguel de la Madrid, al que aludirá Guadalupe Loaeza con el significativo título de *Terremoto: ausentes/presentes* (2005) o Elena Poniatowska en *Nada, nadie. Las voces del temblor* (1988). Por ello, las cuarenta y ocho horas tras el sismo fueron un verdadero caos, como apunta Carlos Monsiváis en *No sin nosotros: los días del terremoto...* (2005a) y Patricia Cardona et al en “La inexplicable agonía del Centro Médico” (1985); toda esta ausencia de los políticos del espacio del desastre lo sustituye con una gran capacidad de esfuerzo y apoyo hacia los demás las organizaciones ciudadanas de voluntarios capitalinos, al autoorganizarse para el rescate y asistencia de los damnificados y las víctimas, como expone Ramírez Cuevas en “Repercusiones sociales y políticas del temblor de 1985. Cuando los ciudadanos tomaron la ciudad en sus manos” (2005), y paralelamente se inicia el estudio y la investigación del fenómeno telúrico en México, apuntado por Olivares en “Parteaguas en protección civil, el terremoto de 1985” (2013).

En 1985 se carecía de normas, leyes, reglamentos, recomendaciones y protocolos de protección civil en casos de emergencias a gran escala. Lo más próximo a esto era el “Plan DN-III-E” de la Secretaría de la Defensa Nacional, que se implementó en 1965, y que tenía por objeto limitar los efectos de los desastres en una zona afectada, a través de coordinar a las fuerzas armadas y los apoyos de los organismos de la administración pública federal e instituciones privadas para intervenir en auxilio de la población. El plan que teóricamente operaba de forma permanente, estaba

subdividido en diferentes niveles: un grupo central a nivel nacional de auxilio, presidido por el presidente del país y constituido por dependencias de la administración pública federal e instituciones privadas; seguido de un grupo de auxilio de zona, a nivel estatal, y por último un tercer grupo de auxilio de sector, a nivel municipal. Estos grupos de forma periódica supuestamente realizaban reuniones entre sus integrantes, y en casos de alerta establecían un enlace permanente entre los tres niveles, para mantenerse informados y coordinar los recursos disponibles de auxilio. Al mismo tiempo, se establece un programa de monitoreo topográfico de plomeo y nivelación, con gráficas para constatar la evolución cada tres años y de forma excepcional cuando se producía un temblor de una magnitud de 7,5 Mw, así como desplomes y asentamientos diferenciales a lo largo del tiempo. En el caso de darse un sismo mayor a 7,5 Mw, se efectúa un estudio postsísmica por un corresponsable en seguridad estructural, y ese mismo corresponsable realizará una inspección “de la estructura” cada cinco años.

Paralelamente, el Departamento del Distrito Federal crea el “Reglamento interior”, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de agosto de 1985, que establecía las atribuciones sobre algunas áreas en materia de obras y protección policial. Teóricamente existía cierto plan de previsión de desastres, pero en la práctica el plan y el reglamento referido se muestran inoperantes en el sismo de 1985.

Se hizo evidente durante el mismo día del sismo como en gran parte de los posteriores, en los que se hacen evidentes la ausencia de una respuesta inmediata, coordinada y eficaz por parte de la administración pública, política, pues al mismo tiempo la policía y el ejército tardaron en hacer presencia y cuando lo hicieron se limitaron a “resguardar” los edificios destruidos, principalmente pertenecientes a instituciones públicas, por el temor al “saqueo”. El mismo presidente del país demoró 36 horas en dirigirse públicamente a la nación.

Frente a la falta de acciones por parte del gobierno federal, la población civil tomó la directiva de las labores de rescate. La ciudadanía agrupada en determinados colectivos, así como con participación individualizada colaboraron desinteresadamente en apoyar a los afectados por el sismo. Colectivamente participaron los grupos scouts, por ejemplo, autoorganizados en brigadas, así como individualmente estudiantes de medicina, ingeniería y ciencias y

personas en general improvisaron estaciones de auxilio, y al mismo tiempo donaban cascos de protección, linternas, etc. e incluso muchas personas habilitaron sus autos propios para el traslado de víctimas, enfermos o víveres, ante la saturación de los vehículos de auxilio. De igual forma, la UNAM, aunque no se vio afectada directamente por el temblor, canceló las clases durante una semana, para que los estudiantes que lo quisieran se integraran en brigadas de ayuda y rescate. Entre los grupos organizados, destaca la actividad desarrollada por la “Brigada de rescate topos”.

A la par de esta gran actividad desarrollada por voluntarios y recatistas, alrededor de los edificios colapsados se instalaron campamentos improvisados, que se identificaba con una cruz pintada sobre papel en rojo, como espacio para organizar las tareas de rescate y alimentar a los heridos, voluntarios y familiares que esperaban noticias de sus familiares atrapados entre los escombros, y al mismo tiempo se conservaban y suministraba medicamentos.

Aún cuando los hospitales deben contar con una funcionalidad especial en casos de sismos, y para ello deben contar con una estructura arquitectónica muy segura, en el temblor del 85 demostraron ser lo contrario, hasta el punto que dichas infraestructuras fueron de las más afectadas por el sismo: los hospitales del Centro Médico Nacional –denominados tras su reconstrucción durante el siglo XXI- del IMSS; así como los pertenecientes a la Secretaría de Salud General de México y los Juárez, que sufrieron grandes derrumbes de sus respectivos edificios. A estos últimos hospitales acudían los enfermos del IMSS o el ISSSTE. Según el “IV Informe de gobierno” aportado por el presidente de la Madrid, se indica que estos derrumbes produjeron la pérdida del 30% de la capacidad hospitalaria de los mismos<sup>59</sup>, pero en realidad el porcentaje es mucho mayor, como se especifica a continuación.

El hospital general de México, por ejemplo, se construye en 1905, compuesto por pabellones diferenciados por especialidades médicas. Posteriormente, en los '60, uno de los edificios de dos plantas se amplía a seis pisos; en el que se instala la Unidad de Gineco Obstetricia y otro de ocho se dedica a la Residencia médica; ambos terminaron completamente destruidos, falleciendo más de

---

<sup>59</sup> Tras el sismo del 85 la administración pública optó por la formación de una comisión interinstitucional médica y se reglamentó que no se construyeran hospitales de primer nivel en el centro de ciudad de México.

295 personas entre pacientes y personal médico, aunque se rescataron, en el plazo de veinte días, a 129 personas, mientras que a 47 terminaron declandolos como desaparecidos. Las instalaciones de agua, gas, oxígeno y vapor sufrieron daños de consideración, por lo que la dirección del hospital decidió desalojar los 840 enfermos que permanecían en el edificio, pasándose las consultas médicas en campamentos en la explanada del metro Centro Médico. Posteriormente, una vez terminada las labores de desescombros y rescate, el presidente de la Madrid ordenó la reapertura del hospital.

En cambio, el hospital Juárez, construido en 1971, estaba compuesto por una torre de 10 pisos, que se destruyó, falleciendo 740 personas, entre pacientes, médicos, enfermeros y personal administrativo.

El Centro Médico Nacional del IMSS, construido en 1963, era considerado uno de los centros hospitalarios más importantes de América Latina, en donde se formaron profesionales nacionales e internacionales; pero durante el sismo su hospital de Cardiología y la Unidad de Mantenimiento se destruyeron, mientras que el resto de sus 25 edificios sufrieron daños graves, entre ellos, las unidades de urgencias, traumatología, oncología y el hospital general Bernardo Sepúlveda, falleciendo un total de 90 personas, entre pacientes, médicos y enfermeros, y se tuvieron que evacuar hasta dos mil novecientas personas en la calle. Enrique Yáñez, autor del proyecto hizo público tras el sismo, la siguiente interrogante:

¿Hay algún responsable en todo esto? Se tomaron todas las previsiones. Yo no creo que haya un culpable, pero mi labor fuera ajena a las consecuencias. Seguramente los técnicos y los expertos están discutiendo esas cosas. Yo no soy calculista (Yáñez, 1985).

Entre los edificios, instituciones y zonas afectadas por el sismo, se pueden destacar el conjunto urbano Nonoalco Tlatelolco<sup>60</sup>, Conalep SPP (en el que fallece alrededor de 120), Multifamiliares Juárez, Café Súper Leche, Conjunto Pino Suárez,

---

<sup>60</sup> La organización vecinal posterior al sismo creara en este lugar la Coordinadora de Residentes de Tlatelolco, asociación vecinal dirigida por el Dr. Cuauhtémoc Abarca, que posterior conforma parte de la Coordinadora Única de Damnificados, quienes acusaron directamente al gobierno de no resolver adecuadamente la “inclinación” (defecto estructural) que tenía el edificio resultado de sismos anteriores y la deficiente rehabilitación realizada con el apoyo del Fondo Nacional de Habitaciones Populares (FONHAPO) en 1984.



Hotel Regis (que se derrumbó con 60 huéspedes), Hotel Prado (termina siendo demolido), Oficinas de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal<sup>61</sup>, Cecyt 3 Centro Histórico, Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, Secretaria de Comunicaciones y Transportes, Televisa Chapultepec (80 empleados y 15 “víctimas circunstanciales”: visitantes y vendedores ambulantes instalados en las proximidades de las instalaciones)... y los locales de Costura.

En este último edificio, localizado al sur del centro histórico de la ciudad de México, estaba constituido por cerca de mil quinientos talleres de costura, muchos de ellos clandestinos, en los que trabajaban costureros y en su mayoría costureras, muchas de ellas menores de edad, en “condiciones de explotación y miseria”, sin seguridad social y mayoritariamente en puestos eventuales; por esto, Unomásuno con el significativo título de “El rito de las costureras, la voz de la necesidad”, se hace eco de la tragedia vivida por algunas de las sobrevivientes:

Trabajábamos desde las siete de la mañana hasta las cinco de la tarde, con 45 minutos para comer, por lo que lo que hacíamos en el comedor era tener parillas para calentar. Como muchas nos veníamos a la carrera, pasábamos a la esquina a comprar tamales y atole que apresurábamos en un descansito que había entre los baños. Allí quedaron unas muchachas (*Unomásuno*, 1985).

---

<sup>61</sup> Al igual en la erupción de Vesubio en Pompella en el 79 d. C, en el sismo del 85 en la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, en esas circunstancias especiales, se pudo apreciar públicamente la irregular actuación que se practicaba en su interior, pues durante el rescate de los afectados que se encontraban en su interior, se pudo apreciar algunas personas esposadas, con huellas de torturas y se descubrieron cárceles dentro de lo que originalmente era un gimnasio; asimismo, en el sótano, se descubrió el cadáver del abogado Saúl Ocampo Abarca, desaparecido unos días antes, el 12 de septiembre (se encontraba atado de pies y manos y con una cinta adhesiva en la boca dentro de la cajuela de un auto) y en iguales condiciones se encontraba el colombiano Johnny Hernández, de 17 años. Las autoridades alegaron que algunos agentes, sin dar sus nombres, habían encontrado el autor con el abogado en su interior y tal como lo hayaron lo habían trasladado a la Procuraduría; pero, a pesar de esta explicación policial, aún el 3 de octubre permanecía entre los escombros, debido a que cuando saltó la noticia a la opinión pública las labores de rescate se suspendieron de forma automática, hasta cerca de un mes más tarde, esperando que la repercusión social del asunto se olvidara y al mismo tiempo realizar la búsqueda privada, sólo con miembros policiales, sin la observación de otros participantes ajenos a la Procuraduría.

La industria de la confección fue -según Lama (cfr. *Unomásuno*, 1985)- “la más golpeada” del sector productivo por el terremoto del 85. La Cámara Nacional de la Industria del Vestido (CNIV) aludió a 500 establecimientos afectados gravemente y más de 200 totalmente destruidos. En estas circunstancias, algunos empresarios perdieron todo, pero realmente los que perdieron la vida fueron las costureras. La mayoría de las fábricas afectadas en la zona centro (avenida de san Antonio Abad y calzada de Tlalpan) eran talleres de maquiladores para grandes firmas comerciales. El hacinamiento de maquinaria y trabajadores<sup>62</sup>, más las propias instalaciones y la zona urbanística en la que se encontraban acrecentó la tragedia. En la prensa de la época se cifró entre 600 y mil 600 costureras muertas.

Dos edificios derruidos concentraron el mayor número de víctimas, los números 150 y 154 de la calzada de san Antonio Abad. Fueron precisamente los últimos edificios en los que intervino la maquinaria pesada para rescatar los cuerpos humanos que permanecían bajos escombros, incluso semanas después del sismo; pues como apuntaron algunos testigos anónimos, se produjo algunos bloqueos protagonizados por dueños de los talleres irregulares que se opusieron al rescate de esas víctimas del sismo, ante el temor de que la administración pudieran descubrir “alguna irregularidad” legal y al mismo tiempo evitar que la maquinaria y las materias primas textiles fueran extraídas o sustraídas de dichos edificios destruidos, y en los talleres que no fueron afectados por el temblor, pues se trataba de los talleres colintantes a los que habían sufrido el derrumbe, los empresarios se oponían a la intervención de ningún tipo de rescate con la única intención de que no se interrumpiera el trabajo, como sucede con Kaiser, Zig-zag, industrias Provesi y Chic Bebé, aunque fuera antihigiénico y causara problemas mentales entre las trabajadoras que se encontraban en edificios contiguos con seres moribundos y cadáveres sin rescatar. Ocho días después del temblor (27 de septiembre), se rescataron 12 personas vivas, que se comunicaban con el exterior, en el número 150. Además, 20 personas se informaron que se encontraban atrapadas, pero un cuarto con maquinaria impedía su extracción.

---

<sup>62</sup> Estos edificios construidos para oficinas, fueron utilizados como talleres con maquinaria pesada de costurería, con cientos de trabajadores, que excedieron el peso que podían cargar, por lo que fácilmente sufrieron derrumbes.

Incluso, cerca de un mes más tarde, el 3 de octubre, “se escucharon quejidos” de personas que estaban atrapadas y que “no pudieron ser rescatadas” (*Unomásuno*, 1985).

Antes del sismo existían organizaciones obreras en los talleres de costura, que acrecentaron su actividad de protesta social tras el derrumbe de dichos edificios, en la demanda del rescate de las víctimas, y posteriormente en la reclamación de indemnizaciones. Junto a estas organizaciones y las propias costureras se le unieron vecinos y familiares de las afectadas, quienes instalaron un campamento en la esquina de san Antonio Abad y la avenida del Taller para exigir el rescate de los supervivientes, a la que se le sumaron posteriormente los damnificados de empresas como: Dimensión Weld, Vestimmarks, Dedal S.A. y Amal.

El sismo, además de la destrucción de edificios públicos y privadod afecto a unas 1.568 escuelas (“IV Informe de gobierno”), de igual modo al suelo urbano (calles -516.000 m. de suelo asfáltico- y 85.000 m. de banquetas), luz eléctrica (más de un millón de usuarios se quedaron sin servicio; “se averiaron 1.280.000 servicios de energía eléctrica” -según el “IV Informe de gobierno”- y se tardó 96 horas en el restablecimiento completo de la electricidad en la ciudad de México. Además, hubo escasez de agua a causa de múltiples averías en el acueducto sur oriente, en las redes primaria y secundaria; así como, afectó al drenaje, en el río la Piedad y en menor medida en el río Churubusco, y se produce filtraciones de la lumbrera 9 a la 14 del emisor central y en el interceptor centro-poniente; e incluso se produce la alerta sanitaria al apreciarse sangre, provenientes de las víctimas del sismo, en la red potable de la ciudad.

Los daños más visibles habidos por el temblor son los que repercuten sobre las construcciones (escuelas, hospitales, edificios y viviendas) en ciudad de México, cuyos cálculos económicos varían de acuerdo al transcurso del tiempo y depende de las fuentes tomadas de referencia. Oficialmente se indicó en un principio que el sino afectó a 760 edificios, posteriormente aumentó el número a 1.132 y por último se terminó dando la cifra de 3.124, de estos últimos: 412 fueron totalmente destruidos (*Proceso*, 1985: 7 y *La jornada*, 1985b: 3). Mientras que la Comisión Metropolitana de Emergencia<sup>63</sup> consideró un cifra algo inferior: 2.831 edificios

---

<sup>63</sup> Comisión integrada por las Secretarías de Gobernación, Defensa

dañados. Las compañías de seguros, una semana después del temblor, calcularon subieron la estimación a 7.000 edificios (*Unomásuno*, 1985 y *Siempre!*, 1985: 41). En cambio, a nivel nacional los daños han repercutido sobre unos 75 mil edificios (*El universal*, 1985 y *Metrópoli*, 1985). Económicamente, otras fuentes indican que los daños causados por el sima ascienden a 2 billones de pesos, importe que igualmente debe invertirse en la reconstrucción durante tres años (*Excélsior*, 1985, *El heraldo de México*, 1985 y *Jueves de Excélsior*, 1985); mientras que el Instituto Mexicano de Desarrollo ascienden los daños a 10,5 billones de pesos (*Metrópoli*, 1985)

Cuadro XI. Tipos de edificios dañados por el temblor de 1985

Escuelas	1,294
Edificios particulares	1,133
Inmuebles públicos	123
Mercados públicos	112
Cines y teatros	105
Hospitales y centros de salud	49
Centros deportivos	11
Obras viales	3
Puentes de peatones	1
Total	2,831

Fuente: Comisión Metropolitana de Emergencia, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 23.

Cuadro XII. Daños directos e indirectos del terremoto de 1985, (miles de millones de pesos)

	Directos	Indirectos	Total
<b>Sectores sociales</b>	-	487,7	487,7
Vivienda	-	180,3	180,3
Salud	-	177	177
Educación	-	130,4	130,4
<b>Infraestructuras de servicios</b>	55,6	555,7	611,3
Edificios públicos	-	390,3	390,3
Comunicaciones	33	72	105
Turismo	8,1 <sup>64</sup>	51,6	59,7

Nacional, Marina, Desarrollo Urbano y Ecológica, Comercio y Fomento industrial, Salud, Comunicaciones y Transportes, Programación y Presupuesto, además del Departamento del Distrito federal, Pemex, DIF, Conasupo, CFE, ISSSTE, IMSS y Teléfonos de México.

<sup>64</sup> Incluye 4,5 miles de millones de pesos de prestadores de servicios en el

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

100	Acueductos y drenajes	0,6	7	7,6
	Energía	3,5	3	6,5
	Transporte	0,2	5,6	5,8
	Banca	0,2	20,4	20,6
	Recreación	1	5,8	6,8
	Servicios personales	9	-	9
	<b>Otros sectores</b>	109,2	104,9	214,1
	Industria y comercio	38,6	104,9	143,5
	Siderurgia, metalmecánica y fertilizantes	4,2	3	7,2
	Pequeñas industria y comercio	34,4 <sup>65</sup>	101,9	136,3
Patrimonio cultural y religioso	-	-	-	
Gastos para la emergencia	23,8	-	23,8	
Demolición y remoción de escombros	46,8	-	46,8	
<b>Total</b>	164,8	1.148,3	1.313,1	

Fuente: CEPAL, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 26.

### Cuadro XIII. Pérdidas económicas por el temblor de 1985

Economía nacional	5,8
Construcción	2
Damnificados	1,5
Infraestructuras	1
Tesoro artístico	0,1
<b>Total</b>	10,4

Fuente: Instituto Mexicano de Desarrollo, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 26.

La red primaria de teléfonos de México fue dañada, dejando sin servicio a la ciudad, de los números 01 a 07 y 09, así como la larga distancia nacional e internacional y produciendo la incomunicación total o parcial de los estados de Campeche, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

sector turístico (Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 26).

<sup>65</sup> Contiene 13,5 miles de millones de pesos de sueldos e ingresos de trabajadores independientes y prestadores de servicios en el sector de la pequeña industria y el comercio (Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 26).

Para la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la reconstrucción de lo que el terremoto “afectó”, han presupuestado más de un billón de pesos<sup>66</sup>

Cuadro XIV. Gastos de reconstrucción por el temblor de 1985

<b>Actividad</b>	<b>Millones de pesos</b>
Vivienda	325.000
Infraestructura	150.000
Gastos varios	125.000
Otros edificios públicos	105.000
Hospitales	100.000
Telecomunicaciones	100.000
Industria	40.000
Hoteles	30.000
Escuelas	30.000
Total	1.005.000

Fuente: Secretaria de Hacienda y Crédito Público, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 24.

No existe un número exacto de muertos, heridos y daños materiales debido a la “censura de silencio” impuesta por el gobierno del PRI (Peresbarbosa, 2008), sólo se cuenta con estimaciones que van desde las cifras oficiales de 3.192 (cfr. IBRD/WB, 2012) a 20.000 (CIRES, 1985), aunque el número más correcto parece ser 10.000 (Salomón, 2005)<sup>67</sup>; mientras que los daños materiales alcanzaron los ocho mil millones de dólares, y cerca de 900.000 personas tuvieron que abandonar sus casas y 250.000 las perdieron definitivamente (IBRD/WB, 2012)<sup>68</sup>.

Miguel Ángel Granados Chapa se preguntará “¿Cuántos y quienes estaban en los edificios destruidos? Nuca lo sabremos” (cfr. Poniatowska, 1988); pero lo que si se sabe, y con ello nos hacemos una idea de la magnitud del desastre humano que sufre la ciudad, es

<sup>66</sup> Según se constata del “Documento confidencial” anexo a un télex, a los que aludieron diferentes medios de comunicación de prensa diaria, “dirigido a la comunidad financiera internacional”, según apunta *El financiero*, 10 de octubre de 1985 (Centro de Estudios del Trabajo, 1985: 23).

<sup>67</sup> En este último sentido, se puede precisar como hace el presidente De la Madrid en su “IV Informe de gobierno”, en los diez días siguientes al sismo, se habían rescatado a 3.226 personas con vida (De la Madrid, 1986).

<sup>68</sup> En el tercer informe del gobierno del entonces presidente Miguel de la Madrid indica que en 1985 la ciudad de México superaba los diez millones de habitantes y a nivel nacional eran 78 millones.

además de todo lo expuesto –a criterio de Fernández-Carrión– atender a los enterramientos que tienen lugar tras el sismo. Durante los siguientes días de producirse el temblor la capacidad funeraria de la ciudad se ve rebasada, al ser insuficientes los panteones, las capillas funerarias y los crematorios; del 19 al 23 de septiembre estuvieron funcionando las 24 horas del día (Poniatowska, 1988). Al mismo tiempo hay que considerar el hecho de que las tareas de rescate se prolongan hasta el mes de octubre (*La jornada*, 1985b), quitar escombros hasta diez años más tarde y los campamentos derivados del sismo permanecen hasta la actualidad (Courtade, 2015).

La ciudad de México fue la zona más afectada de todo el país, con intensidad IX en la escala de Mercalli (muy destructivo, con aceleración entre 100 y 250 gal<sup>69</sup>). Causando daños considerables en estructuras especializadas, paredes fuera de plomo, edificios desplazados de las bases y grandes daños en edificios de varias plantas, con derrumbes parciales o totales, motivando pánico general); pero así mismo repercute en los estados de Michoacán y Jalisco (VIII, destructivo, con aceleración entre 60 y 100 Gal, produciendo daños leves en estructuras especializadas, daños considerables en estructuras ordinarias, con posibles derrumbes, fuertes daños en estructuras mal construidas y destrucción de la mampostería); Guerrero, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Estado de México (VII, muy fuerte, con aceleración entre 35 y 60 Gal, con daños considerables en estructuras mal construidas, mampostería dañadas, daños leves a moderados en estructuras ordinarias bien construidas y daños insignificantes en estructuras especializadas bien construidas); Colima, Oaxaca, Querétaro e Hidalgo (VI, fuerte, con aceleración entre 20 y 35 Gal, fuerte, provoca daños leves en edificios de material ligero y desplaza de sitio de muebles pesados); Nayarit, Guanajuato y Chiapas (V, poco fuerte, entre 10 a 20 Gal); Zacatecas (IV, moderado, entre 6 a 10 Gal); San Luis Potosí (III, leve, entre 2,5 a 6 Gal) y Veracruz, Sinaloa y Durango (II, débil, 0,5 a 2,5 Gal).

En la ciudad de Lázaro Cárdenas, en Michoacán, próxima al

---

<sup>69</sup> Las aceleraciones reportadas, en los sismos de 1985 y 2017, corresponden al promedio geométrico de ambas componentes horizontales del movimiento, en el que 1 gal= 1 cm/s<sup>2</sup>. Estas aceleraciones tienen distintos impactos en las ciudades dependiendo de la altura de las construcciones y de su localización en suelo firme o blando.

epicentro del sismo, con grado VIII escala de Mercalli, produce graves daños en un 60% de las viviendas. En Jalisco, con escala VIII, en la ciudad Guzmán causa 50 víctimas, junto con la destrucción de gran cantidad de viviendas y edificios públicos. En Guerrero, en particular en Ixtapa-Zihuatanejo el sismo es catalogado VII en la escala de Mercalli, aunque algunas viviendas sufren daños menores, se produce un maremoto con olas de cuatro metros de altura y se registra un muerto. Mientras que en la ciudad igualmente costera de Acapulco, de grado IV, no dejó ninguna víctima. Y, entre medias, en Colima, con sismo con grado VI en la escala de Mercalli, tampoco se produce ninguna víctima.

Durante años transitamos por la ciudad [de México] sin verla, sin oírla, sin atender a sus advertencias, sin compadecernos(...), la destruía la avidez, el lucro y la irresponsabilidad sin medida.

A esta ciudad múltiple, fragmentada, caótica a la que jamás fue posible imponerle un estilo, no logró unificarla ni siquiera el desastre. Los pobres murieron o lo perdieron todo; los ricos quedaron ilesos y a salvo [aunque no todos]. Los dos minutos de oscilación y trepidación bastaron para que el gigante exhibiera su debilidad, su vulnerabilidad, la magnitud de sus miserias [políticas y urbanísticas] y grandezas [solidarias] (Pacheco, 1986: 13).

### *III.V Diferencias entre los sismos de 1985 y 2017 en México*

Los grupos de sismología e ingeniería de la UNAM al preguntarse qué ocurrió el 19 de septiembre de 2017 en México, responden que el sismo de magnitud 7.1 de 2017 fue más fuerte que el de 8.1 de 1985 en la ciudad de México, pues aunque el sismo de 1985 liberó 32 veces más energía sísmica, el epicentro fue muy lejano y bajo las costas del estado de Michoacán, a más de 400 kilómetros de la capital, mientras que el de 7.1 sucedió a 120 km al sur de la ciudad, por lo que al propagarse las ondas sísmicas inciden violentamente<sup>70</sup>.

---

<sup>70</sup> Como indica Cruz Atianza et al. “para dar una idea tangible, la amplitud de las ondas sísmicas con períodos cercanos de 2 segundos en zona de lago (o zona blanda) (e.g.. colonias Roma, Condesa, Centro y Doctores) puede llegar a ser 50 veces mayor que en un sitio de suelo firme de la ciudad de México. Sin embargo, como las ondas también se amplifican en el suelo firme de la periferia, con respecto a lugares lejanos de la ciudad de México, la amplitud en zona de lago puede ser de 300 a 500 veces mayor” (Cruz Atianza, 2017: 3). En la comparativa entre los sismos de 1985 y 2017 en ciudad de México Cruz Atianza et al. presenta un exhaustivo



Estos grupos de sismología e ingeniería de la UNAM acorde al cálculo de prospectiva de sismos (CPS) planteando previamente se pregunta de forma exclusivamente teórica si “¿Esperemos un sismo de mayor intensidad en la Ciudad de México?” y responden que “es muy probable” que así suceda, pues bajo las costas del estado de Guerrero, por ejemplo, existe una brecha sísmica (i.e. segmento) donde no se ha producido un terremoto importante (mayor a una magnitud 7.0) en más de medio siglo (60 años) de 250 km. De longitud en dónde podría suceder un sismo de “magnitud superior a 8.0”. Este segmento se encuentra a unos 300 km. de la capital federal, aproximadamente a 150 km. más próxima que la zona epicentral del terremoto de 1985 (Cruz Atianza et al, 2017: 8).

Los dos estados de México con mayor sismicidad son Chiapas y Oaxaca, debido a la interacción de las placas de Norteamérica y la oceánica de Cocos (i.e. sismo intraplaca), que repercute en en la mayoría de las ocasiones en el centro del país, y por tanto afecta a la ciudad de México, edificada sobre sedimentos blandos de los antiguos lagos que existieron en el valle. “Estos sedimentos provocan una enorme amplificación de las ondas sísmicas en la ciudad de México que, probablemente, sea la más grade reportada en el mundo” (Cruz Atianza et al., 2017: 1).

### ***III.V.I Memoria del miedo pasado, en torno a los temblores de 1985 y 2017***

El 19 de septiembre de 2017, 32 años después de producirse el mayor temblor habido en México, que se recuerde, de acuerdo a las noticias periodísticas y atendiendo al número de fallecidos el sismo de 1985. Las memorias publicadas sobre los recuerdos vividos o escuchados de dicha primer catástrofe (de 1985) son un eco de los debates públicos “vinculados con las zonas afectadas, la solidaridad ciudadana, la movilización juvenil en las labores de rescate, [y] la inacción del gobierno” (Allier, 2018: 2).

En la comparativa de ambos temblores Allier establece la siguiente pregunta de investigación “¿Qué recuerdos se movilizaron en 2017 respecto al terremoto de 1985? (Allier, 2018: 2), ordenándolo a partir de las prioridades mostradas en las memorias y

---

estudio acompañado de croquis de las zonas afectas por ambos sismos (Cruz Atianza, 2017: 1-9).

las semejanzas y diferencias habidas entre ambos sismos.

Allier revisa once periódicos nacionales el 20 de septiembre de 2017, de los cuales: ocho mencionan un vínculo entre los temblores de 2017 y el de 1985 (*El universal, Excélsior, La jornada, Milenio, El economista, El sol de México, El financiero y Crónica*) y sólo no hacen mención a dicha relación (*Reforma y Esto*). Mientras que las revistas políticas, culturales y las denominadas de sociedad no se hicieron eco ninguna de ellas de este paralelismo de sismos entre ambas fechas indicadas; llama la atención de entre todas ellas el titular de la revista *Proceso*, en su edición del 24 de septiembre de 2017 al proclamar “La sociedad [mexicana] rebasa al gobierno” [del PRI]. En cuanto, la prensa internacional uno si lo hicieron y otros no relacionaron dichas catástrofes; no lo hicieron: *Bild, The New York Times, Usa Today y Le figaro*; en cambio, si lo hicieron: *The Houston chronicle, The Washington post, El país y Le monde*. Particularmente fueron los diarios latinoamericanos los que recordaron el temblor sufrido por México 32 años antes: *Página 12, Clarin, O globo de Brasil y El tiempo*; y, no lo hace: *El mercurio*, de Chile, ni la *Prensa libre*, de Guatemala.

De forma general, si aún entrar en el fondo del tema sobre la vinculación de ambos sismos, se puede indicar que los medios de comunicación que establecen el vínculo denotan una especial preocupación social, por el sufrimiento de la población en estos desastres naturales<sup>71</sup>, mientras que por el contrario, los que no lo hacen es por una obvia carencia de esta preocupación social. Entre los partidarios sobre la preocupación de la población, habría que resaltar a *La jornada*, que el 20 de septiembre, escribe

Como en el terremoto de 1985, miles de habitantes de la Ciudad de México salieron a las calles a los pocos minutos de la tragedia de ayer, para participar en el rescate de víctimas en edificios colapsados. Cadenas de jóvenes trepados en montículos acarrear escombros a mano limpia. Otros brigadistas, sin convocatoria formal, repartían agua, cubrebocas y alimentos a quien lo necesitara;

---

<sup>71</sup> En este caso, aludiremos por ejemplo, al caso emblemático del tenor Plácido Domingo, que en 1985 había acudido a Tlatelolco en busca de sus familiares, donando posteriormente importantes recursos en beneficio de los afectados al temblor en ciudad de México, y que nuevamente en 2017 apoya a los damnificados; como hace público *El universal*, bajo el rótulo de “Plácido Domingo se solidariza una vez más con México”, 20 de septiembre de 2017).

también dirigieron el tránsito ante el caos vehicular (*La jornada*, 2017: 1).

Entre los temas tratados en la comparativa entre ambos sismos, o la reiteración de los problemas habidos en la primera ocasión y que persisten en la segunda, destacan los siguiente ocho:

- 1 Zonas afectadas.
- 2 Crisis de diversas instituciones, caracterizada por la falta de comunicación entre ellas.
- 3 Carencia de hospitales y servicios de salud para atender a los afectados.
- 4 Destaca la labor de rescate y ayuda de la población, y en particular de los jóvenes en los trabajos de salvamento.
- 5 La amplia participación civil contrasta con la inacción del gobierno y “la no aceptación de ayuda externa de otros países” (indudablemente el PRI no deseaba dejar en evidencia la falta de maquinarias y medios materiales y técnicos para el salvamento y la ausencia de organización de las instituciones y aparatos gubernamentales para hacer frente a los desastres, ante los ojos los países que ofrecieron ayuda a México).
- 6 Se alude a las consecuencias políticas que originó el temblor de 1985. “el despertar de la sociedad civil”, “la apertura democrática”, las “transformaciones institucionales”: nuevas leyes de construcción, inicio de una cultura de protección.
- 7 “Frente a los olvidos y la incapacidad de respuesta por parte del gobierno, se insiste en la reconstrucción autogestiva, así como en la tragedia de algunos afectados que 32 años después siguen viviendo en albergues, debido a los tiempos lentos de reconstrucción y a la falta de fondos” [públicos, pues se lo han venido robando los políticos hasta el nuevo gobierno de Obrador, en diciembre de 2018] (Allier, 2018: 23).
- 8 Se mencionan los “memoriales” creados en los lugares de derrumbes, como en la plaza de la Solidaridad, construida en memoria de los fallecidos en el temblor de 1985, junto a la Alameda, donde se derrumbó el hotel Regis, en ciudad de México.

Posteriormente a estos recuentos de referentes comunes entre ambos sismos, se establecen las similitudes habidas entre 1985 y 2017:

- 1 En ambas ocasiones la ciudad de México se paralizó, con la cancelación de todas las actividades deportivas y eventos programados en solidaridad con las víctimas, pese a la diferencia de magnitud de desastres.
- 2 Se alude a la gran participación de jóvenes estudiantes y la respuesta de la población en general ante los siniestros.
- 3 Destaca la poca participación de los partidos políticos y del gobierno, en particular en las labores de rescate, unido a la desconfianza de la población ante las actividades en este sentido que posiblemente podría haber realizado las instituciones públicas; que incluso se abstienen de hacerlo en los tiempos posteriores a los desastres, sin apoyar a los niveles que demanda la situación a los afectados (como se expuso anteriormente al referirnos a la falta de ayuda dada a gran parte de los afectados; como se constata 32 años más tarde del primer sismo).
- 4 “Algo muy importante es que se rescata la existencia de una memoria de los sismos, que se pone en movimiento ante la nueva tragedia y que permite saber qué hacer” a los recatistas (“cadenas humanas” en apoyo desinteresado y solidario a los afectados) y a las brigadas de apoyo (Allier, 2018: 23), que terminan en algunos casos organizados, como lo hacen “Los topos”.
- 5 “Vi [en ambos temblores] a esos cientos deambulando como perdidos, en medio de edificios dañados y un caos vehicular”<sup>72</sup> (Allier, 2018: 24).

---

<sup>72</sup> Similar en parte, puede apreciar personalmente en los atentados de Atocha en Madrid, el 11 de marzo de 2004. Entonces vivía, en la calle Fúcar en el centro de Madrid, próximo a la estación de Atocha y al llevar a mi hijo al colegio apreciamos los dos a cientos de personas deambulando, como sonámbulos, en silencio y mirando al suelo o al infinito, sin pronunciar ninguna palabra. Por encima del silencio más absoluto de los damnificados solo se escuchaba una gran cantidad de sirenas de ambulancias que iban de un aparte de la ciudad a otra, de los sitios donde se habían producido los distintos atentados a los diferentes hospitales públicos de la ciudad; que retumbaba en el cerebro, trayéndonos la idea de todo el dolor que estaría sufriendo todos los afectados directos. Pocas horas después del suceso, estaban en funcionamiento todo el

- 6 Existen sobrevivientes en ambos temblores, como sucede con las fábricas de costureras colapsadas en Viaducto en 1985, mientras que en 2017 se produce el derrumbe en Chimalpopoca. En cambio, los edificios que sufrieron daños en 1985 y que no se reforzaron desde entonces finalmente se derrumbaron en 2017, el caso del corredor Condesa-Roma.
- 7 Sucede decesos ficticios, movidos por la prensa progubernamental del PRI, el supuesto de “Mochito” en 1985 y de “Frida Sofía” en 2017, dos niños supuestamente enterrados entre los escombros de edificios que, en realidad, sólo era ficción de la prensa (sobre el segundo caso, se alude de forma extensa en el texto “Desastres naturales, psiconanálisis, política y rumores”, de Octavio Márque y Fernández-Carrión, 2017).

En cambio, en cuanto a las diferencias habidas entre ambos temblores, destacan:

- 1 Las características físicas de ambos sismos: la intensidad, magnitud y epicentro. Lo que da lugar a las disimilitudes en las zonas afectadas y el tipo de inmuebles que resultó afectado.
- 2 Impactos económicos desiguales, mayores en la primera ocasión que en la segunda.
- 3 En 2017 se aprecia una mayor intervención femenina que en 1985.
- 4 En el segundo incide el empleo de las nuevas tecnologías, a través del uso de los celulares y las redes sociales<sup>73</sup>.

---

transporte público por gran parte de la ciudad, y al sentarme podía haber algunas personas con sangre en su ropa. La consigna interna de todos, aunque casi nadie lo hacía público era trabajar como “si nada hubiera pasado”, para luchar contra el terrorismo y demostrar que no nos había derrotado. Como si hubiera sido la guerra, había habido algunas bajas, pero los demás seguíamos luchando.

Lo que me resulta más parecido entre lo sucedido en ciudad de México en 1985 y 2017 con los atentados de Madrid en 2002 era el deambular de las personas en silencio como perdidas y los voluntarios ayudando a los heridos. La diferencia es que en Madrid durante varias horas desaparecieron casi todos los coches, no había ninguno en movimiento, sólo circulaban las ambulancias (FC).

<sup>73</sup> Por ejemplo, Cristina Hernández, escribirá “Lo salva su celular” (*Reforma*, 20 de septiembre de 2017), y Gloria Muñoz en “Los de abajo.

- 5 Cambio el tipo de solidaridad, en el primero, por ejemplo, los conductores apoyaban a los viandantes a acercarlos a algún lugar; mientras que en el segundo no. Asimismo, en el segundo, los jóvenes se subieron a sus bicicletas con picos y palas para trasladarse a lugar de destino de apoyo<sup>74</sup>.
- 6 El terremoto de 1985 tuvo un impacto político, económico y social en México, y especialmente en la ciudad de México; mientras que el sismo de 2017 ha tenido un impacto fundamentalmente “social y habitacionales”, pero no político ni económico comparable al anterior (Allier, 2018: 26)<sup>75</sup>.

Después de 1985, ningún sobreviviente ni sus descendientes son indiferentes ante un sismo. A partir de entonces, los recuerdos crean angustia y portan miedo: de la muerte, de los derrumbes y el caos vivido en el pasado, aunque viene a la memoria la solidaridad apreciada en esos momentos fatídicos<sup>76</sup>. Como se puede apreciar en el texto autobiográfico de Castillo Berthier:

---

El chilango chido”, dirá que “En las calles de México se gesta, junto a la tragedia, una fuerza civil cuyos frutos no son sólo inmediatos, en la atención del rescate de vidas y el apoyo a damnificados, sino de mediana y largo aliento. Sí, como en 1985, pero ahora con celular y redes sociales” (*La jornada*, 20 de septiembre de 2017).

<sup>74</sup> Esta diferencia de actuación la comenta en primera persona Allier (2018: 24).

<sup>75</sup> La conmemoración del temblor de 2017 tendrá un impacto doble, al contar con su antecesor de 1985, pues “los recuerdos del horror, la tragedia, la solidaridad siempre presente de la sociedad civil, se verán multiplicados por dos... como multiplicada fue la tragedia” (Allier, 2018: 26).

<sup>76</sup> Personalmente pude apreciar el miedo que portan los ciudadanos de la ciudad de México, a principios de 2009 siendo profesor invitado por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, estando conversando con un becario del Departamento de Relaciones Internacionales se produjo un pequeño sismo, que en un principio yo no lo noté aunque el depavorido me señalaba con la mano sin poder hablar el movimiento de las lámparas del techo, entonces le respondí con mucha calma salgamos despacio fuera del edificio, pudo seguirme y en el exterior nos encontramos con decenas de personas con mucho miedo; aunque debo decir, que he vivido otros sismos en España y Chile, de igual magnitud, inferior a cinco grados. El temblor de 2017 me cogió en el centro de la ciudad de Toluca, donde apenas se notó, sólo produjo algunas leves fracturas de las fachadas en varios edificios (Toluca se encuentra a sesenta y dos kilómetros de la ciudad de México).

Para muchos, aparecieron de nuevo las imágenes del pasado: “No podemos esperar”, “Tenemos que movilizarnos”; “Tenemos que actuar...” Había que hacer algo (Berthier, 2018: 236).

(...) a las 7:19 de la mañana cuando estaba saliendo de la ducha, en el cuarto empezaron a venirse abajo los libros, los cuadros, los discos; todos los objetos que estaban encima de los muebles, en medio de un crujir de paredes y con los cables de la luz estallando y sacando chispas, rompiendo los vidrios de las casas.

(...) Había que mantener la calma, pero ante el ruido sordo que salía de la tierra, del techo y de los ladrillos desnudos, era imposible tranquilizarse.

(...) Una vez que se calmó el temblor, me asé a la ventana: la fachada de la casa vecina había caído. La calle tenía una grieta enorme. Los latigazos de los cables de la luz sonaban por todos lados. Y una fina nube de polvo gris empezaba a aparecer por todos lados.

No había luz, no había agua, no había teléfono... Me sentía aislado, como si estuviera en un lugar desconocido.

Vivía cerca del centro de la ciudad. Y salí de la casa para escuchar las historias de los vecinos. Hasta entonces entendí la magnitud del asunto. Mi vida había cambiado en dos minutos... ¿Y qué podía hacer? (Berthier, 2018: 234).

Según apunta Aróstegui (2004), en todo acontecimiento histórico conviven tres generaciones: la que se encuentra en “formación” (de 0 a 30 años de edad), la “hegemónica” (30-60), que en términos generales es la que desarrolla en ese momento el control político, económico y social, y la “transitoria” (de 60 años en adelante). En 2017, 32 años después del anterior sismo, permanecían vivas gran parte de las dos primeras generaciones aludidas, que vivieron o conocieron a través de terceros el horror de 1985: la generación en formación y hegemónica, convertidas actualmente en hegemónica y transmisora, respectivamente. Por esto, gran parte de las personas que habitan la ciudad de México, en particular, les vino a la memoria el drama, así como al mismo tiempo les repercuten las experiencias adquiridas directa o indirectamente en el temblor de 1985: disposiciones psicológicas y afectivas y aprendizajes sociales y organizacionales (FC).

#### **IV Problemáticas del desastre: Características geológicas del suelo, legislación de construcción, protocolos de emergencias, actuación gubernamental y psicología individual y colectiva**

##### ***IV.1 Breve introducción a la problemática general de los desastres***

111

Como apunta Belmont “la pobreza no depende solo del empuje económico de los países, la naturaleza también tiene su parte” (Belmont, 2018). Se calcula –según la información del Banco Mundial- que unos 26 millones de personas cada año alcanzan la pobreza extrema en el mundo debido al impacto de los desastres naturales en los medios de subsistencia de la población con menos recursos económicos. En América Latina y el Caribe, es una de las regiones del mundo más vulnerables a los desastres naturales: solo en 2017 se registraron 4 huracanes de gran intensidad, dos terremotos devastadores en México e inundaciones en Colombia y Perú. Por ejemplo en la República Dominicana las pérdidas causadas por los huracanes “Irma” y “María”, durante el mes de septiembre de 2017, equivalen al 200% de su Producto Interno Bruto (según el Banco Mundial); por ello cabe preguntarse –como se hizo en una reunión *Spring Meetings* organizada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional<sup>77</sup>, en 2018- ¿Cómo proteger el futuro de América Latina y el Caribe ante riesgos naturales? (cfr. Belmont, 2018), pero la conjunción del Banco Mundial y el Fondo Internacional Económica, perjudica los criterios relativamente sociales del primer organismo<sup>78</sup> en beneficio de los intereses simplemente financieros y políticos que fomenta la segunda institución, por lo que la respuesta que se da en dicha ocasión es hacer público el interés en preparar a las instituciones y a la población ante los desastres, y especialmente aprovechar los instrumentos financieros de los mercados y atraer inversión privada para proyectos que hagan más resilientes a los países de la región latinoamericana.

---

<sup>77</sup> *Spring Meetings* 2018, en Washington, por la International Monetary Fund World Bank Group.

<sup>78</sup> Como hace público el premio nobel de economía Joseph Stiglitz en algunas publicaciones y conferencias públicas.



#### *IV.II Características geológicas del suelo*

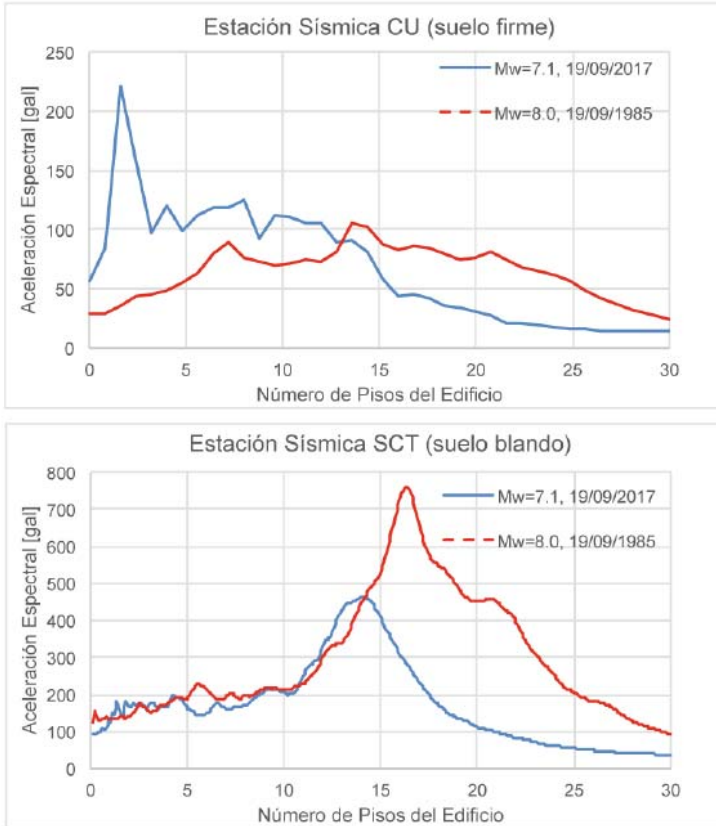
112

La ciudad de México está ubicada encima de un gran lago desecado artificialmente, en la que sobre un estrato de roca existe un espesor variable de arcilla y terraplenados. Los tipos de suelos presentan distintas velocidades de propagación de la onda sísmica, pues es diferente en la roca que en los rellenos de tierra, en esta última se refracta el punto de contacto entre los materiales, concentrando los daños telúricos en esta zona específica al atrapar la energía sísmica, que se agravó porque en ella se prolongó el período de movimiento libre del desastre natural.

Como se indicó anteriormente, en el apartado “II Cálculo de prospectiva de sismos”, existe una diferenciación entre “epicentros directos” e “indirectos” (FC), de este segundo tipo se podría considerar a la ciudad de México, pues aun no siendo el epicentro directo, en ninguno de los sismos habidos en México a lo largo de su historia en ella repercute gran parte de los temblores habidos en el resto del país, debido a su condición geológica vulnerable, determinada por el tipo de suelo donde se ubica, pues parte de la ciudad (principal el centro urbanístico) está asentada en suelo blando, sobre sedimentos lacustres, parte del antiguo lago prehispánico de Texcoco.

Atendiendo a las características del suelo, tipos de construcción urbanística y la aceleración sísmica los grupos de sismología e ingeniería de la UNAM realizan una comparativa entre los temblores de 1985 y 2017 (Cruz Atianza et al, 2017), en los que las aceleraciones de las ondas sísmicas muestran distintos impactos en las ciudades dependiendo de la altura y tipos de construcciones y de su localización en suelo firme o blando (como se aprecia en la figura VIII).

Figura VIII. Repercusión diferenciada de las aceleraciones espectrales en suelo firme y blanco, en los sismos de 1985 (en oscuro) y 2017 (en claro)



Fuente: Cruz Atianza et al, 2017: 6.

En este sentido, Criado se cuestiona públicamente de igual forma que se preguntaría los ciudadanos del DF “Por qué se han producido tantos derrumbes en la ciudad de México” a consecuencia de los temblores de 1985 y 2017, pues la mayoría de las víctimas y de derrumbe de edificios se han producido en ciudad de México, a 100 kilómetros del epicentro del terremoto del 19 de septiembre de 2017. Se da la circunstancia que es una de las zonas de mayor concentración de población del mundo y además “parece estar levantada en mal sitio”, pues está construida sobre el lago de Texcoco sobre la que época precolombina la población azteca

construyó la ciudad de Tenochtitlán, es esta forma la capital mexicana se asienta sobre terrenos muy porosos que amplifican el movimiento provocado por las ondas sísmicas. Por esta misma razón, Nieves Sánchez Guitián, del Colegio de Geólogos, mantiene la idea que el terreno bajo la ciudad de México “está formado por cenizas volcánicas poco consolidadas, con líquido intersticial que le da al terreno un comportamiento fluido, reduciendo su resistencia” (cfr. Criado, 2017).

Para apreciar el distinto impacto producido por un sismo en una ciudad o país determinado se debe considerar a las características geológicas del suelo –como se ha hecho el presente aparato-, además de atender a la legislación de construcción arquitectónica y urbanista, la existencia de protocolos de emergencia, la psicología de la población... y la actuación gubernamental aplicada en dicha zona geográfica, como se hará a continuación.

#### *IV.III Legislación de construcción*<sup>79</sup>

La legislación imperante en la década de los ochenta en México, era la *Ley de desarrollo urbano del distrito federal*, publicada el 7 de enero de 1976, que tenía como objetivo ordenar en la política urbanística, dependiente entonces a Departamento del Distrito Federal (DDF), el desarrollo urbano de la ciudad de México, estableciendo los destinos, usos y reservas del territorio y sus determinaciones en el espacio habitado y urbanizable en el que se dividía el territorio de la ciudad de México en diferentes zonas de acuerdo con sus características específicas, destinos de los predios y las condiciones ambientales.

Esta ley establecía la creación de un “Plan director”, que

---

<sup>79</sup> Una problemática relacionada con la casa-habitación o vivienda habitual sería si cuenta o no con seguro de protección o seguro de la vivienda, cuyo costo oscila entre 5.000 y 25.000 pesos anuales, según la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) sólo cuenta con el mismo un 4,5%. Asimismo, Macías (2017) indica que este seguro protege contra los efectos de terremotos, entre otros incidentes; pero, se recomienda que se lea la letra chica y se especifique el seguro contra temblores, pues no en todos los países están incluidos los supuestos especiales, causados por catástrofes, como sismos, guerra, etc., como sucede por ejemplo en España.

informaría sobre las estructuras, las condiciones y los procesos demográficos, sociales, económicos y políticos en relación con las realidades existente en el país; como son los condicionantes geofísicos, ecológicos y ambientales; la tenencia y usos de la tierra y de los bienes muebles e inmuebles, así como el acondicionamiento del espacio urbano, principalmente con respecto a la infraestructura de equipo, servicios y transportes.

En 1985 en México, la política urbanística no aludía y menos tenía en consideración las características del suelo urbanizable, sino que en la concesión de los derechos urbanísticos se imponía exclusivamente el beneficio económico que obtenía la administración pública; por ello, se imponía las obligaciones a las empresas constructoras de una serie de medidas a favor del estado, pero nunca pensando en la seguridad y beneficio social, como se pudo comprobar con las devastadoras consecuencias económicas y humanas sufridas tras el desastre de 1985. Estas obligaciones, correspondían a la donación de terrenos -dentro de los límites del fraccionamiento- para vías públicas y espacios para la instalación de los servicios públicos, como serían escuelas, parques, etc., y también debían cumplir con las obligaciones fiscales con la administración pública que establecía la “Ley de hacienda del Departamento del Distrito Federal”.

Posteriormente, el 10 de diciembre de 1976, se publicó el “Reglamento del registro del Plan director del desarrollo urbano del Distrito Federal”, durante la presidencia de Luis Echeverría Álvarez. Aunque esta ley establecía la obligatoriedad de inscribir el “Plan general” y los planes parciales, en la Dirección General de Planificación del Departamento del Distrito Federal, únicamente se registraron, en 1982, 5 de las 16 delegaciones del Distrito Federal: Coyoacán, Cuajimalpa, Miguel Hidalgo, Gustavo A. Madero y Xochimilco.

Más tarde, en 2004, se publicó el “Reglamento de construcciones para el distrito federal”, en la *Gaceta oficial del Distrito Federal*, el 29 de enero de 2004, cuya última reforma se incluye en la *Gaceta oficial de la Ciudad de México*, el 15 de diciembre de 2017 ([PAOT, 2017]). Según los Grupos de sismología e ingeniería de la UNAM consideran que

existe un grave problema [de seguridad urbana ante los sismos] por falta de cumplimiento de las normas especificadas en el reglamento vigente de construcción, documentado en proyectos de investigación realizados en la UNAM. En consecuencia, los daños

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

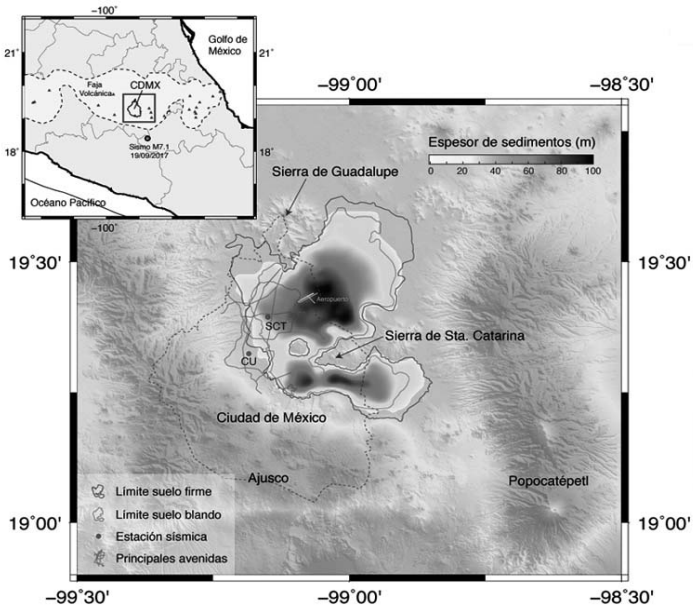
Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

observados [en el sismo de 2017] se explican mejor con la falta de observancia de las normas, más que por posibles deficiencias en el Reglamento de Construcción actual (Cruz Atianza et al., 2017: 8);

116

pero el problema del supuesto incumplimiento de las normativas de construcción, económicamente tiene un principal benefactor el estado y las aseguradoras de edificios privados y públicos, y unos perjudicados directos las constructoras e indirectos la población que sufrirá el derrumbe sobre sus vidas de dichos edificios. Si el subsuelo estuviera totalmente acondicionado y no contara con la problemática del subsuelo con sedimentos blandos, entonces se le podría demandar exclusivamente a las constructoras, pero en las actuales circunstancias el problema no es sólo del cumplimiento o no de la normativa de construcción, sino de las condiciones geológicas del terreno urbanizable que depende de la administración pública y repercute en la población civil (FC).

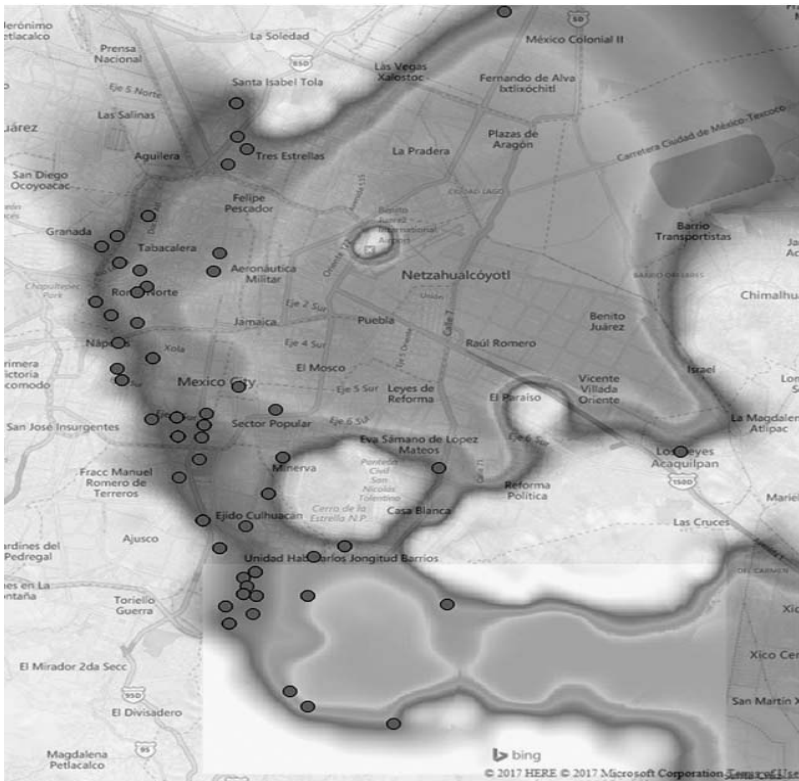
Figura IX. Espesor de la cuenca sedimentaria donde se encuentra gran parte de la ciudad de México



Fuente: Cruz Atianza et al., 2017: 3.

La región entre los contornos de línea de dos tipos de gris representa la zona de transición entre el suelo firme y el suelo blando. La amplitud de las ondas sísmicas con períodos cercanos de dos segundos puede llegar a ser cincuenta veces mayor en la zona de lago o blanda (que corresponden a las colonias Roma, Condesa, centro y Doctores) que en la otra zona de suelo firme de la ciudad de México.

Figura X. Localización de los daños graves y colapsos durante el sismo de 2017 (puntos grises), en ciudad de México



Fuente: ERN, 2017a.

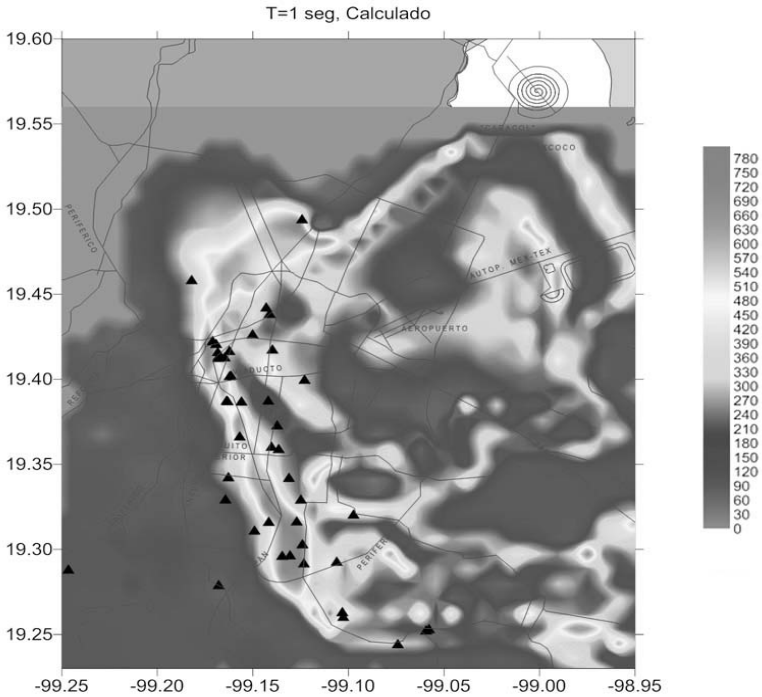
El mapa muestra la información del período natural del suelo (degradado de tonalidades), que es una característica que determina el potencial de amplificación del suelo blando de la ciudad de México. En la zona correspondiente a los tonos grises de los

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

contornos se aprecian los períodos de 0,5 a 1,0 segundos, conocida como la zona de transición (ERN, 2017a).

118            Figura XI. Mapa de aceleraciones espectrales para períodos de un segundo, en ciudad de México



Fuente: ERN, 2017a

Este mapa de aceleraciones espectrales para períodos de un segundo corresponden a la respuesta de estructuras de 7 a 10 pisos; donde los triángulos negros muestran las localizaciones de los edificios colapsados o fuertemente dañados, que si se compara con la figura IX espesor de la cuenca sedimentaria donde se encuentra gran parte de la ciudad de México, se aprecia que los edificios más dañados, están en la zona que están construidos por encima de seis niveles en espacio de transición entre el suelo firme y el suelo blando, y especialmente en este último terreno.

#### *IV.IV Problemática de construcción arquitectónica y urbanística*

Varios son los factores que intevienen en el proceso de incremento de los efectos destructres de los sismos, pues los temblores causan unas ondas expansivas que incrementan su aceleración y por ende efectos destructivos dependiendo de la constitución geológica del terreno, pero también al tipo o problemas estructurales de las construcciones arquitectonicas y la disposición urbanística.

119

En esta línea Claudia Altamirano señala como una de las “víctimas” más visibles del sismo de 1985 al edificio Nuevo León, de la Unidad Nonoalco Tlatelolco. Una construcción de tres bloques, de quince plantas, que con el temblor se derrubaron tres partes de ellas. “Este fenómeno no sorprendió al Frente de Vecinos de Tlatelolco, que había advertido fallas estructurales en la edificación” (Altamirano, 2015b), como pudo comprobar los peritajes practicados por la constructora DIRAC (Diseño Racional A.C.) en los cimientos de las construcciones de Nuevo León en ciudad de México, entre 1981 y 1983., como expone José Gil Olmos bajo el título “Los cimientos podridos del boom inmobiliario”:

El mercado inmobiliario de la Ciudad de México es un negocio multimillonario y al parecer imperable, cuyos cimientos legales y técnicos están podridos. Organizaciones ciudadanas y de colonos han denunciado desde hace años que algunas constructoras, en complicidad con autoridades del gobierno central y las delegaciones, se saltan las medidas de seguridad, vialidad y de riesgo del subsuelo con tal de construir barato [obtener más beneficios y repartos entre los interesados: constructoras privadas y el gobierno] y vender caro (Gil, 2017: 23).

Los cimientos de ese edficio estaban reblandecidos por la constante filtración de agua y, lo peor: los módulos norte y centro estaban en contacto entre sí, de manera que el movimiento telúrico los hizo chocar uno contra el otro. “Seis mil toneladas contra seis mil toneladas, no hay estructura que los aguante”, explica Cuauhtémoc Abarca, líder del Frente de Vecinos y uno de los fundadores de la Coordinadora Única de Damnificados (CUD). “La expresión que usaban los ingenieros en las reuniones que íbamos era ‘se cacheteaban los edificios’” (cfr. Altamirano, 2015b). Estas irregularidades fueron encontradas en su momento por los colonos que lo habían demandado al Fondo Nacional de Habitaciones Populares (Fonhapo) ante la Procuraduría Federal del Consumidor



(Profeco), organismo que otorgó la razón a los vecinos y obligó a Fonhapo a firmar un convenio para que llevara a cabo el mantenimiento, pero no lo hicieron alegando que le habían puesto una condición a los vecinos que aceptaran pasar al régimen de condominio, que ellos no aceptaban<sup>80</sup>.

Carrillo Arena representa a todo ese montón de ingenieros y arquitectos que se enriquecieron construyendo mal, metiendo material de menor calidad, más barato pero que cobraban como material de primera, y que explica la caída del Nuevo León y de los hospitales y escuelas”, sentencia Abarca sobre el entonces secretario de Desarrollo Urbano y Ecología, Guillermo Carrillo, quien históricamente ha sido señalado como responsable de los derrumbes (Altamirano, 2015b).

Pero la principal causa eran las disputas mantenidas durante años entre residentes e inquilinos<sup>81</sup>. Estos conflictos se perpetúan en el tiempo, hasta llegar a 1984, en el que se crea la Coordinadora de Cuartos de Azotea de Tlatelolco<sup>82</sup>.

---

<sup>80</sup> Este cambio de régimen de condominio que el gobierno federal promovía en Tlatelolco fue uno de los motivos de la protesta social en esa colonia. Los residentes eran tenedores de la vivienda que les otorgaba el Banco Nacional de Obras, los Servicios Públicos (Banobras) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); según los líderes de la CUD “el Estado pretendía convertirlos en propietarios porque le resultaba muy costoso mantener esa Unidad” (cfr. Altamirano, 2015b).

<sup>81</sup> La disputa entre residente e inquilinos estaba motivada porque los primeros tenían prohibido rentar los cuartos de la azotea que tenían los edificios B y C, y a pesar de esto existía una gran cantidad de subinquilinos: “personal de servicio y sus hijos, familiares o amigos de los residentes, estudiantes a los que se les rentaba un cuarto”, habían tantos provenientes de Oaxaca, que el exdiputado perredista Marco Rascón decía con ironía que “había tantos oaxaqueños que hasta se celebraba la Guelaguetza” (cfr. Altamirano, 2015b). Esto motivó que protestaran otros residentes, que se quejaban de que los habitantes de arriba “usaban mucho el elevador y gastaban mucha luz”, lo que fomentó la protesta social dentro de estos edificios, como indica Cuauhtémoc Abarca (Altamirano, 2015b).

<sup>82</sup> La Coordinadora de Cuartos de Azotea de Tlatelolco resolvían los conflictos entre residente e inquilinos, siempre a favor de los segundos “a su manera” –dirá Altamirano-, pues “a los que vivíamos en la azotea, las asociaciones de residentes nos clausuraban los baños, nos cerraban las tomas de agua, nos cerraban el servicio de elevador... Los compañeros [la Coordinadora] nos abrían las tomas, si soldaban la puerta de los baños, nos

Los inquilinos estaban en conflicto con los propietarios de las viviendas, no sólo en Tlatelolco, sino en todo centro de la ciudad. Existe una política de alquiler en México, por la que el propietario debe hacerse cargo de los acondicionamientos de las casas rentadas (alquiladas, lo que no existe en otros países, como en España); pero en zona centro los propietarios de inmuebles los “tenían en el abandono” al no quererse hacerse cargo de los arreglos alegando que las rentas “estaban congeladas y dejaba de ser negocio rentar una propiedad”, aunque por esa actitud podían ser expropiados. “Así que empezó una ola de desalojos”, cuenta Rascón (fundador de la Asamblea de Barrios) (cfr. Altamirano, 2015b).

Con el terremoto todo cambió.

El tamaño de la tragedia era tal que los damnificados recibieron numerosos apoyos e indemnizaciones de gobierno [de forma excepcional debe entenderse, pues la mayoría de los damnificados capitalinos no reciben ningún tipo de ayuda oficial que restituya sus pérdidas] y sociedad. Debido a esta atención especial que recibían, empezaron a ser vistos como “damnificados de elite” y los sectores desfavorecidos aprovecharon el momentum: los que Cuauhtémoc Abarca llama “damnificados de la vida” hallaron una forma de cobrar lo que la vida les había negado por mucho tiempo. “Esta cuestión de ser damnificado se convierte también en un atractivo, la tragedia abre un camino inédito totalmente para restituir derechos. Era una tragedia pero también convertida en la posibilidad de encontrar respuestas positivas a una cantidad de demandas que estaban congeladas o que estaban incluso descalificadas”, abunda Rascón (cfr. Altamirano, 2015b).

Tras el sismo, los inquilinos de los cuartos de azotea “han iniciado una nueva etapa del movimiento” –reclaman los dirigentes de la Coordinadora, según apunta el diario Unomasuno, el 27 de septiembre de 1985-, cuatro días después del temblor, ante las oficinas de la Administradora Inmobiliaria S.A. (AISA, dependencia de Fonhapo). “Logramos –señalan la Coordinadora de los Cuartos de Azotea-, que AISA se comprometiera a reubicar a todos los afectados del 19 de septiembre (cfr. Altamirano, 2015b).

Junto a la problemática de la construcción arquitectónica y urbanística se debe aludir también al conflicto de intereses políticos y de las inmobiliarias o grandes empresas constructoras por hacerse cargo de las edificaciones públicas y privadas a gran escala y la

---

la abrían”, cuenta María de Jesús Urraca, quien habitaba uno de dichos cuartos en el edificio Nayarit (Altamirano, 2015b).

reconstrucción urbanística de la administración pública. En este último sentido, nos podemos referir al caso de “La contratista del ‘Paseo de la Muerte’, a cargo de la reconstrucción en Jojutla”, como titula Jaime Luis Brito a su artículo periodístico, al señalar, que

Un grupo de trabajadores de Aldesa, la compañía que erigió con graves irregularidades [urbanísticas] el Paseo Expres de Cuernavaca, llegó a Jojutla, Morelos, para sumarse a las tareas de reconstrucción luego del sismo del martes 19 [de septiembre de 2017]. [La prensa el] Proceso entró en contacto con ellos, quienes portaban gafetes de la empresa y emprendieron de inmediato las maniobras de demolición ante la incertidumbre, angustia y desinformación de los damnificados (Brito, 2017: 31).

Pero, a pesar de resaltar los aspectos negativos de la política urbanística y de edificación existentes en México, también se puede indicar los aspectos positivos que ha habido en este tiempo -como apunta Husker- se está “analizando si los cambios en las edificaciones que comenzaron a hacerse después del sismo del 85 han hecho que la destrucción y las pérdidas humanas [del sismo de 2017] hayan sido menores” (cfr. Criado, 2017), seguramente sí.<sup>83</sup>

### ***IV.V Protocolos de emergencia***

Para la fecha de 1985 se carecía de cualquier tipo de protocolo de emergencias en México, hay que esperar 32 años, para que en 2017 se publique la primera edición del *Manual de protección civil ante casos de emergencia, contingencias y desastres del STCONAPRA* (Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, de la Secretaría de Salud)<sup>84</sup>, al que se aludirá en el apartado de “Protocolos de emergencias” del sismo de 2017. En cambio, lo más próximo a un plan de apoyo a los desastres que existía en el momento del temblor del 85 es el *Plan DN-III-E*, plan

---

<sup>83</sup> En este supuesto, solo hay que establecer una comparativa en las medidas de seguridad aplicada en la construcción civil existente en España y en México, hay que señalar a este respecto sin ninguna duda que la construcción realizada en México es mucho más exigente con los protocolos de seguridad sísmica que la que se hace en España, donde en las pequeñas y medianas construcciones son nulas o casi inexistentes.

<sup>84</sup> Aparentemente publicado el 31 de agosto de 2017, siete días antes del primer temblor de 2017

de auxilio a la población civil en caso de desastre, de pendiente de la Secretaría de la Defensa Nacional.

La Secretaría de la Defensa Nacional “de conformidad” con lo establecido en el artículo 1/0 de la Ley orgánica del ejército y fuerzas aéreas mexicanos y los artículos 21/0 y 73/0 de la Ley general de protección civil “por conducto” de las regiones, zonas, unidades militares y demás organismos, cooperan con los tres órdenes de gobierno (federal, estatal y municipal), desarrollando actividades de apoyo a la población en casos de desastre, a través de tres fases de actuación:

123

- 1 Fase de prevención.
- 2 Fase de Auxilio.
- 3 Fase de Recuperación.

La fase de auxilio, comprende las siguientes acciones: alertamiento; planes de emergencia; coordinación de emergencia; evaluación de daños; seguridad; búsqueda, salvamento y asistencia; servicios estratégicos, equipamiento y bienes; salud (“se apoya en la organización, coordinación y realización de las labores de salud, asistencia médica y saneamiento proporcionando los recursos humanos y materiales disponibles”) y aprovisionamiento. De todas estas acciones, según lo visto públicamente en los días de los dos sismos (1985 y 2017) se centraron casi exclusivamente en la acción de seguridad, que teóricamente en el Plan DN-III-E consiste en que “se coadyuva con las fuerzas de seguridad pública para preservar la actividad económica y los bienes de la población” (Secretaría de la Defensa Nacional, 2015), cuando realmente se dedicaron a la vigilancia de las propiedades públicas y la seguridad pública.

Este Plan fue elaborado y aplicado a partir de 1966 como consecuencia del desbordamiento del río Panuco. Su denominación data del mismo año, a partir de su inclusión en la “Planeación de defensa nacional” como anexo “E”, en la participación militar para apoyar teóricamente a la población afectada por desastres causados por fenómenos naturales como antropogénicos:

- 1 Fenómenos geológicos: volcanes y sismos.
- 2 Fenómenos hidrometeorológicos: sistemas invernales y tropicales.
- 3 Fenómenos químico-tecnológico: incendios.

*IV. VI Actuación gubernamental y ayuda internacional*

124

Posteriormente al sismo del 85 –como apunta la declaración oficial, aunque lo pone en duda gran parte de los medios de comunicación-, tras ser informado de las dimensiones y consecuencias del temblor por parte del Estado Mayor Presidencial se hace público que el presidente del país Miguel de la Madrid sobrevuela en helicóptero la ciudad de México. Asimismo tiene una reunión de emergencia con el gabinete de gobierno, constituido por las secretarías de estado, la procuraduría general de la república y el departamento del distrito federal (durante su período presidencial del RRI, del 1 de diciembre de 1982 al 30 de noviembre de 1988) para organizar las acciones para gestionar el desastre, que consistieron en la creación de dos comisiones: una metropolitana y otra nacional coordinadas por él, que elaboraron un plan de rescate por el que el ejército y la marina intervino -según la declaración del propio la Madrid- para la vigilancia y la preservación “del orden” público.

Tras el segundo sismo, el presidente del país Miguel de la Madrid dio un “discurso” televisado, a las 19:40 del 20 de septiembre, en el que manifestó que “todavía no tenemos cifras precisas ni completas” y que habían atrapados en las construcciones que no se habían podido rescatar. Destacó el papel del ejército y armada nacional, a los cuerpos de policía, bomberos, socorristas y voluntarios, por este orden; cuando la realidad presentaba el orden inverso de importancia en la participación en el socorro a los damnificados. Asimismo señaló que “el gobierno de la República y los gobiernos de los estados hemos reaccionado al máximo de nuestros esfuerzos y capacidades (...) [aunque] la tragedia es de tal magnitud que nos ha rebasado en muchos casos”, y a pesar de ello rechazó la ayuda internacional, con la ambigüedad de las siguientes palabras

Quiero agradecer también las manifestaciones de condolencia y las ofertas de apoyo que estamos recibiendo de países amigos, aprovecharemos los apoyos ofrecidos en la medida de las necesidades. Ya estamos haciendo una evaluación de aquello que necesitamos más, para aceptar esta cooperación de nuestros amigos (De la Madrid, 1985).

Los capitalinos no sólo eran víctimas de la más grande tragedia que se recuerde el país, sino que también eran presa del mayor desconcierto, causado fundamentalmente por la falta de

coordinación que “evidenciaba la ineptitud de las autoridades”, pues “por radio y televisión, incluso por las estaciones propiedad del Estado, se pedían voluntarios en uno y otro lugar, pero al llegar se encontraban con que los soldados o la policía les impedían el paso” (Musacchio, 1985: 19).

También empezaron a aparecer las protestas, por diferentes motivos: unos causados por obras mal construidas relacionadas con el estado, como los vecinos de Tlatelolco, organizados en cuatro asociaciones, le reclamaban al organismo financiero estatal Fonhapo (Fideicomiso Fondo Nacional de Habitaciones Populares), y otros, igualmente de Tlatelolco (como se ha expuesto anteriormente), denunciando a través del periódico *Excélsior*, el 21 de septiembre (1985a), que

Vecinos de la unidad sorprendieron a varios individuos, algunos vestidos con uniformes de color azul, otros disfrazados de socorristas, apoderándose de objetos de valor como alhajas, relojes y dinero que fueron encontrados durante la remoción de escombros(...). Todos estos individuos [presuntos delincuentes] fueron entregados a elementos que representan la ley [policías], pero inexplicablemente se les dejó en libertad (Musacchio, 1985: 25).

Pero estas protestas, se dieron también por otros motivos, principalmente por descontento político, por falta de apoyo del estado a los afectados. La acción del gobierno y de su propio presidente llevó a que la población lo calificara de “presidente [gobierno] ausente”.

Ante la ineficacia notable del gobierno de Miguel de la Madrid, paralizado por la tragedia, y ante el miedo de la burocracia, enemiga de las acciones espontáneas, el conjunto de sociedades de la capital se organiza con celeridad, destreza y enjundia multiclasista, y a lo largo de dos semanas un millón de personas (aproximadamente) se afana en la creación del alberques, el aprovisionamiento de víveres y de ropa, la colecta de dinero, localización de personas, el rescate de muertos y de atrapados entre los escombros, la organización del tránsito, la atención psicológica, la prevención de epidemias, el desalojo de las pirámides de cascajo, la demolición de ruinas que representan un peligro... A estos voluntarios los anima su pertenencia a la *sociedad civil*, la abstracción que al concretarse desemboca en el rechazo al régimen, sus corrupciones, su falta de voluntad y de competencia al hacerse cargo de las víctimas, los damnificados y deudos que los acompañan Por vez primera, sobre la marcha organizadamente, los que protestan se abocan a la solución y no a la espera melancólica

de la solución de problemas(...). Sin debates previos, sin precisiones conceptuales, en cuatro o cinco días se impone el término *sociedad civil*(...).

En un acto de “teoría confiscatoria”, el presidente Miguel de la Madrid se opone al uso “irresponsable” del término, y añade: “La sociedad civil es parte del Estado Pueden irse a sus casas Ya los llamaremos si los necesitamos” ¿A quiénes les envía la rectificación y la orden? No a sus alumnos de la Facultad de Leyes, ni a quienes podrían ver en la televisión el pizarrón del aula, ni a la ciudadanía, sino, francamente, a nadie [que no sea del PRI](...). Por su lado y tardíamente, con voces titubeantes, el regente del DF, Ramón Aguirre, y el PRI califican a la sociedad civil de entidad muy secundaria. Se reitera el apotegma del presidencialismo: en el país de un solo partido y un solo dirigente no caben los voluntarios, y el PRI y los funcionarios se aprestan a la compra de líderes y el maniobreo con los damnificados. Pero nada impide por unas semanas la vitalidad y el compromiso de los obstinados en hacer de la ayuda a los demás el fundamento de la toma de poderes (aún no se usa el *empoderamiento*). En última instancia, el concepto de *sociedad civil* rehabilita masivamente las sensaciones comunitarias y allana el camino para el “gobierno” de la crítica (Monsiváis, 2005b).

La población tampoco entendió la voluntad –al menos aparente- del presidente del país de no aceptara ayuda internacional, pues como dijera el embajador mexicano en Washington Jorge Espinoza de los Reyes Sánchez (1983-1988) “solitos vamos a salir, México es más grande que sus problemas”; lo mismo pensaba el secretario de gobernación (del PRI miembro del gabinete de gobierno) Manuel Bartlett al decir que “la situación estaba bajo control por el gobierno”, de tal forma se lo imaginaba que el jefe del Departamento del distrito federal Ramón Aguirre Velázquez (1982-1988, del PRI) hacia un llamado (llamaba) a la población que deseaba ayudar (voluntarios y recatistas) a volver a sus casas, cuando realmente esta población solidaria fue la imagen más humana y práctica del apoyo a los afectados (como se analizará en el apartado dedicado a la “Solidaridad ciudadana”). Aunque también existe la versión extraoficial de que detrás de este aparente rechazo, se escondía el robo gubernamental (de los miembros del gobierno) de “acaparar” o “robar” directamente el material y equipos de primeros auxilios (víveres, ropa, material de auxilios y supervivencia, casas de campaña con capacidad para instalar 50 personas... y potabilizadores de agua), que no fueron entregados gratuitamente a la población e incluso la Cruz Roja Mexicana

cínicamente alega que tampoco los recibió.

Entre el 19 y 20 de septiembre el presidente del país creó la Comisión nacional y la Comisión metropolitana de emergencia, y pasado dos semanas del segundo sismo, el 3 de octubre, el presidente de la Madrid publicó el acuerdo por el que se crea el Comité supervisor de los donativos destinados a la atención de los damnificados y la reconstrucción de las zonas afectadas<sup>85</sup>; pero ya estaba casi todo bastante autorepartido, por lo tanto hay “poco” para dar a los damnificados (se proclama desde los organismos públicos); por ello José Alisedo en *Proceso* escribirá “Ni las comisiones oficiales saben de la ayuda recibida; anárquico [ausencia] reparto”:

127

Desde el viernes 20 de septiembre, o sea al día siguiente del gran temblor que destruyó parte importante del centro de la ciudad de México, comenzaron a llegar al aeropuerto internacional aviones con ayuda enviada desde el exterior, aun antes de que el gobierno mexicano solicitara oficialmente ese auxilio. A partir de entonces no han cesado de llegar aviones con diversas clases de cargamentos destinados a las víctimas del sismo. ¿Dónde está esa ayuda? ¿Por qué no se distribuyó, ni se distribuye, con oportunidad? ¿Por qué en la gran mayoría de los albergues, tanto oficiales como privados, carecieron y carecen de artículos alimenticios y sanitarios y la mayor parte de la ayuda recibida provino de grupos particulares mexicanos?

Estas preguntas se las plantean diversas personas que formaron grupos particulares que se han dedicado a ayudar tanto en las labores de rescate como en el mejoramiento de la situación en los albergues. La opinión generalizada de estas personas, que prefieren guardar el anonimato, se puede resumir en lo siguiente: hubo lentitud y desidia en la repartición [y robo a gran escala] de los artículos provenientes del extranjero, por lo que en los grupos particulares recavó la gran tarea de proporcionar artículos indispensables para el rescate de personas vivas y suministros a los albergues y campamentos de damnificados (Alisedo, 1985).

---

<sup>85</sup> El órgano colegiado estaba integrado por representantes de la Secretaría de relaciones exteriores, congreso del trabajo, sector empresarial, consejo consultivo de la ciudad de México, Cruz roja mexicana, el director de la Facultad de Derecho de la UNAM y un representante del Colegio de Contadores públicos de México, con funciones de auditor externo. El comité tenía las funciones de requerir información, supervisar los informes de existencia de los bienes y de gestionar (“canalizar”) total o parcialmente dichas ayudas donados por otros países, así como también informar periódicamente al presidente del país y a la opinión pública.



Pero este no es sólo el problema, sino la guerra de cifras de la ayuda internacional que se lanzan entre las diferentes comisiones y organismos oficiales de “emergencia”, que esconden el porcentaje del “autoreparto” habido entre ellos mismos:

(...) mientras que para la Comisión Metropolitana los países que han enviado ayuda son 26, para la Comisión Nacional de Emergencia son 43 y para la Contraloría 31; la Comisión Nacional menciona 15.000 toneladas y la Contraloría sólo 1.088; la Comisión Metropolitana registra solamente dos millones 380,000 dólares en efectivo y la AID menciona que son ocho millones. Y mientras las cifras se hacen cada vez más confusas, el gobierno sigue creando comisiones, comités y programas A las Comisiones Nacionales y Metropolitana de Emergencia, se agregó el lunes 30 la Comisión Evaluadora del Sismo y el jueves 3 el comité Supervisor de Donativos y el Programa Nacional de Reconstrucción, encabezado por el Presidente de la República (Alisedo, 1985).

Según el informe aportado por Raúl Robles Segura, subsecretario B de la Contraloría general de la federación ante la Comisión Pluripartidista, se consideró “impráctico e inapropiado” utilizar como unidad de medida de su valor monetario, para fines de información, así como cuantificar los donativos recibidos del exterior, entre el 20 de septiembre y el 9 de octubre; por ello lo clasificaron por la Secretaría de la Contraloría de acuerdo a su peso, dando los siguientes resultados:

Cuadro XVI. “Informe del Diputado Sergio Valls Hernández Presidente de la Comisión Pluripartidista sobre donativos [extranjeros] del Sismo de 1985”, 1985, según el destino aplicado

Destinatario	Toneladas
Gobierno federal	502
Cruz Roja Mexicana	362
Embajadas	294
Particulares	97
Sin determinar (“sin clasificar”)	81
Total	1,336

Fuente: Elaboración propia a partir del “Informe del Diputado Sergio Valls Hernández Presidente de la Comisión Pluripartidista sobre donativos [extranjeros] del Sismo de 1985”, 1985 (cfr. Alisedo, 1985).

Cuadro XVII. “Informe del Diputado Sergio Valls Hernández Presidente de la Comisión Pluripartidista sobre donativos [extranjeros] del Sismo de 1985”, 1985, según los tipos de donativos recibidos

Tipo de ayuda	Toneladas
---------------	-----------

Medicamentos	386
Instrumental y equipo médico	59
Alimentos	228
Equipo de rescate	151
Herramientas y equipo [de auxilio y en general]	115
Ropa, mantas y equipo de campamento	314
Maquinaria	70
“Otros productos”	13
Total	1.326

Fuente: Elaboración propia a partir de Fuente: Elaboración propia a partir del “Informe del Diputado Sergio Valls Hernández Presidente de la Comisión Pluripartidista sobre donativos [extranjeros] del Sismo de 1985”, 1985 (cfr. Alisedo, 1985).

En cambio, según un informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia, hasta el 13 de octubre se habían recibido 237 vuelos provenientes de 40 países, cuyos destinatarios fueron

Cuadro XVIII. Según el informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia, hasta el 13 de octubre, según el destino aplicado

Destinatario	Toneladas
Cruz Roja Mexicana	95
Gobierno federal	80
Embajadas	39
Particulares	23
Total	237

Fuente: Elaboración propia a partir del “Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia” (cfr. Alisedo, 1985).

Cuadro XIX. Según el “Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia”, hasta el 13 de octubre, según Los tipos de donativos recibidos

Tipo de ayuda	Toneladas
Medicamentos	401
Ropa, mantas y equipos de campamentos	342
Alimentos	258
Equipo de rescate	151
Herramientas y accesorios	119
Instrumental y equipo médico	109
Maquinaria y vehículos	69
Otros equipos	13
Total	1.462

Fuente: Elaboración propia a partir del “Informe de la Comisión Metropolitana de Emergencia” (cfr. Alisedo, 1985).

La llegada de ayuda a la ciudad de México comenzó el mismo 19 de septiembre procedente de muchos países que se solidarizaron con México: Arabia Saudita, Argelia, Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Belice, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Checoslovaquia, Dinamarca, Ecuador, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Guatemala, Holanda, Israel, Italia, Japón, Nicaragua, Noruega, Panamá, Paraguay, Perú, Polonia, Puerto Rico, República Democrática de Alemania, República Dominicana, República Federal de Alemania, Suiza, Turquía, Unión Soviética, Venezuela y Yugoslavia. Pero si se compara el total de toneladas recibidas 1.462 y se le resta las toneladas repartidas entre diferentes organismos y “particulares” de 237, terminan sin repartirse 1.225 toneladas, aproximadamente el 85%<sup>86</sup> (Comisión Metropolitana, cfr. Orozco y Núñez de la Peña, 1988: 78-79).

Nuevamente la televisión ocultó los hechos. Por los canales del Estado y los del imperio electrónico se difundió la especie de que ‘no se reportaron daños’ ni desgracias personales a raíz del segundo temblor. Sin embargo, el diario *Excélsior* informaba al día siguiente de 20 derrumbes y de desgracias personales ‘que a las pocas horas fueron desmentidas por algunos funcionarios y comprobadas por los reporteros’ de ese periódico(...).

Pero por encima de la ruindad del monopolio y de los temores burocráticos de la TV estatal, las imágenes que salían al aire tenían una contundencia que golpeaba directamente al espectador. Eran imágenes aisladas, sin voz ni letreros que la ubicaran, pero mostraban los grandes edificios afectados y a la multitud que actuaba en el rescate. No se dio importancia a edificaciones menores ni, por supuesto, a las innumerables vecindades derribadas(...) y otras zonas habitadas mayoritariamente por familias proletarias (Musacchio, 1985: 23 y 15).

Pero toda esta actuación federal y estatal causó el descontento entre la población, que veía que mientras los políticos robaban la ayuda internacional, otros conciudadanos como ellos eran los protagonistas de los rescates y el apoyo solidario.

---

<sup>86</sup> “En la crónica de la solidaridad internacional, resalta la ayuda recibida del pueblo norteamericano, tal vez por la gran cantidad de mexicanos y de chicanos radicados en Estados Unidos. La solidaridad de América Latina y España fue también notable y vendría a confirmar su aprecio por nuestro país” (Orozco y Núñez de la Peña, 1988: 79).

Posteriormente, tras el temblor de 1985, en el sismo de 2017 -como indicara Olvera-, “a diferencia de hace 32 años, esta vez la sociedad civil [mexicana] está mejor organizada e informada, y la clase política en su conjunto padece [de nuevo] una radical crisis de credibilidad y de legitimidad” (Olvera, 2017), igualmente corrupta.

El conmovedor despliegue de solidaridad con las víctimas de los recientes terremotos por parte de decenas de miles de ciudadanos, especialmente jóvenes, demuestra que hay en México una sociedad civil capaz de movilizarse y deseosa de participar en la vida pública. En el nuevo escenario de organización ciudadana, basada en las redes sociales y el acceso inmediato a la información, la escasa capacidad de gestión de los gobiernos federal y estatales ha quedado exhibida. La manifiesta desconfianza de la ciudadanía en las instituciones y su súbita activación puede tener consecuencias importantes en las elecciones del próximo año [como sucedió, con un cambio radical de la política del país, pasando de la corrupción institucionalizada a una posición de honestidad política, protagonizada por el presidente López Obrador]./ Los terremotos han puesto frente a frente a una ciudadanía generosamente entregada a la ayuda a las víctimas y un gobierno que ha tratado de reaccionar(...). Sin embargo, es patente que la ciudadanía no va a entregar al gobierno el manejo de la crisis ni va a volver a sus casas fácilmente, pues no tiene confianza en las instituciones.

¿Cómo dejar que el gobierno de la Ciudad de México [y el gobierno federal], al que le caben responsabilidades por haber autorizado la construcción de edificios habitacionales y escuelas que no cumplieran los estándares mínimos, y que ha permitido la especulación urbana más aguda de la historia, se haga cargo de la reconstrucción de la atribulada ciudad, que por cierto ofrecerá nuevos y jugosos negocios a las inmobiliarias?. ¿Cómo permitir que el gobierno federal, cuyo titular, el presidente Peña, ha sido incapaz de sancionar al Secretario de Comunicaciones y Transportes por innumerables casos de corrupción y mala calidad de las obras públicas, se haga cargo de reconstruir puentes, carreteras y escuelas que ya fueron mal hechas desde el principio? ¿Cómo permitir que gobiernos estatales y locales probadamente[?, con seguridad se puede asegurar que así son] corruptos e ineficientes manejen la distribución de créditos para la reconstrucción de viviendas y las inversiones públicas necesarias para reconstruir hospitales y escuelas igualmente mal construidas?(...) (Olvera, 2017).

El propio Olvera da con una de la posible solución de la perpetua corrupción y delito político en el ámbito de la reconstrucción urbanística y de las viviendas de los damnificados

con apoyo oficial tras los desastres naturales<sup>87</sup>:

La única forma en que el gobierno federal y los estatales pueden atender esta emergencia sin sospechas de clientelismo y de corrupción es creando uno o varios [tres por localidad, que puedan vigilarse uno al otro –FC–] comités ciudadanos de vigilancia de las inversiones a realizarse, y tratar de actuar con la mayor transparencia. Pero para una clase política que necesita ocultar sus fallas regulatorias y usar electoralmente la reconstrucción será casi imposible aceptar el control ciudadano. Sin embargo, no hacerlo abrirá una brecha de legitimidad insalvable cuyas consecuencias son imprevisibles (Olvera, 2017).

Pero lo que una parte de la población temía que sucediera ocurrió, como hizo público anteriormente Olvera; por lo que un mes antes del sismo del 19 de septiembre, un numeroso grupo de afectados por la corrupción política urbanística se manifiestan por

---

<sup>87</sup> En esta línea de politización de la ayuda, se hace patente por parte de todos los partidos políticos en México, pues a partir del 25 de septiembre en la Cámara de Diputados y ante la prensa, como hace Enrique Ochoa, presidente del PRI, por esas fechas, al unisono del frente político constituido por el PAN, PRD y Movimiento ciudadano; pero, el primero que se compromete realmente a aportar dinero (correspondiente al 50% del posible gasto de campaña de 2018, alrededor 103 millones de pesos), es López Obrador, presidente del Movimiento de Regeneración Nacional (Morena) y es además al único que se le puede creer, aunque dentro de su partido hay también políticos de la antigua escuela (corrupta). Politización de la ayuda que analiza periodísticamente Beauregard (2017). Pero, como apunta Jesusa Cervantes “arrastrados por la exigencia de la sociedad civil, que no esperó a las autoridades y se puso a escavar entre los escombros causados por el sismo del martes 19, a autoridad electoral [INE] y los partidos políticos accedieron a destinar a las víctimas parte de los recursos públicos que perciben. Sin embargo, no dejan claro de cuánto será su aportación ni cómo la canalizarán”, pues como titula su artículo periodístico “El altruismo partidista [de los partidos políticos] viene con truco” (Cervantes, 2017: 25).

Otra problemática política que repercute en los efectos causados por los desastres naturales en la población, es la existencia del secretismo gubernamental sobre diferentes aspectos de la vida pública, como es por ejemplo, y que posee gran importancia, el silencio mantiene del atlas de riesgo de la ciudad de México, “que el gobierno capitalino guarda como si fuera un secreto de Estado” (Gil, 2017: 24), que contiene información especializada sobre la topografía de la ciudad en su totalidad y de esta forma se ocultan los peligros que implican construir en algunas zonas, ante la posibilidad de los efectos que sobre ellas, por encima de otras, pueden repercutir los sismos, inundaciones y otras catástrofes naturales.

la ciudad de México, cuyo malestar se acrecienta tras los desastres causados por el temblor del 85, y se mantiene posteriormente, cuando protestan, el 19 de octubre de 2017 contra la política urbanística e inmobiliaria aplicada en la reconstrucción urbana, de la que se hace eco Gallegos

Una de las peticiones de los contingentes de vecinos es que el dinero recaudado para apoyar a los damnificados se administre a través de fideicomisos bajo la vigilancia de la sociedad civil(...)/En algunas de las pancartas pedían transparencia en los apoyos internacionales que han donado otros países y que los centros de acopio sean administrados por los ciudadanos. "Seguimos en emergencia, ayuda para los vecinos de San Antonio Abad", "La gente se cansa de tanta pinche tranza", "Inmobiliarias no, reconstrucción humanitaria sí", se leía en algunos de los mensajes (Gallegos, 2017).

En esta misma manifestación algunos de los participantes hicieron público su disconformidad con la política oficial a la periodista Gallegos, indicándole como hiciera Isabel López al referirse sobre la delegada de Iztapalapa, Dione Anguiano, diciendo que no ha acudido a la colonia donde vive y que es una de las más dañadas.

Va como rata de alcantarilla por las noches y lleva mil guaruras, y dice cosas incongruentes como que nos tenemos que acostumbrar a vivir en las gritas(...). Iztapalapa es una de las zonas más pobres de la ciudad y el apoyo ha llegado a cuenta gotas, a nadie le importa porque es una zona marginada y nos quieren apoyar si apoyamos a cierto partido [del gobierno] (cfr. Gallegos, 2017).

De igual forma se expresa Alicia Corona, del Movimiento Urbano, señalando que ella y sus compañeros están solicitando al gobierno capitalino [y a la Asamblea Legislativa] participar en la elaboración de la iniciativa de ley para la reconstrucción y recuperación de la ciudad de México. "Venimos de todas las delegaciones de la ciudad para exigir que se organicen con nosotros los afectados, los ciudadanos responsables y con los académicos para que los planes de reconstrucción se hagan de forma adecuada y transparente" (cfr. Gallegos, 2017). Asimismo, Jorge Rincón, residente de la delegación Tlalpan, pregunta indignado "Yo quiero saber dónde está Miguel Ángel Mancera [jefe del gobierno capitalino], los diputados, los senadores... Tenemos un mes de que pasó el sismo y mis vecinos siguen durmiendo en campamentos

improvisados [y así persisten muchos de esta delegación y de otras hasta la actualidad] en la calle", y protesta porque algunos de los que han solicitado apoyo para el pago de una renta provisional no han conseguido nada, pues se da el caso que cuando "unos(...) madrugaron para ir a pedir ayuda para la renta a uno de los módulos que instaló el Gobierno, pero no consiguieron nada porque les dijeron que las reglas habían cambiado" (cfr. Gallegos, 2017).

La administración pública junto a la corrupción fomenta la desinformación y el cinismo político, pues como señala Mejía:

Desde la noche del martes 19 y hasta el cierre de esta edición el viernes 22, los reclamamos a las autoridades por la desinformación fueron la constante en todos los sectores afectados, pues los familiares de heridos, fallecidos y desaparecidos, así como los voluntarios pedían datos [y ayuda] y obtenían escasas respuestas [y ningún apoyo económico] (Mejía, 2017: 11).

O como señala a este respecto igualmente –Turati- en alusión a la "rebeldía salvadora"

La escena debería de haber terminado con la imagen de los brigadistas ciudadanos hermanados con soldados, marinos, policías federales y capitalinos, y funcionarios de todas las siglas, cantando junto el Himno Nacional(...) al declararse concluidos los rescates en la fábrica de ropa de la colonia Obrera pulverizada, con un saldo de 22 muertos por el sismo y mínimo tres sobreviviente./ Sin embargo, la desconfianza hacia todo lo que toca el gobierno se impuso: horas después ese sitio se convirtió en campo de batalla cuando voluntarios inconformes se abrieron paso y, con picos y palas, siguieron abriendo hoyos en busca de un sótano donde creían que otras costureras atrapadas habían sido abandonadas (Turati, 2017: 12).

De forma similar a la acción realizada por los políticos en el poder, durante el temblor de 1985 en 2017, los gobernantes y en especial el presidente del país fue hacerse una foto entre la multitud y termino increpado por parte de la población afectada por el sismo, como narra Delgado y Tourliere

Una de las comunidades más pobres del país, San Juan Pilcaya, en la Mixteca Poblana, usada sólo como reserva de votos a cambio de promesas de campaña, se vio sacudida el jueves 21 por una visita relámpago de las más altas autoridades federales y estatales(...). El jueves 21 [de septiembre de 2017], dos días después del sismo, el pueblo [san Juan Pilcaya, en Puebla] el pueblo se convirtió de

pronto en una zona de contrastes: las maltrechas calles, que suelen recorrer mulas, caballos y viejos vehículos, se colmaron de camionetas blindadas, automóviles de lujo, patrullas de las policías Municipal, Estatal y Federal, así como camiones militares, mientras siete helicópteros aterrizaban en campos aledaños (...). El presidente Peña Nieto, el gobernador Antonio Gali y miembros de sus gabinete hicieron acto de presencia en medio de un despliegue de seguridad nunca antes visto por aquí. El acontecimiento provocó el enojo del grupo de estudiantes universitarios que llegaba con ayuda para las víctimas del terremoto y a quienes hicieron a un lado “¿Por qué no traes comida?”<sup>88</sup>, le espetó una muchacha al primer mandatario. “¡Suerte!” le contestó él (Delgado y Tourliere, 2017: 28).

#### *IV.VII Política pública y los desastres naturales*

Como una continuación a la “Actuación gubernamental y ayuda internacional” trataremos de completar el tema a partir de la comprensión de la politización de los desastres por parte del gobierno y de los partidos políticos, unido a la problemática política social que se vive en el país en este mismo período.

Pasan los días, la tierra no cesa de moverse, pero la conciencia de México tampoco. Y me atrevo a decir que no es tanto la magnitud de lo ocurrido lo que nos tiene movilizados y moviéndonos así, de esta forma y tal como lo estamos haciendo. Después de todo, el sismo de 1985 perdimos más de 10.000 vidas. ¿Y cuántas más han quedado sepultadas ya bajo el alud de nuestros más recientes años de violencia civil, durante nuestro propio terremoto humano denominado “guerra contra el narco” [contra los secuestros, desapariciones forzadas y asesinatos ordenados]? Sin exagerar, habremos perdido entre los escombros de la sinrazón criminal, a más de 100.000 hermanos (Ávila, 15-9-2017).

En esta línea de pensamiento, viene a la memoria el recuerdo de unos hechos igualmente tristes y concretos como el asesinato de

---

<sup>88</sup> Expresión “¿Por qué no traes comida?” muy común en las celebraciones de fiestas populares y especialmente en los velatorios, como era en este caso. Por un lado la población le reclama a los políticos que no visiten las zonas afectadas por los desastres naturales sólo para sentirse rodeados por la prensa oficial sino que al menos ese día se presenten con las “manos llenas”, con comida y la concesión de alojamientos al menos iguales a los que han perdido con el temblor, y por otro sienten que se encuentran en medio de un velatorio multitudinario improvisado.



varias decenas de jóvenes estudiantes a manos del crimen organizado común y paraestatal<sup>89</sup>, tal como se expresa Ávila

Fue también en un negro septiembre de hace unos años [2014], que México cayó en un estupor adolorido. En este mes de la Patria conmemoramos otro aniversario de una tragedia nacional(...). Hace tres años que escribí uno de mis textos más tristes, más encabronados, más desolados. Hace tres años nos faltaban 43 estudiantes de Ayotzinapa(...)/ En este septiembre de 2017 no sabemos todavía, cuántos de los nuestros nos van a hacer falta [van a morir en manos del crimen] (Ávila, 2017).

### ***IV.VIII Apoyo al desastre: voluntarios, rescatistas, ayuda internacional y solidaridad ciudadana***

#### ***IV.VIII.I Voluntarios y rescatistas***

Como comentara el escritor Carlos Monsiváis, pues como dijera Orozco y Núñez de la Peña (1988) “tal vez nadie resumió mejor... el espíritu de los primeros días de la tragedia”

Taxistas y peseros transportan gratis a damnificados y a familiares afligidos; plomeros y carpinteros aportan seguetas, picos y palas; los médicos ofrecen por doquier sus servicios; las familias entregan víveres, cobijas, ropa; los donadores de sangre se multiplican; los buscadores de sobrevivientes desafían las montañas de concreto y cascajo en espera de gritos o huecos que alimentan esperanza. A l lado del valor y la constancia de bomberos, socorristas, soldados, choferes de la Ruta 100, médicos, enfermeras, policías, abundó un heroísmo nunca antes tan masivo, y tan genuino, el de quienes ante la escasez y la falta de recursos, y por decisión propia, inventaron como pudieron métodos funcionales de salvamento, el primero de ellos, una indiferencia ante el peligro, si ésta se traducía en vidas hurtadas a la tragedia. Basta recordar las cadenas humanas que rescatan un niño, entregan un gato hidráulico o un tanque de oxígeno, alejan piedras, abren boquetes, sostienen escaleras, tiran de cuerdas, trepan por los desfiladeros que el temblor estrenó, instalan los 'campamentos de refugiados', cuidan de las pertenencias de los vecinos, remueven escombros, aguardan durante horas la maquinaria pesada, izan cuerpos de víctimas, se enfrentan consoladoramente en histerias y duelos (Monsiváis, 1985, 6).

---

<sup>89</sup> La ONU asegura que la investigación de los 43 estudiantes de Ayotzinapa fue “afectada por torturas y encubrimiento” estatal (Rojas – BBC-, 2018).

En relación con el concepto general de voluntarios, la UNAM lo completa con el de “brigadeo” y el trabajo social; por ejemplo en el sismo de 2017, la Facultad de Estudios Superiores (FES) Cuautitlán organizan un “brigadeo intenso” con la participación de 411 alumnos de diversas carreras, constituidas en 101 brigadas por la ciudad de México, Morelos, Puebla, Estado de México, Hidalgo, Chiapas y Oaxaca, quienes remueven escombros y reparten víveres entre los damnificados, y también colaboran en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) Almaraz, que la FES Iztacala tiene en las instalaciones de Cuautitlán, bajo la dirección (“destacó”) Éric Villegas Alcaraz, responsable de Protección civil de FES Cuautitlán (Gaceta UNAM, 2017: 4). Asimismo, la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS) organiza brigadas locales en colaboración con la brigada de trabajo social de ciudad de México (CdMx), han acopiado de víveres, ropa... y herramientas que posteriormente han repartido entre los afectados por el sismo; han removido escombros... y han establecido “una” mesa de orientación integral, atención individualizada, grupal, escolar y comunitaria, con apoyo psicosocial y asesoría jurídica (Gaceta UNAM, 2017: 5)<sup>90</sup>.

Existen autores, como Enrique Krauze, que propone la creación de una “comisión ciudadana de reconstrucción”, a partir del temblor de 2017, en los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Morelos y ciudad de México

Esta Comisión debe tener una participación ciudadana mayoritaria. Bastará que se animen una decena de empresarios, intelectuales, académicos, periodistas, religiosos. Nombres sobran./ Tienen que incluir una representación de los jóvenes, que han sido heroicos y solidarios. En a Comisión debería participar una contraloría internacional./ Los fondos deben provenir del Estado (para casos de desastres, más recortes presupuestales). Hay que agregar os recursos que los partidos iban a destinar a su inútil propaganda. No hay pretextos, entiendo que bastaría un transitorio constitucional (...)/ esos fondos se agregarían las donaciones privadas de empresas y personas que, si tienen confianza [en la Comisión ciudadana], contribuirán masivamente./ De estos escombros rescatemos la salida para México, con nuestras fuerzas y nuestros recursos [proclaman los rescatistas con su práctica solidaria]./ No mañana: hoy (Krauze, 2017).

---

<sup>90</sup> No son voluntarios propiamente dichos, pero son de gran utilidad para el apoyo de los damnificados de los desastres, los periodistas, y especialmente los freelance, como propone CPJ (2012).

La Comisión que propone Krauze puede ser matizada, sobre todo el esquema de la organización, pues si interviene el estado<sup>91</sup>, termina por acaparar y controlar su organización, cuando en la realidad como se pudo comprobar tras los sismos de 1985 y 2017 es que la población por sí sola la que se puede organizar, guiada por el espíritu solidario, inherente a parte de ella. La población afectada tiene que recibir ayuda del estado, pero en su defecto lo podrá hacer del resto de población benefactora, pues como indica Jacobo García “Hay algo que une al mexicano más que sus alegrías, sus desgracias. Es ahí donde se une, organiza y responde como un titán bien entrenado” (García, 2017). Tras el sismo, una “legión” de voluntarios y un extenso grupo de “espontáneos” unidos todos ellos exclusivamente por su espíritu solidario recorren todas las calles y edificios afectados por el temblor, con picos, palas, sierras, martillos, cascos, guantes, agua... con “lo que fuera” (García, 2017) en ayuda a los demás. Pues como indica la voluntaria Claudia García, de 28 años “Nos unimos en las adversidades” (cfr. Lafuente, 2017b).

No dio tiempo a recuperar el aliento [tras el temblor], cuando comenzaron a organizarse: uno atravesó el coche en la calle para cortar la circulación, otro logró una cinta, otro más acordonó el lugar. Los que podían, movían piedras, cargaban cubetas o trepaban sobre los escombros buscando escuchar alguna voz, un grito, algo que indicara que había vida sepultada como en el colegio de la calle Zacatecas [en ciudad de México]./ La heroica escena se repitió en la calle Avaro Obregón, donde cientos de personas removían cascotes desafiando réplicas que paralizarían a cualquiera./ Una voz [entre los escombros] pide agua y decenas de voluntarios consiguen y cargan los pesados garrafones que derraman sobre los escombros para que el líquido se filtre entre las piedras. Junto a él una estudiante voceaba los insumos necesarios: agua, alcohol, vendas, derivados de penicilina... Poco después, ya hay en la farola una lista con los nombres de los supervivientes rescatados. En caso de

---

<sup>91</sup> Pero el estado por varias razones “tarda” y no apoya suficientemente y en ocasiones casi nada en los desastres naturales a la ciudadanía, a causa de la generalizada corrupción en la que están inmersos, al descapitalizar los fondos destinados para el de apoyo a zonas declaradas en emergencia; o, como ha realizado por ejemplo el actual presidente de los Estados Unidos, Donald Trump desvía los fondos destinados a afrontar desastres naturales en el país para construir el famoso “muro” fronterizo con México, a través de declarar el 15 de febrero de 2019 el asunto como una emergencia nacional.

terremoto, los mexicanos llevan en el ADN la necesidad de ayudar y de saber que hacer (García, 2017).

Mientras que la denominada “Unidad de la crónica presidencial” (Miguel de la Madrid, del PRI) habla desde la perspectiva política oficial, al señala que

139

en las construcciones derrumbadas cientos de personas removían escombros tratando de salvar vidas(...)./ La gravedad de la situación hizo que sociedad y gobierno se movilizaran de inmediato. Pocos minutos después del temblor, a las 7:45 de la mañana, el Presidente de la República giró instrucciones a las secretaría de Gobernación (SG) y de la Defensa Nacional (SDN) y al DDF, para que se iniciaran las acciones de rescate y labores de emergencia utilizando todos los recursos y elementos del gobierno, tanto en la capital de la República como en el interior(...)./ Minutos después del siniestro, miles de personas se volcaron a las calles de la ciudad de México, en un impresionante movimiento de solidaridad y auxilio a las víctimas. Grupos e individuos de todos los estratos sociales se presentaron a cooperar(...)./ Al inicio de octubre los habitante de la ciudad de México padecían todavía las secuelas del terremoto. Brigadas de voluntarios extranjeros, miembros del ejército, trabajadores de compañías constructoras particulares, de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Compañía Federal de Electricidad (CFE), seguían buscando cuerpos entre los escombros de cientos de construcciones derruidas(...)./ Lejos de las zonas afectadas, grandes sectores de la capital continuaron su vida cotidiana sin sospechar la magnitud de los daños causados. Para muchos fue un temblor más y una vez pasado el angustioso momento, iniciaron sus labores rutinarias (Unidad de la crónica presidencial, 495-497 y 536).

La realidad, es la que sigue, a unos metros de la Avenida Amsterdam, en La Condesa, por ejemplo, un grupo de personas formando una cadena humana que se prolonga a cientos de metros hasta llegar a la esquina de la calle Laredo, ayudan a los damnificados de un edificio derrumbado, con

cubos repletos de escombros se movían en perfecta armonía. Nuca la improvisación fue tan efectiva. A través de las redes sociales, por WhatsApp, en los centros de acopio instalados, los ciudadanos dieron una lección a las autoridades al dar el primer paso [en 1985, como en 2017, durante gobiernos corruptos del Pri]. Sin esperar. No había tiempo (Lafuente, 2017b).

O como comenta Marco Antonio González (de 49 años que trabaja en una agencia de publicidad), tras sentir el temblor marchó de voluntario al bloque de viviendas derruido en el sur de ciudad de

México (en la calle Peten esquina con Zapata), donde dirigió durante siete horas la entrada y salida de camiones de rescate. “Fue uno de los primeros en llegar a aquella zona cero que acabó reuniendo a más de 500 voluntarios(...). ‘Solo pudimos rescatar a cinco, tres de ellos sin vida...’, relata entre lágrimas” (cfr. *El país*, 2017). De igual forma, Alejandra López (productora de televisión, de 24 años de edad) va de un lado a otro, como enlace entre rescatistas y voluntarios espontáneos –público- que ofrecen “cualquier cosa sin orden ni concierto”: palas, chalecos, guantes..., en el pequeño pueblo de Jojutla, en Morelos, a una hora de la capital (*El país*, 2017). También existe el caso de Elena Villaseñor que creó un registro de los desaparecidos, los heridos y los muertos a partir de la información que proporcionaban amigos y familiares de personas que trabajaban o estudiaban en el colegio Enrique Rébsamen, que se derrumbó, en el sur de la ciudad de México (en el colegio de atrás estudiaba su hija), cuando

vi el caos en el Rébsamen, supe que no podía quedarme parada(...). Han sido los padres los que, en medio del dolor, nos han confirmado la muerte de sus hijos, son momentos en los que no te puedes quebrar [contaba entre lágrimas 48 horas después seguía apoyando a la población: 19 niños y 6 adultos murieron, ya que no quedaba ninguna posibilidad de rescatar a ningún otro alumno] Es momento de que me vaya a casa (cfr. *El país*, 2017).

De igual forma José Rubén Vega (de 55 años), director médico del Sanatorio Durango, uno de los hospitales más próximos a los edificios colapsados en las colonias La Condesa y Roma Norte, comenzó a coordinar las labores de evacuación y de preparación de un hospital de campaña en el bulevar para alojar a los pacientes que habían tenido que ser evacuados. Tras la instalación del hospital de campaña rociaron el suelo de cloro para “sanitarlo” (desinfectarlo), mientras que en el centro médico donde se encontraba pusieron en funcionamiento seis quirófanos. Su formación como médico militar y su experiencia en los sismos anteriores de 1985 en la misma ciudad de México y el de 1995 en Colima facilitó la coordinación del equipo médico, constituido por médicos y enfermeros, que lograron que “casi una teintena salvó la vida” y sólo tres que llegaron en estado crítico con múltiples traumatismos murieran (cfr. *El país*, 2017)

Igual de operativo fue la colaboración de Nicolás Celis (productor de cine, de 30 años, que ha producido la famosa película

Roma de Alfonso Cuarón), que junto a otros jóvenes cineastas Víctor Leycegui, Pablo Zimbrón, Marco Polo Constandse y Gerardo Gatica enviaron varias plantas de iluminación en apoyo de los recatistas; Celis acondiciona un tráiler con seis toneladas de ayuda que reparte por Chiapas, Oaxaca, Morelos y ciudad de México. También Juan Lara (de 49 años) al volante de su automóvil de Uber se pone a disposición de los recatistas y afectados del temblor para trasladarlos de una zona a otra de ciudad de México.

Asimismo, Cecilia Hidalgo Monroy (fotógrafa y empresaria), que vivió la tragedia de 1985, le viene a la memoria

cuando buscábamos supervivientes. Yo formaba parte de una brigada de rescate y nos pidieron silencio(...) para ver si se escuchaban ruidos que indicasen que había alguien vivo. Y se empezaron a oír ruidos por todas partes. Fue impresionante (cfr. *El país*, 2017).

en esta ocasión junto a su compañero Miguel Canals ayudan con el rescate en la colonia del Valle

La gente se vuelca, para ayudar y para hacer patente la oposición a la corrupción política  
Que tumben a estos cabrones [políticos]. A muchos pueblos aún no ha llegado a ayuda. No existen protocolos de protección civil ni transparencia en las cuentas ni información congruente. La sociedad se está movilizando porque la clase dirigente no es de fiar (cfr. *El país*, 2017).

Todo esto durante se sucede durante el día, pero también de noche continúa la movilización y la ayuda solidaria, como se aprecia por ejemplo en el Parque España o La Cibeles en la colonia Roma de ciudad de México, donde “quedaron desbordados de víveres y voluntarios”.

También Ismael Villegas (de 39 años) trabaja 30 horas seguidas moviendo escombros, formando parte del famoso grupo de rescate “Topo”, que surgieron en el terremoto de 1985, integrado por obreros y estudiantes, que en formación de brigadas, les caracterizadas dos

habilidades: agilidad y valentía. Equipados únicamente en sus manos desafiaban estructuras que solo necesitaban una mínima sacudida para venirse abajo pero se ganaron el respeto de todos al rescatar con vida a decenas de personas./ ‘Estábamos aquí desde el primer momento –reivindica Villegas- (...). Las autoridades son desesperantes. Son muy conservadoras con sus protocolos de

actuación y no nos dejan trabajar bien (cfr. *El país*, 2017).

“Porque somos mexicanos –defiende Mónica Zamora, de 35 años– es impresionante ver la gente que no se conoce de nada y se organiza, ayuda... trae lo que tiene” (cfr. García, 2017), quien junto a su hermano César y un grupo de amigos pasaron toda la noche del 20 de septiembre repartiendo botellas de agua y pan dulce (pasteles) frente a los edificios derruidos en la Roma. A las cuatro de la madrugada se dirigieron a Tlalpan “porque escucharon que allí los necesitan más”. Mientras que en la Plaza Cibeles, a esa misma hora, Juan Santos y su hija<sup>92</sup> toman un descanso, después de estar durante muchas horas repartiendo café y pan dulce a los rescatistas.

Ver a tanta gente movilizada –indica Santos– es emocionante. Venimos desde el Estado de México porque siento que no se puede confiar en ninguna institución [a pesar del criterio de políticos y periodistas como Krauze (2017) que propone una “comisión ciudadana de reconstrucción”, con participación estatal; ante la corruptela estatal es conveniente que permanezca con participación exclusiva ciudadana] y tenemos que ayudarnos entre nosotros (cfr. García, 2017).

Pero además de los rescatistas y los voluntarios, existía un gran número público o voluntarios esporádicos, que a la llamada que se hacía a través de los medios de comunicación, apoyaban con víveres, palas, barras y picos para el rescate; para ello, iban previamente a ferreterías y tlapalerías que se encontraban abiertas y tras comprar los utensilios, etc. demandados los llevaban personalmente a las zonas del siniestro indicado. Lo mismo pasaba cuando se solicitaba vacunas, gasa estéril, mantas, alimentos o lámparas sordas... y pilas.

Y todo ese movimiento de ciudadanos [solidarios] se hacía cuando media ciudad estaba a oscuras, impregnada en amplias áreas de un penetrante olor a gas; con el pavimento bañado por las sustancias corrosivas, altamente peligrosas, de los transformadores eléctricos caídos (Musacchio, 1985: 19).

---

<sup>92</sup> Santos reside en San Mateo Tecoloapa, a una hora de distancia de ciudad de México, cuando sus vecinos supieron que iba a la capital del país comenzaron espontáneamente a llenarle el coche de mantas, refrescos, sandwichs... para que lo repartiera entre los damnificados (cfr. García, 2017).

Entre los voluntarios y rescatistas se encuentran los familiares de los damnificados, como es el caso de Roberta Villegas, que permanecen durante horas sentada en una banquetta (acera) de la calle Álvaro Obregón enfrente de un edificio que se encuentra en ruinas, esperando noticias sobre su hijo<sup>93</sup>, diciendo “Hay veces que tengo esperanza, luego decaigo, luego vuelvo a tenerla” (cfr. García, 2017). A Roberta se le para el corazón cada vez que los rescatistas levantan el puño y ordenan guardar silencio, para poder escuchar una voz que se encuentra entre los escombros esperando que sea de algún sobreviviente. Dentro de esta agonía, un joven se le acerca a ella para ofrecerle una silla, un poco de chocolate y su apoyo.

Los gritos de ánimo solo se veían silenciados cuando uno de los especialistas levantaba un puño. Es la señal para que todos callen y poder escuchar si hay vida allá abajo. Una pausa a la que casi siempre acompaña un estruendo generalizado: ¡Viva México, cabrones! (Lafuente, 2017b).

Una hora más tarde, a las cinco de la madrugada soldados y voluntarios jóvenes dan el relevo a otros, abandonan por ese día los escombros con el cubrebocas a la altura del cuello, las manos destrozadas y el rostro y la ropa estropeada manchada de polvo.

En estas circunstancias, se produjeron varios sucesos “heroicos” y de emoción colectiva, como son cuando entre un grupo de rescatistas sacaron a una señora viva de entre los escombros de la calle Medellín y la multitud presente comenzó a aplaudir y algunos a llorar con emoción. O cuando una mujer de la tercera edad “desafió la mole que estaba a punto de caer” en la calle Jalapa, y durante los cien segundos que duró el temblor, entró en una casa (vecindad) gritando “¡todos fuera ya!, antes de que se derrumbara la construcción, mientras que caían los cristales de las ventanas como “espadas” sobre la acera (banqueta), “mientras que ella se perdía en el caos y el olor a gas” (García, 2017).

La noche posttemblor es “más negra y silenciosa. Pero también más humana. La desgracia tiene un poso solidario que suaviza la espera frente a los escombros y revierte la ecuación de la derrota” (García, 2017).

---

<sup>93</sup> El hijo de Roberta Villegas, llamado César llevaba varios meses trabajando como contable, cuando a las 1:20 am. el edificio de cinco plantas se desplomó (cfr. García, 2017).



Cada tanto, entre las ruinas, se hacía el ritual del silencio general para saber si alguien desde debajo de los escombros pedía ayuda(...). Cada tanto, también, se repetía el dramático momento en que los voluntarios paraban sus maniobras, formaba una valla humana, como un camino por el que se daba paso a las camillas con los cuerpos(...) envueltos en sábanas blancas. Pasaban por el medio, entre un silencio solemne, como si estuvieran recibiendo un homenaje póstumo (Igartúa, 2017: 16).

Tras la movilización espontánea de voluntarios, le siguió la “contramovilización”

El martes [23 de septiembre], después de los mítines celebrados en Tlatelolco, luego de la organizada inconformidad que se mostraba en la colonia Morelos o entre los damnificados de la Roma, se hizo evidente que la movilización popular, espontánea pero mucho más cohesionada de los que era esperable, había alcanzado su punto más alto y empezaba a disminuir (Musacchio, 1985: 39).

Esta “contramovilización” –según Mussachio- se debía a varias causas: muchas personas habían tenido que reiniciar sus trabajos; otros, la “gente común tenía que ganarse el pan” y reiniciaron sus diferentes tipos de ventas ambulantes o personales. Al mismo tiempo, era resultado de “un orden mínimo” que se imponía en el rescate y auxilio, la especialización

ese orden era el que los rescatistas y las propias necesidades pugnaban por establecer, en medio de las disputas entre las diversas autoridades, el celo jurisdiccional de los funcionarios, la apatía y la ineptitud de los representantes gubernamentales (Musacchio, 1985: 39).

También fue motivo del propio cansancio de las primeras horas y/o primeros días de rescate. Otros se sintieron defraudados por la falta de apoyo oficial, y por último, hay quienes hacen mención a la campaña “sistemática” insolidaria de desaliento emprendida por las autoridades

para obligar a la sociedad, volcada sobre la calle en los primeros días, a retroceder sobre sí misma” casa (...). Para desmovilizar a los voluntarios se echó mano de toda clase de recursos, aun los de más baja ley, como acusar a los rescatistas de abusos, ineptitud, desorden y exhibicionismo. En la feroz andanada de calumnias participaban los medios electrónicos de comunicación y algunos impresos, precisamente aquellos que en toda movilización popular sólo ven síntomas de subvención y ‘agitación comunista’

(Musacchio, 1985: 39-40).

Los protocolos internacionales sobre desastres indican que deben pasar 72 horas antes de abandonar la búsqueda o dar por muertos a las personas atrapadas en derrumbes en caso de sismo; aunque, en terremotos como el de Haití o el de México en 1985 demostraron, que es posible encontrar supervivientes pasado una semana de producirse el sismo. Esta persistencia en el rescate era producto de la gran disposición solidaria; además, en las primeras horas, en los terremotos de 1985 y 2017, la organización social espontánea de voluntarios y rescatistas superó a la organización oficial. E incluso, se debe señalar, que de existir sólo una comisión de rescate oficial, esta impediría o dificultaría la actuación desinteresada de los voluntarios y rescatistas ciudadanos, como en realidad sucede, integrándose posteriormente que lo hiciera la población civil.

#### ***IV. VIII.II Juventud ante los desastres naturales***

La juventud de México, como la de otros países del mundo, se encuentran inmersa en una variedad de opciones vitales: estudiar, trabajar, permanecer en condiciones de ninis o ser solidarios con el resto de población. Esta última opción es la que se destacará en situación de desastres naturales, como la vivida por México en varias ocasiones de su historia y es la que destacará entre otros el periodista Elías Camhaji que al aludir a la “generación del sismo” del 85, los caracteriza con los que “pusieron los puños en alto para pedir silencio”, es decir rescatistas.

Las que no lo pensaron dos veces antes de formar la cadena humana y sacar los escombros. Los que hicieron de un chat de WhatsApp un grupo de brigadistas. Las que se dieron cuenta de que podían ayudar más con su teléfono que con los pies sobre el terreno. Los que dirigieron el tráfico en medio de la emergencia. Las que nunca habían visto un edificio derrumbarse. El liderazgo de los jóvenes tras el terremoto del pasado 19 de septiembre fue romantizado e invisibilizado, pero pocos se atreven a ponerlo en tela de juicio (Camhaji, 2017b).

Estos jóvenes, se identifican con los siguientes rasgos distintivos: “Más que una reivindicación de los millennials, fue una demostración de agallas que nadie esperaba”, explica Diego Vidal

(de 27 años), integrante de una generación heterogénea, pero juzgada por igual como apática, carente de compromiso y enajenada por las redes sociales. O como señala otro de ellos, “compartimos una edad y ya, pero si algo nos une después de todo esto como jóvenes es que estamos muy emputados [enojados]”, afirma Mónica Meltis (directora de la organización Data Cívica y parte de la red Verificado 19S, que corroboraba la información que se difunde sobre los daños y las ayudas tras el sismo, de 26 años de edad), quien terminará diciendo que “El terremoto me hizo darme cuenta de que los adultos, el Gobierno y las figuras de autoridad no tienen nada bajo control” (cfr. Camhaji, 2017b).

Y es que poco más de un mes después de la tragedia, esa generación se mira otra vez en el espejo de los problemas de siempre. El del país en el que más de 5.000 estudiantes dejan las aulas cada día; en el que un político corrupto vive a salto de mata con todo lujo de impunidad; en el que no recibes una oportunidad si no tienes de “dos a cuatro años de experiencia laboral”; en el que te da miedo salir sola de noche, en el que te han discriminado por tu clase social o tu color de piel (Camhaji, 2017b).

Según apunta Coneval (2016, cfr. Camhaji, 2017b) sobre los jóvenes y adolescentes en México sólo el 19% no son pobres ni vulnerables, mientras que el 51% son pobres, el 8,5% vulnerables por ingresos y el 21,5% vulnerables por carencias. “Este porcentaje está por encima del resto de la población [39,9%], lo que significa que los menores de 18 años y sus familias son más pobres que el resto”, señala Gonzalo Hernández Licona, secretario ejecutivo del Coneval. Esta tendencia se mantiene cuando se analiza la pobreza entre los 12 a los 29 años y, aunque se ha reducido durante el período comprendido entre 2014 y 2016, es probable que haya un repunte por el aumento de la inflación habido en 2017, apunta Hernández Licona. “Si esos niños tienen problemáticas de alimentación, nutrición o no pueden ir a la escuela, eso va a repercutir el día de mañana en un círculo vicioso”, advierte el titular del Coneval. Cuando estos porcentajes se analizan desde la perspectiva étnico, se incrementan pues cuatro de cada cinco jóvenes indígenas son pobres y casi el 38% vive en pobreza extrema (Camhaji, 2017b).

“México es un país clasista, en el que el acceso a derechos fundamentales se determina por privilegios, por quién eres, dónde naciste y qué oportunidades tuviste”, señala Lucía Hidalgo (de 28

años), psicóloga social que trabaja para el Fondo Semillas (proyecto para que las mujeres lideren la reconstrucción de sus comunidades tras el sismo). Además, "ser joven te hace automáticamente más vulnerable dentro del entorno social en el que vives", señala Vidal, físico teórico que fue rescatista y coordina una investigación sobre los dictámenes de los edificios que se derrumbaron en la capital. Esa sensación y condiciones de vulnerabilidad, por razones de nivel económico y edad, no se queda en las palabras. Se refleja en las estadísticas. En México, uno de cada dos niños y adolescentes es pobre, según datos del Consejo Nacional de la Evaluación de la Política Social (Coneval, institución encargada de las mediciones de pobreza en el país). Solo una quinta parte de los menores de 18 años viven sin ninguna carencia social ni de ingresos. Parte de la vulnerabilidad de los jóvenes –según Camhaji, 2017- es tautológica, o por la simple razón de ser jóvenes (FC), son pobres porque son jóvenes, no cuentan con recursos económicos (dinero) propio y por no tener empleo, “Los jóvenes pagan la novatada de entrar en el mercado laboral, son vistos como inexpertos y menos aptos, por eso existen elementos para pensar que son tratados de forma discriminatoria”, indica Patricio Solís, sociólogo del Colegio de México (cfr. Camhaji, 2017b).

Otra problemática de la juventud y adolescencia es su deserción estudiantil, que repercutirá en su futuro y lo condicionará por tanto aun ámbito de vulnerabilidad (a tener peores trabajos, menores ingresos y no contar con recursos para sobreponerse a una situación grave de enfermedad o de pérdida de casa –hogar-); pues como apunta INEE (2014), dos de cada cinco universitarios menores de 30 años no tienen empleo o trabajan en la informalidad, sin seguro social ni prestaciones. En el curso 2013-2014 cada día más de cinco mil jóvenes y adolescentes abandonan los estudios en México; en dicho curso escolar lo hacen 111.865 en Primaria, 272.372 en Secundaria y 714.975 en los estudios medios superiores (según INEE, 2014, cfr. Camhaji, 2017b). En México, 30% de los desempleados tiene formación superior, el doble que a inicios de la década pasada, según datos oficiales. “Para que la educación funcione tenemos que suprimir la relación entre los orígenes sociales de las personas y las oportunidades educativas que reciben y reforzar la relación entre su desempeño académico y sus destinos sociales y laborales, si no es así no sirve como un mecanismo de movilidad social”, razona Solís. “El sistema está replicando la desigualdad que había en un inicio, en vez de abatirla”, asegura

María Elena Ortega, especialista en educación por la Universidad de Harvard, quien señala que “los jóvenes no dejan de estudiar porque reprueban un examen y ya, tiene que ver, entre muchas otras cosas, con las necesidades económicas, embarazos, adicciones, que te exijan a los 15 años que tomes decisiones que cambiarán tu vida y con la idea de que 'no te va a servir de nada'... y en algunos casos es cierto”; esto es lo que le sucedió, por ejemplo a Alexis Zamora (de 23 años), que comenzó los estudios en una carrera técnica en un centro público, pero al no estar “satisfecho” comenzó a trabajar para susfragar los gastos para pagar la colegiatura (matriculación) de una escuela privada y cuando su novia se quedó embarazada (con 19 años) abandonó definitivamente los estudios, y ahora se lamenta diciendo “Si pudiera cambiar algo, seguiría estudiando”, reconoce Zamora, quien participó como brigadista en el sismo de 2017 (cfr. Camhaji, 2017b).

Cada vez que hay un terremoto, se abre la tonada de una canción conocida, la de recuperar la soberanía en manos de la gente, entre sus guantes de carnaza. Del otro lado, la autoridad institucional se arrincona, es omisa, cuando no crimina, y llama a “volver a la normalidad”, a “quedarse en sus casas”, a “no estorbar las labores de rescate”. Que se disgregue esta comunidad es el único objetivo del poder porque le teme a la idea de que exista una tarea común de todos los que nunca tenemos poder, los que siempre pagamos, los que siempre sufrimos(...). Y la necia “sociedad civil” de Monsiváis se sigue reuniendo en torno a un fuego terrenal que es pensar [exclusivamente](...). En palabras de Peter Sloterdijk, es el “arte de mantenerse pequeño por el bien [o por el temor del] más alto” (Mejía, 2017: 10).

## V Realidades vividas por los damnificados

Existen dos modos de apreciar los desastres naturales: directa e indirectamente, desde la segunda opción se hace a partir de leer los escritos de quien lo ha vivido en primera persona o del que lo refiere o analiza a través de la opinión o exposición de hechos por parte de terceros, y en ambos casos quien lo escribe o lo lee, desde la perspectiva de los sentimientos y emociones, se siente conmovido por el sufrimiento ajeno o se muestra ajeno a la realidad narrada. Mientras que en la primera visión agrupa a todas las personas que han vivido y sufrido el desastre y los que han coincidido en el espacio y tiempo del suceso y lo comentan, investigan o/y

escriben. Para el estudio psicológico de los damnificados por un desastre natural es fundamental leer –en el caso de no haber podido realizar análisis de intervención terapéutica in situ- las impresiones y/o angustias personales de algunas de las víctimas de la catástrofe. 149

Por ejemplo la actriz Ana Mancilla (de 26 años), narra las consecuencias personales del desastre, del siguiente modo:

Según varias brigadas de ingenieros y de Protección Civil, mi edificio fue uno de los más dañados de la colonia Narvarte. No se cayó pero tiene muchos daños: se inclinó y se recargó en el edificio de al lado. No se puede habitar. Como la estructura de ese edificio está completamente fracturada, los dos fueron declarados pérdida total por las autoridades./ Nos dijeron que sacáramos nuestras cosas lo antes posible con extremo cuidado: solo pueden estar dos personas a la vez en el edificio. El primer día saqué varias maletas. Pasó un flete que en ese momento estaba circulando en la zona y ellos nos ayudaron a sacar cosas y transportarlas. Repartí todo en casas de amigos y familiares. Por el momento me quedo en casa de mi mamá, en Coyoacán, y voy a esperar un poco para empezar a buscar otro departamento./ El primer día después del temblor no sabía qué tan grave era la situación en mi casa. Estuve recolectando cosas para llevar a uno de los edificios que colapsaron, a dos cuadras de mi edificio: llevé cubetas, agua, lámparas, pilas. A partir del día siguiente ya no puede hacer mucho porque he estado al pendiente de mi situación./ Conforme pasan los días voy tomando conciencia de lo que pasó. Me siento muy cansada física y mentalmente. No es tanto la casa como espacio físico o material, sino las sensaciones de inestabilidad e incertidumbre las que entristecen y cansan. A pesar de que considero que dentro de los afectados soy de las más afortunadas, me doy cuenta de lo nuevo, grave y sorpresivo de todo esto. (cfr. Coppel, 2017b).

Asimismo, Arturo Villegas (de 48 años), brigadista de servicios urbanos, hace público su trauma:

Vivo con mi mamá, que tiene 88 años: solo somos los dos. Ella es pensionada de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y gracias a eso pudo comprar la casa a 25 años. La mayoría de los propietarios en nuestro edificio son personas de la tercera edad que compraron su departamento cuando eran jóvenes(...)/. Todavía no sabemos si el edificio se va a derribar(...)/. Mientras tanto, mi mamá se está quedando con una hermana y yo con amigos o conocidos. Algunas personas que conozco se han quedado en albergues y hay quienes prefieren quedarse en sus coches.

En el complejo multifamiliar de Tlalpan, con 40

departamentos, al sur de ciudad de México, se derrumbó en el que vivía Enrique Serna (de 41 años), con su esposa e hijo. Su pareja Mónica le llamó al trabajo para comunicarle lo sucedido y que el hijo (de 24 años) había podido salir con vida.

Me di cuenta de todo al día siguiente. Cuando iba de camino en un taxi ya sin mucho que hacer y con tiempo para pensar. Empecé a caer en la cuenta de la tragedia, de que estuve a punto de morir y por fortuna estoy vivo. Es hora de seguir hacia adelante [aunque] ahora estamos los tres en un espacio muy pequeño. Al principio no teníamos dónde colocar las cosas, las tenemos en un rincón, es muy extraño darse cuenta de que no tienes ni un cepillo de dientes, ni unos calcetines. Todo se perdió, quedó en el olvido. Y ahora viene la parte administrativa, lograr una probable indemnización, lo cual es sumamente desgastante. No me siento completo. Siento que algo de mí se quedó en ese lugar. Siento una gran desolación, una profunda tristeza por los fallecidos [y aunque] estoy vivo, pero ya no soy el mismo, soy otra persona (Reina, 2017a).

Se produce también el suceso que narra Ana Carolina Sánchez (de 29 años), el edificio donde vivía y comparte renta con su novio, un departamento pequeño de los años cincuenta ubicado cerca del Parque de los Venados, se les calló el techo y las paredes de su cuarto (dormitorio) y como le han asegurado que los daños que ha sufrido no son estructurales, ella lo quiere arreglar para continuar viviendo en él, pues “es un lugar muy importante para mí. Es el primero al que fui a vivir cuando me salí de casa de mi papá y marcó una etapa importante de mi vida. Probablemente al dueño no le importe, pero a mí sí” (Reina, 2017a). Mientras que, en una situación contraria, se encuentra Araceli Martínez (de 46 años) que ha decidido dormir en suelo de un colegio de la calle Tlaxcala 101, en la colonia Roma, con su padre enfermo, pues desde unas horas después del temblor, decidió no volver a su casa en la calle Chiapas 44, a causa del trauma por el temor de que se derrumbe encima. Durante el sismo tuvo que cargar a su padre y bajarlo a hombros tres pisos, mientras el suelo le impedía avanzar. Aunque los peritos le han confirmado que pueden regresar a su casa, que no tiene peligro, ella prefiere no volver a vivir ese drama nunca más. Permanecen en un albergue organizado por la escuela de primaria aludida anteriormente. Cuenta que, más tarde el 23 de septiembre cuando volvió a producirse una réplica, su padre tuvo que ser hospitalizado por una crisis nerviosa, por lo que pretenden rentar en un futuro un departamento en un primer piso o una planta baja. “Y

cada mañana que puede, después de despertar en la colchoneta de un aula de primaria, entre desconocidos, se va a limpiar unas casas cercanas, porque la vida sigue y de momento nadie le ha asegurado una ayuda económica. Mucho menos un hogar” (Reina, 2017a).

Otro caso distinto, es el que narra Dolly Reyes (de 27 años), que vivía en un piso que su familia había comprado hace una década en Coyoacán, y después del sismo tuvieron que reubicarse en unos cuartos que una vecina rentaba

A pesar de que hay personas maravillosas y te ofrecen un lugar, tienes que moverte para pagar una renta y al tiempo estás invadiendo una casa donde ya vivían otras personas. No tienes tus cosas, no tienes qué cocinar, no estás en confianza realmente para bañarte, ir al baño, por ejemplo. Está uno shock [golpeado por las circunstancias] (cfr. Reina, 2017a).

El edificio donde vivían en Coyoacán no se ha derrumbado, han conseguido que lo apuntalen para poder sacar lo imprescindible

Me gustaría recoger las escrituras, los documentos oficiales, dinero en efectivo, joyas... Pero arriesgar una vida por eso me parece absurdo. Todos los días sueño con que esto no es real. Me despierto pensando que es una pesadilla. Es muy difícil que podamos recuperar la tranquilidad (cfr. Reina, 2017a).

De igual forma se expresa el empresario Leopoldo Villaseñor (de 28 años) “Mis emociones van del miedo a la frustración por no saber qué pasará. Tener que buscar hogar e intentar salvar lo que se pueda me tiene triste, pero con el apoyo de amigos y familia ha sido más fácil digerir toda la situación” (cfr. Coppel, 2017b)

Pero más dramático aún es los sucesos vividos por Martín Zenaido Méndez Medina, que lo narra con la siguiente angustia

Recuerdo cuatro movimientos de vaivén y a la gente corriendo hacia las escaleras. Yo no pude hacerlo porque algo me había tirado al suelo, no sé si una persona o un plafón. Lo cierto es que caí al piso de espaldas y que dos señoras cayeron luego sobre mí. Intenté pararme, pero ya no fui capaz: aunque en ese momento no lo sabía, tenía una pierna fracturada./ Tras esos segundos de desconcierto, el edificio se nos cayó encima, como si lo hubieran levantado por sus cimientos y lo hubieran agitado(...). Me presenté en el edificio a la hora acordada y empecé a colocar las piezas(...)./ Puse la primera pieza, pero la segunda no terminaba de encajar. En eso andaba cuando, sin sonar ninguna alarma, empezó el movimiento. Eran las 13:14, la hora del terremoto(...)./ Veo el futuro muy canijo, sobre



todo por el tema de las deudas. Muchas personas me pidieron mi número de teléfono para ofrecerme trabajo, personas que se ven pudientes. Pero hubiera sido mejor que ellos me dieran los suyos, porque de esta manera nunca sabrán cuándo estoy recuperado./ A lo mejor vuelvo a trabajar de cerrajero, pero, como les dije en el hospital, me especializaré en las plantas bajas. No quiero volver a pasar por una situación así [texto que se completa al final de la “Introducción”, en el espacio dedicado al “Apéndice” (cfr. Darinka Rodríguez, 2017)].

Similar al efecto cinematográfico de un “fundido” entre dos escenas: una correspondiente al pasado y otra al futuro, se aprecia por ejemplo en la avenida Ámsterdam, cuando unos días después del temblor del 19 de septiembre de 2017, se ve la ropa tendida de alguien que ya no podrá regresar a recogerla. Y, de igual forma sucede en diferentes puntos de la ciudad, donde los escombros han sepultado a centenares de personas, y han destruido numerosos edificios y han convertido en ruina multitud de casas, a las que sus inquilinos no podrán volver a habitarlas, dejando todo inamovible, a semejanza de una “fotografía estática” de la secuencia de un pasado trágico a olvidar; lo que unido a la corrupción política y un comportamiento antihumano de las aseguradoras no podrán renacer del sueño roto de muchas personas sin hogar.

En menos de una semana, desde que se produjo el temblor el 19 de septiembre de 2017, alrededor de 24.000 habitantes de la ciudad de México han sido atendidos en albergues, según el informe dado por el jefe de gobierno de la ciudad, Miguel Ángel Mancera. Gran número de los damnificados han acudido a estos albergues porque sus casas se han derrumbado, otros porque los políticos le han impedido regresar a sus viviendas catalogadas como inhabitables y otros porque simplemente tienen miedo y demanda de ayuda psicológica o simplemente compañía y ánimo.

Es común encontrarse con alguien que no ha recibido un dictamen oficial de las autoridades sobre las condiciones de su casa y se encuentra en una encrucijada brutal: vivir con las grietas del tamaño de un palmo en su salón o abandonarlo todo para dormir en el frío suelo de una escuela con su padre enfermo o en el salón de una vecina o un familiar. Y no pegar ojo pensando que alguien puede entrar y llevarse lo poco que les queda (Reina, 2017a).

“Sabes que estás en el mismo lugar y que pudiste haber sido tú”, exclama angustiada Tania Navarro en el centro médico san

Cristóbal, quien comenta que su sobrina acababa de nacer a las ocho de la noche y su cuñada seguía en el hospital tras dar a luz. Cuando se inició el temblor, los médicos solicitaron a su hermano y a su esposa que abandonaran el hospital, pero se negaron, pues “la verdad es que no sabemos qué hacer cuando llega el momento de un terremoto así”; por ello, permanecieron en el centro médico donde se fue la luz por una hora y durante la madrugada se escuchaban las sirenas y las alarmas sísmicas, de forma que Navarro dirá “Para mí este fue mucho peor que el [sismo] de 1985, pensé que el edificio se iba a desmoronar” (cfr. Camhaji, 2017a).

Mientras, en otro centro sanitario, el hospital de la mujer de ciudad de México, el ginecólogo Pedro (nombre ficticio) lleva 30 días atendiendo con el miedo a que la tercera y cuarta planta se les caigan a todos encima, además llegó a unos niveles de hacinamiento que acabaron provocando serios riesgos a las pacientes, pues como dos plantas fueron clausuradas por una alerta de derrumbe inminente y, al no evacuar el edificio, los cuartos disponibles se llenaron hasta con ocho camas provenientes de otras plantas. La situación se ha perpetuado, por lo que un mes más tarde, aún no ha mejorado: “No podemos ofrecer las mismas horas de vigilancia y hay mujeres a las que les acaban de hacer una cesárea que les damos el alta 12 horas después. Muchas han regresado con infecciones” (Reina, 2017b).

En general, cada persona tiene una concepción y siente emocionalmente la realidad de forma distinta que otras, por una determinada incidencia en su mente de los recuerdos y los miedos internos, por lo que presienten los peligros de manera diferente.

Por esto, muchas personas que se encuentran inmersas en estas circunstancias especiales dicen “no me asustan los temblores, llevo toda la vida viviendo aquí” en ciudad de México, como hace por ejemplo Jaime Gómez (de 42 años), vecino de la céntrica colonia Cuauhtémoc, en ciudad de México: “Como había habido una falsa alarma un día antes, no pensamos que era en serio, pero después nos dimos cuenta de que esta vez era particularmente fuerte y que teníamos que tener cuidado”. Se dice que vivir en la ciudad de México facilita acostumbrarse a sobrellevar los sismos, pero para los que no vivieron el sismo anterior de 1985, el temblor del 19 de septiembre de 2017, fue diferente. “Me despertaron los gritos de los vecinos, evidentemente, fue muy fuerte, pero lo más impresionante fue el pánico de la gente”, relata Karla (de 32 años), de la colonia Narvarte (Camhaji, 2017a). Cuando parecía que todo

había pasado, comenzó una tensa calma. ¿Había pasado todo? ¿Era seguro volver a casa?, aunque había que estar pendientes de las réplicas, leyendo prensa, escuchando la radio o ver la televisión. No había muertos ni heridos en ciudad de México, por eso en la capital se podía decir que “la libramos [nos salvamos por esta ocasión]” (Camhaji, 2017a).

A pesar de no haber habido heridos, si se produjo destrozos materiales en las construcciones, por lo que hubo familias que se trasladaron a alguno de los albergues habilitado por la administración, pero muchos han elegido quedarse junto a su casa - los restos de su casa-, en una colchoneta, en una silla, incluso en el suelo, para evitar los saqueos.

Las autoridades han tomado Juchitán como zona cero [probablemente por algún motivo de apego político]. Es cierto que es el pueblo más afectado, pero en Oaxaca y Chiapas hay decenas de comunidades con el mismo problema. Y están aisladas. Las ayudas llegan con lentitud y a algunos sitios de momento no lo han hecho (Ferri, 2017).

En esos momentos de confusión, y angustia personal, era necesario comunicarse con la familia o los amigos y asegurarse de que todo estuviera bien; aunque las líneas telefónicas colapsaron, debido a los cortes de suministro de electricidad y en otros casos a causa de la cogestión de llamadas. Una de las conversaciones mantenidas en estas circunstancias, es la que narra Pérez: “Llamé a mis hijos cuando vi que todo se estaba moviendo, les pedí que tuvieran cuidado” (Camhaji, 2017a). O como dijera Julio Mayor de Iztapalapa: “Mi hija estaba muy nerviosa, le dije que no había pasado nada, que todo iba a estar bien”, pues aunque estaba tranquila, se sentía desesperadas por salir de casa. El recuerdo vivivo en el sismo del 85 -apunta Mayor- le tranquilizó, pues “Me di cuenta de que el temblor era de movimiento oscilatorio y ya no me preocupé tanto, el de aquella vez había sido trepidatorio y se sintió muy diferente(...). Calmé a mi hija, pero con todo y todo no pude dormir tranquilo”, (cfr. Camhaji, 2017a).

También se daba el caso de las personas afectadas por primera vez en su vida por sufrir un sismo, que tenían la necesidad de exteriorizar sus sentimientos e impresiones personales, como es el caso del joven Jordan (de 19 años), que comenta “Me di cuenta porque se estaban moviendo todas mis cosas: mi cama, las lámparas, todo...”, en Chimalhuacán, en el norte de la zona

metropolitana. Jordan muestra los vídeos que grabó con su teléfono, sentía la imperiosa urgencia de compartir sus vivencias de una situación general dramática. No había otro tema de conversación en la mañana del viernes 19 de septiembre de 2017. “¿Dónde te agarró el tembor?”, esa era la pregunta más recurrente y prácticamente ineludible en la calle, al tomar el transporte público, al entrar en el trabajo, comunicarse por teléfono con otra persona o revisar los grupos de whatsapp (cfr. Camhaji, 2017a).

De nuevo, en la narración de los hechos dramáticos, pero en esta ocasión en otro foco del sismo de 2017, en la ciudad de Juchitán de Zaragoza, en Oaxca, una joven juchiteca en un vídeo en youtube que se ha hizo viral en redes sociales solicita ayuda: “Necesitamos que las personas que nos puedan apoyar lo hagan, hay cuatro personas atrapadas”. Al mismo tiempo el único hospital popular del municipio de Juchitán está seriamente dañado y tuvo que ser evacuado, y las labores de atención a los heridos y enfermos se realizan en el patio del hospital. “Hay una gran necesidad de insumos médicos, sobre todo después del colapso del Hospital Civil”, comenta Jaime Mendoza, un reportero de la misma ciudad, que termina diciendo que “los heridos siguen llegando, hay mucha necesidad hasta de lo más mínimo” (cfr. Camhaji, 2017a). Mientras que se reporta al menos 61 muertos, todos ellos de los estados del sur de México.

De forma similar, en el pequeño municipio del Istmo que ha sido arrasado por e temblor, no hay servicios de luz ni agua, alrededor de 100 casas quedaron completamente destruidas y 500 personas permanecen en albergues; pero a diferencia del anterior caso, en este municipio se han registrado actos de saqueo en tiendas, por suerte este nefacto hecho no se ha generalizado en el país, sino que se ha producido de forma puntual en unas zonas que han sufrido el sismo.

Mientras que Juchitán... e Istmo se “desmoronaban”, y otras muchas ciudades se veían afectadas en mayor o menor medida por el sismo, el resto del país, menos afectado, intentaba superar el susto.

Treinta días después del sismo, la ciudad de México, al igual que otras poblaciones del país, prosiguen recuperando la normalidad, avanzando sobre las ruinas de una de las tragedias más importantes de la historia reciente del país. En ciudad de México, en particular, la mayoría de los colegios han abierto de nuevo su actividad académica y el tráfico, uno de los medios más precisos de

comprobar la vuelta a la normalidad, ha regresado a su funcionamiento habitual. Pero a pesar de esta cierta vuelta a la normalidad (o normalidad anormal) se ha quedado grabado en la memoria de la mayoría de sus habitantes un sonido: la alerta sísmica y una oscilación del suelo, capaz de despertar el pánico de cada persona.

### *V.I Normalidad anormal*

En la sociedad actual los gobiernos pretenden controlar a la población a través de los medios públicos a su alcance: sanitario, económico, social... y político, para que la sociedad se mantenga de forma permanente dentro de la “normalidad” preestablecida; pero tras un desastre natural a muchas personas se les complica la realidad de forma involuntaria y trágica, por lo que para esta población –como denomina Musacchio en *Ciudad quebrada*- viven una especial “normalidad anormal”, que han perdido su trabajo, o sin alojamiento, que han muerto algunos familiares o que también por desgracia se han quedado solos en el mundo:

En la zona del desastre(...) se llenó de grupitos que hablaban en voz baja. [mientras que] miraban hacia los edificios caídos o desalojados y amalgamaban la pena con la incertidumbre(...). Eran los hombres y mujeres arrojados al desempleo por la sacudida. ¿Y ahora qué?, era la pregunta que se hacían./ En el área desastrosa, pocos comercios subieron las cortinas metálicas(...), la apertura de las pequeñas negociaciones era más un acto de afirmación –“pese a todo, aquí estamos”-(...) de lucha contra la adversidad(...)/Para esas víctimas del sismo no habrá planes ni programas de reconstrucción que les garanticen un empleo. Miles, decenas de miles de familias [e individuos] se encuentran hoy sin ingresos(...) [y] sin ingresos (Musacchio, 1985: 35).

Asimismo Musacchio aludirá a la problemática de comunicación telefónica...y de seguridad, por lo que terminará indicando, que

Pese a las evidencias físicas y económicas de la catástrofe, el secretario de Gobernación, ante una comisión de diputados, dijo (*La jornada*, 24 de septiembre) “que no se requiere declarar el estado de emergencia, pues la gran mayoría de la capital se encuentra en pie, las instituciones tienen y siguen un programa de trabajo, las fuerzas de seguridad están actuando y los sistemas de

comunicación en la república están en orden (Musacchio, 1985: 36).

Pero de igual forma Musacchio se pregunta sobre que tipo de normalidad se pretende volver en México, pues coincidente con la proclama que se hace en el suplemento cultural de “El gallo ilustrado” de *El día*, en su número 1.214 “No queremos regresar a la normalidad”, frente al deseo gubernamental para que todo fuera lo que antes fue, pues como respuesta a la pregunta que ellos mismos se hace “¿Cómo era la normalidad en la ciudad de México?”: “Normal”, contestan: que la mitad del agua se distribuyera a sólo un 5 por cientos de los habitantes; que el aire fuera irrespirable; que la ciudad estuviera “entregada” a los automóviles, las administraciones y los negocios y se hiciera cada vez más ajena a los ciudadanos viandantes y residentes; que en lugar de casas tuvieran dormitorios inhabitables; que se les transportara interminablemente, de un lado para otro, castigados por un tráfico insensato; que se violara su capacidad vital y se les expusiera continuamente a la arbitrariedad, la violencia y la presión política. “No”. Los políticos quieren que se regresen a esa “normalidad”. “Y no puedo hacerlo” (cfr. Musacchio, 1985: 71).

“Lo que podía saberse oficialmente era abundante en retórica” (Musacchio, 1985: 76). En un informe aportado por el presidente de la república a través de la Comisión nacional y metropolitana de emergencia, el 29 de septiembre de 1985 “sin el concurso de los individuos, grupos y organizaciones de la sociedad mexicana, las labores gubernamentales hubieran resultado insuficientes (*La jornada*, cfr. Musacchio, 1985: 76). E incluso *Excelsior* coincidente con “El gallo ilustrado” de *El día* (No. 1.214), destaca un párrafo del informe de la Comisión metropolitana, en el que señala que “las consecuencias del sismo pasado permitieron mostrar la evolución política y el nivel de organización de la sociedad civil para enfrentar las adversidades presentes y futuras del país, en coordinación con el gobierno de la República” (cfr. Musacchio, 1985: 76); o mejor sería que la población solidaria de forma autogestionaria fuera la que gestionara los siniestros, y por tanto debería controlar todos los recursos económicos y materiales nacionales destinados por la sociedad en su conjunto a solventar dichas situaciones catastróficas, como lo pudieron demostrar en parte, hasta donde le dejaron actuar la administración, los voluntarios y recatistas en 1985 y 2017. En una

posición intermedia, la ciudadanía en 2018, cambiaron el signo del gobierno –que se había mantenido casi un siglo ininterrumpido en el poder-, votando contra el partido institucional y apostando por Morena para que iniciara una incipiente regeneración política en México.

## VI Tratamientos de salud tras sufrir un desastre natural

Quarantelli (1960) caracteriza al síndrome de desastre como aquello que “aparece sólo en los tipos más traumáticos de calamidades, se limita al periodo posterior del impacto, y es breve [en el período inicial]. De mayor importancia, la reacción no surge a gran escala” (Quarantelli, 1960).

Por las características del contenido del estudio sobre salud pública en una situación de desastre natural que integra el presente libro, es por lo que trataremos principalmente la psiquiatría y la psicología y no la protección general de la salud en caso de catástrofes, porque excedería el tema propuesto en esta “Introducción” y el contenido completo del libro. Por ello no seguiremos la propuesta que hace la Organización Panamericana de la Salud en *Los desastres naturales y la protección de la salud* (2000), al tratar sobre los “efectos generales de los desastres sobre la salud”, “preparación en casos de desastres”, “mitigación de los desastres en el sector salud”, “gestión de la salud ambiental”, “planificación, diseño y gestión administrativa de los asentamientos y campamentos...” u “organización del sector salud para la gestión de los desastres”. Ni tampoco se atenderá a la epidemiología, como hace por ejemplo Seaman, Leivesley y Hogg en *Epidemiología de desastres naturales* (1989), al referirse sobre los efectos de la “exposición ambiental después de una catástrofe natural”, las “enfermedades transmisibles y su control después de desastres naturales” o la “aplicación práctica de métodos epidemiológicos a desastres”, todo ello muy importante a tener en cuenta en casos de desastres nacionales.

Pero si se aludirá a los métodos de observación tras un desastre natural –tal como lo propone Leivesley-, que establece cuatro prácticas de análisis: cuestionarios estructurados, entrevistas informales, entrevistas de segunda mano (“administradores u otros que estuvieron envueltos en la calamidad”), y simples observaciones de conducta. Los tres primeros métodos pueden ser

aplicados por los psicólogos y especialmente el cuarto; mientras que los tres primeros también pueden ser elaborados por sociólogos o periodistas de investigación. Existen diferentes métodos y muestras de investigación médica que son aplicadas por distintos autores en varios países (Estados Unidos, México...), y que son analizadas comparativamente por Leiveley (1989), cuyos contenidos de algunas de ellas son reproducidas en el “Apéndice” de la presente “Introducción”.

A partir de los resultados de las muestras tomadas tras un desastre natural, Leivesley, atendiendo al criterio establecido previamente por Quarantelli [1979], nos muestra varias problemáticas de repercusión psicológica en las personas afectadas por un desastre:

- 1 “Enfoque del trauma individual”, se puede apreciar directamente, al observar algunas reacciones que pueden ser consideradas como “patológicas”. En el caso de que esta persona en particular o a través de terceros demande de ayuda médica, se le puede ayudar a mejorar su situación “disfuncional”.
- 2 “Enfoque de la ciencia social” –según Quarantelli– tras diversas respuestas, se puede apreciar una conducta funcional o disfuncional, pero “el patrón general de respuesta está dirigido definitivamente hacia la autoconservación” (cfr. Leiveley, 1989).
- 3 “Enfoque de la trama social”. Ante los “procesos sociales” pueden considerarse “patológicas” en grado mínimo, pues las reacciones observadas son “funcionales”, “como un reajuste psicológico a una pérdida” sufrida; por lo que los partidarios de este dos últimos enfoques (2 y 3) proponen que estos damnificados no necesitan “tratamiento”.

Los desastres tienen efectos diferenciales y no particulares y directos. Algunos de estos son positivos y negativos por igual; y al mismo tiempo muchos son relativamente superficiales y breves. Los problemas heterogéneos de las víctimas guardan relación más directa con la reacción ulterior al impacto, que lo hace el propio desastre.

La posición del trama social no propone que los desastres no ocasionan consecuencias psicológicas; consideran que hay pocas pruebas de psicopatología grave a corto y largo plazo después de una “calamidad” (Quarantelli, [1979]).



- 4 Existe la opción de añadir un cuarto enfoque “de la psicología individual” (FC), pues aunque se produce un obvio comportamiento social, cultural y psicológico predominante colectivo dentro cualquier comunidad, siempre hay que tener en consideración los casos excepcionales, producidos por los comportamientos individuales en situaciones extremas, de aislamiento en un momento determinado y de individualización de las reacciones extraordinarias (ante desastres).

Según Leivesley, estos enfoques se dan por separado, aunque también en algunos casos pueden conjuntarse. Los cuatro planteamientos expuestos previamente—según Leiveley— se evidencian en muchos estudios sobre desastres habidos antes de la década de los setenta del siglo XX, y su origen se encuentran en los trabajos de Prince (1920) al analizar la explosión del navío Halifax en 1917; aunque el mayor partidario de los mismos es Wallace (1957), quien ideó el término de “síndrome de desastre”<sup>94</sup>, y establece tres fases de reacción conductual ante los desastres:

- 1 Estado de choque en el que se encuentran muchos afectados de un desastre, en el área de impacto, que son rescatados por voluntarios o sanitarios en un estado descrito como de choque, estupor, aturdimiento, apatía... e insensibilidad, en el que pueden permanecer durante minutos u horas. En este estado, muchos de los afectados padecen depresión, insomnio, pesadillas, sensación de “estar en la cuerda floja” u otros tipos síntomas de malestar físico o mental. Según Wolfenstein el síndrome de desastre lo define como “el estado en el cual una persona que ha experimentado un hecho extremo, parece anonadada y aturdida” (Wolfenstein, 1957) o “el malestar físico y mental que sufre un afectado por un desastre” (FC). Wolfenstein apunta que tendrá mayor perturbación emocional, quienes anteriormente negaron la realidad del peligro, pues como señala dicho autor “la persona que admite que puede acaecer un hecho extraordinariamente peligrosos pero conserva la idea de que ella sobrevivirá está apta para superar el peligro con menores

---

<sup>94</sup> Tras una revisión de la bibliografía y análisis de las entrevistas de campo a supervivientes de desastres naturales, a mediados del siglo XX.

- perturbaciones” (Wolfenstein, 1957).
- 2 El estado de “docilidad”, tiene una durabilidad de horas a días, y afecta a damnificados con lesiones o sin ellas, caracterizados por ser relativamente dóciles y obedientes, asimismo agradecen las expresiones de interés, pero sienten envidia (“angustia” según Wallace) porque otros reciban la atención médica ante que ellos.
  - 3 El estado de “euforia” por encontrarse vivo, que acompaña un deseo de colaboración con el bienestar de la comunidad.
  - 4 Igualmente, Wallace alude a una situación de denuncia de robos, usura y corrupción política, así como de oposición a la ineficiencia o malas actuaciones a organizaciones paraestatales o estatales, estado que denominaríamos de “crítica” (FC); corresponden a los no damnificados, que han apreciado directa o indirectamente los desastres en su entorno, y tras superar el primer impacto o posible trauma transitorio (FC) realizan algún tipo de crítica sobre las circunstancias o consecuencias negativas colaterales de un desastre.

Los factores que repercuten en el síndrome de desastre –según Wolfenstein–, serían: la tendencia a negar la catástrofe, la inhibición de una respuesta emocional y el miedo de ser aniquilado por sentimientos dolorosos e intensas reacciones de pánico tras la catástrofe, que permanece con mayor o menor intensidad o se repite días después (Wolfenstein, 1957). El desencadenante de una reacción emocional ante un desastre –apunta Wolfenstein–, parte de

un sentimiento de ser abandonado [que] probablemente juega una parte importante(...). La intensificación de la angustia por separación que produce un desastre suele persistir algún tiempo después de ocurrido el suceso(...). Estas reacciones también dependen del miedo frecuente de que el desastre se repita en muy breve plazo (Wolfenstein, 1957).

Asimismo, Wolfenstein considera que la combinación de insensibilidad emocional, unido a la falta de reacción a los estímulos externos e inhibición de la actividad, se asemeja al síndrome clínico de la depresión<sup>95</sup>.

---

<sup>95</sup> Es una reacción ante una situación excepcional, por ello hay que pensar que será de durabilidad temporal, y “quienes no pueden restablecerse posiblemente sufran una perturbación emocional previa” (cfr. Leivesley,

Puesto que la víctima del desastre ha sido forzada a recibir más de lo que ella puede asimilar por el momento, sus energías están monopolizadas por la tarea de sobreponerse al hecho, para gradualmente adaptarse y habituarse a la terrible y repentina experiencia. Por esta preocupación hay una resistencia a admitir más estímulos. El organismo ha sido inundado de éstos y no tiene la capacidad de aceptar mas durante un tiempo dado. Por tal motivo, la víctima es insensible a lo que ocurre a su alrededor (Wolfenstein, 1957).

En cuanto a la incidencia del síndrome de desastre según el estudio comparativo realizado por Fritz y Marks en base a los estudios NORC sobre supervivientes de setenta desastres habidos en distintos países, dieron como resultado que el 14% sufrieron choque y aturdimiento inmediatamente después del desastre, seguido de un 51%, que sintieron “agitación” (de entre los que el 6% esa agitación fue “intensa”) y sólo un 8% se mantuvieron en “calma” (Fritz y Marks, 1954). Una década más tarde, Popovic y Petrovic al analizar las consecuencias del sismo de Skopje, constatan que el 10% de los supervivientes inmediatamente después del desastre sufren una “perturbación psíquica intensa” frente al 20 o 25% que “reaccionaron de forma apropiada” y se “restablecieron con rapidez” (Popovic y Petrovic, 1964). En cambio, Milne que estudia las consecuencias del ciclón Darwin, señala que siete a diez meses después del desastre el 18,6% de los supervivientes adultos aún sufrían “reacciones emocionales” (Milne, 1977). Asimismo, Quarantelli (1979), investiga las reacciones ante la inundación de Brisbane, concluyendo que el 9% de la población adolecía de problemas emocionales después de sucedido la catástrofe. En cambio, Leivesley (1977), en un estudio sobre las víctimas de una tormenta de granizo, a partir de la comprensión de una unidad de bienestar, descubrió que el 16% de estas víctimas presentaban “graves problemas emocionales”. De igual forma, en el análisis realizado por Poulshoc y Cohen (1975) centrada en ancianos que solicitaron auxilio a organizaciones de desempleo en Estados Unidos, después del desastre, apreciaron que el 33% sufrían “perturbaciones emocionales”, y por último, Titchener y Kapp al estudiar el desastre de Buffalo Creek, indican que el 80% de los supervivientes sufren “síntomas neuróticos traumáticos” (1976).

Pero, Leivisley y Hogg (1989) señala que todas estas interpretaciones, indicadas anteriormente, deben revisarse o “interpretarse con reservas”, pues

En primer lugar, muchos autores han publicado observaciones en las cuales ellos generalizan a “toda la comunidad”, sin definir la población observada o estimar la forma en que está relacionada con la totalidad. En segundo lugar, muchos estudios sociológicos y quizá particularmente los que se hicieron desde 1960 (aunque hay algunas excepciones anteriores a ese momento), tienden a presentar los resultados directamente en el contexto de la teoría sociológica, de tal modo que es difícil para el lector diferenciar a las dos (Leivisley, 1989).

Otra problemática, sería la comprensión de las reacciones grupales ante un desastre, como efectúa Dynes et al. en un estudio realizado en Disaster Research Center (DRC) sobre desastres habidos en Estados Unidos. Según Leivisley la conducta grupal tras un desastre, podría caracterizarse por dos términos: “pánico y huida”. En este sentido, DRC apunta que en general la mitad de la población o la mayoría en algunos casos “permanecen deliberadamente dentro de una situación de peligro y no huyen”, a pesar de que los medios de comunicación en esos casos de desastres publicitan que “la población abandona velozmente la ciudad asolada por el terremoto”. Dynes et al. (1980), en alusión al huracán Carla ocurrido en 1961, apuntan que aunque la mitad de la población abandonaron las zonas costeras afectadas por el huracán en Texas y la Louisiana, “a pesar de una amenaza claramente advertida, de una campaña intensiva de prevención y alarma, y más de 4 días de emitir avisos de alarma, más de la mitad de la población permaneció en sus hogares” (cfr. Leivisley, 1989); esto se puede interpretar desde la perspectiva económica como el temor que tienen los afectados a abandonar sus propiedades y perderlas a causa del desastre o de los robos, es por tanto un temor fundado en razones materiales, y estas se imponen sobre el temor psicológico (FC)<sup>96</sup>.

---

<sup>96</sup> Según apunta Leivisley (1989) existen aún poca bibliografía sobre el desplazamiento de grandes grupos de damnificados, de unas zonas en peligro o afectadas por un temblor a otros espacios más seguros; como se constata en el terremoto de Managua en 1972, en el que la población damnificada sin hogar se desplaza a las zonas de sus parientes dentro de Managua.

En general, la bibliografía sobre el tema ha señalado que “los

De la misma forma en que generalmente es inexacta la imagen de pánico propia de la conducta en desastres, también lo es el criterio de que los desastres dejan a las víctimas desorientadas y confusas. Las personas no quedan estáticas, incluso, ante los hechos más catastróficos, ni carecen de iniciativa, ni son pasivas y dependientes, o esperan que las brigadas de auxilio se ocupen de satisfacer sus necesidades (Dynes et al, 1980).

Con igual criterio se expresa McDonald (1977), sobre el sismo de Guatemala de 1976, al indicar que en general los damnificados actuaron de forma activa y no esperaron la asistencia de terceros, con lo que evidenciaron una “enorme iniciativa personal y un patrón de ayuda mutua informal”:

En las primeras horas posteriores al sismo, fue realmente asombroso el trabajo concertado y de equipo que se emprendió, y el número de grupos de voluntarios organizados. Las primeras horas del día hallaron a los ciudadanos limpiando las calles, removiendo los escombros de edificios derrumbados, y ayudando a sus vecinos, amigos o compatriotas a transportar a los heridos y evacuar a los muertos. Las patrullas de civiles organizaron inmediatamente agrupaciones de transporte con sus propios vehículos privados para evacuar a los heridos, prestar auxilio importante para conservar el orden, y formar filas de gente que esperaban alimentos y medicinas. De inmediato se comenzó a quitar escombros conforme se fueron limpiando calles, locales y carreteras para que llegaran las patrullas de rescate (McDonald, 1977).

Con este texto de McDonald se denota que la solidaridad no es sólo exclusividad de México, sino que se extiende también a otros países de Centroamérica, como es el caso de Guatemala; pero aún faltando los datos para generalizar la conducta solidaria, se podría apuntar como propia del carácter latino, común a personas extrovertidas y cooperativas con el prójimo en situaciones de desastres. Mientras que del carácter anglosajón (imperantes en Estados Unidos, por ejemplo), se cuenta con menos referencias a su disposición a la solidaridad. Frente a la conducta solidaria se contrarresta no la antisolidaria, sino también la conducta antisocial;

---

damnificados pobres, cuando menos en gran parte del subcontinente indio, se resistían activamente a los intentos de evacuarlos de zonas de peligro hasta que perdían toda esperanza de salvar sus posesiones materiales” (Dynes et al., 1980).

que de acuerdo al criterio de Leivisley (1989) está igualmente poco documentada, pues aunque los estudios efectuados por DRC han publicado que muchos damnificados de desastres han mostrado una “preocupación” o ejercitado actos de “rapiña”, parece ser que “ha habido pocos casos confirmados de este tipo”; aunque Leivisley considerada que esto último puede ser motivado entre otras razones a causa de una deficiente definición del término o por su generalización sobre todas las acepciones de propiedad, no refiriéndose sólo a las propiedades materiales perdurables<sup>97</sup>.

**Gaborit** en “Desastres y trauma psicológico” siguiendo a Ursano et al. (1994), señala que

los eventos traumáticos desafían o destruyen el entendimiento de la persona de cómo funciona el mundo, es decir, ponen en tela de juicio aquellas presuposiciones que constituyen la cosmogonía de las personas. Las respuestas al acontecimiento traumático varían y aunque existan modalidades parecidas, no todas las personas responden igualmente(...) tanto la clase de trauma y su severidad influyen en cómo las personas responden a él. Algunas respuestas son genéricas, es decir, son comunes a muchos tipos de traumas<sup>98</sup>(...). Otras respuestas son únicas al acontecimiento traumático<sup>99</sup>. La severidad del trauma, por su lado, determina en gran medida la profundidad del trauma y el tiempo y curso de recuperación (Gaborit, 2006: 33).

Como apunta Gaborit se ha identificado algunos mediadores psicosociales, como son: la historia personal y social, así como determinadas condiciones biológicas o temperamentales y de personalidad; además de la memoria de recuerdos vividos en primer persona o indirectamente con anterioridad pero que le han influido;

---

<sup>97</sup> En este sentido (Leivisley, 1984) se refiere a la “rapiña” de alimentos después del ciclón de Sri Lanka, que “son explicables” por razones del hambre y “no como intentos de una [parte de la] población para aprovechar el desorden, con ventajas personales”. Lo que al contrario, sucedió –expone Leivisley- en el sismo de Managua “en que fueron comunes las heridas de bala” a los delincuentes (Leivisley, 1989).

<sup>98</sup> Muchas de las respuestas de las personas a los terremotos, incluyendo el estrés postraumático, son similares a las que presentan otros sujetos en otros tipos de traumas (por ejemplo, la experiencia en combate armado, el abuso sexual, los accidentes de vehículos) (Gaborit, 2006: 33).

<sup>99</sup> Así, por ejemplo, la exposición a cadáveres y cuerpos mutilados y la conducta de evitación consiguiente son típicos de los desastres y, obviamente, no ocurren en los casos de violación y abuso sexual (Gaborit, 2006: 33).

apoyo social que le respalda (contexto socio-cultural); significado que pueda otorgarle al evento; las estrategias con que cuenta para afrontar el acontecimiento y las atribuciones que hagan de sus propias motivaciones y de la de los otros. De entre todos estos “mediadores” indicados –según Gaborit-, tres son particularmente importantes para determinar los tipos de reacciones que seguirán las personas tra un desastre:

- 1 El apoyo social modera de forma significativa el impacto negativo del acontecimiento traumático.
- 2 Las estrategias aplicadas reducen el impacto o tienen un efecto paliativo. Estas estrategias pueden ser de dos tipos: las que están dirigidas a la solución del problema y las centradas alrededor del impacto emotivo causado por el acontecimiento traumático en cada persona.
- 3 El significado con que se revisten o repercute el acontecimiento positivo o negativamente<sup>100</sup>.

Las respuestas de las personas a los acontecimientos traumáticos tienen componentes físicos, conductuales y psicológicos. El mismo estrés postraumático muestra aspectos conductuales, como las perturbaciones en el sueño, y estrictamente psicológicas, como pueden ser las alucinaciones o la re-experimentación. En cualquier caso, las experiencias traumáticas tienen un impacto claro sobre la salud psicosocial y física de las personas<sup>101</sup> (Gaborit, 2006: 34).

Tras una catástrofe natural se produce unas reacciones psicológicas que se denominan “síndrome específico del desastre”, cuyo contenido es comprendido -como sintetiza Leivesley- a partir

---

<sup>100</sup> Existe algunas personas para las que existen un crecimiento postraumático especial, en tres áreas: 1. Cambios positivos en las relaciones con lo demás (mayor empatía y solidaridad ante la desgracia de otros). 2. Modificación del sentido del yo (mayor fortaleza ante las adversidades). 3. Mutación de la actitud ante la vida (establecimiento de otras prioridades más acorde a los nuevos fundamentos de su vida) (Gaborit, 2006: 34).

<sup>101</sup> En relación con el terremoto habido en enero y febrero de 2001 en El Salvador, se constató la repercusión mental del desastre, pues según datos del Ministerio de Salud, las consultas psicológicas hasta finales de marzo de 2001 habían aumentado a 17.170, comparadas con las 7.000 del año anterior, un incremento de aproximadamente el 245% (cfr. Gaborit, 2006: 34).

de tres enfoques teóricos:

- 1 Se describe a las personas como víctimas de enfermedades mentales, a partir de la aplicación de la terminología ortodoxa de la psiquiatría y en menor medida del psicoanálisis.
- 2 Se interpreta las respuestas psicológicas individuales en relación al comportamiento colectivo ante la crisis; pero, según Leivesley, este planteamiento adolece de la falta de la complementariedad de la repercusión en esos casos de la salud mental de cada uno de los miembros de la sociedad.
- 3 Se atiende a la llamada “trama social”, que comprende el análisis de las alteraciones y rupturas de vínculos sociales.

167

Leivesley atiende a los métodos aplicados y de observación; pero también debe destacarse la terminología empleada por los diferentes investigadores del tema, pues esto último nos da como resultado los componentes<sup>102</sup> del “síndrome específico del desastre” o síndromes del desastre exclusivo, a consecuencia de las reacciones psicológicas mostradas por las personas ante una catástrofe sufridas por ellas mismas.

Cuadro XX. Reacciones psicológicas ante un desastre o “síndrome del desastre”

Depresión	25
Ansiedad/estado ansioso	17
Apatía	11
Pesadillas	11
Reacciones fóbicas	11
Trastornos psicósomáticos	11
Ofuscamiento	10
Confusión	8
Dependencia	8
Hostilidad	8
Neurosis	8
Choque	8
Sentimientos de culpa	7
Inhibición de actividad	7
Irritabilidad	7
Insomnio	7

<sup>102</sup> Reacciones psicológicas al desastre, establecidas cuantitativamente por Leivesley a partir de las referencias de unos dos mil estudios desarrollados por diferentes autores sobre el tema.



## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

168

Euresis	6
Estrés	6
Negación	5
Insensibilidad emocional	5
Miedo	5
Pensar	5
Histeria	5
Presión del lenguaje	5
Sugestibilidad	5
Otros 136 términos	4 o menos veces

Fuente: Elaboración propia a partir de Leivesley, 1989.

A partir de este cuadro XX se puede deducir, que atendiendo primero a la diferenciación de grados emocionales predominantes en cada zona geográfica y comunidad social, se puede establecer que algunos de los factores que afectan a un grupo no lo hace siempre en otro; por ejemplo, en algún colectivo será más predominante la depresión; mientras que en otro será la ofuscación y en gran parte de los demás la ansiedad, la apatía, las pesadillas, las reacciones fóbicas y los trastornos psicósomáticos. Existe una prevalencia de reacciones de confusión, dependencia, hostilidad, neurosis y choque; mientras que en un tercer estadio de reacciones psicológicas ante desastres en el que destaca el sentimiento de culpa, la inhibición de actividad, irritabilidad, insomnio, euresis y estrés; le prosigue un cuarto estadio caracterizado por la negación, la insensibilidad emocional, el miedo, pensar, la histeria, la presión del lenguaje y la sugestibilidad, y por último coexiste un quinto estadio, compuesto de otro tipo de reacciones psicológicas, de menor incidencia en los damnificados por un desastre.

Estos síndromes del desastre son aplicados por Leivesley en algunos de las catástrofes ocurridas en la segunda mitad del siglo XX, en ciertos países, principalmente de América (México, Guatemala, Nicaragua y Estados Unidos), de Europa (antigua república de Yugoslavia) y Australia.

En el "Apéndice" se reproduce los casos de los huracanes e inundaciones habidas en Tampico (México), el 4 al 30 de septiembre de 1955 y las inundaciones de Brisbane (Australia), el 27 de enero de 1974. De estos dos ejemplos se puede concluir que de acuerdo al comunicado oficial hecho público tras las inundaciones de Brisbane se produjo un significativo incremento de enfermedades emocionales de cerca del 400%, pasando de 408 registradas antes del desastre a 1.623 causadas por la inundación, y

de todas ellas cerca del 80% se muestran con mayor gravedad (cuadros XXI y XXII). Mientras que en el caso de las inundaciones de Tampico, entre el 4 al 30 de septiembre de 1955, se produce unos efectos multiplicadores, mayores a los que se producen en Australia, pues tras el desastre equivalen a cerca del 530%, agravados por las consecuencias del 60% (cuadro XXIII). El trabajo en México lo desarrolla De Hoyos (cfr. Leivesley, 1989), quien pormenoriza la sintomatología de las enfermedades mentales habidas en este suceso, establecidas de mayor a menor impacto, de la siguiente forma: depresión, angustia, neurosis, psicosis, choque, colapso nervioso y agotamiento<sup>103</sup>.

Cuadro XXI. Relación de tratamientos psicológicos antes y después de las inundaciones de Brisbane (Australia), en 1974 (n=2,235)

Reacciones psicológicas ante el desastre	Antes del desastre	Después del desastre	Agravadas por el desastre	“Necesidades” <sup>104</sup> totales
Emocionales	38	213	24	237
Angustia	26	203	20	223
Neurosis	16	17	13	30
Psicosis	16	12	16	28
Choque	10	160	10	170
Relación paterno-filial	37	19	15	34

<sup>103</sup> A este cuadro psicossomático se le agrega los conceptos de “comunicación” y “aislamiento”; pero como la tabla de contenidos Lelvesley integra aspectos psicológicos, con otros sociales (relación paterno filial y marital, etc.), así como enfermedades generales (lesión, etc.) y condiciones económicas, no se sabe con seguridad si estos dos conceptos alude a cuestiones psicológicos sociales de aislamiento y comunicación con los demás, o corresponden a condionantes urbanísticos, como son: comunicación o aislamiento de intercomunicación de una parte de la población con respecto del resto. De ser factores psicológicos los porcentajes cambiarían, pues a los indicados más arriba, se modificaría por un nuevo valor del 330%, agravados por las consecuencias de las inundaciones del 50%, frente al 480% establecido en Australia.

<sup>104</sup> Las cifras totales de esta columna corresponden a las necesidades psicológicas que han causado el desastre en la población, a las que se le agregan otras demandas: económicas, sociales y de seguridad personal, e incluso Leivesley (a partir de las necesidades “expresadas or las víctimas o detectadas por el personal del departamento de bienestar en ls unidades de auxilio”) añade otras dificultades: idiomáticas, de información, etc.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

170

Relación de pareja	43	19	23	42
Comunicación	40	1	7	8
Aislamiento	39	12	17	29
Colapso nervioso	11	21	5	26
Familia de 2 a 3 generaciones	19	24	11	35
Casa con varias familias	9	11	9	20

Fuente: Elaboración propia a partir de *Queensland Disaster Welfare Committee*, cfr. Lelvesley, 1989

Cuadro XXII. Relación de las “necesidades” demandadas por la población antes y después de las inundaciones de Brisbane (Australia), en 1974

Reacciones psicológicas ante el desastre	Antes del desastre	Después del desastre	Agravadas por el desastre	Total
Emocionales	408	1.623	315	1.938
De salud	826	307	447	754
Materiales	103	8.804	102	8.906
Otras	165	1.068	65	1.133
Total	1.502	11.802	929	12.731

Fuente: Elaboración propia a partir de cfr. Lelvesley, 1989

Cuadro XXIII. Relación de “necesidades” y tratamientos psicológicos demandados antes y después de las inundaciones y huracanes en Tampico (México), en 1955

Reacciones psicológicas ante el desastre	Antes del desastre	Después del desastre	Agravadas por el desastre	“Necesidades” <sup>105</sup> totales
Contactos preventivos de apoyo	1	201	1	202
Contactos de valoración	3	707	3	710

<sup>105</sup> Las cifras totales de esta columna corresponden a las necesidades psicológicas que han causado el desastre en la población, a las que se le agregan otras demandas: económicas, sociales y de seguridad personal, e incluso Leivesley (a partir de las necesidades “expresadas or las víctimas o detectadas por el personal del departamento de bienestar en ls unidades de auxilio”) añade otras dificultades: idiomáticas, de información, etc.

Necesidades materiales	21	807	20	827
Necesidades económicas	20	799	20	819
Necesidades de albergue	24	550	240	790
Slud	30	22	28	50
Alcoholismo	21	3	8	11
Senetuc/enfermedad	101	19	56	75
Agotamiento	5	33	2	35
Enfermedades crónicas	123	10	38	48
Enfermedades agudas	21	18	21	39
Incapacidad física	77	6	34	40
Lesión	4	20	2	22
Nutrición	4	1	1	2
Total	759	3.908	644	4.552

Fuente: Elaboración propia a partir de *Queensland Disaster Welfare Committee*<sup>106</sup>, cfr. Leivesley, 1989

Al final se puede concluir sobre las reacciones psicológicas ante los desastres, concluyendo como lo hacen Leivesley (1989), que

1 Hay un patrón de respuestas psicológicas individuales de supervivientes de desastres observado con bastante regularidad. Se cuenta con algunos datos que sugieren que el síndrome descrito por Wallace (1956, 1957) podría ser una descripción razonable, cuando menos, de una fracción de la respuesta psicológica encontrada después de una calamidad.

2 La naturaleza específica y el patrón de los síntomas han sido definidos pobremente de forma inadecuada y varía con las situaciones particulares. Se duda acerca de que existan pruebas suficientes para sugerir que forman un "síndrome específico de desastre". Una sugestión igualmente plausible es que cada individuo muestra una respuesta apropiada a sus circunstancias individuales, y que las reacciones descritas después de una catástrofe podrían ser muy similares a las observadas después de otras crisis personales abrumadoras. El "síndrome de desastre" podría describir sólo a un gran número de dichas reacciones individuales que aparecerían prácticamente en forma simultánea.

3 Los datos publicados son de poco peso, pero, al parecer, este "síndrome" suele observarse solo en una minoría de personas, es breve, y no interfiere en gran medida en los intentos de recuperación individuales o grupales. En casos de exposición a estrés continuo, ello podría manifestarse en sí por síntomas

<sup>106</sup> En *Queensland Disaster Welfare Committee* muestra errores matemáticos, en las sumas de algunas cifras, por lo que Leivesley y Hogg (1989) corrige y son esas últimas cifras las que presentamos en los correspondientes cuadros XXI y XXIII.

constantes de angustia, insomnio y otros.

4 Al parecer no hay pruebas adecuadas que sugieran que una ampliación de los servicios psiquiátricos formales después de calamidades es práctico o de beneficio neto para los supervivientes<sup>107</sup>. Si se acepta que muchas observaciones son explicables en términos de reacción a pérdidas y los estreses que afectan la reinstalación y recuperación de la propiedad, sería más lógico destinar recursos a satisfacer necesidades materiales individuales y problemas sociales personales y no emprender medidas como la evacuación, que pueden causar estrés.

5 Existen dificultades particulares en las observaciones y mediciones de esta área pero, en opinión de los autores, debe hacerse un intento para definir con mayor claridad los términos y aplicar técnicas metodológicas estándares para la extracción de muestras y presentación de datos; si se hiciera lo propuesto, sería útil esclarecer la relación entre un desastre y las reacciones psicológicas y sociales de quienes lo sufren (cfr. Leivesley, 1989).

### VII Psiquiatría y psicología: Síntomas del desastre y salud mental

A nivel de psiquiatría y psicología, las vivencias traumáticas, como puede ser un terremoto de gran magnitud, aumentan las tasas de problemas de salud mental; según Castillo y Coy “alrededor de una de cada diez personas desarrollan algún trastorno psiquiátrico” en esas situaciones (Castillo y Coy, 2018: 1); repercutiendo más a quienes se encuentran en el área afectada y además si cuentan con un padecimiento o una “debilidad” emocional en el momento del sismo.

Los temblores del 19 y 20 de septiembre de 1985 en la ciudad de México causaron en un número indeterminado de personas alteraciones psicológicas diversas, clasificables en general bajo el síndrome de neurosis traumática. Tras los temblores los síntomas más comunes que informaron los profesionales de la salud mental fueron: irritabilidad exagerada, miedo y angustia, poca disponibilidad para el reposo e insomnio<sup>108</sup> (UNAM, 1985, 21-

---

<sup>107</sup> Algunos autores han propuesto que es necesario; consúltese el ejemplo de la referencia 5.

<sup>108</sup> Si se intenta integrar los síntomas más comunes apreciados en los damnificados del temblor del 85 en México –según la información aportada por la UNAM, 1985- dentro del cuadro XX de “Reacciones psicológicas ante un desastre o ‘síndrome de desastre’” –elaborado a partir

31). Las personas más afectadas sufrieron directamente la pérdida de algún(os) familiar(es), conocidos o bienes materiales. Médicamente se creía que resueltos los problemas de supervivencia y finalizadas los trabajos de rescate, las personas afectadas comenzarían a tomar conciencia de las pérdidas sufridas, se agudizarían los sentimientos de la tristeza, desesperación, impotencia y depresión, e incluso se evidenciarían los casos de duelo patológico o mal elaborado en todas las modalidades distintas posibles.

A nivel colectivo, a medio plazo, los desastres tienen consecuencias psicológicas profundas y difíciles de curar, no sólo en relación con la atención especializada requerida, sino en cuanto a su repercusión negativa en tensiones sociales (De la Fuente, 1986, 3-8).

El tratamiento de la salud mental tras un temblor, puede ser aplicado mediante terapias breves y estrategias de autorregulación emocional (según Castillo y Coy, 2018). Por ello, distintas instituciones del sector salud con el apoyo de especialistas de la salud mental se dedicaron in situ a la atención y la prevención de las crisis psicológicas que sufrían los damnificados acogidos principalmente en albergues, campamentos y refugios provisionales (Soberón, Frenk, Sepúlveda, 1986, 673-680).

Las reacciones ante los desastres naturales o fases de respuesta son catalogadas de distinto tipo por parte de la psicología; aunque, por ejemplo Cohen y Wilkinson coinciden en que la reacción individual en un período inicial se caracteriza por un estado transitorio de crisis psicológica, determinado principalmente por la dificultad del aparato psíquico para controlar la excitación causada por el estímulo (Cohen, 1985 y Wilkinson, 1985). Según Villalobos, la calidad y duración de este estado de crisis psicológica dependerá de las peculiaridades e intensidad del evento así como de la personalidad de la persona, atendiendo a su situación constitucional, sus experiencias previas, así como su estatus social y cultural (Villalobos, 1986) e igualmente hay que considerar la

---

de la información aportada por Leivesley, 1989- se aprecia que muestran un cuadro clínico con síntomas patológicos comunes a los estadios de reacciones psicológicas ante desastres, mayor (uno: ansiedad), intermedio (más numeroso para este grupo de pacientes, dos y tres: irritabilidad e insomnio) y de menor incidencia igualmente en el cuadro de Leivesley (cuatro: miedo y angustia –que desconocemos si Leivesley lo recoge o no en el estadio quinto de “otros términos”).

dependencia genética, el cuadro clínico familiar y el entorno social del paciente (FC).

En una primera fase de la experiencia traumática, a nivel individual, se presenta el evento catastrófico, de duración breve, generando una experiencia angustiosa intensa. En esos primeros momentos, las personas presentan un estado de confusión, miedo, histeria, shock e irrealidad; cuyo fin principal entonces es la supervivencia. Durante el tiempo que transcurre intentando recuperar el equilibrio emocional se reduce las distintas funciones del yo, y se exterioriza accesos de emoción, principalmente: ansiedad, dificultad para la relajación con los otros, insomnio o bien sueños típicos en los que el trauma se experimenta una y otra vez en un intento primitivo de elaboración de fantasías, ideas obsesivas o sensaciones de temor (Fenichel. 1982). Mientras que, a nivel colectivo, la repercusión, intensidad y perdurabilidad de estas reacciones dependerán de la experiencia que sobre desastres tengan los distintos miembros de la comunidad, guiados por unas costumbres sociales y una moda cultural (y religiosa que profesan) determinada en una zona geográfica, que Fernández-Carrión denomina “psicología colectiva sociocultural”. Aunque en general se tiene el convencimiento de que las personas actúan en las catástrofes buscando exclusivamente su propia protección de “forma irracional” (o siguiendo su instinto de supervivencia), y encambio es menos frecuente que surja un sentimiento de solidaridad, “a menos que el resentimiento y la hostilidad hayan existido previamente” (Villalobos, 1986). En los primeros momentos de sufrir un desastre la actuación de los sobrevivientes – según Fernández-Carrión-, son de tres tipos<sup>109</sup>:

- 1 De reacción (es la fase segunda, que sigue a la primera de impacto), que instintivamente, por un mecanismo de supervivencia, condiciona que cada persona busque su autoprotección, de acuerdo al conocimiento de protocolos de desastres que conozca, así como la cultura general con que cuente y atendiendo a los dictados de su conciencia. Fase en

---

<sup>109</sup> Esta clasificación está elaborado a partir de la experiencia vivida en los atentados terroristas de Atocha, en Madrid, del 11 de marzo de 2004 y por las lecturas realizadas de los testimonios del temblor de 1985 en ciudad de México, especialmente en este último caso de lo escrito por Allier (2018: 25-26).

la que se huye del lugar del accidente, se produce ansiedad y pensamientos repetidos sobre lo ocurrido, se busca la compañía de familiares y amigos o un espacio distinto al del siniestro, sin saber en ocasiones que dirección tomar e ir en shock emocional, por lo que camina hacia una dirección aparentemente imprecisa, en silencio y normalmente cabizbajo; reacción que dura varias horas.

- 2 De conciencia sobre la situación. Tras la primera reacción le sigue un proceso de autoevaluación de los daños sufridos y una previsión de riesgos, permaneciendo durante un tiempo quieto en el lugar distinto, donde se encuentra tras huir del peligro, y seguidamente, dependiendo del estado emocional y la gravedad de su salud se dirige a un sitio determinado: trabajo, casa familiar, lugar de encuentro con amigos o conocidos, espacios públicos de apoyo a damnificados, etc. o por el contrario permanece en shock en algún lugar impreciso para el en un futuro; este período puede comprender varias horas.
- 3 De acción. Trascurrido un tiempo variable, acorde a las capacidades emocionales y estado de ánimo y salud en que se encuentra el damnificado, se para de forma brusca o aun continuando el camino iniciado previamente (fase(s) 1 y/o 2) y comprende en ese momento la situación en la que se encuentra el (lo piensa de forma individualista) y los demás (lo hace desde una perspectiva solidaria, quienes cuentan con un criterio de apoyo social); y entonces toma uno de los siguientes caminos (o subfases):
  - A Acción personal, por la que se dirige a su casa (si se encuentra en la calle o en el trabajo), a punto de encuentro establecido previamente o llama a sus familiares.
  - B Acción solidaria, caracterizada porque contacta con sus familiares o va a su casa o al trabajo (dependiendo de donde se encuentra en el momento del desastre) a recoger algunas herramientas para socorrer a los afectados o marcha directamente a una zona del siniestro, de acuerdo a su criterio personal o colectivo, la demanda de servicio echa por los medios de comunicación, etc., normalmente siguiendo una acción improvisada, que puede perdurar durante días o semanas.

La segunda fase de “reacción” indicada comprende de uno a



seis meses después del desastre –según Wilkinson-, en el que destaca un balance entre las consecuencias de la catástrofe y la toma de conciencia de las limitaciones para su reconstrucción; dando lugar a la sensación de impotencia, depresión, ensimismamiento y resentimiento o sentimiento de culpabilidad por ser superviviente con respecto al resto de damnificados (familiares); que inciden de forma variable, dependiendo de la capacidad de cada persona para superar el proceso de duelo, y a nivel colectivo, de la disponibilidad de recursos grupales, desde la perspectiva de la solidaridad, para superar las crisis motivadas por la catástrofe (Wilkinson, 1985, 135-139). Mientras que a esta fase “de reacción”, le sigue otra tercera que –Castillo y Coyla- denominan “heróica” (que coincide con la –Fernández Carrión clasifica- de “acción solidaria”), caracterizada por un breve estado de optimismo, unido a un aumento de altruismo y cooperación; aunque existe autores que señalan que durante esta fase también se presenta ansiedad y pensamientos repetitivos sobre lo ocurrido y síntomas de depresión, pero que generalmente quedan superador por un estado de optimismo y solidaridad; perdura durante unos días hasta varias semanas. A continuación se produce una cuarta fase de

- 4 De “desilusión”, por el que las personas se enfrenten ante su situación real, y ultima en un estado de ánimo depresivo, que perdura durante algunos meses hasta un año o más tiempo (Castillo y Coyla, 2018).

En cambio, según FC, existe una tercera y última fase de “acción”, de siete meses a tres años después de la catástrofe, en la que se logra el equilibrio emocional y mental y la superación de la crisis; pero en caso contrario, que no haya logrado la estabilización psíquica, será necesario detectar por parte de psicólogos, psiquiatras o psicoanalistas las secuelas resultantes de la incapacidad de adaptación a las nuevas condiciones sociales.

Gráfico IV. Tipos de actuación de los sobrevivientes a un desastre, en las tres primeras fases del suceso



Fuente: Elaboración propia

Gráfico V. Fases de respuesta emocional ante un desastre



Fuente: Elaboración propia a partir de Castilla y Coy, 2018: 1-2

La superación con normalidad de una experiencia traumática, o por el contrario el surgimiento de complicaciones psicopatológicas, dependen no sólo de la magnitud de la experiencia vivida, sino también de la predisposición patológica preexistente en cada persona, la cual encuentra su determinación en las características constitucionales biológicas, genéticas y mentales del propio sujeto, así como en sus experiencias previas, en particular aquéllas que estructuraron su aparato psíquico, como apunta Fenichel (1982, 141-153) y Wilkinson y Vera (1985, 174-184), o del desarrollo emocional alcanzado por el sujeto, de acuerdo a su edad en el momento de producirse el suceso traumático (Vega, Ollinger y Zimerman, 1987, 66-71) y su desarrollo mental y de adaptabilidad a los conflictos (FC).

El haber sufrido un desastre natural no provoca un único trauma, sino varias situaciones estresantes inesperadas:

- 1 El impacto emocional inicial motivado por el desastre natural.
- 2 Factores externos que amenazan la integridad vital, con el colapso de edificios, etc.
- 3 Recepción de escenas aversivas, como personas atrapadas bajo escombros, etc.
- 4 Pérdida de recursos económicos: casa, trabajo, etc.
- 5 Situaciones estresantes, como traslado a albergues...o alteraciones de la vida cotidiana.
- 6 Réplicas que generan de nuevo pánico en la población previamente afectada por el desastre natural.
- 7 Otras causas diversas que condicionan las circunstancias adversas, en el día a día tras el desastre natural.

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006), señala que tres factores repercuten sobre el impacto de un desastre natural:

- 1 Naturaleza y peculiaridades del evento (tipo, intensidad,

- duración y personas afectadas).
- 2 Característica psicobiológicas y vulnerabilidad personales, dependiendo asimismo de la edad, sexo y predisposición genética.
  - 3 Circunstancias del entorno: contexto social, cultural, político e histórico del suceso.

Pero estos tres factores son generales, aunque tienen una repercusión personal, especialmente el segundo; pero hay que añadirle los condicionantes que se incrementan al estar más cerca del área del desastre y si se padecía de trastornos psiquiátricos antes del suceso (FC).

Según apunta Castillo y Coy, tras un terremoto y sus consecuencias inmediatas<sup>110</sup>, aproximadamente hasta el “63% de la población reporta “desesperanza, disminución de la motivación, menor competitividad, pérdida del apetito o de peso, fatiga, síntomas de depresión, desinterés y pérdida de placer”; también conlleva un incremento de los trastornos psiquiátricos, como son el estrés postraumático (TEPT) y el trastorno depresivo, principalmente; aunque también va acompañado de otros trastornos de ansiedad, como sería pánico, agorafobia y ansiedad generalizada, lo que pueden aumentar el consumo de alcohol y de drogas.

El trastorno posestrés postraumático (TEPT) está caracterizado por un miedo intenso y persistente relacionado con el trauma, a través de pesadillas, problemas de sueño y dificultades de concentración, unido a fobias a espacios similares arquitectónicamente o de difícil salida, etc. en los que sufrieron el temblor; lo que conlleva discapacidad laboral y social y repercute en la calidad de vida del sujeto. Mientras que el trastorno de pánico se caracteriza por ataques de miedo que surgen espontáneamente, que alteran significativamente el comportamiento. Estos trastornos se pueden ver afectados indirectamente, por la reproducción en los medios de comunicación y redes sociales y directamente en las conversaciones mantenidas sobre estos sucesos con otras personas.

---

<sup>110</sup> Se produce un impacto inmediato tras el temblor que puede haber repercutido directamente sobre la vida de algún familiar, conocido o sobre la misma persona, así como también puede estar unido a la pérdida de empleo o de vivienda, todo lo cual conlleva una sensación de alta vulnerabilidad. E indirectamente, a través del impacto vivido de terceros y que por la sensibilización emocional del momento puede repercutir igualmente sobre la psiquis de la propia persona.

En México, según el estudio de la “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta nacional de epidemiología psiquiatra en México”, elaborada por Medina, Borges y Lara et al. (2003), el 2.6% de la población está afectado por TEPT, pero a partir del 19 de septiembre de 2017 debe haberse incrementado dicho porcentaje. Según Galea, Nandi y Vlahov un 25% de las personas expuestas a un terremoto desarrollan posteriormente el TEPT, aunque la prevalencia varían entre el 5 al 60% entre los que han repercutido directamente el sismo y del 5 al 10% en los no afectados de forma directa y personal clínico (Galea et al, 2005); mientras que la depresión incide entre el 5,8 al 54% (Tang y Liu et al., 2014). Con el paso del tiempo las tasas disminuyen, aunque no todas las personas se puede decir que recuperan su bienestar emocional para siempre.

En el caso particular del sismo de 1985 –y que probablemente será extensible para el de 2017-, De la Fuente concluyó que, durante las diez semanas posteriores al temblor, el 28% de las personas que se encontraban residiendo en albergues presentaron TEPT, mientras que el 54% mostraban miedo, el 18% trastorno de ansiedad generalizada y el 14% depresión, y en general mostraban problemas con la conciliación del sueño y tenían pesadillas; aunque de todos ellos, sólo el 9,8% requirieron asistencia médica (De la Fuente, 1986). A lo largo del paso del tiempo, se apreciaron otras problemáticas psicológicas, principalmente: estados de desilusión, apatía e incertidumbre ante el futuro, junto a reacciones de culpabilidad y cólera ante el momento presente.

Los desastres también repercuten en menores de edad, por lo que incluso los de cinco años incrementan el riesgo de trastornos de ansiedad, por lo que posteriormente, en edad adulta, se recomienda que se le aplique asesoramiento familiar o mejor aun cuando son menores de edad, durante los momentos de los desastres, para prevenir males de mayores (Maclean et al, 2016). En cambio, otra investigación, realizada por Fergusson et al. (2014) en Nueva Zelanda, analizaron a personas expuestas o no a cuatro terremotos de magnitud superior a 6,0, durante los años 2010 a 2011, y constataron que uno a dos años después del sismo se presentaban mayores porcentajes de trastornos mentales. Conclusiones establecidas por Fergusson et al (2014), en Nueva Zelanda (cuadro XXIV), que son contrarios con la obtenidas por Piña Barba et al. (1991), en México (cuadro XXV), quienes señalan

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

que trascurrido un tiempo prudencial, de ocho meses, los efectos de los traumas son menores.

### 180 Cuadro XXIV. Trastornos ante un terremoto, 2010-2011, en Nueva Zelanda

Trastorno	No expuestos %	Expuestos (puntaje de impacto/consecuencias del terremoto) %			
		1 (bajo)	2 (medio)	3 (medio-alto)	4 (alto)
Depresión mayor	8,8	11,0	8,2	8,1	19,3
Estrés postraumático (TEPT)	1,7	0,7	2,2	2,9	5,2
Otros trastornos de ansiedad	11,5	11,7	11,9	15,4	20,0
Dependencia a la nicotina	11,5	15,3	17,0	25,0	21,5
Abuso/dependencia al alcohol	8,3	9,5	6,7	10,3	10,4
Abuso/dependencia a las drogas	4,7	6,6	3,0	5,2	5,2

Fuente: Elaboración propia a partir de Fergusson et al, 2014.

### Cuadro XXV. Trastorno ante un terremoto, 1985, en México

Trastorno	Dos semanas posteriores al sismo%	Ocho meses más tarde %
Temor o angustia	57,0	10,0
Depresión	58,9	8,6
Insomnio	22,3	8,5
Pesadillas	15,7	2,8

Fuente: Elaboración propia a partir de Piña Barba, et al., 1991.

### VII.1 Apoyo psicológico y social en los desastres

El primero de los apoyos que se puede aportar ante un desastre natural es el social de solidaridad, que repercute positivamente sobre la crisis emocional, retrasando la aparición de TEPT... y de la depresión. Seguidamente, en caso de necesidad, debe contar con el apoyo psicológico de la psicoterapia cognitivo-conductual<sup>111</sup>, en

<sup>111</sup> Este enfoque terapéutico considera que la forma en la que un paciente interpreta las situaciones que vive es determinante para su estado de ánimo y las acciones que hace o deja de hacer en función de ello. En este caso, hace referencia especialmente al manejo de los pensamientos como eje

el que se trabaja sobre tres estrategias de intervención:

- 1 Reestructuración cognitiva, cuyo objetivo es promover el enfrentamiento del paciente afectado a los recuerdos que le hacen revivir el trauma, mediante la identificación y la modificación de pensamientos catastróficos, que tienden a sobregeneralizarse, a partir de cualquier estímulo que recuerde el suceso vivido con anterioridad. La persona se siente vulnerable y desvalida, sin opción de apoyo; pero precisamente el terapeuta debe ayudarlo a entender que no siempre tienen que presentarse consecuencias catastróficas, y que además existe la opción de tomar medidas de seguridad. Poca a poca debe adquirir una capacidad de seguridad y autoeficacia, por medio del análisis y de cambio de pensamientos, ante futuros desastres.
- 2 Terapia de exposición, está basada en la teoría de procesamiento emocional (Foa y Kozak, 1986). Bajo este enfoque se considera al miedo como una representación en la memoria que aparece en forma de una estructura del pensamiento para huir del peligro. Pero al mismo tiempo, se produce representaciones de estímulos atemorizantes, como por ejemplo, sentir mareo, al observar que se mueve una lámpara o se escuchar una alerta sísmica, etc., seguido de las respuestas fisiológicas, como sudoración o sentir el corazón acelerado, etc., o emocionales, como estar triste, ansioso, etc.; pero puede darse el caso que estas reacciones se generalizan ante la presencia de estímulos que pueden ser inofensivos, como escuchar el sonido de un aparato eléctrico y sentir como respuesta un miedo similar al producido por la alerta sísmica. Para tratar estos síntomas la terapia de exposición trabaja sobre dos aspectos:
  - A Activar la estructura del miedo.
  - B Incorporación de una nueva información que esté relacionada con el miedo, de tal forma que, con la guía del terapeuta, el paciente aprende con la aplicación de las estrategias de autorregulación emocional, a incrementar la sensación de seguridad y autoeficacia.
- 3 La terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio

---

central para cambiar las emociones y las conductas; con el propósito de lograr tener el control de la situación y de sus síntomas.

de movimientos oculares, ha mostrado su eficacia en el manejo de los síntomas del TEPT. La llamada EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), se refiere a la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares. Ésta psicoterapia incluye la terapia de exposición, movimientos oculares y la evocación y verbalización de uno o varios eventos traumáticos<sup>112</sup> (American Psychiatric Association, 2004).

Sus principales mecanismos de acción están relacionados con la respuesta de relajación, la sincronización de los hemisferios cerebrales, el procesamiento emocional por exposición y el sueño onírico en el que se presentan movimientos oculares, similares a los producidos por el terapeuta de EMDR, con el objetivo de facilitar, de manera segura, el procesamiento emocional del evento o eventos traumáticos que vivió la persona atendida (Castillo y Coy, 2018: 53).

- 4 Existe una cuarta terapia conductual enfocada en el control, que favorece el proceso de recuperación natural al restablecer el sentido de control sobre la ansiedad, el miedo y el estrés provocado por la situación traumática (FC).

### *VII.II Tratamientos de los trastornos psiquiátricos*

Para el tratamiento de los trastornos mentales normalmente se aplica la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis, en sus diferentes especialidades: social... y -Genesis Dayana Castellanos Moreno propugna por la- psicología de emergencia o psicología de urgencia y emergencia; al igual que para este último tipo Santiago Valero Alamo se expresa con el siguiente título “Psicología en emergencias y desastres una nueva especialidad” ([1999]); cuyo iniciador es Freud, que en 1904, desarrolla el concepto de neurosis de guerra y desarrolla la teoría del trauma; posteriormente, un año más tarde, en 1905, Eduard Stierlin investiga las reacciones de 21 sobrevivientes de un accidente de mina y en 1907, a 135 afectados por el terremoto de Messina, en Italia. Aunque se considera su

---

<sup>112</sup> De acuerdo con esta terapia, los síntomas clínicos presentes en el TEPT tienen su base en las redes de memoria, en donde se almacenan, disfuncionalmente, experiencias traumáticas.

precursor a Lindermann, en Estados Unidos, que investiga a los sobrevivientes del incendio del club nocturno The Boston Coconut Grove Nightclub, en Boston, en 1942, dicho estudio da lugar a la terapia breve intensiva y de urgencia, y el informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se constituye en el fundamento de las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo. A partir de estos trabajos previos, Gerald Caplan integrante como Lindermann del Massachusetts General Hospital y del Harvard School of Public Health, intervino sobre situaciones en crisis estableciendo los fundamentos de la psiquiatría preventiva. Tiempo más tarde, en 1954, Caplan elabora también un modelo explicativo del estrés durante situaciones de desastres o eventos traumáticos. Asimismo, Friedman y Linn (1957) investigaron sobre los sobrevivientes del barco Andrea Dorian en Estados Unidos, destacando que las reacciones de las víctimas son desiguales durante el impacto del suceso y durante el tiempo posterior, por lo que se debe tener en cuenta las diferentes respuestas en las fases de choque inicial y el de la recuperación de una situación de desastre. En 1967, Lifton Robert igualmente en Estados Unidos describe la conducta que se produce en el período posterior a un desastre, a partir de la comprensión de los problemas psicológicos a largo plazo, en el caso concreto de los bombardeos atómicos de Hiroshima.

La definición de psicología de la emergencia y desastres, la establece Valero, con los siguientes criterio, como aquella rama de la psicología que se orienta al estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos humanos en el antes, durante y después de una situación de emergencia o desastre, así como la implementación de estrategias de intervención psiosocial orientadas a la mitigación y preparación de la población; estudiando al mismo tiempo como responden los seres humanos ante las alarmas y como optimizar la alerta, evitando y reduciendo las respuestas inadaptativas durante el impacto del evento y facilitando la posterior rehabilitación y reconstrucción personal y colectiva afectada (Valero, [1999]). Todo ello, de acuerdo al siguiente proceso de aplicación:

El primer paso es conocer la magnitud del problema, [seguido de] evaluar las consecuencias psicológicas por los pasados sismos, y posteriormente desarrollar un plan de acción integral. Se debe prestar atención especial a las poblaciones vulnerables, particularmente a los más pobres y postergados socialmente, ya que



es probable que presenten mayores consecuencias adversas personales, económicas y sociales derivadas del evento por estar en situaciones de mayor vulnerabilidad (Castillo y Coy, 2018: 55).

Sobre esta línea de aplicación psicológica la Asociación de Psiquiatría Americana, en 1970, publica un manual de “Primeros auxilios psicológicos en casos de catástrofes”. En otros países, por ejemplo España, a partir de principios de la década de los 90, cuando Protección civil comienza a incorporar psicólogos en los planes de actuación ante una emergencia, como en la intervención en el desastre con una riada en el camping “Las nieves”, en Biescas (Hueca), en 1996; aunque con anterioridad, en 1971, se puso en evidencia la importancia de la intervención psicológica en situaciones de desastres, como es el empleo del Teléfono de la Esperanza, en Sevilla, para atender a personas en crisis de estabilidad mental y en situación de emergencia. A partir de esa fecha se van creando sedes en diferentes ciudades españolas, hasta alcanzar en la actualidad 21, además de 8 en Latinoamérica y Europa. Aunque, es en una fecha intermedia, en 1997, cuando se crea la primera Unidad de intervención psicológica en emergencias y desastres, en España, perteneciente al Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla, antes de la creación del Comité Nacional de Intervención Psicológica en desastres del Colegio Oficial de Psicólogos, igualmente en ese mismo año 1997; aunque, las primeras intervenciones se inician en 2005<sup>113</sup>.

Asimis, hay que tener en consideración la teoría general de las crisis “circunstanciales de la vida” elaborada por Lidermann (1944) y Karl Slaikeu (1988), que las describen por su carácter inesperado, tienen calidad de urgencia, muestran un impacto sobre la comunidad e incluye los conceptos de peligro y oportunidad; la teoría de crisis de Gerald Caplan (1964), Baldwin (1979), Lazarus (1980) y Slaikeu (1984), entre otros; la teoría del manejo del duelo (Kubeler-Ross, 1969); el síndrome general de adaptación propuesto por Selye (1976); el enfoque taxonómico de las consecuencias del estrés de Cox (1978), que comprende los efectos conductuales, cognoscitivos, fisiológicos y organizacionales, y el estrés trauma y su capacidad para el cambio del contenido bioquímico cerebral de Jhon Everlin (1997).

---

<sup>113</sup> En 2004, se crea la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres, cuya web es la siguiente: [www.sochped.cl](http://www.sochped.cl).

Como complemento a estos planteamientos de la psicología de la emergencia, se debe atender a la clasificación de las víctimas de acuerdo al criterio establecido por Taylor y Frazer (1981-1987), que diferencia entre víctimas de

- 1 Primer grado: las que sufren el impacto directo, con pérdida materiales o daño físico.
- 2 Víctimas secundarias: familiares o amigos de las anteriores).
- 3 De tercer grado: integrantes de los equipos de primera respuesta.
- 4 De cuarto grado: la comunidad afectada.
- 5 De quinto grado: personas que se enteran de los sucesos a través de los medios de comunicación y redes sociales.
- 6 De sexto grado: no se encontraban en el lugar de los acontecimientos.

A la psicología de la emergencia se le puede aplicar una perspectiva psicosocial y sociológica, como lo hace la Academia Nacional de Ciencias (The US National Academy of Sciences), por mandato del gobierno norteamericano, entre 1953 a 1963, realizando una investigación sobre el comportamiento humano en situaciones de desastre, llegando a la conclusión de que el estado de pánico no es la conducta típica esperada; al igual conclusión llega Henry Quarantelli, director del Disaster Research Center de Ohio State University, que durante la segunda mitad del siglo XX ha efectuado multitud de estudios de campo, entre sus resultados resalta que se ha generalizada la idea de que el pánico y la actitud antisocial es la conducta usual de las personas en una situación de desastre, como se recoge en la publicación de dicha institución titulada *The nature and onditions of panic*” (1959). Estas investigaciones realizadas por Quarantelli influyeron en otros trabajos efectuadas en el área de la sociología, sobre los grupos de sobrevivientes en las primeras horas del desastre<sup>114</sup>. Más tarde, en 1976, Erikson tras un estudio realizado tras la inundación de Búfalo Creek, en 1972, descubrió que después de sucedido un desastre se producía una serie de consecuencias de tipo emocional que se

---

<sup>114</sup> Similar al trabajo realizado sobre la explosión de gas en Analco, en Guadalajara (México), el 22 de abril de 1992 (Valero, [1999]).

derivaban de la desorganización social y física en una comunidad, y que denominó “segundo desastre”<sup>115</sup>.

### *VII.III Análisis de la experiencia traumática en México, tras el sismo de 1985*

Para la constatación práctica de los síntomas psicológicos asociados a una experiencia traumática Piña Barba, Torres Cosme, Prawda Witemberg y Pérez Reséndiz (1991) aplican un cuestionario ocho meses después del sismo de septiembre de 1985 (en mayo de 1986) a una población de estudiantes (708) del primer grado de la

---

<sup>115</sup> Igualmente, en 1970 Raúl Jerí con un grupo de médicos del Hospital central de policía intervinieron con los afectados por el terremoto de Huaraz, en Perú, dando pie al trabajo de investigación titulado “Problemas de conducta en los desastres”, en el que se considera que es muy importante intervenir los profesionales de la salud mental de forma inmediata en las zonas de desastres (planteamiento que coincide con la teoría propuesta por Kinston y Rosser (1974). Más tarde, en 1973, un psiquiatra y un psicólogo viajaron a Nicaragua para desarrollar un proyecto sobre los damnificados del terremoto de Managua (Nicaragua) de 1972. En enero de 1982 una tormenta inunda la costa de California, causando que unas cien familias se quedaran sin hogar, sobre las que le apoyaron psicológicamente durante un año con ayuda del proyecto COPE (Counseling Ordinary People in Emergencies). Tras el temblor del 19 de septiembre de 1985, en México, la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México, el Instituto Mexicano de psicoanálisis, el Instituto Mexicano de Seguridad Social y con asesoramiento israelí dieron apoyo psicológico a los damnificados (Valero, [1999]). El 13 de noviembre de 1985 tras la erupción del volcán del Nevado del Ruiz, que arrasa el poblado de Armero en Colombia, que causa unos veintidós mil muertos, pasado unos meses, en agosto de 1986 el Ministerio de Salud colombiano con el asesoramiento de la OPS establecieron un programa de atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. Posteriormente, en 1989, a consecuencia del terremoto de Loma Prieta en California la Asociación de Psicología de California con el apoyo de la Asociación de Psicología Americana (APA) inicia un proyecto en 1991 de creación de una red nacional de psicólogos para dar apoyo a víctimas y trabajadores en situaciones de catástrofes; asimismo formaron a psicólogos para trabajar conjuntamente con la Cruz roja americana (CRA), y desde 1992 la Asociación de Psicología intervienen en 32 estados con la participación de la APA y CRA. Existen otros trabajos como los desarrollados por Norris Johnson, en 1987 y Baker, en 1960, tratan sobre el comportamiento humano en situaciones extremas, como ser enterradas vivas...

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), para que los alumnos hicieran público los síntomas que sintieron antes del temblor, así como posteriormente durante las siguientes dos semanas y en el momento del estudio ocho meses después del suceso. En especial intentaron esclarecer, los siguientes tres aspectos:

- 1 Si hubo un aumento de casos sintomáticos a nivel psicológico imputable a la acción de los sismos en dicha población, al concluir la segunda fase adaptativa descrita.
- 2 Diferencias sintomáticas entre los estudiantes damnificados y los no damnificados.
- 3 La acción diferencial de los diversos daños sufridos sobre la sintomatología psicológica (Piña Barba et al., 1991, 268).

Los autores de la investigación (Piña Barba et al.) partieron de la hipótesis de que “la proporción de casos con sintomatología psicológica habría regresado a la situación previa a los sismos después de un periodo de ocho meses”, tiempo este considerado por otros estudios sobre el mismo tema como suficiente para la elaboración de la experiencia traumática; pero Piña Barba et al. añaden la consideración de que podría haber diferencias en los resultados, dependiendo que estos estudiantes hayan sido o no damnificados. También entendieron que los casos sintomáticos habidos antes de los sismos no tendrían que corresponder en su totalidad con los existentes ocho meses después del suceso, pues aunque el desastre normalmente causa la aparición o la agudización de síntomas en las personas predispuestas o no, no necesariamente en todos los casos tendrían una resolución patológica (Piña Barba et al., 1991: 268).

Por tanto, los objetivos que guiaron la presente investigación de Piña Barba et al. fueron:

- 1 Identificar la sintomatología psicológica que presentó la población en estudio ante una situación de estrés extremo.
- 2 Detectar a los alumnos damnificados y no damnificados para comparar su comportamiento sintomático durante los sismos y ocho meses después.
- 3 Determinar la asociación existente entre cada uno de los daños y la presencia de síntomas psicológicos en los damnificados.
- 4 Identificar al sector que manifestara deseos de recibir atención psicológica para proporcionársela (Piña Barba et al., 1991, 268).

Como resultados de la investigación Piña Barba et al.

consideran, que de acuerdo con los cuestionarios aplicados, el 80% de la población encuestados (566 casos) presentaron sintomatologías psicológicas, que en su mayoría mostraron más de un síntoma; las más frecuentes fueron: temor y angustia (58%), depresión (55%), ideación obsesiva (43%) y trastornos del sueño (29%), y en este último predominaron el insomnio (22%) y las pesadillas (16%), dando sé el caso en la mayoría de las ocasiones de la conjunción de ambos (como se puede apreciar en el cuadro XXVIII). Al compararse estos resultados obtenidos por la investigación desarrollada por Piña Barba et al. en México, con las “Reacciones psicológicas ante un desastre o síntoma de desastre” establecidas por Leivesley (1989), se aprecia que el primer factor del estudio Piña Barba et al.: “temor y angustia”, se puede hacer equivaler con “miedo” del cuarto estadio de las “Reacciones” (y “angustia” debemos entender que están incluidas en “otros términos” de Leivesley); el segundo factor: “depresión” corresponde al concepto más repetido (primer estadio) de las “Reacciones”; el tercero: “obsesión”, no viene recogida en las “Reacciones” (acaso puede estar incluido en “otros términos” reconocidos) y el cuarto factor: “trastornos del sueño” lo relacionamos con “insomnio” del tercer estadio y “pesadillas” del primer estadio de las “Reacciones”.

Las causas de estos trastornos tienen sus fundamentos en daños materiales y humanos próximos a su persona, apreciándose que el 19,8% de los alumnos (140) fueron damnificados; entre ellos, el 30% sufrieron daños materiales (en la vivienda, 17,1%; necesidad de cambiar de domicilio (10%) y pérdida de las fuentes de trabajo propias o del tutor (2.8%)). Además, el 6,4% sufrieron alguna defunción de “cohabitantes en el hogar” o familiares y el 4,3% tuvieron alguna de las “personas con quienes convivían” o familiares lesionados graves. Mientras que, el 53,6% indicaron que habían tenido algún miembro de su familia o amigo cercano que no viven con ellos en su hogar un fallecido o un lesionado grave. Y, se encontraron que tres alumnos (2,2%) quedaron atrapados bajo los escombros y fueron rescatados y cinco (3,6%) sufrieron lesiones leves, por lo que no tuvieron que ser hospitalizados (Piña Barba, 1991: 269-270).

Cuadro XXVII. Comparativa entre las reacciones psicológicas ante un desastre establecidas por Leivesley, habidas en el sismo del 85 en México

E	Reacciones establecidas por Leivesley	F	Sismo del 85 México (inmediato al temblor)	F	Sismo del 85 México (transcurrido un tiempo) <b>mayores y menores</b>
1	Depresión			4	Depresión
				2	<i>Depresión</i>
1	Ansiedad	1	Ansiedad	3	Ansiedad
1	Apatía				
1	Pesadillas			4	<i>Trastornos del sueño</i>
1	Reacciones fóbicas				
1	Trastornos psicósomáticos				
1	Ofuscamiento				
2	Confusión				
2	Dependencia				
2	Hostilidad				
2	Neurosis				
2	Choque				
3	Sentimiento de culpa				
3	Inhibición de actividad				
3	Irritabilidad	2	Irritabilidad		
3	Insomnio	3	Insomnio	4	<i>Trastornos del sueño</i>
3	Euresis				
3	Estrés				
4	Negación				
4	Insensibilidad emocional				
4	Miedo	4	Miedo	1	Miedo
				1	<i>Temor</i>
4	Pensar				
4	Histeria				
4	Presión del lenguaje				
4	Sugestibilidad				
5	Otros términos	4	Angustia	1	<i>Angustia</i>
				3	<i>Obsesión</i>
				2	TEPF

Fuente: Elaboración propia a partir de Leivesley (1989), UNAM (1985), De la Fuente (1986) y Piña Barba et al. (1991)  
Incidencia del desastre en mayores (De la Fuente) y menores (Piña Barba

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

et al.)

E= estadios, F=factores

190

En el cuadro comparativo (XXVII) de reacciones psicológicas ante un desastre, destaca el fuerte contraste entre los factores establecido por Leivesley a través de la correlación de las reacciones habidas (a través de la bibliografía existente sobre el tema, accediendo a 2000 referencias) en varios siniestros producidos en el mundo (América, Europa y Australia) en la segunda mitad del siglo XX. Mientras de la información aportada por varios autores sobre las consecuencias del temblor del 85 en México se aprecia una gran coincidencia en las reacciones psicológicas tenidas por los afectados directos e indirectos en el momento del temblor con las recordadas o sentidas paado el tiempo, sólo se aprecia diferencia notoria en un factor exclusivamente en los grupos de edad: en los mayores, en el momento del sismo una gran irritabilidad (con el segundo valor de reiteración), mientras que en los jóvenes (y también en los mayores) pasada el tiempo del sismo es la depresión.

Cuadro XXVIII. Sintomatología psicológica referida por afectados por el sismo del 85, en México

	Tiempo 1		Tiempo 2		Tiempo 3		Comparación de tiempos 1 y 3	
	Ante de los sismos		Durante los sismos (siguientes dos semanas)		Después de los sismos (mayo de 1986)		Diferencia estadística	
Síntoma	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Z	P
Temor o angustia	49	6,9	408	57,6	74	10,4	2,4	<0,05
Depresión	68	9,6	388	54,8	61	8,6	0,7	N.S.
Ideación obsesiva	-	-	302	42,6	60	8,5	-	-
Insomnio	29	4,1	158	22,3	20	2,8	1,3	N.S.
Pesadillas	31	4,4	111	15,7	25	3,5	0,9	N.S.
Indiferencia ante problemas cotidianos	31	4,4	109	15,4	43	6,1	1,4	N.S.
Hiperactividad	41	5,8	73	10,3	34	4,8	0,8	N.S.
Exageración de los problemas	14	1,9	54	7,6	30	4,2	2,5	<0,05

cotidianos								
Agresividad, irritabilidad o intolerancia	26	3,7	40	5,6	35	1,9	1,1	N.S.

Fuente: Elaboración propia a partir de Piña Barba et al. (1991)  
Z P XXXXX

191

Por otra parte, la investigación de Piña Barba et al. constata que de los 708 alumnos que contestaron el cuestionario, se identificaron 164 casos con sintomatología psicológica antes de los sismos (23,2%), porcentaje que se incrementó a 566 estudiantes (80%) durante las dos semanas siguientes al sismo, y seguidamente se da un decremento hasta 198 casos (28%), ocho meses después del sismo de 1985 (como se aprecia en el cuadro XXIX).

Cuadro XXIX. Diferencias en la proporción de casos sintomáticos de género, antes, durante y después del sismo del 85, en México

	Casos sintomáticos						
	Total		Hombres		Mujeres		Diferencia
	Número	%	Número	%	Número	%	X <sup>2</sup>
Antes	164	23,2	73	10,3	91	12,9	1,11 (N.S.)
Durante	566	80	261	36,9	305	43,1	4,7 (p<0.05)
Después	198	28	74	10,5	124	17,5	12,6 (p<0.05)

Fuente: Elaboración propia a partir de Piña Barba et al., 1991: 269-270  
Después= ocho meses después del sismo

A manera de conclusión del estudio de las reacciones psicológicas ante los desastres, en particular para el caso del temblor del 85, Piña Barba et al. precisan que durante el período de dos semanas siguientes al sismo del 19 de marzo de 1985 en México la población investigada (estudiantes de la UNAM) presentaban sintomatología similar con la descrita en la literatura del tema, que en orden decreciente, eran la siguiente: temor y angustia, depresión, ideación obsesiva y trastornos del sueño; que afectó a un 80% de la población. Ocho meses después (mayo de 1986), los síntomas que incrementaron significativo en la población en general fueron: angustia y exageración de los problemas cotidianos, mientras que en la que solicitara apoyo psicológico, los que más se reiteraban eran para los damnificados por la angustia y para los no afectados por el sismo la depresión. En ese mismo período sobre el 15,8% de la población, los sismos actuaron como factor desencadenante de la problemática psicológica; mientras que para el 11% los síntomas que habían existido previamente al



temblor, desaparecieron después de producirse el desastre. En cambio, en el grupo de damnificados, los efectos de los temblores acentuaron los estados sintomáticos, superior a las conversiones desfavorables observadas en el grupo de no afectados. Las principales causas para los damnificados fueron el fallecimiento o accidentes graves de algún familiar allegado (Piña Barba et al., 1991: 269-270), y de todos los damnificados fueron las mujeres la que más fueron afectadas psicológicamente (Piña Barba et al., 1991: 266).

### VIII Vulnerabilidad<sup>116</sup>

“Vulnerabilidad” es un término de origen latino que deriva de *vulnerabilis*, que significa “algo que causa lesión” (Houaiss et al. 2009: 1961).

La vulnerabilidad consiste en la vinculación entre la incapacidad de ciertos sujetos para hacer frente a las condiciones desfavorables y los factores voluntarios de su desconsideración social por parte de los otros (FC), a ciertos tipos de seres humanos; tal como se ha analizado previamente. Las personas vulnerables, para la Federación Internacional de Cruz Roja y la media Luna Roja “son las que están expuestas a situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social y económica y de dignidad humana” (cfr. Chang Urriola, [2005]: 3).

Esta incapacidad de poder hacer frente a las situaciones de riesgo y de desconsideración social de uno hacia los otros también se puede hacer extensible a la actitud seguida por ciertos tipos de países contra los demás, acorde a contar con unas condicionantes económicos y políticos que les repercute negativamente, y los pone en peores condiciones que el resto de naciones de su entorno. Este último caso, es analizado por Mariana García del Castillo y Hernán Naranjo Mejía en la comprensión de los “Factores influyentes en la vulnerabilidad ante desastres naturales en Bolivia 1980-2012” (2016), al estudiar en particular “las pérdidas económicas causadas

---

<sup>116</sup> Sobre el tema de la vulnerabilidad Fernández-Carrión trabaja de forma extensa al tratar sobre las personas en la “Vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión adolescente” (2017c: 50-67), y en esta ocasión se se hace sobre la de los estados.

por la falta del manejo del riesgo climático en el mundo representa un gran porcentaje del PIB” (Castillo y Naranjo, 2016: 1), y en particular se centra en el caso del país andino Bolivia, donde los desastres climáticos: inundaciones... y sequías repercuten, por su situación incontrolada, en su economía de “subdesarrollo”; convirtiendo al país en vulnerable, al no existir correlación entre los desastres naturales y los recursos económicos nacionales para hacer frente a los mismos. Esta situación de incapacidad de hacer frente a situaciones de riesgos nacionales está vinculada con el “Índice de déficit por desastre” (IDD), como se analizó previamente en el apartado “II.I Indicadores de riesgo y de gestión de riesgos de desastres”.

Para la prevención de los desastres Chang Urriola-Consultor propone un “Sistema de indicadores de vulnerabilidad y desastres”, de acuerdo al formato del programa DevInfo V4.0 de Unicef, de cálculo de índices compuestos. Estos índices se ordenan de acuerdo a sectores y estos a su vez en sus subgrupos de clases, y como un valor agregado se ha incorporado el marco causal (estado, presión y respuesta), para la obtención de los indicadores de vulnerabilidad (IV). La situación de vulnerabilidad viene marcada por un estado crítico de incapacidad de hacer frente a los riesgos, a causa de los niveles de pobreza, degradación socioambiental, falta de planificación y ordenación del territorio por parte del estado, en conjunto con las actividades humanas que generan o incrementan el impacto de los desastres naturales o antrópicos. En el análisis cuantitativo, a cada criterio se le asigna una escala numérica comprendida entre el 0 hasta el 3. Estos desastres ejercen una “presión” imprevista sobre el hámbito socio-ambiental/económica del entorno; que en situaciones de vulnerabilidad no se pueden hacer frente. A cada indicador en este “sistema” se le antepone las letras E, P o R, de acuerdo a la situación con la que cuenta de presión, estado o respuesta.

El sistema de indicadores, se organiza con el siguiente esquema, que en su conjunto da como resultado el índice de vulnerabilidad.:

- En torno al estado (E): Sector: general. Clase: perfil país: E Esperanza de vida al nacer; E. Población total; E Porcentaje población urbana; E Superficie total; E Tasa de mortalidad.
- En cuanto a la presión (P) y las respuestas (R): Sector: vulnerabilidad y desastres.

- 1 Clase: ambientales: P Emisiones de dióxido de carbono; P Proporción de la superficie de tierras cubiertas por bosques; R Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica.
- 2 Clase: desastres: P Personas afectadas por actividad volcánica; P Porcentaje de población expuesta a ciclones tropicales; P Porcentaje de población expuesta a inundaciones; P Porcentaje de población expuesta a terremotos; P Promedio de sismos mayores o iguales a 5.5 en la escala de Richter.
- 3 Clase: resiliencia: R Coeficiente de GINI; R Gasto Social; R Huella ecológica; R Índice de desarrollo humano; R Número de receptores de radio por mil habitantes; R Percepción de corrupción.
- 4 Clase: salud: P Porcentaje de población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria; P Tasa de mortalidad por homicidio por cada 100.000 habitantes; R Porcentaje de población con acceso a servicios de agua potable; R Porcentaje de la población con acceso a servicios de eliminación de excretas; R Porcentaje de población con acceso a servicios de salud; R Porcentaje de la población rural con acceso a servicios de eliminación de excretas; R Porcentaje de población urbana con acceso a servicios de eliminación de excretas; R Porcentaje de población rural con acceso a servicios de agua potable; R Porcentaje de población urbana con acceso a servicios de agua potable.
- 5 Clase: socioeconómicos: P Porcentaje de la población en situación de indigencia; P Producto interno bruto per cápita; R Tasa de alfabetización de adultos (Chang Urriola-Consultor).

De acuerdo al índice de vulnerabilidad, se entiende a Haití como el país de América Latina con mayor vulnerabilidad (0) y Uruguay con la menor (100), entre medias se encuentra México (74,81). Asimismo –IFRC- considera que durante los últimos diez años (desde 1995 en adelante), los desastres naturales han causado 45.000 muertos y 40 millones de damnificados y han provocado daños materiales con valor a veinte mil millones de dólares en todo el mundo; con un promedio de 40 desastres “importante” al año, y en el que Asia y en segundo lugar América ocupan los dos primeros lugares, por este orden.

En cuanto a la vulnerabilidad ante los desastres naturales, tecnológicos y de origen antrópico de diferente magnitud; se constata que últimamente, a principios del siglo XXI, se reduce el número de fallecidos, mientras que aumenta el número de personas afectadas (IFRC, 2004).

## IX Bioética aplicada ante un desastre natural

La vinculación de entre los desastres y la bioética puede darse de forma general o específica, a elección del investigador en cada caso. Para ambos supuestos, destaca el trabajo elaborado por Francisco Javier León Correa en “Después de un terremoto. Bioética en situaciones de catástrofe” (2012), quien, a partir de la realidad sufrida en Chile, trata de exponer las “respuestas mínimas imprescindibles” de la actuación médica ante un desastre natural, pues como señala el autor “los escasos recursos médicos y/o la desorganización en terreno y el aumento de heridos en poco tiempo, crean un verdadero problema ético<sup>117</sup>” en la unidad de salud que actúa in situ en un desastre natural (León, 2012: 109-110). En estas situaciones dramáticas la Asociación Médica Mundial (AMM) recomienda “la selección de las medidas médicas [aplicadas] y las prioridades en el tratamiento y administración basados en un diagnóstico rápido y un pronóstico para cada paciente” (cfr. León, 2012: 110); aunque en todos los casos se aconseja actuar con prontitud, y se solicita que se haga con eficacia, dirigiendo un pronóstico específico para cada uno de los pacientes.

Ante los estadios del caos y la demanda de actuación con rapidez y eficacia, León Correa propone que se apliquen al menos unas determinadas “respuestas” mínimas e imprescindibles, como son:

---

<sup>117</sup> Al realizar una búsqueda en Google en español de trabajos elaborados sobre Bioética y desastres naturales, la mayoría de ellos alude a la ética médica, por encima de hacerlo sobre la bioética en particular, que no es sólo ética médica. El mayor número de estos trabajos son elaborados en América Latina en Chile, seguido por México. Es una problemática que se ha desarrollado principalmente a partir de la segunda década del siglo XXI, es por tanto una especialidad reciente, como lo muestra la convocatoria de la “Primera Jornada de bioética y desastres naturales”, organizada por CELABIH, en Puerto Rico, en 2018.

- 1 Promover los derechos humanos y la equidad.
- 2 Participación de las poblaciones afectadas, a partir de la competencia y autonomía.
- 3 “Ante todo, no causar daños no intencionales”
- 4 Aprovechar y maximizar los recursos y capacidades disponibles.
- 5 Sistemas de apoyo integrados, en busca de una mayor beneficiencia (León, 2012: 111).

Pero esta práctica médica de mínimos, desde la perspectiva de la bioética, alude en su mayoría (2, 3 y 5) a la teoría principalista<sup>118</sup>, ideada por Beauchamp y Childress (1979). El principio de no maleficencia, que determina el no lesionar la integridad física y/o moral del ser humano (aparece reflejado en el punto 3 de León Correa). El principio de beneficiencia, que marca procurar el bien a aquél de quien me siento responsable, respetando sus propios valores y proyectos de vida (corresponde al punto 5 de León). El principio de autonomía que alude a que cada sujeto cuenta con sus propios principios y valores de vida (responde en parte a los puntos 1 y 2 de León). Y, el principio de justicia, que marca el deber de no discriminar a ningún ser humano (lo trata en un apartado distinto León Correa al referirse a “la protección social y jurídica de los damnificados”, León, 2012: 111-112). En este último supuesto, León Correa como se aprecia en su título alude indirectamente al principio de justicia, pero asimismo también lo hace lo que el propio León Correa denominó en 2005 “Una bioética social...”. Este tipo especial de bioética propia de la desarrollada principalmente en América Latina: Argentina, Colombia y Chile, desde la última década del siglo XX, como analiza Fernández-Carrión en “Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana” (2017a: 17-40).

“La protección social se logra activando y fortaleciendo las redes sociales y los mecanismos comunitarios que reducen los riesgos y satisfacen necesidades inmediatas” (Slim, Bonwick, 2005); pero este apoyo es “una responsabilidad colectiva de los Estados, las poblaciones afectadas y quienes prestan asistencia humanitaria” (ALNAP, 2003); pero en la realidad esta

---

<sup>118</sup> Al igual que lo hace Arango et al. en “Bioética del trabajo en desastres”, y en particular en el apartado dedicado a los “Ejercicios de la bioética en desastres” (2001: 49-50).

“responsabilidad” no es compartida por igual por ambas partes: Estado y población, como lo propone ALNAP (Red de aprendizaje activo para la rendición de cuentas y el rendimiento)<sup>119</sup>, pues todos los gobiernos que pueden (y el México en particular, hasta la llegada al poder de Obrador, en 2019) eluden dicho compromiso, interviniendo en los desastres nacionales mal y tarde (como se ha analizado de forma extensa para el caso mexicano anteriormente). Normalmente, por la falta de responsabilidad del estado en participar directa y activamente en las catástrofes, desde un principio, la tarea recae directamente sobre los propios afectados y el resto de población que cuenta con un grado de humanidad; por ello, sin sentir vergüenza propia ni ajena ALNAP, dirá a este respecto, que

En gran parte se logra cuando los residentes locales se organizan entre sí para responder a las amenazas, y por ende, cobran conciencia de que pueden valerse por sí mismos y pueden contar con mecanismos sostenibles de defensa de sus derechos (ALNAP, 2003);

pero esta actuación ciudadana no es en defensa de sus derechos exclusivamente, sino como el único recurso que se le presenta políticamente para salir adelante y superar los efectos dramáticos de los desastres naturales (FC).

En resumidas cuentas, desde una perspectiva social de la bioética, León Correa demanda de

---

<sup>119</sup> ALNAP fue fundada en 1997, cuya secretaria se encuentra instalada en el Instituto de Desarrollo de Ultramar en Londres, y entre sus miembros se encuentran agencias y personas de “cinco grupos claves” que conforman el sector político internacional, entre otros: AECID; AusAID; Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional; DANIDA; DFID; Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea; Irish Aid; Jica; Ministerio de Asuntos Exteriores, Alemania; Ministerio de Asuntos Exteriores, Países Bajos; NZAID; Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo; Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional; Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación. Agencias de la ONU: FAO, OCHA, UNICEF, PNUD, ACNUR, OMS, PMA. Movimiento de la Cruz Roja, Media Luna Roja, Cruz Roja Británica, CICR y FICR. Además de varias ONG internacionales y nacionales, y establecimientos académicos, instituciones de investigación y consultores independientes.

La seguridad, la dignidad y la integridad son conceptos fundamentales en el derecho humanitario internacional y también son fundamentales para el enfoque médico y la acción humanitaria. [Lo que unido con] La protección jurídica promueve la dignidad, la valía personal y la seguridad, y fortalece la responsabilidad social (León, 2012: 111).

### X Bioética y voluntades anticipadas

Otro aspecto de la bioética en relación a los desastres humanos y las catástrofes naturales, vendría marcado por la elaboración y ejecución de las voluntades anticipadas o testamentos vitales, como trabaja en situaciones de normalidad vital, por ejemplo, Juan Carlos Siurana en *Voluntades anticipadas* (2005), o Núria Terribas-Sala (2017: 41-57) y Fernández-Carrión (2017b: 59-80). Aún no se aprecia trabajos que vinculen las voluntades anticipadas en un estado excepcional, como es estar ante un desastre, tal como se ofrece en el actual volumen *II Desastres, voluntades anticipadas y bioética*, donde aún sin relacionarse directamente, como propone que se haga Fernández-Carrión, si se muestra indirecta al presentar Octavio Márquez Mendoza los dos temas agrupados en un mismo volumen, en el presente libro.

Indudablemente, de ser una población previsora, a cierta edad o en determinadas circunstancias de peligro (estado de guerra, etc.), cada persona podría tener elaborada su testamento vital o voluntad anticipada y conservaría una copia en el hospital público o privado al que normalmente asiste, para tener previsto las condiciones de muerte deseadas, tanto en situaciones normales del día a día en su vida, como en circunstancias especiales causadas por un inesperado desastre natural...

Para la comprensión de la historia de la bioética en América Latina, en particular, se puede atender el escrito de Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. en la "Historia de la bioética en América Latina. Una bioética en dos fases" (2015: 199-228) y para apreciar su desarrollo en otras partes del mundo y en distintos tiempos históricos se puede considerar los textos de diferentes autores publicados en el mismo libro intitulado *Historia ilustrada de la bioética*, de Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (edición y coordinación, 2015).

A nivel general, se puede especificar que la bioética en la

actualidad tiene tres formas de interpretarse y aplicarse: la teoría principalista norteamericana, iniciada por Beauchamp y Childress, en *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica)*, en 1979 y desarrollada fundamentalmente en los países anglosajones; la teoría personalista, propuesta en Europa por Paul Schotsmans, en “Personalism and policies” (1999) y la teoría social, bosquejada inicialmente por León Correa en “Una bioética social para Latinoamérica” (2005) y desarrollada con criterios unificadores por parte de Fernández-Carrión en “Historia de la bioética en América Latina” (2015) y ampliada por este último autor en “Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana” (2017: 17-40).

Acorde a los tipos de bioética existentes podríamos indicar que habría tres maneras de establecerse las voluntades anticipadas: principalista, personalista y social; aunque todas ellas tienen un común denominador marcado por la persona que la redacta, pensando fundamentalmente en su “buena muerte” (sin dolor y sin sufrimiento) o incluso en la llamada “muerte digna” o eutanasia; pero no eluden por ello en ningún caso a poner mayor énfasis en una perspectiva principalista, personalista o social (FC).

Las voluntades anticipadas o testamento vital “con función social” (FC), como indica en el título de su investigación y realiza María Isabel Rivera et al., se caracteriza en “El uso de un consentimiento informado único puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas: heterogeneidad del alfabetismo en salud en Chile [y que puede ser extensible al resto de países del mundo, si fuera esta su intención bioética]” (2017: 183-190). En dicho trabajo Rivera et al. se cuestionan sobre el grado de comprensión del consentimiento informado a partir de la existencia de distintos niveles de alfabetización, a lo que se le podría añadir la comprensión social a partir de los “Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento vital”, de Fernández-Carrión (2015: 59-80); pues las voluntades anticipadas normalmente se elaboran individualmente, con las diferentes capacidades de comprensión que ello conlleva y además se aplican dentro de un modelo cuya terminología aplicada no siempre comprende toda la población nacional. Por ello, Fernández-Carrión realiza una investigación comparativa en la construcción de un modelo común de voluntades anticipadas en hospitales públicos y privados en México, España y Gran Bretaña que se puedan tener en cuenta por igual a la hora de planificar el testamento vital y



escoger los elementos más apropiados para cada uno de los pacientes, que en América Latina está y debe estar aún más imbuido del carácter social, en demanda de más apoyo en la salud pública de los más necesitados.

Otro tema acorde a los desastres naturales sería el que trata Hamill Meléndez (edición) de *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano* (2009). En las circunstancias especiales de una catástrofe, la tanatología cumple el objetivo fundamental que es curar el dolor de la muerte y la desesperanza en el ser humano, como analiza varios autores en dicho libro, como es el caso particular de “Duelo y depresión desde el punto de vista tanatológico”, por parte de Hamill (2009: 201-216), “Cómo dar malas noticias”, por Hamill y Rayo Pichardo (2009: 171-183), “Cuidados paliativos”, por Hamill (2009: 91-103) o el “Síndrome de Burnout” o las circunstancias que experimentan el cuidador principal y el equipo de salud durante el cuidado de enfermos terminales o en fase terminal, por Encinas (2009: 185-199).

## XI Apéndice

### *XI.1 Desastre del 19 de septiembre de 1985 en ciudad de México*

Recuerdo cuatro movimientos de vaivén y a la gente corriendo hacia las escaleras. Yo no pude hacerlo porque algo me había tirado al suelo, no sé si una persona o un plafón. Lo cierto es que caí al piso de espaldas y que dos señoras cayeron luego sobre mí. Intenté pararme, pero ya no fui capaz: aunque en ese momento no lo sabía, tenía una pierna fracturada./ Tras esos segundos de desconcierto, el edificio se nos cayó encima, como si lo hubieran levantado por sus cimientos y lo hubieran agitado. Recuerdo un pedazo de losa que se me vino encima. Me tapé la cara con las manos y, al abrir los ojos, esa losa se encontraba tan solo a quince centímetros de mi cara./ Luego, todo se oscureció, había mucho polvo. Yo me cubrí la boca con mi playera para evitarlo. Cuando el polvo se asentó, ya pude echar un vistazo a mi alrededor y me encontré a dos señoras que lloraban y que se encontraban muy apretadas. Yo al menos gozaba de un poco más de espacio porque un escritorio cercano había amortiguado los derrumbes./ Acto seguido, encendí la lamparita de mi teléfono. Y, frente a nosotros, a unos tres metros, había cuatro o cinco cadáveres. La losa había aplastado sus cuerpos./ Fundamentalmente, me gano la vida colocando Tablaroca en los edificios. Pero cuando no me sale ningún encargo, hago trabajos de cerrajería. Y esa es la razón por la que aquel 19 de septiembre me encontraba en el cuarto piso del edificio en Álvaro Obregón, 286./ El día había empezado como cualquier otro. Después de tomar un café, hacia las nueve de la mañana se presentó una señora, a la que no conocía, para preguntarme si podía acercarme a esa dirección para un trabajo de

cerrajería. Le pregunté si sabía de qué se trataba, pero no me supo decir./ - Mi patrón quiere platicar con usted, la verdad es que no sé qué quieran./ - Ok, vamos./ Justo a mi llegada sonó la alarma sísmica, aunque el piso permanecía firme. La recepcionista de la oficina me comentó que solo se trataba de un simulacro, que no hacía falta que abandonara el edificio y que pasara a ver al jefe a su despacho(...)/ Mientras dejaba el despacho me encontré con que, por el simulacro, algunas personas aún bajaban por una escalera metálica, de caracol, especialmente angosta. Pensé que, en caso de una emergencia verdadera, aquella escalera sería demasiado estrecha./ Y hubo otra cosa que, echando la vista atrás, también me llamó la atención: yo ya había estado ahí antes y las plantas de ese edificio solían tener cuatro o seis columnas de carga. Sin embargo, al entrar esa vez, me pareció un salón de baile grandísimo. La planta se veía mucho más amplia. Ahora me pregunto si aquello tuvo algo que ver... Quién sabe./ A las 12 de la mañana, en mi taller, ya había terminado el encargo. Pero como había dicho que volvería a la una, hice duplicados de llaves y leí el periódico despreocupadamente./ Me presenté en el edificio a la hora acordada y empecé a colocar las piezas(...)/ Puse la primera pieza, pero la segunda no terminaba de encajar. En eso andaba cuando, sin sonar ninguna alarma, empezó el movimiento. Eran las 13:14, la hora del terremoto./ Tras el derrumbe, tuve que pedir calma a las dos mujeres que se encontraban junto a mí:/ -Cálmense, por favor. Estamos vivos gracias a Dios y si hay vida, hay esperanza./ Al poco tiempo, sonó una voz cercana./ -¿Cómo están?/ Era la voz de un señor./ -¿Eres tú, Toño? -le gritó Diana, una de las señoras que estaban conmigo. En realidad, Diana es una chamaca de unos treinta años. La otra señora, la primera que se tropezó conmigo se llama Angélica y trabajaba en la limpieza./ -Sí, aquí estoy -nos gritó Toño./ Nuestra larga espera para ser rescatados ya había comenzado. Desconocíamos cuánto tardarían en encontrarnos, si es que lograban hacerlo. No teníamos ni idea de cómo se encontraba el resto de la ciudad./ A menudo, las dos mujeres recordaban a sus hijos. Yo también pensé en mi hijo. Yo tenía un chamaco que, a los 17 años, se ahogó en el mar. Sinceramente, siento que él fue quien me ayudó en aquellas horas desesperadas./ También tengo tres hijas (de 33, 31 y 3 años) y un niño (que en diciembre cumplirá 5 años). Pensar en los dos pequeños me generaba muchísima angustia. Al fin y al cabo, mis dos hijas mayores ya podrían arreglárselas por su cuenta, pero, ¿qué sería de los pequeños en caso de que yo...?

Las primeras horas fueron las más desesperadas. La pierna izquierda no dejaba de dolerme. En mitad del silencio, en un momento dado, saqué mi celular y me tomé una foto, una de esas selfies. Pero no crea que fue por vanidad o morbo. En un momento pensé que, si mi familia no volvía a verme con vida, sería bueno que tuviera una foto de mis últimas horas./ Selfie en los escombros./ Conforme pasaba el tiempo, también nos daban ganas de ir al baño, pero no teníamos más remedio que orinarnos ahí, acostados. Solo podíamos excusarnos diciendo “con permiso”./ Estando ahí encerrados, la señora Angélica nos hizo prometer que, si salíamos con vida, el 12 de diciembre iríamos juntos a dar gracias a la Virgen de Guadalupe. La verdad, no creo que lo hagamos, porque ya he

perdido el contacto con ellos. De hecho, alguien me comentó que Angélica se marchó corriendo del lugar en cuanto la sacaron./ Calculo que eran las cinco o las seis de la tarde cuando oímos las primeras voces. Los cuatro gritábamos a pleno pulmón, pero nadie nos respondía. El sonido nos llegaba con claridad. Por ejemplo, supimos que habían encontrado a otra persona atrapada, quién sabe de qué piso. Pero a nosotros no nos escuchaba nadie./ No fue hasta las dos de la madrugada que notamos la presencia de los rescatistas junto a nosotros. Retiraron una lámina que estaba a nuestro lado y nosotros aumentamos los gritos de nuestras súplicas./ La persona que nos encontró nos dijo que se llamaba José./ -¿Cuántos son? -nos preguntaron./ -¡Cuatro! -gritó Diana./ -¿Cómo se llaman?/ -Martín, Angélica, Toño y Diana -no me acuerdo de sus apellidos, la verdad./ -¿En qué piso estaban?/ -En el cuarto./ Pasado un rato, ya sentimos cómo agujereaban la losa. Escuchábamos los golpes. Pum, pum, pum. Nos preguntaron si veíamos la luz de una lámpara, pero no veíamos nada. Teníamos los ojos cerrados porque, cada vez que daban un golpe, el polvo de la loza caía sobre nosotros.

Diana me transmitió su miedo a que golpearan tan duro, porque si la loza nos caía encima podría matarnos. Yo tuve que pedirle que aguantara, que de alguna manera tenían que sacarnos. Eso conllevaba riesgo, claro, pero nuestra única salida pasaba por que llegaran hasta nosotros./ De pronto, abrí los ojos y vi la luz. Pegué un grito, pero nos pidieron silencio. Empezaron a abrir un hueco y la señora Angélica, que era la más pequeña y chaparrita, fue la primera en salir. Había mucha maquinaria: sierras, picos, no sé cuántas cosas más. Estábamos como a cinco metros de la luz.

Yo fui el segundo en salir, aunque no fue fácil. Tuve que hacerlo de espaldas, porque la pierna me dolía mucho. Llegó un momento en que la losa me aplastaba y apenas podía respirar. Y también, a mitad de camino, me atoré con una de las sillas./ Me había atado una cuerda alrededor, y les pedí que jalaran con fuerza. Sentí un dolor muy fuerte en el hombro derecho, pero, por fin, después de muchas maniobras, logré salir. En ese momento me asomé a la oscuridad de la noche. Me colocaron sobre una escalera sostenida por dos personas. Volteé y me encontré con un precipicio enorme, como de cuatro o cinco metros. Sentí miedo, pero mi rescate ya estaba hecho.

Ya en la ambulancia, me dieron un teléfono para que hablara con mi familia. En el trayecto hasta la Cruz Roja de Polanco, donde me atendieron, también pensé mucho en mi rodilla y en mi futuro: ¿Cómo lograría volver a trabajar y sacar adelante a mis hijos?/ En el hospital me pusieron una placa, cuatro tornillos y dos clavos. Ahí fue cuando volví a ver a Toño. No estaba tan mal, a excepción de unos raspones y unos cortes por el cuerpo. Le pusieron suero y lo mandaron a su casa./ A una de mis hijas le dieron el presupuesto de mi operación: eran casi 27.000 pesos [unos 1.200 euros]. Hablé con mi hermano para que me prestara dinero, porque a mí no me alcanzaba. Pero llegó un joven libanés, que me saludó muy amablemente:/ -Mi tío es Carlos Slim y tenemos una fundación que se va a hacer cargo del material que haga falta para tu rodilla -me dijo./ El director de la Cruz Roja pasó a verme y también me dijo que, finalmente,

no tendríamos que pagar nada. Eso nos quitó un peso de encima. Además, ocho días más tarde, cuando abandoné el hospital, me regalaron las muletas./ Durante mi estancia en el hospital, también me visitó Miguel Mancera, el Jefe de Gobierno de la Ciudad de México. Aunque tengo la impresión de que solo vino para transmitir una imagen de alma caritativa./

Yo le dije que no podría trabajar durante mi reposo y que estaba preocupado por el sustento de mis hijos. Él me respondió: "Lo vemos, lo vemos..." Pero solo quedó en eso... Nada más. No he vuelto a saber nada del Gobierno.

Me vine a Querétaro, donde vive una de mis hijas, para recibir tratamiento. Aquí es más tranquilo y no tengo que subir escaleras. Mi hermano me mandó una rodillera metálica por paquetería y mis hijas me ayudan con los medicamentos./ Veo el futuro muy canijo, sobre todo por el tema de las deudas. Muchas personas me pidieron mi número de teléfono para ofrecerme trabajo, personas que se ven pudientes. Pero hubiera sido mejor que ellos me dieran los suyos, porque de esta manera nunca sabrán cuándo estoy recuperado./ A lo mejor vuelvo a trabajar de cerrajero, pero, como les dije en el hospital, me especializaré en las plantas bajas. No quiero volver a pasar por una situación así (cfr. Darinka Rodríguez, 2017).

## *XI. II Huracanes e inundaciones en Tampico, México, 4 al 30 de septiembre de 1955*

La ciudad de Tampico, con una población de 100 000 habitantes, sufrió los embates de los huracanes Gladys, Hilda y Janet los días 4, 19 y 30 de septiembre, respectivamente. Los vendavales y las inundaciones acompañantes se estima que causaron unas 3 000 muertes, destruyeron 4 800 casas y ocasionaron daños graves en otras 6 500. En el centro de la ciudad había 52 000 personas "indigentes" que estuvieron aisladas durante 8 a 10 días. En los edificios de la ciudad unas 20 000 personas más quedaron en igual situación por arriba de 15 días y en las áreas rurales entre 25 000 y 30 000 damnificados, también permanecieron en similares condiciones en un periodo de 3 a 4 semanas.

*De Hoyos* [7] visitó la ciudad después de que había pasado la situación de emergencia e hizo observaciones personales y realizó entrevistas durante unos 5 días. Los entrevistados fueron representantes de organizaciones que estuvieron presentes en el desastre, y algunas de las víctimas. De los entrevistados eran 14 víctimas que estuvieron aisladas en la zona central de la ciudad, en el área de la Plaza, y encontró que este grupo de gente había adoptado inicialmente un espíritu "casi festivo" pero que:

"Muchos de los entrevistados aceptaron que al continuar el desastre aumentó la tensión entre los que acampaban en la Plaza. Dicha tensión y el gran peso emocional acumulado al parecer se manifestaron en tipos simultáneos y extremos de conducta: apatía y agresividad..

Las noticias de personas que se suicidaban y de un número cada

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

vez mayor de víctimas del desastre causaban enorme depresión. Algunos informantes observaron que las reacciones pesimistas de la gente se incrementaban cuando se difundían entre ellas noticias de derrumbe de edificios".

204

Cuadro XXII. Razones para el contacto que hicieron las víctimas con las unidades de bienestar, después de las inundaciones de Brisbane (n = 2 235)

	Antes de la inundación	Después de la inundación	Agravadas por la inundación	Necesidades totales en el contacto inicial (conjunto de las que surgieron después de la inundación y las agravadas por ella)
Emocionales				
Depresión	38	213	24	237
Angustia	26	203	20	223
Neurosis	16	17	13	30(40) <sup>1</sup>
Psicosis	16	12	16	28
Choque	10	160	10	170
Relación padre/ Hijos	37	19	15	34
Relación esposo/esposa	43	19	23	42
Comunicación	40	1	7	8
Aislamiento	39	12	17	29
Colapso nervioso	11	21	5	26
Familia de 2 ó 3 generaciones	19	24	11	35
Casa con varias familias	9	11	9	20
Contactos preventivos/ de apoyo	1	201	1	202
Contactos de valoración	3	707	3	710
Necesidades materiales	21	807	20	827

Necesidades económicas	20	799	20	819
Necesidades de albergue	24	550	240	790(574)
Salud	30	22	28	50
Alcoholismo	21	3	8	11
Senectud/enfermedad	101	19	56	75
Agotamiento	5	33	2	35
Enfermedades crónicas	123	10	38	48
Enfermedades agudas	21	18	21	39
Incapacidad física	77	6	34	40
Lesión	4	20	2	22
Nutrición	4	1	1	2
Total	759	3 908	644(428)	4 552(4336)

Tomado con permiso del Queensland Disaster Welfare Committee; comunicado del oficial ejecutivo [39]

<sup>1</sup> Los números entre paréntesis están como en la publicación original, y son corregidos para los totales.

"Después del tercer huracán se observó el máximo de agresividad que se manifestó en tres situaciones en que casi llegaron al zafarrancho. *De Hoyos* [7] indicó que guardaron relación con la falta de alimentos y de agua, y con la prohibición de las autoridades de que la gente saliera del área".

### ***XI.III Inundación de Brisbane, Australia, 27 de enero de 1974***

Las aguas en Brisbane cubrieron la tercera parte de la ciudad y obligaron a la evacuación de 8 000 personas. Cinco murieron, y se calculó que los daños ascendieron a 178 millones de dólares [31].

Se estableció el Comité de Bienestar Queensland para desastres, de tal forma que se contara con unidades para brindar información, orientación inmediata y apoyo a grupos de autoauxilio. El Comunicado del Oficial Ejecutivo [39], acerca de las actividades de tales unidades, describe la reacción de los organismos de bienestar ante el desastre, y algunas de las consecuencias psicológicas observadas por ellos entre las víctimas. El personal de trabajo social laboró en los centros de auxilio y supervisó a voluntarios. Se hicieron todos los intentos por entrar en contacto con todos

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

206

los hogares en Brisbane e Ipswich (ciudad vecina) que habían sufrido la inundación. Se pudo establecer contacto con más de 6 000 hogares. El número total de familias solicitantes de auxilio fue de 7 500 pero los registros de algunas de las unidades mencionadas fueron incompletos. La información acerca de las víctimas del desastre de dichas unidades se obtuvo de visitas a casas de éstas realizadas por parte de trabajadoras sociales o voluntarios.

Los problemas sociales señalados por tales contactos pertenecieron a tres categorías: 1) problemas previos a la inundación, a las cuales la gente pensaba que se habla ajustado razonablemente; 2) problemas causados por la inundación, en cuanto a salud, funciones personales, situaciones materiales y financieras, y 3) problemas agravados por la calamidad (problemas preexistentes que reaparecieron de forma aguda después de ella).

Las tablas II y III señalan la información obtenido de las afectadas por la inundación. El cuadro II indica la naturaleza de las necesidades expresadas por las víctimas, y la importancia relativa de las necesidades emocionales en relación con la salud, aspectos materiales y de otro tipo. La tabla III identifica las razones específicas para acudir a los servicios de bienestar en el área inundada, aducidos por 2 235 víctimas. La única clasificación de "trastornos emocionales" en este estudio aparece en los dos cuadros (XXII y XXIII).

Cuadro XXIII. Necesidades señaladas después de la inundación de Brisbane 11 febrero a 28 de mayo de 1974; 6 007 viviendas y familias

Naturaleza	Antes de la inundación	Causadas por la inundación	Agravadas por la inundación	Total <sup>1</sup>
Emocionales	408	1 623	315	1 938
De salud	826	307	447	754
Materiales	103	8 804	102	8 906
Otras	165	1 068	65	1 133
Total	1 502	11 802	929	12 731

<sup>1</sup> Las cifras totales de esta columna son las necesidades nacidas de la inundación, además de aquellas agravadas por tal situación. Las necesidades materiales son: económicas, sociales, de seguridad, de beneficio, moblaje, dificultad con reparaciones de la casa; otras necesidades incluyen: dificultades idiomáticas, necesidad de información o envío; entre las necesidades registradas están las expresadas por las víctimas o detectadas por personal del departamento de bienestar en las unidades de auxilio en las inundaciones (con base en la referencia 39)

Miguel-Héctor Fernández-Carrión

## Bibliografía

- ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados) (2017) “Los mayores desastres naturales del siglo XXI”, ACNUR, UNHCR, 207  
<https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/los-mayores-desastres-naturales-del-siglo-xxi>.
- Ahearn, Frederick L., Cohen, Raquel E. (compiladores) (1984) “Theories of Disaster and Disaster Behavior”, *Disasters and Mental Health: An Annotated Bibliography*, Washington, 1-140.
- Alisedo, Pedro José (1985) “Ni las comisiones oficiales saben de la ayuda recibida; anarquico reparto”, *Proceso*, 5 octubre, <https://www.proceso.com.mx/142151/ni-las-comisiones-oficiales-saben-de-la-ayuda-recibida-anarquico-reparto>.
- Allier Montaño, Eugenia (2018) “Memorias imbricadas: terremoto en México, 1985 y 2017”, *Revista Mexicana de Sociología*, No. 80, 9-40.
- ALNAP (2003) “Manual para la participación de poblaciones afectadas por la crisis en la acción humanitaria”, <http://www.alnap.org/publications/gshandbook/gshandbook.pdf>.
- Altamirano, Claudia (2015a) “Sobrevivir un terremoto”, *Nexos*, <https://www.nexos.com.mx/?p=26221>.
- (2015b) “Lo que el sismo reveló”, <https://www.nexos.com.mx/?p=26145>.
- American Psychiatric Association (2004), Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post traumatic stress disorder, Arlington, APA.
- Angulo, Laura (2013) “Las grandes catástrofes del nuevo milenio”, *La jornada*, 29 julio, <https://www.jornada.com.mx/2013/07/29/eco-l.html>.
- Arendt, Hannah (2016) *La condición humana*, México, Paidós.
- Arias Irueta, L.J. (2011) *La reducción del riesgo de desastres. El marco normativo boliviano*, La Paz, Bolivia, Memoria del taller cooperación italiana-FAO-Estado plurinacional de Bolivia, febrero, 61-74.
- Aróstegui, Julio (2004) *La historia vivida. Sobre la historia del presente*, Madrid, Alianza Editorial.
- Ávila Zesatti, Cristina (2017) “¿Una tragedia necesaria para el alma de México?”, *El país*, 25 de septiembre,



- [https://elpais.com/internacional/2017/09/26/actualidad/1506389171\\_855872.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/26/actualidad/1506389171_855872.html).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2015) *Indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos. Programa para América Latina y el Caribe*. México, <http://www.iadb.org> (parte de la información debe haber sido elaborada probablemente por Cardona, Omar Darío, al relacionarse tema, estilo de trabajo e institución patrocinadora)
- Banco Mundial (BM) (2005, 2010, 2011, 2012) “Datos”, <http://datos.bancomundial.org/indicador/BN.CAB.XOKA.GD.ZS> (2).
- BBC (2013) “¿Cómo predicen los animales los desastres naturales?”, *Revista BBC Focus*, 16 de noviembre, [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/11/131115\\_respu\\_estas\\_curiosos\\_16nov\\_wbm](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/11/131115_respu_estas_curiosos_16nov_wbm).
- Beauchamp, Tom L., Childress, James F. (1979) *Principles of Bio-medical Ethics*, Oxford University Press.
- Beauregard, Luis Pablo (2017) “Los partidos politizan la ayuda para las víctimas del terremoto”, *El país*, 25 de septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/25/mexico/1506370720\\_180981.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/25/mexico/1506370720_180981.html).
- Belmont, Fernanda (2014) “La leyenda maya sobre los temblores”, <https://culturacolectiva.com/historia/la-leyenda-maya-sobre-los-temblores> (Antonio Ramírez Granados, versión)
- Belmont, Jessica (2018) “Fortalecer Latinoamérica frente a huracanes, terremotos e inundaciones”, *El país*, 19 de abril, [https://elpais.com/economia/2018/04/20/actualidad/1524178824\\_599254.html](https://elpais.com/economia/2018/04/20/actualidad/1524178824_599254.html).
- Blaikie, Piers, Cannon, Terry, Davis, Ian, Wisner, Ben (1996) *Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres*, Panamá, La red. Red de estudios sociales en prevención de desastres en América Latina
- Bolin, Robert “Disaster Characteristics and Psychosocial Impacts”, *Disasters and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives*, Rockville, Maryland, 3-28.
- Brito, Jaime Luis (2017) “La contratista del “Paso de la Muerte”, a cargo de la reconstrucción en Jojutla”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 31-34.
- Bruner, Jerome (1996) *Realidad mental y mundos posibles. Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*, Barcelona, Editorial Gedisa.

Camhaji, Elías (2017a) “El sismo se sintió fuerte, pero lo más impresionante fue el pánico de la gente”, *El país*, Madrid, 8 septiembre,

[https://elpais.com/internacional/2017/09/08/mexico/1504883491\\_920281.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/08/mexico/1504883491_920281.html).

209

- (2017b) “La generación del sismo: más pobres, con menos oportunidades y decepcionados con el Gobierno”, *El país*, 27-X-2017,

[https://elpais.com/internacional/2017/10/26/mexico/1509031822\\_320557.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/26/mexico/1509031822_320557.html).

Cardona, Patricia, Ríos, Humberto, Salazar, Amilcar (1985) “La inexplicable agonía del Centro Médico”, *Unomásuno*.

[Cardona, Omar Darío] (2010) *Indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos. Programa para América Latina y el Caribe. Informe resumido*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

- (2008) “Indicadores de riesgo de desastre y gestión de riesgos: Informa resumido”, *BIB/IDEA Programa de indicadores para la gestión de riesgos para América Latina y el Caribe*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

- (2005) [Cardona] IDEA (2005) ”Sistema de indicadores para la gestión del riesgo de desastres: Informe técnico principal”, *Programa de indicadores para la gestión de riesgos BID-IDEA*, Manizales, Instituto de Estudios Ambientales de la Universidad Nacional de Colombia.

Carrillo Carrillo, José A., Márquez Mondaza, Octavio (coordinadores) (1990) *Manuel de procedimientos*, México, AMPAG. Textos mecanografiado, inédito.

Castillo Berthier, Héctor (2018) “Jóvenes, terremotos y cambio social”, *Revista Mexicana de Sociología*, 80(1), 233-239.

Cavo, Andrés, Bustamante, Carlos María de (1838) *Suplemento a la historia de los tres siglos de México, durante el gobierno español. Escrita por Andrés Cavo; preséntalo Carlos María de Bustamante como continuador de aquella obra*, México, C.M. de Bustamante.

Centro de Estudios del Trabajo (CET) (1985) *El terremoto del 19 de septiembre y los trabajadores mexicanos*, México, Centro de Estudios del Trabajo.

Centro de Instrumentación y Registro Sísmico A.C. (CIRES) (1985) “El sismo del 19 de septiembre de 1985”,

- 210 <http://www.cires.org.mx/1985+es.php>.
- Cervantes, Jesusa (2017) “El altruismo partidista viene con truco”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 25-27.
- Chang Urriola, Isaías ([2005]) “Consultoría: Indicadores de vulnerabilidad y desastres para América Latina. Proyecto 3. Resumen ejecutivo e informe final”, Isaías Chang Urriola-Consultor, [www.disaster-info.net/.../panama2005/.../isaias\\_chang\\_urriola/informefinalconsindvd/](http://www.disaster-info.net/.../panama2005/.../isaias_chang_urriola/informefinalconsindvd/).
- Cisneros, Roberto (2017) “México tiene una insuficiente cultura preventiva de desastres naturales”, *Expansión*, 21 junio, <https://expansion.mx/nacional/2017/06/21/mexico-tiene-una-insuficiente-cultura-preventiva-de-desastres-naturales>.
- Cohen, R. (1985) “Reacciones individuales ante desastres naturales”, *Bol Of Sanit Panam*, 98(2), 171-180.
- El comercio Perú* (2017) “Terremoto en México: Costo preliminar de reconstrucción supera los US\$2.000 mlls.”, 29 septiembre, <https://elcomercio.pe/economia/mundo/terremoto-mexico-costo-preliminar-reconstruccion-ronda-us-2-000-mlls-noticia-461467>.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (2005, 2010, 2011, 2012) “Interwp” (Bases de datos y publicaciones estadísticas), [http://interwp.cepal.org/cepalstat/WEB\\_cepstat/Perfil\\_nacional\\_economico.asp?Pais=MEX&idioma=e](http://interwp.cepal.org/cepalstat/WEB_cepstat/Perfil_nacional_economico.asp?Pais=MEX&idioma=e).
- Comisión Metropolitana [1988] cfr. Orozco, Jesús y Núñez de la Peña, Francisco J. (1988) *El terremoto: una versión corregida*, Tlaquepaque, Jalisco, ITESO.
- Committee to Protect Journalists (Comité para la protección de los periodistas, CPJ) (2012) “Desastres naturales”, <https://cpj.org/es/2012/04/desastres-naturales.php>.
- Coppel, Eugenia (2017a) “Así operó el sistema de alerta sísmica ante el terremoto de México”, *El país*, 8 de septiembre, [verne.elpais.com/verne/2017/09/08/mexico/1504896871\\_373935.html](http://verne.elpais.com/verne/2017/09/08/mexico/1504896871_373935.html).
- (2017b) “5 mexicanos cuentan cómo el terremoto los dejó sin casa”, *El país*, 24 septiembre, [https://verne.elpais.com/verne/2017/09/23/mexico/1506121193\\_346693.html](https://verne.elpais.com/verne/2017/09/23/mexico/1506121193_346693.html).
- [Corral, Mariana] (2014) “Mitos y leyendas sobre sismos”, Proyecto sismovideógrafo,

- <https://sismovideografo.wordpress.com/2014/08/05/mitos-y-leyendas-sobre-los-sismos/>.
- Cossío Díaz, José Ramón (2017) “La trampa del cambio climático”, *El país*, 19 de septiembre, 211  
[https://elpais.com/internacional/2017/09/19/mexico/1505849946\\_556990.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/19/mexico/1505849946_556990.html).
- Cumes, William (2017) “Temblor de 7.7 grados sacude Guatemala”,  
<https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/fuerte-sismo-sacude-guatemala>.
- Criado, Miguel Ángel (2017) “¿Por qué México es pasto de los terremotos?”, *El país*, 20 de septiembre,  
[https://elpais.com/elpais/2017/09/20/ciencia/1505919204\\_074699.html](https://elpais.com/elpais/2017/09/20/ciencia/1505919204_074699.html).
- Cruz, Mónica, Kadner, Marién (2017) “El terremoto revive el pánico del sismo de 1985 ocurrido en la misma fecha”, *El país*, Madrid, 20 de septiembre,  
[https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505867975\\_836562.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505867975_836562.html).
- Cruz Atianza, Victor M., Krishna, Shi, Ordaz, Mario [Grupos de sismología e ingeniería de la UNAM] (2017) “¿Qué ocurrió el 19 de septiembre de 2017 en México?”, *Ciencia UNAM, ciencia.unam.mx/leer/652/-que-ocurrio-el-19-de-septiembre-de-2017-en-mexico-*.
- De la Fuente, R. (1986) “Las consecuencias del desastre en la salud mental”, *Salud mental*, 9(3), 3-8.
- De la Madrid, X (1986) “IV Informe de gobierno”, Legislatura LIII, Año II, Período ordinario, Fecha 19860901, Número de Diario 3 (L53A2P1oN003F19860901.xml) No. Diario 3 encabezado LIII legislatura diario de los debates de la Cámara de Diputados del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, <http://cronica.diputados.gob.mx/>.
- Delgado, Álvaro, Tourliere, Mathieu (2017) “¿Por qué no traes comida?”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 28-30.
- Dewey, John (1975) *Naturaleza humana y conducta*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Dorado Herranz, Gonzaloe (2017) “Volcanes y terremotos: ¿relación o ficción?”, *Tierra y tecnología*, Colegio Oficial de Geólogos de España, Madrid <https://www.icog.es/TyT/index.php/2017/12/volcanes-y-terremotos-relacion-o-ficcion/>.

- 212 El economista (2017) “En Jojutla, donde el sismo se ensañó más con México”, <https://www.eleconomista.com.mx/politica/En-Jojutla-donde-el-sismo-se-ensano-mas-con-Mexico-20170919-0044.html>.
- Dynes, R.R., Quarantelli, E.L., Reps, G.A. (1980) “A perspective on disaster planning”, *Report Ser., 11* (Disaster Research Center, Ohio State University, Columbus)
- Encinas Reza, Jaime Enrique (2009) “Síndrome de burnout”, *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano*, Edna Martha Hamill Meléndez (edición), México, Corporativo Intermédica, 185-199.
- Evaluación de Riegos Naturales (ERN) (2017a) “Sismos de septiembre de 2017 en México”, <https://ern.com.mx/web/sismo19S.html?v.1.17>.
- (ERN) (2017b) “Nota de interés al respecto del sismo del 19 de septiembre de 2017”, *Sismos de septiembre de 2017 en México*, <https://ern.com.mx/web/sismo19S.html?v.1.17>.
- Excelsior* (2017) [temblor del 2017] cfr. Allier, 2018.
- (1985a) “La ciudad de México, Zona de Desastre. Miles de Víctimas”, 20 septiembre, Año LXIX tomo V, No. 24952.
- (1985b) Entrevista a Julio A. Millán, presidente de Consultores Internacionales y de la Comisión de Productividad de la Confederación de Cámaras Industriales (CONCAMIN), 29 de septiembre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 24.
- Expansión* (2007) “Sismos más importantes de México”, 13 abril, <https://expansion.mx/actualidad/2007/4/13/sismos-mas-importantes-de-mexico-1>.
- Farberow, Norman L., Gordon, Norma S. (1981) *Manual for Child Health Workers in Major Disasters*, Washington.
- Fariza, Ignacio (2017) “Otro 19 de septiembre, 32 años después: una probabilidad de uno entre 74”, *El país*, Madrid, 22 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/22/mexico/1506103248\\_749189.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/22/mexico/1506103248_749189.html).
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC) (2004) “Llamamiento”, IFRC, <https://www.ifrc.org/es/publicaciones/llamamientos/>.
- Fenichel, O. (1982) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Editorial Paidós, 141-153.
- Fernández-Carrión, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Miguel-

- Héctor (2017 a) “Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. (edición), Barcelona, Editorial Gedisa, 17-40.
- (2017 b) “Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento fiscal”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. (edición), Barcelona, Editorial Gedisa, 59-80.
  - (2017c) “Vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión adolescente”, *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*, Marcela Veytia-López, edición de Miguel-Héctor Fernández-Carrión, México, Editorial Torres Asociados, 11-104
  - (2015 a) “Antropoceno entre la realidad y la percepción transdisciplinar”, *Revista Vectores de Investigación*, 10 (10), 59-88.
  - (2015 b) “Historia de la bioética en América Latina”, *Revista Vectores de Investigación*, 11(11), 57-95.
  - (2009) “Andrés de Urnadeta a partir de su biografía”, *Andrés de Urnadeta: un hombre moderno*, Susana Truchuelo García (edición), Ayuntamiento de Ordizia, 233-250.
- Fernández Pérez, Salomón (2005) “A 20 años del sismo del 85”, EsMas.com, [www.esmas.com/noticierostelevisa/475689.html](http://www.esmas.com/noticierostelevisa/475689.html).
- Ferrater Mora, Josébn (1970) *Diccionario de filosofía abreviado*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- Fergusson, D. M., L. J. Horwood, J. M. Boden y R. T. Mulder (2014), “Impact of a Major Disaster on the Mental Health of a Well-Studied Cohort”, *JAMA Psychiatry*, 71(9):1025-1031.
- Ferri, Pablo (2018) “A un año del sismo, la vida en casas de cartón y tiendas de campaña”, *El país*, 19 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2018/09/19/mexico/1537310435\\_616074.html](https://elpais.com/internacional/2018/09/19/mexico/1537310435_616074.html).
- (2017) “México cuenta ya 96 muertos por el terremoto”, *El país*, 12 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/11/mexico/1505157398\\_686934.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/11/mexico/1505157398_686934.html).
- El financiero* (1985) 10 de octubre, cfr. Centro de Estudios del

- Trabajo, 1985, 23.
- Flores Farfán, José Antonio, Ramírez Célestino, Cleofás (2003) *El ajolote*, México, Era.
- 214 Foa, E. y M. Kozak (1986), "Emotional processing of fear: Exposure to corrective information", *Psychological Bulletin*, 99(1):20-35.
- Freud, Sigmund (1974) *Psicología de las masas*, Madrid, Alianza Editorial, 4 edc.
- (1970) *El malestar en la cultura*, Madrid, Alianza Editorial.
- Fritz, C., Marks, E.S. (1954) "The NORC studies of human behaviour in disaster", *J. soc. Issues*, 10, 26-41.
- Fuente, R. De la (1986) "Las consecuencias del desastre en la salud mental", *Salud mental*, 9(3), 3-8.
- Gaborit, Mauricio (2006) "Desastres y trauma psicológico", *Pensamiento psicológico*, vol. 2, No. 7, 15-39.
- Gaceta UNAM (2017) "El sísmológico, esencial para México", *Gaceta UNAM*, No. 4.908, 2 octubre, 3-11.
- Galea, S., A. Nandi y D. Vlahov (2005), "The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters", *Epidemiol Rev*, 27:78-91.
- Gallegos, Zorayda (2017) "Las víctimas del 19-S marchan contra la corrupción inmobiliaria", *El país*, 19 de octubre, [https://elpais.com/internacional/2017/10/20/mexico/1508457381\\_303305.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/20/mexico/1508457381_303305.html).
- Garaventa Myers, Diane (1985) "Helping the Helpers: A Training Manual", *Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers*, Rockville, Maryland, 45-136.
- García, Jacobo (2017) "La solidaridad que mueve escombros y rescata niños", *El país*, 20 de septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505925840\\_115619.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505925840_115619.html).
- García Acosta, Virginia (2001) *Los sismos en la historia de México: El análisis social*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), t. II.
- García Acosta, Virginia, Suárez Reynoso, Gerardo (1996) *Los sismos en la historia de México: El análisis social*, México, UNAM, CIESAS, Fondo de Cultura Económica (FCE), t. I.
- García del Castillo, Mariana, Naranjo Mejía, Hernán (2016)

- “Factores influyentes en la vulnerabilidad ante desastres naturales en Bolivia 1980-2012”, *Investigación&Desarrollo*, Cochabamba, Bolivia, Universidad Privada Boliviana, 2(16), 1-16.
- Geniolandia (2017) “Los 10 desastres naturales más mortíferos del siglo XX”, <https://www.geniolandia.com/13061372/los-10-desastres-naturales-mas-mortiferos-del-siglo-xx>.
- Gil Olmos, José (2017) “Los cimientos podridos del boom inmobiliario”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 6-8.
- Hamill Meléndez, Edna Martha (edición) (2009a) *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano*, México, Corporativo Intermédica.
- Hamill Meléndez, Edna Martha, Rayo Pichardo (2009) “Cuidados paliativos”, *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano*, Edna Martha Hamill Meléndez (edición), México, Corporativo Intermédica, 91-103.
- (2009b) “Duelo y depresión desde el punto de vista tanatológico”, *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano*, Edna Martha Hamill Meléndez (edición), México, Corporativo Intermédica, 201-216.
- Hamill Meléndez, Edna Martha, Rayo Pichardo, María del (2009) “Cómo dar malas noticias”, *Tanatología y bioética: ante el sufrimiento humano*, Edna Martha Hamill Meléndez (edición), México, Corporativo Intermédica, 171-183.
- Hartsough, Don M. (1985) “Stress and Mental Health Interventions in Three Major Disasters”, *Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers*, Rockville, Maryland, 1-44.
- Hernández, Cristina (2017) “Lo salva su celular”, *Reforma*, 20 de septiembre de 2017
- El heraldo de México* (1985), 9 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 24.
- Herreros Ruiz-Valdepeñas, Benjamín, Bandrés Moya, Fernando (edición y coordinación) (2015) *Historia ilustrada de la bioética*, Madrid, Ademas Comunicación Gráfica, Universidad Europea et al., 199-228.
- Houaiss, Antônio, Villar, M.S. (2009) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*, Río de Janeiro, Instituto Antônio Houaiss de Lexicografía e Banco de Dados da Língua Portuguesa, Objetiva.
- Igartúa, Santiago (2017) “A la espera del rescate”, *Proceso*,



México, 24 septiembre, 14-16.

Instituto Belisario Domínguez-Senado de la República (2017) “Recuento de los daños 7S y 19S: a un mes de la tragedia”, [http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3721/2017\\_16\\_NE\\_Recuento%20de%20da%C3%B1os\\_231017.pdf?seque](http://bibliodigitalibd.senado.gob.mx/bitstream/handle/123456789/3721/2017_16_NE_Recuento%20de%20da%C3%B1os_231017.pdf?seque).

Instituto de Geofísica en colaboración con el Instituto de Ingeniería de la Universidad Nacional Autónoma de México (1985) “Informe y evaluación preliminar del sismo del 19 de septiembre de 1985”, 25 septiembre, [http://secre.ssn.unam.mx/SSN/Doc/Sismo85/sismo85\\_inf.htm](http://secre.ssn.unam.mx/SSN/Doc/Sismo85/sismo85_inf.htm).

Instituto Nacional de la Infraestructura Física Educativa (INIFED) (s/f) “[Mapa de amenaza sísmica]”, <http://www.inifed.gob.mx>.

The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank (IBRD/WB, 2012) *FONDEN. Mexico's Natural Disaster Fund-A Review*, Washington, [http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Almacen/libro\\_fonden.pdf](http://www.proteccioncivil.gob.mx/work/models/ProteccionCivil/Almacen/libro_fonden.pdf).

Jara, Estanislao (2018) “Los volcanes de Izta y Popo, y su leyenda”, *National Geographic España*, [https://www.nationalgeographic.com.es/fotografía/foto-del-dia/los-volcanes-izta-popo-leyenda\\_12188](https://www.nationalgeographic.com.es/fotografía/foto-del-dia/los-volcanes-izta-popo-leyenda_12188).

*La jornada* (1985a) “No se construirán hospitales en el primer cuadro”, 1 octubre.

*La jornada*, “Como siempre la solidaridad”, 20 de septiembre de 2017: 1

*La jornada* (1985b) 4 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22.

*Jueves de Excélsior* (1985) No. 3298, 3 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 24.

Krauze, Enrique (2017) “Por una comisión ciudadana de reconstrucción”, *El país*, 21 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/21/mexico/1506003335\\_944146.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/21/mexico/1506003335_944146.html).

Lafuente, Javier (2017) “México se une contra el dolor”, *El país*, 21 de septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505938521\\_769483.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/20/mexico/1505938521_769483.html).

Lafuente, Javier, García, Jacobo (2017) “Un fuerte terremoto

- sacude el sur de México”, Madrid, *El país*, 8 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/08/actualidad/1504847379\\_494928.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/08/actualidad/1504847379_494928.html).
- Leivesley, Sally (1989) “5. Reacciones psicológicas al desastre”, 217 *Epidemiología de desastres naturales*, Seaman, John, Leivesley, Sally, Hogg, Christine, México, Harla.
- (1977) “Toowoomba; the role of an Australian disaster unit.”, *Disasters*, 1, 315-322.
- León Correa, Francisco (2012) “Después de un terremoto. Bioética en situaciones de catástrofe”, *Revista Médica de Chile*, No. 140, 108-112.
- (2005) “Una bioética social para Latinoamérica”, *Agora Philosophica, Revista Marplatense de Filosofía*, 6(11), junio, 19-26.
- Loeza, Guadalupe et al. (2005) *Terremoto: ausentes/presentes. 20 años después*, México, Editorial Planeta.
- Lomnitz, Cinna (2001) “Prefacio”, *Los sismos en la historia de México: El análisis social*, Virgina García Acosta, México, CIESAS, UNAM, 7-9.
- Lystad, Mary (1985) “Mental Health Programs in Disasters: 1974-1984”, *Innovations in Mental Health Services to Disaster Victims*, Washington, 1-7.
- Macias, Sofia (2017) “A propósito del sismo en México, ¿tienes seguro de casa-habitación”, *El país*, 8 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/08/mexico/1504898430\\_326193.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/08/mexico/1504898430_326193.html).
- Maclean, J., J. Popovici, M. French et al. (2016), “Are natural disasters in early childhood associated with mental health and substance use disorders as an adult?”, *Social Science & Medicine*, 151:78-91.
- McDonald, R.K. (1977) “Earthquake disaster in Guatemala”, *Joint HIS/UNDR/WHO Seminar on Natural Disaster*, Manila, Mimeo.
- Madrid Hurtado, Miguel de la (1985) Discurso de Miguel de la Madrid Hurtado con motivo de los sismos de 1985, [https://es.wikisource.org/wiki/Discurso\\_de\\_Miguel\\_de\\_la\\_Madrid\\_Hurtado\\_con\\_motivo\\_de\\_los\\_sismos-de-1985](https://es.wikisource.org/wiki/Discurso_de_Miguel_de_la_Madrid_Hurtado_con_motivo_de_los_sismos-de-1985).
- Malarín, Héctor (2010) “Prólogo”, *Indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos. Programa para América Latina y el Caribe. Informe resumido*, [Omar Darío Cardona], Washington, Banco Interamericano de Desarrollo

(BID).

Manzo, Diana (2017) “Llegó a 78 la cifra de personas muertas por el sismo en Oaxaca; en el país van 98”, *La jornada*, 13 septiembre,

<https://www.jornada.com.mx/2017/09/13/politica/007n1pol>.

Marcial Pérez, David (2017) “Los murales anti-terremotos de Juan O’Gorman”, *El país*, 14 octubre, [https://elpais.com/cultura/2017/10/14/actualidad/1507995233\\_783964.html](https://elpais.com/cultura/2017/10/14/actualidad/1507995233_783964.html).

Márquez Mendoza, Octavio (2000a) “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Mariano García Viveros, Martha Yolanda Martínez Marroquín (directores académicos), Las Palmas de Gran Canarias, ICEPSS Editores, 507-516.

- (2000b) “Intervenciones diagnósticas y tratamientos en situaciones de desastre”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Mariano García Viveros, Martha Yolanda Martínez Marroquín (directores académicos), Las Palmas de Gran Canarias, ICEPSS Editores, 519-529.

- (compilador) (1993) *Desastres: efectos psicosociales y alternativas de intervención (vivencias técnicas y humanas del terremoto de 1985, en la Clínica de la AMPAG)*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.

- (2000c) “Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública”, *Salud mental, sociedad contemporánea*, Marcelino Castillo Nechar (coordinador), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 153-159.

- (compilador) (1986b) *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, AMPAG, abril, 2-9, 10-13 y 14-20.

Márquez Mendoza, Octavio, Carrillo, José A. (1990) *Manual de procedimientos*, México, AMPAG, inédito.

Márquez Mendoza, Octavio Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017) “Desastres naturales, psicoanálisis y rumores”, *Gaceta AMPAG*, 1(10), 238-240.

Márquez Mendoza, Octavio, Fernández-Carrión, Miguel-Héctor et al. (2015) “Historia de la bioética en América Latina. Bioética en dos fases”, *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas Fernando Bandrés Moya (edición y coordinación), Madrid, Ademas Comunicación Gráfica, Universidad Europea et al., 199-228.

Márquez Mendoza, Octavio, Juárez, Magdalena (1986c) *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre (Proyecto)*, México, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), mayo. Texto mecanografiado, inédito.

219

- (1986d) “Intervención en la comunidad de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), después de los sismos de septiembre de 1985. Experiencias y proposiciones”, ponencia presentada en el *Simposio Internacional Reconstrucción, prevención, intervención e investigación, aspectos psicosociales de la catástrofe*, promovido por el Consejo para la Enseñanza e Investigación en Psicología, y organizado por la Universidad Iberoamericana, 30 de junio y 1-2 de julio.

Márquez Mendoza, Octavio, Juárez, Magdalena, Lenz, Irene (1986a) “Notas para la Guía de ayuda psicológica en condición de desastre de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG)”, México, AMPAG, enero. Texto mecanografiado, inédito.

Marulanda, M.C., Cardona, Omar Darío (2006) *Analysis of the impact of small and moderate disasters at local level in Colombia*,

<http://www.proventionconsortium.org/printpreview.php?pageid=41&winnerid=>

25.

Médicos sin frontera (2017) “Desastres naturales”, <http://www.msf.mx/desastres-naturales>.

Medina Mora, M, Borges, G. Lara, C. et al. (2003) “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud mental*, 26(4): 1-16.

Mejía Madrid, Fabrizio (2017) “Los dos diecinueves”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 9-11.

*Metrópoli* (1985) 3 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22 y 25.

Migeo (2007) “Mitos antiguos sobre terremotos”, <http://www.migeo.pe/2007/07/13-mitos-antiguos-sobre-terremotos.html>.

Milenio (2017) “Murieron ocho extranjeros en derrumbes por sismo”, 22 septiembre, <http://www.milenio.com/estados/murieron-8-extranjeros-en->

- derrumbes-por-sismo.
- Milne, G. (1977) “Cyclone Tracy I Some consequences of the evacuation of adult victims. Aust.”, *J. Psychol.*, 4, 30-54.
- 220 Monsiváis, Carlos (2005 a) *No sin nosotros: los días del terremoto 1985-2005*, México, Era.
- (2005 b) “No sin nosotros. Los días del terremoto 1985-2005”, *Proceso*, 29 agosto, <https://www.proceso.com.mx/228892/no-sin-nosotros-los-dias-del-terremoto-1985-2005-por-carlos-monsivais>.
  - (1985) “La solidaridad de la población en realidad fue toma de poder”, *Proceso*, 23 septiembre, 6.
- Muñoz, Gloria (2017) “Los de abajo. El chilango chido”, *La jornada*, 20 de septiembre de 2017.
- Musacchio, Humberto (1985) *Ciudad quebrada*, México, Ediciones Oceáno.
- MXCity (2017) “Los sismos más impresionantes ocurridos en la historia de ciudad de México”, <https://mxcity.mx/2017/09/los-sismos-impresionantes-han-ocurrido-en-mexico/>.
- [Nararenko] Donntung.org (2011) “Plate Tectonics”, <http://masters.donntu.org/2011/igg/nazarenko/library/article1.htm>.
- Neomexicanismos (s/f) “La leyenda del ajolote y la creación del quito sol mexicana”, <http://neomexicanismos.com/mexico-prehispanico/ajolote-mexicano-axolotl-leyenda-azteca/>.
- Neruda, Pablo (1974) “Desastres”, Editorial digital Titivillus, [www.lectulandia.com](http://www.lectulandia.com), 25-26.
- Notimex (2017) “Septiembre, el mes con mayor registro de temblores en este año”, *Excelsior*, México, 28 octubre.
- Nuestro México (s/f) “Santa Cruz Tepenixtlahuaca, Oaxaca”, <http://www.nuestro-mexico.com/Oaxaca/Tataltepec-de-Valdes/Santa-Cruz-Tepenixtlahuaca/>
- Olivares, Emir (2013) “Parteaguas en protección civil, el terremoto de 1985”, México, *La jornada*, <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/03/04/1011629>.
- Olvera, Alberto J. (2017) “Los terremotos y la crisis política que viene”, *El país*, 25 de septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/25/mexico/1506365071\\_927488.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/25/mexico/1506365071_927488.html).

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2005) “Conferencia mundial sobre la reducción de los desastres naturales”, <http://www.un.org/spanish/conferences/wedr/2005/>,

- (s/f) “Día internacional para la reducción de los desastres. Antecedentes”, <https://www.un.org/es/events/disasterreductionday/brackground.shtml>. 221

Organización Panamericana de la Salud (2006), Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres, Washington, D. C., OPS.

- (2000) *Los desastres naturales y la protección de la salud*, OPS, <http://helid.digicollection.org/en/d/Jh0202s/>.

Orozco, Jesús, Núñez-De la Peña, Francisco J. (1988) “El terremoto: una versión corregida”, ITESO (Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente”, <http://hdl.handle.net/11117/181>.

Oxfam (2007) “Catástrofes naturales durante los últimos 20 años se cuadruplicaron. Nota de prensa”, <http://www.eluniversal.com.mx/internacional/56127.html>.

Pacheco, Cristina (1986) *Zona de desastre*, México, Ediciones Oceáno.

*El país* (2017) “Así hemos contado el terremoto en México”, *El país*, 26 de septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/24/mexico/1506265718\\_560344.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/24/mexico/1506265718_560344.html).

Panodi (2004) “Terremotos más mortíferos en la historia”, Aporrea.org, 26 de diciembre, <https://www.aporrea.org/actualidad/n54158.html>.

Peresbarbosa, Luisa (2008) “Efemérides de septiembre. Terremoto de México de 1985, El milenio, [www.milenio.com/node/81847](http://www.milenio.com/node/81847), 18-IX.

Pérez Campos, Xyoli (2017) “El sismológico afronta nuevos retos y necesidades”, *Gaceta UNAM*, 2 octubre, No. 4.908, 11.

Pérez Courtades, Luis (2015) “Habitantes de campamentos del 85 tendrán casa: Mancera”, México, *Excelsior*, <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/03/04/1011629>.

Pichon-Rivière, Enrique (1971) *Del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires, Editorial Galerna, II t.

Piña Barba, B., J. L. Torres Cosme, M. Prawd Witemberg y G. Pérez Reséndiz (1991), “Efectos psicológicos causados por

- los sismos de 1985 en estudiantes de medicina”; *Salud Pública México*, 33:266-277.
- Poniatowska, Elena (1988) *Nada, nadie. Las voces de temblor*, México, Era.
- Popol Vuh. *Las antiguas historias del Quiché* (1993), México, Fondo de Cultura Económica, 23 reimp. Traducción del original con introducción y notas de Adrián Recinos.
- Popovic, M., Petrovic, D. (1964) “After the earthquake”, *Lancet*. II, 1169-1171.
- Pouishock, S.W., Cohen, E.S. (1975) “The elderly in the aftermath of a disaster”, *Gerontologist*, 6, 357-361.
- Proceso* (1985) No. 465, 30 de septiembre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22.
- [Procuraduría ambiental y del ordenamiento territorial del DF. PAOT] (2017) “Reglamento de construcciones para el Distrito Federal”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 15 diciembre, [http://www.paot.org.mx/centro/reglamentos/df/pdf/2018/RG\\_TO\\_CONS\\_15\\_12\\_2017.pdf](http://www.paot.org.mx/centro/reglamentos/df/pdf/2018/RG_TO_CONS_15_12_2017.pdf).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005, 2010, 2011, 2012) “Indicadores nacionales sobre desarrollo humano”, <http://hdrstats.undp.org/es/paises/perfiles/MEX.html> (5).
- Prince, S.H. (1920) “Catastrophe and social change”, *Studies in history, economics and public law*, vol. 94, No. 1, AMS Press New York.
- Quarantelli, E.L. (1979) “The consequences of disasters for mental health. Conflicting views”, *Preliminary paper*, N. 62 (Disaster Research Center, Ohio State University, Columbus).
- (1960) “Images of withdrawal behaviour in disasters”, *Some basic misconceptions, Soc. Probl.*, 8, 68-79.
- Ramírez Cuevas, Jesús (2005) “Repercusiones sociales y políticas del temblor de 1985. Cuando los ciudadanos tomaron la ciudad en sus manos”, México, *La jornada*, 11 septiembre, <https://www.jornada.com.mx/2005/09/11/mas-jesus.html>.
- Reina, Elena (2017a) “Estamos vivos pero ya no somos los mismos”, el drama de los desalojados por el terremoto”, *El país*, 26 septiembre, [https://elpais.com/internacional/2017/09/26/mexico/1506390519\\_955422.html](https://elpais.com/internacional/2017/09/26/mexico/1506390519_955422.html).
- Reina, Elena (2017b) “Volver a la rutina, de camino a la

normalidad”, *El país*, 18 de octubre,  
[https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668\\_898496.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668_898496.html).

Ricoeur, Paul (1973) *Freud: una interpretación de la cultura*, 223  
México, Siglo XXI Editores, 2 edc. español.

Rivera, Iván (2011) “Cerro de la Tortuga: un sitio arqueológico con iconografía teotihuacana en la región chatina, costa de Oaxaca”,

[http://www.academia.edu/1513301/Cerro\\_de\\_la\\_Tortuga\\_un\\_sitio\\_arqueol%C3%B3gico\\_con\\_iconograf%C3%ADa\\_teotihuacana\\_en\\_la\\_regi%C3%B3n\\_chatina\\_costa\\_de\\_Oaxaca\\_2011](http://www.academia.edu/1513301/Cerro_de_la_Tortuga_un_sitio_arqueol%C3%B3gico_con_iconograf%C3%ADa_teotihuacana_en_la_regi%C3%B3n_chatina_costa_de_Oaxaca_2011).

Rivera, María Isabel (2017) “El uso de un consentimiento informado único puede ser inadecuado en investigaciones biomédicas: heterogeneidad del alfabetismo en salud en Chile”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. (edición), Barcelona, Editorial Gedisa, 183-190.

Rivero, Ma. Pilar (s/f) “Maya”,  
[clio.rediris.es/fichas/otras\\_maya.htm](http://clio.rediris.es/fichas/otras_maya.htm).

Rodríguez, Darinka (2017a) “¿Por qué el terremoto de magnitud 7,1 fue más devastador que el de 8,2?” *El país*, 21 septiembre,  
[https://verne.elpais.com/verne/2017/09/20/mexico/1505926048\\_434918.html](https://verne.elpais.com/verne/2017/09/20/mexico/1505926048_434918.html)

(2017b) “Pasé 12 horas rodeado de escombros, pero sobreviví al terremoto en México”, *El país*, 8 diciembre,  
[https://verne.elpais.com/verne/2017/10/12/mexico/1507784602\\_088232.html](https://verne.elpais.com/verne/2017/10/12/mexico/1507784602_088232.html).

Rodríguez García, Arturo (2017) “La tragedia y la indignación”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 6-8.

Rojas, Ana Gabriela (2018) “La ONU dice que la investigación de la desaparición de los 43 estudiantes de Ayotzinapa en México fue ‘afectada por torturas y encubrimiento’”, BBC, 15 marzo, <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43422705>.

Román, José Antonio (2017) “Suman mil 67 réplicas del sismo del 7 de septiembre: SSN”, *La jornada*, 11 septiembre,  
<http://semanal.jornada.com.mx/ultimas/2017/09/11/suman-mil-67-replicas-del-sismo-del-7-se-septiembre-ssn>.

Rousseau, Jean-Jacques (1999) *El contrato social: o los principios*



- del derecho político, *Elaleph*,  
<http://www.enxarxa.com/biblioteca/ROUSSEAU%20E1%20Contrato%20Social.pdf>.
- 224 Shaffer, Leslie (2017) “At least 32 die after massive quake off southern Mexico”,  
<https://www.cnn.com/2017/09/08/mexico-struck-by-earthquake-of-magnitude-8-tsunami-possible-usgs.html>. “The European-Mediterranean Seismological Centre (EMSC) said that the quake was also felt in Belize and Guatemala. It estimated that the population in the “felt area” was around 90 million people”.
- Sary Arango, G., Dora Cardona, G., Gildardo Londoño, M. (2001) “Bioética del trabajo en desastres”, *Revista Médica de Risaralda*, 7(1), mayo, 47-50.
- SASMEX (2017) “Alerta sísmica”, 7 septiembre, <https://twitter.com/SASMEX/status/906017633190895620>.
- Schotsmans, Paul (1999) “Personalism and policies”, *Ethical Perspectives*, 6(1).
- Seaman, John, Leivesley, Sally, Hogg, Christine (1989) *Epidemiología de desastres naturales*, México, Harla.
- Secretaría de la Defensa Nacional (2015) “Que es el Plan DN-III-E”, <https://www.gob.mx/sedena/acciones-y-programas/ques-es-el-plan-dn-iii-e>.
- Secretaria de Salud (2017) *Manual de protección civil ante casos de emergencia, contingencias y desastres del STCONAPRA*, <https://www.gob.mx/salud/documentos/manual-de-proteccion-civil-ante-casos-de-emergencia-contingencias-y-desastres-del-stconapra?state=published>.
- Servicio Geológico de Estados Unidos (edc.) (1985) “Historic Earthquakes: Michoacán. México: 1985 September 19.13:17:47 OCT: Magnitude 8.0” [http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/world/events/1985\\_09\\_19.php](http://earthquake.usgs.gov/earthquakes/world/events/1985_09_19.php).
- Servicio Sismológico Nacional (SSN) (2017a) “Reporte de sismo: Sismo del día 07 de septiembre de 2017. Chiapas (M 8.2)”, [http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes-especiales/2017/SSNMX\\_rep\\_esp\\_20170907\\_Chiapas\\_M84.pdf](http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes-especiales/2017/SSNMX_rep_esp_20170907_Chiapas_M84.pdf).
- (2017b) “Sismo del día 19 de septiembre de 2017, Puebla-Morelos (M7.1)”, 19 septiembre, <http://www.ssn.unam.mx/sismicidad/reportes->

- especiales/2017/SSNMX\_rep\_esp\_20170919\_Puebla-Morelos\_M71.pdf.
- (2017c) “Sismo 2017-9-19 Puebla-Morelos (M7.1)”, 20 septiembre, <http://www.ssn.unam.mx/>.
- Siempre!* (1985) 9 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22.
- Slim, H., Bonwick, A. (2005) “Protección: Una guía de ALNAP para las agencias humanitarias”, ALNAP, [www.psicosocial.net/...para.../359-proteccion-una-guia-de-alnap-para-las-agencias-hu\[...\].](http://www.psicosocial.net/...para.../359-proteccion-una-guia-de-alnap-para-las-agencias-hu[...].)
- Soberón G, Frenk J, Sepúlveda J. (1986) “The health care reform in Mexico: before and after the 1985 earthquakes”, *American Journal of Public Health*, 76(6), 673-680
- Solomon, Susan D. (1985) “Enhancing Social Support for Disaster Victims” (Social and community impacts of disasters), *Disasters and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives*, Rocville, Maryland, 107-121.
- Sica, Carlos ([2018]) “Supuestos básicos W. Bion”, [www.contencionemocional.com](http://www.contencionemocional.com).
- Sinembargo MX (2017) “Conductor de noticias interrumpe su programa tras alerta sísmica y recuerda el siniestro del 85”, 8 septiembre, <https://www.sinembargo.mx/08-09-2017/3303238>.
- Siurana, Juan Carlos (2005) *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Madrid, Editorial Trotta.
- El sol de Puebla* (2017) “En ascenso la cifra de muertos en Morelos y Puebla, epicentro del temblor”, 19 septiembre, <https://www.elsoldepuebla.com.mx/república/sociedad-2/sismo-de-7-1-grados-tambien-deja-afectaciones-en-estados-del-pais>.
- Tang, B., X. Liu, Y. Liu et al. (2014), “A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters”; *BMC Public Health*, 14:623.
- Televisa News (2017) “Si hubo tsunami; ocurrió 15 minutos después del sismo: UNAM-Televisa News”, <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/tsunami-ocurrio-15-minutos-despues-sismo-magnitud-8-2-unam/>.
- Terribas-Sala, Núria (2017) “Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor

- Fernández-Carrión et al. (edición), Barcelona, Editorial Gedisa, 41-57.
- Titchener, J.L., Kapp, F.T. (1976) “Family and carácter change at Buffalo Creek”, *Am- J. Psychiat.*, 133, 295-299.
- Trejo Delarbre, Raúl (2015) “Los libros que trajo el temblor”, *Nexos*, <https://www.nexos.com.mx/?p=4667>.
- Turati, Marcela (2017) “Rebeldía salvadora”, *Proceso*, México, 24 septiembre, 12-13.
- UNAM (1985) “Efectos de los sismos en la población”, *Gaceta UNAM*, septiembre, 1(43), 21-31.
- Unidad de la crónica presidencia (Presidente de la República) (1986) *Crónica del sexenio 1982-1988. Tercer año. Sobre tiro de las razones y las obras. Terremotos de septiembre*, México, Fondo de Cultura Económica, 493-581.
- El universal* (2017) “Se activa, por error, alerta sísmica en CDMX, descartan sismo”, 6 septiembre, <http://www.eluniversal.com.mx/metropoli/cdmx/se-activa-por-error-alerta-sismica-en-cdmx-descartan-sismo>.
- (2017b) “¿Por qué la alarma no sonó minutos antes del sismo?”, 21 septiembre, <http://www.eluniversal.com.mx/ciencia-y-salud/ciencia/por-que-la-alarma-no-sona-minutos-antes-del-sismo>.
- El universal*, “Plácido Domingo se solidariza una vez más con México”, 20 de septiembre de 2017.
- El universal* (1985) 3 de octubre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22 y 25.
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR) (2010) “Natural hazards, unnatural disasters: the economics of effective prevention 2010”, World Bank, <https://www.unisdr.org/we/inform/publications/15136/>
- United States Geological Survey (USGS) (2017) “Search Results”,

2search%22%3A%7B%22id%22%3A%221504861702105%  
22%2C%22name%22%3A%22Search%20Results%22%2C  
%22isSearch%22%3Atrue%2C%22params%22%3A%7B%2  
2starttime%22%3A%222000-01-  
01%2000%3A00%3A00%22%2C%22endtime%22%3A%22  
2017-09-  
08%2023%3A59%3A59%22%2C%22minmagnitude%22%3  
A8%2C%22orderby%22%3A%22time%22%7D%7D%2C%  
22sort%22%3A%22newest%22%2C%22timezone%22%3A  
%22utc%22%2C%22viewModes%22%3A%5B%22list%22  
%2C%22map%22%5D%2C%22event%22%3Anull%7D.

- (s/f) “[México]”, <http://neic.usgs.gov>. Unomásuno (1985) “El rito de las costureras, la voz de a necesidad”, *Unomásuno*, octubre.

*Unomásuno* (1985), 24 de septiembre, cfr. Centro de Estudios del Trabajo, 1985, 22.

Valero Alamo, Santiago ([1999]) “Psicología en emergencias y desastres. Una nueva especialidad”, *Monografías*, <https://www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml>.

Valls, Sergio (1985) “Informe del Diputado Sergio Valls Hernández Presidente de la Comisión Pluripartidista sobre donativos [extranjeros] del Sismo de 1985”, [https://es.wikisource.org/wiki/Informe\\_del\\_Diputado\\_Sergio\\_Valls\\_Hern%C3%A1ndez\\_Presidente\\_de\\_la\\_Comisi%C3%B3n\\_Pluripartidista\\_sobre\\_los\\_donativos\\_del\\_Sismo\\_de\\_1985](https://es.wikisource.org/wiki/Informe_del_Diputado_Sergio_Valls_Hern%C3%A1ndez_Presidente_de_la_Comisi%C3%B3n_Pluripartidista_sobre_los_donativos_del_Sismo_de_1985).

Vázquez, Jesús (2017) “Reunión sobre los desastres naturales”, *El economista*, <http://eleconomista.com.mx/entretenimiento/2017/05/18/reunion-sobre-desastres-naturales>, 18 mayo.

Villalobos, R. (1986) *Correlación de frecuencia y diagnóstico pre y posterior a una situación de desastre en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez*, México, UNAM, tesina.

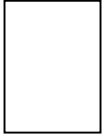
Vega, L, Ollinger, E, Zimerman, R. (1987) “La representación infantil de los sismos”, *Salud mental*, México, 10(1), 66-71.

Viveros Villareal, Andrés, Padilla, Luis Carlos (2015) “Las 31 peores catástrofes naturales de la historia reciente”, UDEA, Universidad de Antioquía (UDEA), <http://delaurbe.udea.edu.co/2015/03/27/las-31-peores-catastrofes-naturales-de-la-historia-moderna/>.

- Wallace, A.F.C. (1957) "Mazeway disintegration. The individual's perception of socio-cultural disorganization", *Hum. Org.*, 16, 23-27.
- (1956) "Human behavior in extreme situations. A study of the literature and suggestions for further research", *Disaster study*, No. 1, (Committee on Disaster Studies. National Academy of Sciences/National Research Council, Washington).
- Weber, Max (2004) *Economía y sociedad*, México, 15 reimp.
- Wilkinson, C. (1985) "The psychological consequences of disasters", *Psych. Ann.*, 15(3), 135-139.
- Wilkinson, C, Vera, E. (1985) "The management and treatment of disaster victims", *Psychiatric Annals*, 15(3), 174-184.
- Wolfenstein, M. (1957) *Disaster: a psychological essay*, Londres, Routledge&Kegan.
- Yáñez, Enrique (1985) ["Terremoto de México"], *Unomásuno*, cfr. [Porjuanka], "Terremoto de México de 1985. Efectos en la Ciudad de México", <http://bisiestos.blogspot.com/2015/09/terremoto-de-mexico-de-1985-efectos-en.html>.



**CAPÍTULO I**  
**DESASTRES NATURALES**



# 1 DESASTRES NATURALES Y LAS REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS. AYUDA PSICOLÓGICA EN CONDICIONES DE DESASTRES NATURALES<sup>120</sup>

## 1.1 Introducción

Los “Desastres naturales y las repercusiones psicológicas. Ayuda psicológica en condiciones de desastres naturales” fue en su origen una parte de la *Guía de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre*, de Octavio Márquez (compilador, 1986), posteriormente conforma el *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto*, de Octavio Márquez y Magdalena Juárez e Irene Lenz (1986a) y última inclusión en el libro *Desastres*, de Octavio Márquez (edición, 1993)<sup>121</sup>. Representó desde un principio un resultado valioso por las

---

<sup>120</sup> Subcapítulo 1 “Desastres naturales y las repercusiones psicológicas. Ayuda psicológica en condiciones de desastres naturales” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: *Notas para la Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG*, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez, Irene Lenz (enero, 1986); “Los desastres” (2-9), “Los desastres en México” (10-13) y “La acción humana en la situación de desastre”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre (Guía)*, Octavio Márquez Mendoza (compilador, abril, 1986, 14-20); “Introducción” (5-8), “Los desastres, desquiciantes actos de la naturaleza o del hombre” (9-17) y “Recomendaciones más relevantes”, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto (Manual)*, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez, Irene Lenz (mayo, 1986a, 36-40); “Intervención en la comunidad de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo –AMPAG-, después de los sismos de septiembre de 1985. Experiencias y proposiciones”, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez (junio-julio, 1986); “Los desastres”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (edición, 1993, 17-30) y “Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública”, *Salud mental, sociedad contemporánea*, Marcelino Castillo Nechar (coordinador, 2000, 153-159).

<sup>121</sup> Como se indica al inicio del *Manual* “este documento fue elaborado con base en los trabajos de la coordinación general” del “Programa de emergencia”, establecido con motivo de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985, a cargo de los médicos Magdalena Juárez, Irene Lenz y Octavio Márquez Mendoza (1986: 2), y formaron parte de la

experiencias derivadas de las acciones para la atención especializada urgente, brindada a la población de la ciudad de México, con motivo de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) y por su clínica, directamente involucrada en la atención a la comunidad.

Significó en ese momento el cumplimiento de un compromiso contraído con las personas que participaron en las reuniones de asesoría y de planeación de las acciones para la ayuda psicológica que permitieran afrontar la situación del desastre mencionado. Además fue el compendio de los planteamientos e iniciativas esenciales de los psicólogos, psiquiatras, psicoterapeutas y psicoanalistas que prestaron directamente su atención profesional a los damnificados.

La comisión y la coordinación técnica de la clínica AMPAG presentaron la *Guía* en abril de 1986 para la consideración de los lectores inmediatos de esos momentos. Su propósito fue invitarlos a la revisión y a la crítica de su contenido, con el fin de enriquecer y mejorar el testimonio para convertirlo en un punto de partida útil que ayudara a afrontar mejor y más organizadamente las situaciones de emergencia en el campo de la salud mental.

Después de un tiempo, más tarde, de haber probado la utilidad de sus contenidos, la *Guía* se presenta posteriormente bajo el título de *Desastres* (1993), protagonizado con la aplicación de las “Técnicas de psicoterapia breve”<sup>122</sup>, en grupo amplio y grupo

---

*Guía, Manual* y libro *Desastres* en los que es coautor, compilador o editor Octavio Márquez; pero, en los “Anexos” de la *Guía de organización para la ayuda...*, se alude al proceso seguido en la elaboración del “Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre” (1986) y *Desastres* (1993): el “Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre (27 de septiembre de 1985)”, de Octavio Márquez (Márquez, Juárez, 1986: 37-42 –número de paginación según se indica en el “Índice”, pero no aparece recogido en el interior de la *Guía*-); “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, de Juárez, Lenz, Márquez, Héctor Socorro (Márquez, Juárez, 1986: 43-63 –numeración señalada en el “Índice” pero no se incluye en el interior de la *Guía*-) y a los que hay que añadir las “Notas para la Guía de ayuda psicológica en condición de desastre de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo”, de Juárez, Lenz, Márquez (enero, 1986 b).

<sup>122</sup> Sobre este se incluye en el presente volumen los subcapítulos 6 y 7, dedicados al “Programa de psicoterapia breve” y “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas”, respectivamente.



pequeño.

El contenido del documento original consideró muchas de las inquietudes y sugerencias que la comisión de la clínica de la AMPag, recibió de la experiencia de colegas y, de manera particular, de los aprendizajes obtenidos por la coordinación general del “Programa de emergencia”<sup>123</sup> constituida para la atención psicológica a los damnificados e integrada por Irene Lenz, Magdalena Juárez y Octavio Márquez.

Durante la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985 convocada por AMPAG<sup>124</sup>, a la que asistieron representantes de siete instituciones invitadas, con un total de cinco cincuenta participantes aproximadamente fueron externadas preocupaciones fundamentales en cuanto a la atención psicológica organizada, que los especialistas y las instituciones de las que formaban parte estaban obligados a proporcionar de manera solidaria a la población en condiciones de desastre. Estas preocupaciones, tal como fueron expresadas en dicha reunión han sido incorporadas debido a su valor y trascendencia.

Es notorio destacar que, para la integración de la *Guía*, fueron utilizados diversos y muy variados documentos elaborados, traducidos y/o reunidos por colegas que dedicaron parte de su tiempo a las producciones de estas aportaciones; que en presente texto se han adaptado, con la finalidad de lograr que sea de utilidad para llevar a cabo la atención psicológica en situaciones de emergencia de diversa índole y sobre todo como una base de organización y consulta.

Por esta razón, al conformar la estructura de dichos contenidos se pensó que ésta puede ser un modelo cuya aplicación se realice según las condiciones concretas de cada institución con servicios de salud mental.

Aquí se sugiere una estructura de organización para situaciones de emergencia, pero además su contenido comprende información teórico-técnica que puede ser de utilidad para analistas de grupo, psicoanalistas, psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras,

---

<sup>123</sup> Como se indica al principio del *Manual* “el ‘Programa de emergencia’, [fue] establecido con motivo de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985, a cargo de los médicos Magdalena Juárez, Irene Lenz y Octavio Márquez Mendoza (1986a: 2),

<sup>124</sup> Encuentro a la que se alude en el “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, por parte de Magdalena Juárez, Irene Lenz y Octavio Márquez (*Guía...*, 1986).

personal de enfermería y trabajo social, estudiantes, padres de familia y voluntarios. Es decir, para aquellos que tarde o temprano deban asumir la tarea de auxiliar al resto de población en los casos de desastres.

En su origen este documento se envió como parte de la ayuda que el gobierno de México brindó al pueblo salvadoreño a raíz de las desgracias ocasionadas por los sismos de la primera quincena del mes de octubre de 1986. La Unidad de la crónica presidencial envió el documento original para contribuir a la ayuda psicológica en condición de desastre.

Ahora con un propósito más definido y con una dirección confirmada por la reflexión de la experiencia, se presenta esta aportación con una adaptación de los documentos originales que lleva, sin duda, la serenidad del deber cumplido y la calma que deja la lejanía de la angustia y del temor vivido.

Este trabajo lleva presente la preocupación por lograr que las nuevas generaciones del personal de asistencia y salud mental estén preparados para cualquier tipo de desastres sobre todo los naturales que son inevitables a corto plazo. Además de que se hagan conscientes de la imperiosa obligación de evitar los desastres provocados por las acciones humanas, como: explosiones, accidentes nucleares, incendios forestales, accidentes de transportación (aéreos, marítimos o terrestres), efectos de la guerra en poblaciones civiles, etc.

Se desea contribuir con el acervo de experiencias para evitar que los resultados de estos tipos de desastres sean tan devastadores en la salud mental y emocional de los ciudadanos expuestos a los efectos de desastres imprevistos.

La primera parte se inicia con el concepto general y práctico sobre los desastres y sus tipos más comunes. El desarrollo de esto se presenta en forma sucinta y se hace hincapié en los sismos que son, entre los desastres de origen natural, los más dramáticos y nocivos por la extensión territorial que afectan y por la cantidad tan elevada de pérdidas humanas y materiales que resulta, así como por los daños culturales que ocasionan.

Se hace una propuesta sobre la forma en que una institución con servicios de salud mental puede estructurar su organización y su personal con el fin de que exista una prevención para la organización y para la preparación de las personas que en ella labora con el fin de que posean elementos que les permitan actuar con una mayor eficiencia en la atención a la comunidad cuando los

resultados de un desastre se hagan ineludiblemente presentes.

También se presentan las técnicas de terapia breve para la atención de cuadros psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre, un programa de psicoterapia breve y la forma de preparar al personal de salud y asistencia para la atención emergente de ese mismo tipo de cuadros. Además de un modelo de intervención en situaciones de crisis con grupos de niños y padres.

Esta primera parte se cierra con una reflexión acerca del papel tan importante que tiene el psicólogo en la atención de las personas que se encuentran afectadas por las crisis que originan un desastre y por las crisis que crea el tipo de problemas socioeconómicos actuales, inherentes a la sociedad que nos rodea en este momento.

Le sigue, una segunda parte que se conforma con los resultados inmediatos obtenidos de la aplicación del “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”, que es propiamente un informe panorámico de la ayuda psicológica prestada en un caso de emergencia. Así como los resultados de la participación en el programa de formación de emergencia y en el modelo de intervención en crisis con grupos de niños y padres, con respecto al tipo de demanda que tuvieron y las motivaciones principales que se presentaron al asistir a ellos.

Aquí se señala la importancia del interés que tienen las instituciones avocadas al estudio de las psicoterapias. Interés reflejado tanto en la atención de la comunidad, como en la docencia y supervisión del trabajo terapéutico realizado en ese momento.

En el relato de algunas intervenciones psicológicas durante condiciones de desastre se aprecia la efectividad de las técnicas de terapia breve en situaciones de emergencia aplicadas, tanto en grupos grandes (hasta 190 personas), como en grupos pequeños.

En esta misma parte se manifiestan las reflexiones sobre la forma en que una familia o grupo de personas deben afrontar situaciones de crisis y la forma en que puede regresar a la normalidad de su vida cotidiana una vez que los efectos de un desastre le han afectado directa o indirectamente.

Se expone el concepto del rumor, sus características y su origen en una necesidad imperiosa de información que es propia de los sujetos y comunidades afectados por los diferentes tipos de desastres, así como los elementos psicológicos y los tipos más comunes de rumores. Además se presentan ejemplos de lo que un rumor puede ocasionar en la población afectada en caso de desastre,

sus intenciones y objetivos.

Esta segunda parte concluye con algunas referencias bibliográficas sobre las neurosis traumáticas, que se basan en el punto de vista de un especialista en este tipo de patología. Estas referencias constituyen un enlace con la tercera parte que contiene resúmenes, extractos científicos sobre los conceptos, características y procesos sobre las intervenciones en crisis, los puntos medulares para la ayuda psicológica en situaciones de crisis, sobre los principios psicosociales básicos para la ayuda psicológica de la asistencia social y sobre el tratamiento del duelo como un paso esencial y vital para el logro de la salud y el equilibrio tanto mental como emocional de las personas.

También se presentan aspectos prácticos ya probados en algunos desastres sucedidos un tanto recientemente en algunos lugares y países, aspectos prácticos para la ayuda de los niños y jóvenes en crisis originadas por desastres. Además de las medidas de seguridad que todo ciudadano debe tener presentes para sobrevivir en un terremoto en caso de que suceda.

Se concluye con algunos contenidos teóricos de carácter un tanto más profundo y de alguna manera más técnico sobre los elementos para el diagnóstico del estrés postraumático, las características de la neurosis traumática y la reflexión valorativa del estado actual en que se encuentra la epidemiología en los desastres como disciplina científica.

Se incluye en esta parte el trabajo realizado una síntesis y sistematización de las experiencias de la AMPAG durante los sismos de septiembre de 1985 a través de la aplicación del modelo teórico de la “Historia natural de la enfermedad” que se ha utilizado para problemas de carácter colectivo, y que ha sido empleado incluso en los niveles de atención en México, debido a la estructura y la lógica de sus componentes.

Con una bibliografía temática sobre el mayor número de aspectos que se presentan una vez sucedido un desastre, cuya utilidad indudablemente es y será importante.

Los contenidos incluidos, no agotan, ni con mucho, la problemática de la atención psicológica en condiciones de desastre. El carácter total de la compilación de temas tratados es introductorio –de invitación– a la vastedad de aspectos que aún quedan por estudiar y prevenir antes y durante las nunca deseadas circunstancias de desastre, y el gran número de acciones que debe aplicarse en la asistencia y en la prevención primaria, secundaria y

terciaria a la comunidad.

Es importante destacar que el pensamiento original del contenido del presente texto es de valor trascendente debido al interés humanitario y profesional siempre vigente hacia la comunidad afectada en ese momento directa o indirectamente por una situación de crisis originada por un fenómeno natural, imposible de predecir, y por su preocupación constante por evitar que las acciones humanas, no sean la causa de desastres, más lamentables porque en todo caso deben ser susceptibles de prevención.

## 1.2 Los desastres

Como ha venido sucediendo en diferentes partes del mundo, a lo largo de todos los siglos de su historia, y en particular en estos dos últimos siglos (XX y XXI), la población mexicana se ha visto estremecida por dramáticas experiencias de catástrofes acontecidas en diversas partes del país.

Entre otros, se puede aludir a los ciclones que arrasaron varias localidades del golfo de México en 1933 y 1955; los que destruyeron ciudades en diversas zonas del Pacífico; los sismos de 1957 y 1985 que, en menor o mayor grado, derrumbaron parte de ciudad de México y de otras ciudades del país; la violenta y magna explosión de san Juan Ixhuatepec... y el accidente aeronáutico de una compañía nacional son parte de los desastres naturales y humanos que han sacudido no sólo la conciencia sino movilizado esfuerzos y recursos económicos, humanos y de salud.

La información difundida en todos los ámbitos del país e internacionales, centraba su atención fundamentalmente en la cantidad de pérdidas humanas y materiales, sin tomar casi en cuenta las consecuencias psicológicas y sociales que todo desastre deja en los que sobreviven, inclusive en los que aparentemente no fueron afectados.

Después de cada uno de esos desastres, siempre hubo la ayuda casi inmediata, el heroico esfuerzo de algunos voluntarios por rescatar vidas, así como la solidaridad individual y grupal por auxiliar a quienes lo necesitan.

Fue a partir de los terremotos del 19 y 20 de septiembre de 1985, cuando la clínica de AMPAG, que tuvo una de sus más aleccionadoras experiencias de participación en la prestación de

servicios de salud mental para los habitantes de la ciudad de México, mediante su “Programa de ayuda psicológica en condición de desastre”.

En efecto, aunque en situación dramática, la experiencia obtenida constituyó una lección humana –para las instituciones privadas, públicas y la población en general– que, de ninguna manera, debe pasar inadvertida; en especial, para prepararnos a una mejor organización que permita a la AMPAG brindar una más eficiente ayuda psicológica en una nueva eventualidad de la naturaleza, como sucede posteriormente en 2017.

### ***1.2.1 Los desastres: fenómenos naturales o acciones humanas***

Un desastre es un suceso particularmente grave causado por fuerzas naturales o humanas que puede resultar física y psíquicamente traumático. Es una catástrofe que produce pérdidas humanas, materiales, económicas y culturales, además de ocasionar al ser humano gran angustia y dolor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al desastre de la siguiente manera: “Un desastre es una situación que implica amenazas imprevistas, graves e inmediatas para la salud pública”<sup>125</sup>.

El comité para los desafíos de la sociedad oderna (Comitee of the Challenges of Modern Society, CMSS) se refiere al mismo fenómeno caracterizándolo como “un acto de la naturaleza o del hombre cuya amenaza es una suficiente gravedad y magnitud para justificar asistencia urgente”<sup>126</sup>.

Sin duda, un desastre conlleva implícitas amenazas imprevistas. Por consiguiente, provoca la angustia de lo inesperado que produce fantasías de mutilación, de atrapamiento, de pérdida de familiares, depierta temor desquiciante de perder el equilibrio psíquico, o de morir. Un desastre es un fenómeno grave no solo porque destruye vidas y bienes materiales y culturales, sino porque propicia en quienes sobreviven a él, el dolor de la pérdida de familiares, amistades y conocidos, además de la angustia de perder “lo hecho durante años con el esfuerzo”. Propicia también

---

<sup>125</sup> Seaman, *Guía para la administración sanitaria de emergencia a raíz de desastres naturales* (s/f).

<sup>126</sup> Traducción de “The Epidemiology of Disasters” (1976, 421-426).

sentimientos de estar solo, de abandono, de impotencia para resolver la situación, que pueden conducir a trastornos por estrés posttraumático <sup>3</sup><sup>127</sup>.

Se trata de un suceso de gran magnitud porque trascienden los ámbitos individuales y adquiere una dimensión social y ecológica; es decir, rebasa la “suma” de los sufrimientos individuales y da lugar a fenómenos de malestar colectivo.

Un desastre es un acto o un hecho provocado por la naturaleza o por el hombre que transforma irremediamente su realidad. Por tanto, obliga a la asistencia urgente, ya que la acción inmediata puede evitar mayores consecuencias psicológicas, individuales y sociales.

### *1.2.2 Los tipos de desastres*

Las catastrofes pueden acontecer en sólo unos momentos y duran muy poco tiempo o varios días y meses. Una situación de desastre puede ser ocasionada por huracanes, tifones, tornados, temblores de tierra y terremotos, inundaciones, agujajes (olas enormes que acompañan a un terremoto o a vientos violentos), erupciones volcánicas, explosiones, accidentes nucleares, incendios, accidentes en transportes (aéreos, marítimos, terrestres), efectos de las guerras en poblaciones civiles, etcétera. Estos eventos causados por la naturaleza o por acciones humanas (como la guerra o actos terroristas) se caracterizan en general por la sorpresa de su aparición, por la intensidad y extensión de los daños materiales y humanos que provocan. Aunque algunos de ellos permiten establecer un cierto grado de previsión.

### *1.2.3 Etapas de desarrollo en los desastres*

El fenómeno del desastre presenta una gran variedad de diferencias en la intensidad y la extensión de los daños, lesiones y pérdidas de vidas humanas (incluyendo otras formas de vida biológica como animales y plantas). Ocasionando distintos grados de

---

<sup>127</sup> CFR, DSM-III, en el *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales* de la American Psychiatric Association (1980, 248-252).

desorganización e interrupción total o parcial de la vida familiar y comunitaria.

En los fenómenos de catástrofe pueden determinarse, de una manera general, etapas típicas en su desarrollo. Desde el punto de vista de los aspectos físicos del fenómeno de desastre, suele distinguirse las siguientes ocho etapas: 239

- 1 Condiciones previas al desastre.
- 2 Fenómenos de advertencia o aviso del fenómeno de catástrofe.
- 3 La amenaza real del fenómeno de desastre.
- 4 El impacto.
- 5 La tarea de inventario acerca de lo sucedido.
- 6 Las actividades de rescate.
- 7 Las tareas para remediar, sanar o corregir la situación provocada por los efectos del desastre.
- 8 Las prácticas de restablecimiento o recuperación.

#### ***1.2.4 Los tres tipos de síndrome en los desastres***

En otro orden de ideas, los estudios sociológicos sobre catástrofes distinguen tres tipos de síndromes o conjunto de síntomas:

- 1 De desastre.
- 2 De contradesastre.
- 3 De derrotismo.

Frente al desastre coexiste el contradesastre, que se caracteriza por un inusitado interés de las personas por revivificar sus sentimientos de solidaridad tanto mediante la prestación de servicios como por un genuino y positivo estímulo de reconstrucción. A su vez, el síndrome del derrotismo se configura por los sentimientos o las sensaciones de ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga de vivir, indiferencia, impotencia, desesperanza... y susto.

#### ***1.2.5 Reacciones emocionales típicas en la situación de desastre***

Para realizar el análisis psicológico de la situación de catástrofe, y



en especial para la tarea de las acciones psicoterapéuticas, es conveniente distinguir las reacciones emocionales que se presentan en las etapas típicas del desarrollo de la situación de desastre.

En el síndrome de desastre se presentan varias etapas:

- 1 Estado de sugestión.
- 2 Situación de euforia.
- 3 Ambivalencia entre uno y el otro estado.

El Instituto Nacional de Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norteamérica, cuenta con un *Manual* para las personas que trabajan en pro de la salud mental infantil en las situaciones de desastre, donde se presenta la clasificación de las reacciones emocionales correspondientes a las distintas fases de la situación de catastrofe, de la siguiente manera:

- 1 Fase heroica. Aparece de forma inmediata, en el momento en que sucede el desastre. En ella las personas trabajan conjuntamente para salvarse unos a otros y para destacar sus propiedades.
- 2 Fase de bienestar emocional (*Honeymoon phase*). Es relativamente corta, con una duración de dos semanas a dos meses, después del desastre, en la cual las víctimas sienten que salen a flote y se sienten alentadas por las promesas de ayuda gubernamental y comunitaria, ven en ella una oportunidad para restablecerse rápidamente.
- 3 Fase de desilusión, dura varios meses, un año o un poco más de tiempo. Presenta demoras y fracasos inesperados que enfatizan la frustración originada en la confusión burocrática. Las víctimas se concentran en sí mismas para reconstruir sus propias vidas y para resolver sus problemas individuales.
- 4 Fase de reconstrucción, que puede durar varios años, se caracteriza por la coordinación de esfuerzos individuales y comunitarios para reconstruir y restablecer el funcionamiento moral.
- 5 Reacciones individuales y colectivas en situación de desastre. En general, en la mayor parte de una catastrofe suelen presentarse ciertas reacciones humanas: individuales o de grupos (en forma espontáneamente o en las instituciones de manera organizada), que tienen más o menos las mismas

características típicas. Algunas de esas reacciones psicosociológicas provocadas por los desastres<sup>128</sup>, son las siguientes:

241

- Se exagera el temor a lo desconocido.
- Se propicia la confusión, desaparecen la definición y la claridad de roles y se asumen, voluntariamente tareas no realizadas con anterioridad.
- Aparece la desorganización social por falta de un liderazgo claro por parte de autoridades establecidas, y a veces éste es asumido por líderes espontáneos guiados por la idea principal de ayudar a salvar vidas humanas.
- Surgen o se agudizan formas particulares de manejar el impacto causado por el desastre. Entre estas formas están: el aumento de la religiosidad, la transformación de la actividad en pasividad y viceversa. Además, de la propagación de rumores, la organización civil espontánea y la discusión política por asumir el mando (aunque en algunos casos, con posibles intereses velados de lucha de poder).
- Se activan y dinamizan los mecanismos de defensas psicológicas, por lo menos en los primeros momentos de urgencia, como la negación de la realidad, de la gravedad de los efectos del desastre y el aislamiento de los afectos. Asimismo, se refuerzan los mecanismos “yoicos” y obsesivos, que son de utilidad para preservarse, al menos aparentemente, al margen de los impactos. Esto se hace evidente porque, en los casos de catástrofe, resulta más útil fortalecer las defensas que romperlas.
- Se presentan, como síntomas característicos: la recreación o reexperimentación del acontecimiento y la reducción de la capacidad de respuesta frente al mundo exterior; es decir, una reducción de la implicación con el mundo exterior, unida a una variedad de síntomas vegetativos, cognoscitivos y disfóricos (emocionales).
- Se pone de manifiesto qué brigadistas de primera línea, dirigentes de albergues y voluntarios acuden a centros de salud mental buscando más una terapia personal que una

---

<sup>128</sup> Con el título de “Algunas reacciones psicosociológicas provocadas por los desastres” son expuestas de forma diferenciada en el *Manual* (1986a: 12-14)

capacitación para brindar orientación elemental de carácter psicológico a los damnificados.

- Se suscitan, en cuanto a fenómenos grupales, comportamientos de diversa índole. Por un lado, demanda excesiva, pasividad, exigencias, inconformidad, voracidad, protestas, rivalidades entre grupos; por el otro, organización eficiente, solidaridad, cooperación y ayuda a los demás.
- Se manifiestan, en los casos de reacciones neuróticas agudas: angustias, irritabilidad y belicosidad, fácil fatigabilidad, y en los casos de reacciones de alarma-sobresalto: insomnio, pesadillas repetitivas, dificultades para concentrarse.
- Aunque depende mucho de la historia y personalidad de cada individuo, aparece en la población y aún en los terapeutas, en mayor o menor grado, el síndrome denominado “trastorno situacional agudo”, que se caracteriza por abrumación, impresionabilidad, euforia y también frustración. Sus manifestaciones son sentimientos de impotencia, depresión, locura, fragmentación, sobre exigencia, dolor y pesar. Miedo de no poder enfrentarse a la magnitud de los efectos, de sufrir “intoxicaciones emocionales” y miedo a no tener la preparación suficiente para el manejo de la situación.

### 1.2. 6 *Algunas reacciones sociales e instituciones en los desastres*<sup>129</sup>

En el contexto de estas experiencias de apoyo humanitario, se identifican una serie de reacciones sociales e instituciones, entre las que destacan las siguientes:

- Desaparecen diferencias y rivalidades entre individuos, grupos e instituciones, principalmente entre quienes se encargan de la salud. Afloran la colaboración y la solidaridad masivas en diferentes niveles.
- Este fenómeno puede corresponder a reacciones que emanan de los grupos frente a un objetivo o enemigo común, que la psicología social ha estudiado en relación con las reacciones

---

<sup>129</sup> Con este mismo título aparece recogidas en el *Manual* (1986a: 15-16) mientras que en libro *Desastres* lo hace en el apartado igualmente titulado (1993: 20-25) y en el capítulo I de la *Guía* (1986: 3-6).

de los endogrupos frente a los exogrupos. Ante las amenazas externas, surge la cohesión, desaparecen las diferencias y se suscitan las actitudes heroicas.

- En forma espontánea o deliberada, aparecen rumores de múltiples tipos, que varían de acuerdo al predominio de las leyes que los rigen –informativa o expresiva-. En otras palabras, rumores que se apegan más o menos a la realidad o que buscan una determinada reacción emocional<sup>130</sup>.
- Se origina una confusión en cuanto a las demandas de asistencia profesional<sup>131</sup>.
- Se cae fácilmente en la duplicidad de funciones, pues la descoordinación entre instituciones propicia que varias de ellas destinen especialistas para la ayuda psicológica en el mismo lugar. Durante la situación de emergencia, se presentan casos en que hay una concentración de terapeutas excesiva en un solo sitio. Esto puede provocar conflictos de poder, sentimientos de frustración, de inutilidad o de pérdida de esfuerzos. O puede, por lo contrario, originar el fortalecimiento de la colaboración y la eficiencia cuando alguien organizaba bien los servicios.
- Son frecuentes las solicitudes de asesoría in situ por parte de quienes se encuentran en problemas en el desempeño del trabajo terapéutico debido a la falta de experiencia en la ayuda psicológica en casos de desastre o por carencias formativas.
- Son previsibles, por falta de preparación previa, las dificultades de integración, información y organización del equipo asistencial. Ello se traduce en situaciones problemáticas con los damnificados que son a menudo de

---

<sup>130</sup> Por ejemplo, en la situación de desastre en México, en 1985, se destacó particularmente un rumor sobre la predicción de sismos en fecha e intensidad determinadas. Esto produjo situaciones de gran alarma en la población porque le revivía el hecho traumático. Este rumor obstaculizó tanto la evolución y resolución del impacto emocional como la continuidad de la vida cotidiana. Asimismo, en el sismo de 2017, se produce otro rumor, en este caso, el llamado “rumor de Frida Sofía”, estudiado, por ejemplo, por Márquez Mendoza y Fernández-Carrión en “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores” (2017: 238-239).

<sup>131</sup> Por su naturaleza las instituciones con servicio de salud mental ofrecieron atención psicológica pero lo que la gente demandaba después del desastre era en realidad la solución a sus problemas inmediatos, tales como acciones de rescate, alimentos, resguardo y medicamentos.

difícil solución.

## 244 1.3 Los desastres en México

México, al igual que otros países ha sufrido la violencia y los efectos catastróficos inherentes a los fenómenos naturales o las acciones humanas que pueden ser pensadas y experimentadas bajo el concepto de desastre. No ha padecido, es cierto, los efectos desastrosos de las dos grandes guerras mundiales que sacudieron con gran violencia al continente europeo, ni ha sido víctima de las acciones terroristas. Pero sí ha experimentado las situaciones extremadamente difíciles de la violencia de la guerra: la conquista, las luchas de independencia, las luchas de revolución y las intervenciones extranjeras.

La naturaleza también nos ha causado en algún momento dolor y pérdidas materiales y humanas, a través de ciclones, inundaciones, incendios, erupciones volcánicas, temblores y terremotos.

Un temblor es un estremecimiento de la tierra que se produce repentinamente, causando sacudidas y movimientos más o menos violentos en la superficie. Un temblor resulta desastroso como ningún otro fenómeno natural, sobre todo en lo que se refiere a la gran extensión que puede afectar en un corto tiempo. Generalmente, los temblores se producen por actividad volcánica y por choque de capas tectónicas. Varían dependiendo de la profundidad y la distancia del epicentro, la intensidad de las ondas sísmicas y obviamente de los daños que producen. De hecho hay temblores u ondas sísmicas cuyos efectos en la superficie sólo pueden ser captados por instrumentos sismológicos.

La explicación de los fenómenos sísmicos, en la historia, ha pasado desde el nivel de relatos supersticiosos, atribuyéndoles causas divinas o demoniacas, hasta complicados rangos de investigación científica, cuyos resultados se han publicado en una gran cantidad de textos, entre los que se pueden mencionar los siguientes: Keith E. Bullen, *Seismology* (1954), *An Introduction to the Theory of Seismology* (1963); Charles F. Richter, *Elementary Seismology* (1958) y P.J. Harta (edición) *The Earth's Crust and Upper Mantle* (1969). En español se encuentran los trabajos publicados por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y por el Instituto de Geofísica de la Universidad Nacional Autónoma de

México, relacionados con las zonas del distrito federal más frecuentemente afectadas.

### *1.3.1 Los sismos de septiembre de 1985*

Los temblores de septiembre de 1985, en el siglo XX, son tal vez los que más daños han causado material y físicamente. La falla geológica que se encuentra en la confluencia de tres placas sumamente activas (la norteamericana, la del Pacífico y la de Cocos) ha producido desde 1460 hasta 1985: 121 sismos registrados.

En el tiempo que ha transcurrido del siglo XX se recuerdan los siguientes años: 1911, 1932, y más recientemente 1957, 1978, 1979, 1981 y 1985. Este último ha sido, de acuerdo a diversas fuentes, y atendiendo al número de muertos, el más destructivo de todos. Por esta razón la ciudad de México, la más poblada de todas, y con ella otras de la república mexicana no podrán dormir tranquilas, hasta que los ciudadanos e instituciones posean los conocimientos más elementales que les proporcionen las medidas básicas e imprescindibles para controlar estos terribles momentos de condición de desastre.

#### *1.3.1.1 Los efectos de los sismos de 1985*

Los efectos intensamente destructivos de los sismos de septiembre de 1985 son conocidos por todos los mexicanos. Además de lo que quedó grabado en la memoria de cada uno, existe una gran cantidad de reportajes gráficos, programas de televisión, testimonios de diversa índole y material de escrito en libros y revistas.

Uno de los efectos, que no debe perderse, es la certeza imperativa de que ciudadanos e instituciones deben contar con la preparación adecuada para hacer frente a las situaciones de desastre. Además de que el sector de salud pública tiene la necesidad ineludible de saber qué hacer en circunstancias tan desafortunadas.

Un efecto positivo dentro de la tragedia vivida es que toda institución que ofrece servicios de salud pública ha sentido la necesidad de aprender a organizarse, y para ello se establece un protocolo de acción ante desastres; en el que se determina la forma de desarrollar la ayuda psicológica en estas condiciones

excepcionales, para la resolución del mayor número de casos. Y aprender sobre todo, ante la repentina aparición de la situación de desastre, a actuar orgnizadamente teniendo ya objetivos definidos y acciones específicas para que después de esto pueda venir la reflexión, el recuento de experiencias y la formulación de nuevas recomendaciones.

Así el efecto más importante y trascendente es pensar, preparar y actuar en la previsión: saber para actuar, actuar para prever, y prever para que la reconstrucción cuando haya que llevarla a cabo, sea menos difícil y penosa, todo ello recogido en un protocolo, guías y libros sobre desastres naturales.

#### **1.4 Conclusiones básicas sobre las ayudas humanitarias y de salud en momentos de desastres**

Como resultado de todas estas experiencias comentada en el presente capítulo, se puede concluir lo siguiente:

- Las situaciones de desastre, especialmente las ocasionadas por sismos, que repercute de forma inmediata e insitu sobre la población afectada, son hechos imprevisibles que se presentan siempre en momentos más inesperados.
- Las acciones de ayuda psicológica son imprescindibles para la población; en particular, para quienes han sido afectadas de alguna manera directa por fenómenos de la naturaleza o provocados por los seres humanos.
- La ayuda psicológica ha de ser brindada por especialistas tanto en el tratamiento de adultos en la atención a los niños, pues ambos grupos muestran reacciones distintas entre sí.
- El estudio profundo de las reacciones de los individuos, de los grupos y de la colectividad que viven las situaciones de desastre es imperativo, al menos a nivel teórico, no sólo para desarrollar una metodología más ágil y oportuna para la ayuda psicológica, sino con el propósito de lograr mayor eficacia de la terapia en las fases de tratamiento.
- La planeación y el diseño idóneo de cursos de capacitación es fundamental tanto para transmitir con oportunidad la teoría y la experiencia de la ayuda psicológica en condiciones de desastre como brindar el entrenamiento a los voluntarios y profesionales que ayudan humanitariamente que favorezca la

asistencia primaria, secundaria y terciaria a la comunidad afectada.

- La ayuda psicológica de parte de la clínica, y por extensión de cualquier institución sanitaria, ha de estar plenamente prevista para afrontar con decisión, prontitud, organización y eficacia las condiciones de desastre en el momento en que éstas se presentan.

Estos son algunos de los principales propósitos que se han perseguido también en la elaboración de la “*Guía...*” y del “*Manual para la ayuda psicológica en condicoines de desastre*” de la clínica de AMPAG y que para información general, y destinado a un mayor número de lectores e interesados en conocer unos lineamientos útiles en casos de desastre se publicaron con el título de *Desastres*, en 1993 y que actualmente se incluye en el presente libro.

Pero con el título de “VII. Propuestas” se matizan y se incluyen otras posibilidades de actuación a las indicadas anteriormente, como son:

- 1 Ante la imposibilidad de prevenir una inesperada situación de desastre, se hace imperativo que las instituciones —entre estas, por supuesto, se encuentra la de salud mental— estén preparadas para afrontar de forma organizada y oportuna los desastres por medio de dos procedimientos básicos:
  - A El de la organización institucional que ha de ser puesta en práctica en una situación de emergencia para favorecer una respuesta adecuada a los solicitantes de servicios médicos.
  - B Con la aplicación de un programa de emergencia que ha de prever las modalidades y características de los servicios que ofrece, con el fin de que las instituciones de salud mental adquieran una capacidad de cobertura no sólo más intensiva sino también más amplia, es decir, que los servicios puedan llegar a todos los lugares donde sean necesarios.
- 2 Ante el evidente desconocimiento generalizado de la diversidad o multiplicidad de reacciones que un desastre suscita en adultos, adolescentes y niños y, en particular, de los métodos de tratamiento psiquiátrico y psicológico que hay que aplicar en la terapéutica de cada tipo de reacción, es importante que las instituciones interesadas en la investigación científica sobre la salud mental dediquen



programas y recursos específicos o adicionales destinados a estudiara profundamente los fenómenos psicológicos que se presentan en la constitución de la neurosis trauamática y su tratamiento.

- 3 Es necesario tener previsto disponer del suficiente personal asistencial que, en un momento dado, pudiese intervenir en las actividades de ayuda psicológicas en un desastre. De igual forma, es indispensable que las instituciones de salud mental tenga diseñados cursos de capacitación para favorecer y facilitar las acciones de asistencia primaria, secundaria y terciaria a la comunidad.

Asimismo, es preciso que las instituciones educativas –en especial en sus áreas de psicología, medicina, psiquiatría, trabajo social, enfermería, y afines- estudien la conveniencia de desarrollar en sus aulas cursos o materias específicas –que podrían ser optativas- para preparar estudiantes en las labores asistenciales de ayuda psicológica en condición de desastre.

- 4 Ante la falta de conocimiento generalizado sobre qué se puede hacer para brindar ayuda psicológica elemental a personas en crisis durante la situación de desastre, es primordial que, mediante impresos y las redes sociales, se difundan recomendaciones tanto para la atención psicológica como para la orientación y educación de la comunidad.

Para concluir, se debe enfatizar que las proposiciones formuladas previamente son resultado de las experiencias obtenidas de las actividades de ayuda psicológica brindadas con motivo del desastre acontecido en México, en septiembre de 1985 y 2017. Estamos convencidos de que las acciones de esta naturaleza son aún más efectivas cuando, en un desastre, existe una estrecha y verdadera coordinación entre las instituciones, pues ello optimiza el aprovechamiento de las experiencias, de los conocimientos y de los recursos; en suma, acrecienta la capacidad de respuesta institucional a la comunidad afectada que demanda los servicios de urgencia (*Intervención en la comunidad...*, 1986: 10-11).

### **Bibliografía**

- Charles F. Richter (1958) *Elementary Seismology*, San Francisco, W. H. Freeman and Company
- Harta, P.J. (edición) *The Earth's Crust and Upper Mantle* (1969), American Geophysical Union.

- Seaman, J. (s/f) *Guía para la administración sanitaria de emergencia a raíz de desastres naturales: daciones y vendavales destructivos*, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- American Psychiatric Association [Robert L. Spitzer et al.] (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III (Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales)*, American Psychiatric Association, 3 edc., 248-252, <http://displus.sk/DSM/su-bory/dsm3.pdf>. CFR
- Bullen, Keith E. (1963) *An introduction to the theory of seismology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1954) *Seismology*, Londres, Methuen, New York, Wiley.
- Health and Human Services (Instituto Nacional de Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) (s/f) *Manua de diagnóstico y estadística de los trastrnos mentales*, <https://www.usa.gov/espanol/agencias-federales/departamento-de-salud-y-servicios-humanos>.
- Lechat, M.F. (1976) "The Epidemiology of Disasters", *Proceedings of Royal Society of Medicine*, vol. 69, No. 6, 421-426.
- Márquez Mendoza, Octavio (2000) "Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública", *Salud mental, sociedad contemporánea*, Marcelino Castillo Nechar (coordinador), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 153-159 (este último texto es un extracto de las "Notas para la Guía..." (1986b), "Intervención en la comunidad..." (1986), "Manual..." (1986a) y *Desastres* (1993)).
- (edición) (1993) "Los desastres", *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 17-30.
  - (compilador) (1986) "Los desastres", "Los desastres en México" y "La acción humana en la situación de desastre", *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, AMPAG, abril, 2-9, 10-13 y 14-20.
- Márquez Mendoza, Octavio, Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017) "Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores", *Gaceta AMPAG*, 1(4), octubre, 238-240.
- Márquez Mendoza, Octavio, Juárez, Magdalena (1986) *Intervención en la comunidad de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG, después de los sismos de septiembre de 1985. Experiencias y proposiciones*, AMPAG (junio-julio, sin publicar).
- Márquez Mendoza, Octavio, Juárez, Magdalena, Lenz, Irene (1986

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

250

---

- a) “Introducción”, “Los desastres, desquiciantes actos de la naturaleza o del hombre” y “Recomendaciones mas relevantes”, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto*, AMPAG (mayo, sin publicar), 5-8, 9-17 y 36-40.
- (1986b) “Notas para la Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG”, AMPAG (enero, sin publicar).

## 2 INTERVENCIONES DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO EN SITUACIONES DE DESASTRE<sup>132</sup>

### 2.1 ¿Cuáles son los objetivos y características de las intervenciones en crisis?

Parad (1996) definió “crisis” como un acontecimiento estresante específico e identificable. Es la percepción de un hecho con características importantes y amenazadoras. La respuesta que la persona presenta ante el acontecimiento y las tareas que haga para enfrentarse a él deben ser las requeridas para una adaptación exitosa (cfr. Márquez, 1993: 65).

Un concepto significativo es la importancia del valor subjetivo que la persona afectada le otorga al acontecimiento. Lindenman (1944) había observado el hecho de que los familiares que toman la catástrofe como una obra de la providencia, y no como una desgracia humana, puede soportar el duelo con mayor facilidad.

La intervención en crisis o el tratamiento de emergencias tiene como objetivo proporcionar un alivio inmediato al sujeto que se encuentra en estado de descompensación psicológica grave y que no es capaz de enfrentar la situación de estrés, sea de origen interno o externo, en que se encuentre.

Gerald Caplan (1985) relacionó el concepto de homeostasis con la intervención en crisis.

---

<sup>132</sup> Tema coincidente en parte con el contenido expresado en las “Técnicas de terapia breve para la atención de cuadro psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre”, *Desastres* (1993: 61-74), que según indica Márquez es resultado de una “adaptación” de “Algunas alternativas psicoterapéuticas para el tratamiento de individuos afectados por un desastre”, de Magdalena Juárez (Márquez, 1993: 316). “Fue necesario implementar estas técnicas sobre la marcha y en el mejor de los casos improvisar y tratar de sacar adelante la tarea con los recursos formativos previos de los cuales se disponía(...). Se presenta ta sólo un esbozo de algunas de las diferentes técnicas que pudieran ser aplicables par el tratamiento breve y de emergencia de pacientes. Existe el convencimiento de que el interés por el estudio e investigación de este tema, compartido con un sinnúmero de colegas, habrá de fructificar en una labor social más responsable y calificada en beneficio de nuestros semejantes y de nosotros mismos como profesionales de la salud mental” (Márquez, 1993: 316). Subcapítulo que fue publicado previamente por Márquez bajo el título de las “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre” (2000, 519-528).

Los factores fisiológicos o psicológicos causan la perturbación del delicado equilibrio homeostático, lo cual conduce al organismo del ser humano a una actitud que busca como objetivo resolver los problemas inmediatos que le aquejan y tiende a restituir el equilibrio preexistente. En esencia, el organismo se enfrenta con un problema que, a primera vista, no tiene solución inmediata.

La conducta de la persona cuando se encuentra en crisis atraviesa por las siguientes fases:

- 1 La conducta del individuo modifica al medio ambiente estresante y le permite al mismo escapar de él
- 2 Esta misma conducta le posibilita a dicha persona adquirir nuevas posibilidades de acción para modificar las circunstancias externas y sus secuelas.
- 3 Se presentan conductas intrapsíquicas que posibilitan al individuo defenderse contra la emergencia de emociones disfóricas.
- 4 Aparecen conductas intrapsíquicas con el fin de lograr adaptarse al acontecimiento traumático y a sus secuelas, mediante un reajuste interno.

Para realizar una intervención en crisis se deben tener en cuenta las siguientes características:

- 1 El paciente se trata cara a cara.
- 2 Se establece un límite de duración de la terapia, entre 6 y 10 sesiones.
- 3 La terapia es focal. El núcleo de intervención de la terapia de crisis se centra ante todo en la situación estresante. El trabajo con un foco implica dos reglas complementarias: la regla de atención selectiva hacia una parte del material que aporta el paciente y la regla de no prestar atención al resto.
- 4 Actitud de terapeuta. La intervención en crisis requiere de mucho apoyo por parte del especialista. Para poder restablecer la homeostasis. El terapeuta es más directo que confrontativo e interpretativo. Su función es dar apoyo y dirección.
- 5 Foco temporal. En la intervención en crisis, la mayor parte del trabajo se centra en el aquí y ahora, en el problema actual, cuya solución es el centro de los esfuerzos del terapeuta.
- 6 Contexto terapéutico. Además de la relación cara a cara,

pueden incluirse otras personas que forman parte de la red de apoyo familiar y social del paciente. Se puede emplear, también, la mediación.

- 7 Antigüedad de los síntomas. La crisis se refiere a situaciones de estrés, de corta duración de aparición. 253
- 8 Surgimiento de los síntomas. En las intervenciones en crisis se pone el acento en la gravedad de la sintomatología, partiendo de la idea de que:
  - A Se trata de pacientes que no requieren intención hospitalaria.
  - B Es posible tratarlos mediante la intervención en crisis, pese a que en algunos casos se trate de pacientes que puedan tener perturbaciones de personalidad relativamente graves. Porque en estas intervenciones el acento no está puesto en la perturbación duradera, sino en la gravedad del estrés.

En las intervenciones de crisis se trata de sustraer al paciente de los hechos inmediatos de una situación traumática.

## **2.2 ¿Cuáles son los puntos medulares para la ayuda psiquiátrica y psicoterapéutica en situaciones de crisis?**

Según la psiquiatría preventiva, el que una persona supere las crisis con más o menos fuerza no está necesariamente determinado por su carácter o su capacidad interna (de voluntad), sino por el tipo de ayuda que recibe durante la crisis.

El apoyo médico que necesita una persona es el estímulo de los que afectivamente están más cerca, para que ella reconozca el hecho de que está en crisis y se permita sentir: trastorno, contrariedad, perturbación, aflicción, e incluso, abatimiento. Para salir adelante en una crisis es necesario ser consciente, conocer la crisis, la única manera de olvidar es recordar.

## **2.3 ¿Cómo ayudar a salir de una crisis?**

- 1 Ayúdelo a confrontar la crisis. Ayude a la persona a hablar, a enfrentarse al peligro, a verbalizar sus temores, su aflicción y también a llorar.
- 2 Apoyélo a enfrentar la crisis en dosis manejables. Nadie es tan fuerte para encarar una realidad alarmante o peligrosas

sin aligerarla un poco, por lo tanto, el médico puede prescribir un tranquilizante para proporcionarle un período de descanso. Sin embargo, no debe hacerse un uso indiscriminado y continuo de los medicamentos, tranquilizantes durante la crisis, pues suavizar demasiado el impacto puede impedir o retardar una saludable adaptación y promover futuros problemas.

- 3 Facílele a encontrar los hechos. Esto es significativo en la medida que lo libera de fantasías o sueños alrededor de la crisis.
- 4 No lo tranquilice en falso. Una persona que está en crisis desea desesperadamente que le tranquilice en falso, sin embargo, eso no ayuda a nadie, al contrario, lo relega a un papel infantil y lo hace más débil en lugar de fortalecerlo. Lo que necesita es que le mostremos nuestra confianza en su fuerza para enfrentar, trabajar y superar la crisis.
- 5 No fomente el que culpe a alguien. El poder inculpar a alguien de su crisis tal vez le dé un alivio momentáneo, pero seguramente saldrá menos rápido de ésta y menos fortalecido.
- 6 Ayúdelo a aceptar ayuda. La persona que entiende que está en crisis, que tienen un problema, buscará ayuda y agradecerá recibirla. Entonces, está en el camino de la solución saludable de su conflicto emocional, no sólo porque la ayuda le beneficiará, sino porque también la aceptación es un síntoma del manejo saludable al estar en crisis.
- 7 Apóyelo un poco en sus tareas rutinarias. Especialmente si podemos dar esta ayuda con modestia, sin pretensión, sin sugerir que la persona que la requiere y a quien estamos ayudando está débil e incompetente. Esta atención simple y sencilla se considera un gran factor de apoyo.

#### **2.4 ¿Cuáles son las recomendaciones para la atención psicológica y psiquiátrica?**

- 1 Atender de manera especial a los pacientes porque se encuentran en situaciones de mayor tensión y frustración en el período subsecuente a la catástrofe. Existen medidas importantes que pueden reducir las reacciones agudas en la población afectada, ésta son:

- A Mantener a la población regularmente informada acerca de los riesgos persistentes, con el propósito de reducir la propagación de rumores (que son una respuesta colectiva a las situaciones que afectan a todo el grupo).
- B Evitar el desplazamiento de las personas de sus hogares y medios sociales a centros distantes de evacuación a menos que existan razones ineludibles.
- 2 Ayudar al proceso de duelo y expresar el dolor. La persona que vive en estado de pérdida debe darse cuenta del dolor de su pérdida y de que este dolor, en mayor o menor magnitud, es permanente. Esto ayuda a recuperar en uno mismo lo bueno que dejó al ser amado que falleció.
- 3 Es necesario ayudar al paciente a que hable y enfrente el peligro, el dolor, el problema, el centro de la crisis. Ayudarlo a verbalizar sus temores, su aflicción y también a llorar.
- 4 Es preciso no fomentar que la persona en crisis especule sobre quién o quiénes son los villanos. El poder culpar a alguien de su crisis le permite tal vez un alivio momentáneo, pero seguramente la salida será menos rápida y lo hará menos fortalecido.
- 5 El uso de los fármacos es escaso porque pueden retrasar la elaboración de emociones acumuladas y bloqueadas.
- 6 Debe propagarse información real relacionada con la extensión y severidad del desastre.
- 7 Pueden elaborarse registros para coordinar y documentar los servicios de manera que las personas puedan ser referidas para la continuación de un tratamiento si es necesario.

## 2.5 ¿Qué es el duelo?: características y tratamiento<sup>133</sup>

Lindeman diferenció cinco aspectos patognómicos del duelo:

- 1 Malestar corporal: horas después de la pérdida, la persona comienza a experimentar oleadas de malestar corporal, conocidas como “dolores de duelo”, cada oleada dura hasta una hora y está asociada con dificultad para respirar,

---

<sup>133</sup> Tema del duelo que es tratado de forma más extensa en “Proceso de duelo” en *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, Mendoza, edición de Fernández-Carrión, 2017: 287-294.



comprensión en la garganta, sensación de ahogo, necesidad de suspirar y sensación de debilidad. Estas sensaciones alcanzan su máxima intensidad entre los cinco y catorce días después de la pérdida, comienzan a disminuir en forma gradual y reparecen ante estímulos que hacen recordar la pérdida.

- 2 Preocupación centrada en la imagen de la pérdida: la persona todavía puede sentir que se encuentra en la situación de crisis o incluso tener alucinaciones al respecto.
- 3 Culpa: la persona siente que hasta cierto punto es responsable por las pérdidas humanas durante la crisis.
- 4 Enojo: puede ser observado en forma de una irritabilidad general o de rabia específica contra los médicos, que no hicieron lo bastante, contra Dios, que no debiera permitir que ocurriera, o contra otras figuras icónicas.
- 5 Pérdida de patrones de conducta: la persona que ha perdido a un ser querido o se encuentra ante una “pérdida”, está continuamente en movimiento, en busca de algo para hacer. Esta actividad carece de organización y propósito (Lindeman, 1944).

Asimismo, Lindeman y otros han observado que, en algunos casos, la expresión de duelo es prolongada y distorsionada. Esta distorsión está ejemplificada por una marcada hiperactividad, relaciones alteradas con la familia y amigos, economías absurdas, incapacidad para aceptar la pérdida, enojo excesivo, depresión y tendencia al suicidio.

El proceso de duelo involucra la acción de enfrentar la pérdida del objeto amado o la evidencia de ese dolor, así como el hecho de experimentar los sentimientos penosos, como la pérdida, el enojo, la cólera y la confusión, hasta que puedan ser aceptados por el duelo. Se considera que el proceso natural del duelo comprende un equilibrio entre los dolores de la pérdida y el sentimiento reconfortante de la presencia del ser fallecido. Puede ser que en el duelo patológico este balance sea inclinado tanto en el sentido de la evitación de la pena, que la pérdida no es elaborada, sino suprimida o canalizada a través de vías inadecuadas: rabia, culpa, etc. En consecuencia, el trabajar con el duelo, en terapia, incluye una exploración penosa de los vínculos con la persona fallecida o la situación de desastre para que el paciente pueda experimentar el proceso natural del duelo en todos sus aspectos.

## 2.6 ¿Cuáles son los aspectos básicos para ayudar a niños sujetos de desastres?<sup>134</sup>

### 2.6.1 Los niños ante un desastre natural

257

Un desastre natural es un evento traumatizante o aterrador que puede acontecer en la vida de los niños y puede dar por resultado que él con su familia abandone su hogar y los alrededores conocidos. Los niños, generalmente, no llegan a entender lo que está sucediendo y se sienten confundidos, angustiados y asustados.

En el afán de atender a la seguridad física de los niños y del resto de la familia, con frecuencia, se llega a no prestar la suficiente atención a éstos y a no darse cuenta de las consecuencias emocionales de ello, las cuales llegan a quedarse sin cuidado.

### 2.6.2 Cómo comprender al niño

A medida que el niño crece, su experiencia le indica que en su vida hay una sucesión de eventos que se repiten de forma regular. Esta regularidad, generalmente, comprende la presencia de los padres, el despertar en la mañana, el alistarse para ir a la escuela, encontrarse con la misma maestra y los mismos compañeros, jugar con sus amigos y dormir en su propia cama. Pasa su día dentro de la familiaridad de su mundo, pero cuando hay una interrupción en el curso natural de su vida, el niño se ve invadido por la angustia y el

---

<sup>134</sup> Tema es tratado igualmente por parte de Márquez al referirse al “Modelo de intervención en situaciones de crisis con grupos de niños y padres” y “Aspectos básicos para ayudar a niños sujetos de desastres” (*Desastres*, 1993: 87-100 y 231-244). El primer texto es resultado de una adaptación del “Seminario intensivo: intervenciones en situaciones de crisis con grupos de niños y padres”, de Silvia Benenati de Siniego, Adela Jinich de Wasongarz, María Teresa de la Serna y Alberto Siniego, AMPAG-UNICEF (*Desastres*, 1993: 319), que en su práctica médica contó con la participación de María Dolore Arroyo García, María de Lourdes Campos Sánchez, Silvia Morales Gamborino, Luz Irene Pineda Salas y Lorena Venancio Ramos, en febrero de 1986 (*Desastres*, 1993: 319). El segundo texto corresponde a una adaptación de “El terremoto” de San Fernando Vallery Child Guidance Clinic, en Los Angeles (California); folleto difundido en su época por la American Red Cross (Los Angeles), y como se especifica en las “Notas bibliográficas” de *Desastres* su contenido “(...) respeta su texto, por considerarlo aplicable a la situación vivida en México, con motivo de los temblores ocurridos los días 19 y 20 de septiembre de 1985” (*Desastres*, 1993: 323).

terror. En tales circunstancias, la manera en que los adultos ayudan al niño a resolver estos tiempos problemáticos puede tener resultados duraderos para el mismo.

### *2.6.3 Los temores y angustias de los niños*

Los padres tienen que reconocer que hay temores basados en el niño mismo, que son producto de sus imaginaciones o sus fantasías. Pero también deben saber que hay temores basados en eventos reales.

Lo que los niños temen más es la pérdida de sus padres y el que los dejen solos, ya que los cuidados que necesitan dependen de ellos: seguridad, cariño y su alimentación. En un evento catastrófico, incluso el niño que, generalmente, se muestra competente y valeroso, puede reaccionar con temor y gran angustia cuando el acontecimiento amenaza a la familia y tal y como los adultos también reaccionarían con temor como forma normal y natural ante las catástrofes.

El niño se aterroriza al considerar los temores de los padres como prueba que el riesgo es verdadero.

Como el niño tiene menos experiencia en diferenciar una amenaza real de lo que no lo es, puede llegar en las circunstancias de un desastre, a estar plagado de temores sin base real. Es importante para los padres el tomar nota de que una amenaza imaginaria puede llegar a sentirse tan real y grave como la que se califique de peligro de verdad.

En los desastres naturales, lo primero que se toma cuenta es la seguridad física. Así debe ser, sin embargo, pasado el peligro y una vez que los padres sienten que nada serio ha ocurrido a los miembros de la familia, ellos tienden a ignorar las necesidades emocionales de los niños.

Se debe reconocer que el niño que siente temor lo siente de verdad, no se trata de que el niño esté preocupado por hacer difícil la vida de sus padres o la suya propia. Su miedo lo perturba y no hay otra cosa que le gustaría más que deshacerse de él. Si siente que sus padres no comprenden sus sentimientos de miedo, el niño se muestra con vergüenza, rechazado, sin el cariño de sus padres, y en consecuencia, aún más aterrorizado.

### **2.6.4 Consejos a los padres**

El mantenerse unidos a su familia infunde confianza inmediata a los niños. El temor de ser abandonado o de no ser protegido se le va inmediatamente. 259

Nunca deben dejar al niño sólo en su centro de evacuación, mientras ellos regresan al área siniestrada.

El niño se siente más seguro y con confianza, si se le demuestra aparentemente la fortaleza paternal; pero, no se le hará daño alguno con decirle que ellos también tienen miedo, en realidad, lo mejor es traducir los sentimientos en palabras. La comunicación es lo que más ayuda a reducir la angustia del niño y de paso también la del adulto.

Puede ser que entonces el niño llegue a expresar algunos temores irreales, esto permitirá a los padres tener la oportunidad de conversar sobre ellos, de explorarlos y dar a los niños seguridad y consuelo.

El niño puede expresar sus temores a través del juego o de sus actos. Si estos pierden contacto con la realidad, debe dar aliento al niño y explicar lo sucedido. Puede ser que tenga que repetir lo mismo muchas veces. No deje de volver a explicar sólo porque ya le había dicho lo mismo, en una ocasión anterior.

En caso de que los padres no puedan auxiliar a sus hijos, podrán acudir a los profesionales de la salud mental, que son personas especialmente adiestradas para socorrer a quienes están pasando dificultades emocionales. Ellos pueden ayudar a los padres a combatir y manejar las reacciones inusuales de sus hijos y a comprenderlas conversando padres e hijos, ya sea individualmente o en grupo, para que los temores de los niños pueden ser vencidos con mayor facilidad.

## **2.7 Conclusiones**

Últimamente se ha comprendido cada vez más que es posible instituir la administración para el caso de desastre.

Lejos de improvisar después de una catástrofe, ahora se procura prevenir. La liga de las sociedades de la Cruz Roja ha incrementado el fomento de la planeación al desastre en países con alto riesgo de experimentarlos.

Se ha creado un nuevo organismo de las Naciones Unidas, la

Oficina de las Naciones Unidas de Socorro en casos de desastre (UNDRRO), con sede en Ginebra.

260

Es preciso enfocar o estudiar los desastres con criterios multidisciplinarios, ya que la salud es sólo una parte del amplio problema de los desastres y quizás ni siquiera la principal. Los sociólogos, psicólogos, administradores, geólogos han llevado a cabo o realizan estudios sobre los desastres naturales de forma continuada. Estos estudios han permitido obtener nuevos conocimientos y han demostrado ser de gran utilidad en los preparativos para enfrentar las catastrofes y en lograr la mayor eficiencia y aceptación en las operaciones de socorro.

Éste es un campo de gran importancia e interés que aún no ha sido investigado en profundidad. Ha llegado el momento de que los epidemiólogos y los especialistas en ciencias de la salud comunitaria se integren en este grupo actuando y proporcionando la información que tanto se necesita para configurar una política racional, eficiente y flexible de administración en casos de desastres.

### **Bibliografía**

Caplan, Gerald (1985) *Principios de psiquiatría preventiva*, Barcelona, Paidós.

Lindeman, E. (1944) “Symptomatology and Management of Acute Grief” (Sintomatología y manejo del duelo agudo), *PostTraumatic Stress Disorder*, septiembre.

Márquez Mendoza, Octavio (2017) “Proceso de duelo”, *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, Mendoza, Fernández-Carrión (edición), 287-294.

- (2000) “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Matha Yolanda Martínez-Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 519-528.

- (edición) (1993) “Técnicas de terapia breve para la atención de cuadro psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre” y “Modelo de intervención en situaciones de crisis con grupos de niños y padres”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma de Estado de México, 61-74 y 87-100.

## **3 PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS EN MOMENTOS DE DESASTRES<sup>135</sup>**

### **3.1 ¿Cuáles son los principios generales de los primeros auxilios psicológicos?**

Posteriormente a un desastre, pueden existir personas que al encontrarse trastornadas por la tragedia se les dificulte enfrentarse a la situación y el control de sus emociones. Estos principios generales están destinados no sólo a los trabajadores de la salud mental, sino a toda persona, miembro de la familia, amigos, etc., que estén en la situación de poder ofrecer apoyo a quien lo necesite.

### **3.2 ¿Qué entendemos por primeros auxilios psicológicos?**

Consistenten en la ayuda inicial que una persona recibe cuando se encuentra con problemas de salud mental. Tal ayuda deberá brindarse solamente con referencia a la situación inmediata.

- 1 Trate de calmar a la víctima, aliviar la tensión y la ansiedad.
- 2 Comuníquese su preocupación por lo que le está pasando, transmítale confianza, pero sin tranquilizar en falso.
- 3 Acepte las limitaciones de la persona y favorezca el que ella también las acepte.
- 4 Anime a la persona a hablar libremente de todo lo que tenga en mente.
- 5 Ayúdelo a confrontar la crisis: la única manera de olvidar es recordar.
- 6 Cuando la persona comience a hablar, evite interrumpirla: sea muy paciente.
- 7 Sea un oyente activo. Escúchelo con empatía.
- 8 No discuta con la persona si está en desacuerdo con usted.

---

<sup>135</sup> Subcapítulo publicado previamente por Márquez con el título de “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Martha Yolanda Martínez-Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 2000, 507-516.

No le imponga sus ideas. Su propia solución será la de mayor éxito para ella.

9 Acepte sus propias limitaciones en función de dar alivio.

10 No intente hacer todo para todos. Haga lo que usted pueda y solicite ayuda a un consejero calificado.

### **3.3 ¿Cuál es la organización mínima requerida para remediar las situaciones de desastre?**

Una vez establecida la situación de desastre, no hay tiempo de hacer reflexiones, es necesario remediar la situación en lo posible, ya posteriormente puede llegar ayuda de otros grupos y de pueblos ajenos al territorio afectado. La ayuda se constituye con una gran variedad de actividades: acciones de rescate, información, auxilio médico, físico, psicológico, psiquiátrico, de transportación de personas y materiales de todo tipo para paliar a los afectados por el desastre.

### **3.4 ¿Cuáles son las acciones de las instituciones ante los desastres?**

Ante las inevitables condiciones de desastre es necesario poner en práctica desde una etapa preventiva un “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”.

El propósito de este programa es que toda institución con servicios de salud mental destinados a la atención de la comunidad cuente con los antecedentes básicos para responder a las situaciones de emergencia:

- Las situaciones de desastre, especialmente las ocasionadas por sismos, son fenómenos imprevisibles que se presentan siempre en momentos inesperados.
- Las acciones de ayuda psicológica son imprescindibles para la población; en particular, para quienes han sido, directa o indirectamente, afectados de alguna manera por fenómenos de la naturaleza o por actos accidentales del hombre que producen situaciones de desastre.
- La ayuda psicológica ha de ser brindada por especialistas, tanto en el tratamiento de adultos como por especialistas en la

atención a niños, pues constituyen grupos diferentes con reacciones específicas.

- El estudio profundo de las reacciones de los individuos, de los grupos y de la colectividad que viven la situación de desastre es imperativo en el nivel teórico y clínico, para desarrollar una metodología más ágil y oportuna en la ayuda psicológica y para lograr una mayor eficacia de la terapéutica en las fases de tratamiento.
- La planeación y el diseño idóneos de cursos y capacitación son fundamentales, tanto para transmitir con oportunidad la teoría y la experiencia de la ayuda psicológica en condiciones de desastre, así como brindar el entrenamiento que la fortalezca la asistencia primaria, secundaria y terciaria a la comunidad.
- Los cursos de entrenamiento y asesoría al personal asistencial como: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, etc., para favorecer o facilitar las acciones de prevención primaria, es decir, para reducir en la comunidad la frecuencia de los trastornos mentales de todo tipo; de prevención secundaria, esto es, para disminuir la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan.
- La ayuda psicológica de parte de la institución ha de estar plenamente prevista para afrontar con decisiones, prontitud, organización y eficacia, las condiciones de desastre en el momento en que éstas se presentan.

### **3.5 ¿Cuáles son las etapas de un programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre?**

Incluye tres fases primordiales:

- La primera, constituida por la atención inmediata de pacientes afectados por la situación de emergencia.
- La segunda, consiste en el trabajo clínico (gratuito), preferentemente con grupos, enfocados a la elaboración de la situación traumática; para llevar a cabo esta etapa se considera un período de tres a seis meses.
- La tercera implica la incorporación de pacientes afectados más permanentemente o con una patología previa, agudizada



por el trauma, a los grupos regulares de trabajo en las instituciones; esta etapa abarca un período de hasta dos años.

Es conveniente hacer notar las principales actividades en la primera etapa, pues ésta es la que se llevará a cabo con mayor interés:

- El trabajo de campo con la población afectada en albergues, delegaciones, hospitales o en los lugares en que sean requeridos los servicios de la institución.
- La labor desarrollada dentro de la institución por medio de guardias permanentes para dar atención psicológica y psiquiátrica en forma individual o en grupo.
- Cursos de entrenamiento y asesoría al personal asistencial.
- Redacción y difusión de boletines informativos dirigidos a profesionales y a la población en general, con el fin de recordar los puntos especiales para el control de situaciones de crisis y para, en lo posible, atenuar el efecto de otros fenómenos sociales como los rumores. Así como para brindar asesoría psicológica breve por medio de los canales de comunicación colectiva (prensa escrita, radio y televisión).

### **3.6 ¿Qué se recomienda para la orientación y educación de la comunidad en situación de desastre?**

- 1 Comunicar a los pacientes la expectativa de recuperación de su crisis psicológica, deben ser ayudados a ver esa experiencia como un momento en el tiempo que pasará como otros grandes dolores y tensiones, aunque el impacto en ese momento pueda ser tan abrumador y dominante que impida verse un mañana.
- 2 Deben usarse recursos comunitarios, más que crear otros nuevos, también las comunidades deben ser alentadas para encontrar recursos no descubiertos con anterioridad.
- 3 En cuanto a la capacitación, las modalidades de trabajo varían de acuerdo con el diseño propuesto por cada equipo.
- 4 Es necesario impartir cursos de formación al personal que trabaja con sujetos de desastres: brigadas de rescate, personal asistencial. Dichos cursos deben ser impartidos en coordinación con diversas instituciones de servicio asistencial.

- 5 Es imprescindible organizar seminarios de técnicas grupales para intervenciones con niños en crisis. Su objetivo es entrenar a personas que trabajen directamente con ellos, para que sean capaces de detectar casos que demanden una atención especial.

### **Bibliografía**

Márquez Mendoza, Octavio (2000) “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Martha Yolanda Martínez-Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 507-516.

## 4 LA ORGANIZACIÓN Y MEDIO PARA REMEDIAR LAS SITUACIONES DE DESASTRE<sup>136</sup>

### 4.1 Las acciones para remediar la situación de desastre

Una vez establecida la situación de desastre sin importar el tipo de agente que lo origina, no hay tiempo de reflexionar o elaborar explicaciones. La ayuda es lo que imperativamente se requiere. Es necesario remediar la situación lo antes posible. La repuesta de las personas afectadas directa o indirectamente es inmediata, así como la acción de las instituciones privadas y del gobierno que se ubican en el ámbito local que se ve afectado, como federal. Posteriormente puede llegar el apoyo de otros grupos y de países ajenos al territorio sacudido por el sismo.

La ayuda está constituida por una gran variedad de actividades: acciones de rescate, información, auxilio médico, físico, psicológico, psiquiátrico, de transportación de personas y materiales de apoyo de todo tipo.

Ante los efectos de un desastre las personas reaccionan instintivamente, y aunque en muchos casos, hacen lo que deben hacer.

### 4.2 Las acciones de las instituciones públicas ante los desastres

Ante las inevitables condiciones de desastre a que está expuesto cualquier país del mundo es por tanto necesario contar y poner en práctica en general un “Protocolo de desastres” y en particular un “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”.

El propósito de este programa es que toda institución de servicios de salud mental destinados a la atención de la comunidad cuente con los elementos básicos para responder a las situaciones

---

<sup>136</sup> Subcapítulo 2 “La organización y medio para remediar las situaciones de desastre” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “La organización, medio para remediar las situaciones de desastre”, de Márquez (edición), *Desastres* (1993, 31-37) y “¿Qué hacer? La organización de las acciones”, de Márquez, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre* (1986, 21-36).

de emergencia de cualquier tipo, y que conteste en forma real al vínculo existente entre la institución y la comunidad con la realización de acciones inmediatas de asistencia psicológica directa a individuos y grupos.

La institución debe contar con el aspecto preventivo de preparación y capacitación para el personal que labore en ella. Para esto el programa debe completar la organización de seminarios periódicos de formación, actualización e información, dirigidos a los profesionales de distintas disciplinas que por su naturaleza y funciones deben participar en la ayuda psicológica requerida por las situaciones que originan los diversos desastres a los que está expuesta la población en general.

Estas actividades de prevención, preparación y actualización tienen que ser permanentes. Y durante los eventos que se realicen en ellos, deben acumularse, en forma sistemática, los conocimientos y las experiencias para que sean compartidas constantemente con otras instituciones en reuniones interinstitucionales en las que se participe.

Para el establecimiento y/o adopción de un programa de ayuda psicológica en condición de desastre, es necesario o conveniente partir de las siguientes premisas, producto de la experiencia:

- 1 Las situaciones de desastre, especialmente las ocasionadas por sismos, son hechos imprevisibles que se presentan siempre en momentos inesperados.
- 2 Las acciones de ayuda psicológica son imprescindibles para la población, en particular para quienes han sido directa o indirectamente afectados de alguna manera por los fenómenos de la naturaleza o por actos accidentales o deliberados del ser humano que producen situaciones terribles de desastre.
- 3 La ayuda psicológica debe ser brindada por especialistas en el tratamiento de adultos, y en la atención de los niños, quienes constituyen un grupo diferente con reacciones específicas.
- 4 El estudio de las reacciones de los individuos y de los grupos de la colectividad, que experimentan las situaciones de desastre, es imperativo que se realice de manera profunda en el nivel teórico y técnico, para desarrollar una metodología más ágil y oportuna destinada a la ayuda psicológica y sobre

todo con el fin de lograr una mayor eficacia terapéutica en las fases de tratamiento.

- 5 Los cursos idóneos de capacitación serán los que contengan la planeación requerida y el diseño adecuado, tanto para transmitir con oportunidad la teoría y la experiencia sobre la ayuda psicológica en condiciones de desastre, como para brindar al personal de salud el entrenamiento que favorezca y facilite la asistencia en la prevención primaria, secundaria y terciaria a la comunidad.
- 6 La ayuda a la comunidad, por parte de clínicas, hospitales, escuelas, asociaciones y dependencias de servicio público, debe estar plenamente prevista para afrontar con decisión, prontitud y organización eficaz las condiciones y las situaciones de desastre en el momento en que éstas se presentan. Por lo que se hace imperativo que:
  - A Ante la imposibilidad de prevenir una inesperada situación de desastre, las instituciones<sup>137</sup> –entre éstas por supuesto las relacionadas con la salud mental-, deben estar preparadas para afrontar ágil y oportunamente los desastres por medio de dos procedimientos básicos:
    - La organización institucional. Que debe ser puesta en práctica en una situación de emergencia para favorecer una respuesta adecuada a los solicitantes de servicios.
    - El programa de emergencia. Que debe prever las modalidades y características de los servicios que puede ofrecer, con el fin de que el personal de la institución de salud mental, adquiera una capacidad de cobertura, no sólo más intensiva sino también más amplia, es decir, que los servicios puedan llegar a todos los lugares donde sean necesarios.
  - B Ante el evidente desconocimiento generalizado sobre la diversidad y multiplicidad de reacciones que un desastre suscita en adultos, adolescentes, niños, y en particular el poco conocimiento que se tiene de los métodos de tratamiento psiquiátrico y psicológico que es necesario aplicar en la terapéutica de cada tipo de reacción, es importante que las instituciones interesadas en la investigación científica sobre la salud mental destinen recursos específicos o adicionales a

---

<sup>137</sup> En este primer capítulo, cuando se alude a institución de salud mental, para el caso de AMPAG se refiere a la clínica.

programas para estudiar profundamente los fenómenos psicológicos que se presentan en la constitución de la neurosis traumática y su tratamiento (como se ha señalado anteriormente).

- C Ante la necesidad de disponer del suficiente personal asistencial, que en un momento dado pueda intervenir en las actividades de ayuda psicológica en un desastre, es del todo indispensable que las instituciones de salud mental tengan diseñados cursos de capacitación para favorecer y facilitar las acciones de asistencia para la prevención primaria, secundaria y terciaria a la comunidad. Asimismo es preciso que las instituciones educativas –en especial en sus áreas de psicología, medicina, psiquiatría, trabajo social, enfermería, etc.–, estudien la conveniencia de desarrollar en sus aulas cursos o materias específicas (con carácter de optativas), para preparar a estudiantes en las labores asistenciales de ayuda psicológica en condiciones de desastre.
- D Ante la falta de conocimiento generalizado sobre qué se puede hacer para brindar ayuda psicológica elemental a personas en crisis de nervios durante la situación de desastre es primordial que mediante impresos y a través de las redes sociales se difundan recomendaciones, tanto para la atención psicológica, como para la orientación y educación de la comunidad.

### 4.3 Etapas del “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”<sup>138</sup>

Incluye tres fases primordiales:

- 1 La primera, constituida por la atención inmediata de pacientes afectados por la situación de emergencia.

---

<sup>138</sup> El anteproyecto elaborado por los médicos Octavio Márquez Mendoza y Magdalena Juárez de la comisión y coordinación técnica de la clínica respectivamente, fue discutido por la asamblea extraordinaria de la Asesoría de la AMPAG el 27 de septiembre de 1985, que concluye con la redacción del programa definitivo intitulado “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre”, por parte de los médicos Esther Althaus e Irene Lenz de Wünshmann, Rita Zepeda, María Teresa de la Serna de Márquez y Octavio Márquez Mendoza ([1986]).

- 2 La segunda, consiste en el trabajo clínico –gratuito– preferentemente con grupos, enfocado a la elaboración de la situación traumática (para llevar a cabo esta etapa se considera un período de tres a seis meses).
- 3 La tercera, implica la incorporación de pacientes afectados más permanentemente o con una patología previa, agudizada por el trauma, a los grupos regulares de trabajo en la institución de salud mental (esta etapa abarca un período de hasta dos años).

Es conveniente hacer notar las principales actividades de la primera etapa:

- A El trabajo de campo con la población afectada en albergues, delegaciones, hospitales o en los lugares en que sean requeridos los servicios de la institución.
- B La labor desarrollada dentro de la institución por medio de guardias permanentes para dar atención psicológica y psiquiátrica en forma individual o en grupo, a quienes soliciten los servicios.
- C Los cursos de entrenamiento y asesoría al personal asistencial: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros..., para favorecer y facilitar las acciones de: prevención primaria, es decir, para reducir en la comunidad la frecuencia de los trastornos mentales de todo tipo; de prevención secundaria, esto es para disminuir la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan, y de prevención terciaria, para aminorar el deterioro que puede resultar de tales trastornos.
- D Por último, la redacción y difusión de boletines informativos dirigidos a profesionales y a la población en general con el fin de recordar los puntos esenciales para el control de situaciones de crisis y para, en lo posible, atenuar el efecto de otros fenómenos sociales como los rumores. Así como para brindar asesoría psicológica breve por medio de los canales de comunicación colectiva: prensa escrita, radio, televisión y redes sociales.

#### 4.4 Las acciones de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo

Ante la condición de desastre ocurrida a raíz de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 en la ciudad de México, la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo estableció su “Programa de ayuda psicológica en condición de desastre”. El propósito de este programa fue el de responder a la situación de emergencia haciendo evidente el vínculo existente entre la clínica y la comunidad al realizar acciones inmediatas de asistencia psicológica directa a individuos y grupos y, muy especialmente, en la instalación de seminarios de formación, asesoría e información a profesionales de distintas disciplinas que participaron en la ayuda psicológica requerida por la mencionada situación de desastre. Estas actividades fueron permanentes y en ellas se fue acumulando una gran cantidad de diferentes experiencias que después fueron compartidas con otras instituciones a partir de una reunión interinstitucional que organizó la comisión de actividades científicas de la AMPAG, que se realizó el 5 de noviembre de 1985, cuyo tema central fue el abordaje terapéutico frente a la situación de emergencia. A esta reunión asistieron representantes de siete instituciones que llevan a cabo la ayuda psicológica en situación de desastre desde los mencionados días del mes de septiembre de 1985: Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Círculo Psicoanalítico, Instituto de la Familia, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia y la Universidad Nacional Autónoma de México.

El “Programa de ayuda psicológica en condición de desastre” de la clínica de la AMPAG, incluyó la realización de tres fases primordiales, que coinciden con las que se ha expuesto anteriormente en el apartado “4.3 Etapas del ‘Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre’”.

En lo que se refiere a la primera fase, la clínica de la AMPAG, se abocó al trabajo asistencia, que incluyó actividades de la primera etapa, expuestas igualmente en el apartado “4.3 Etapas del ‘Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre’”.



#### ***4.4.1 Experiencias de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo***

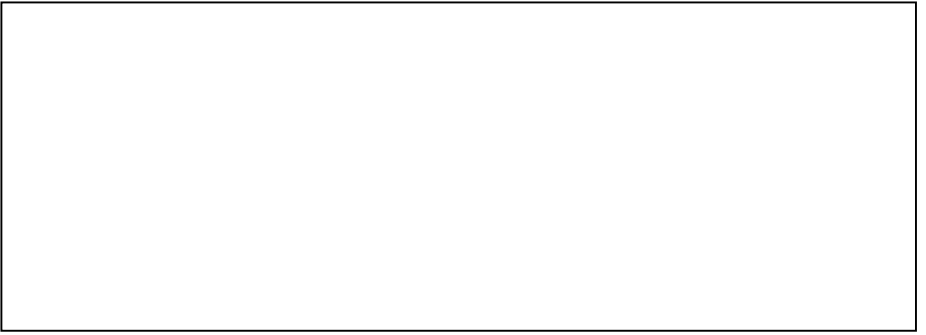
272 Si se pudiera resumir en unas cuantas líneas de las experiencias que obtuvimos en la clínica a través de nuestras actividades promovidas por los sismos de septiembre de 1985, habría que incluir una serie de acciones de apoyo a las poblaciones afectadas por desastres, tal como se ha señalado anteriormente en el apartado “4.2 Las acciones de las instituciones públicas ante los desastres”.

#### ***4.4.2 Propuestas de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo***

De acuerdo con las experiencias obtenidas por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo y su clínica, se puede formular cuatro propuestas, resultantes del sexto “producto de la experiencia” indicado previamente en el apartado “4.2 Las acciones de las instituciones públicas ante los desastres”.

#### **Bibliografía**

- Althaus, Esther, Lenz de Wünschmann, Irene, Zepeda, Rita, Serna, María Teresa de la, Márquez Mendoza, Octavio ([1986]) “Programa de ayuda psicológica en condición de desastre”, AMPAG (sin publicar).
- Márquez Mendoza, Octavio (edición) (1993) “La organización, medio para remediar las situaciones de desastre”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 31-37.
- (compilador) (1986) “¿Qué hacer? La organización de las acciones”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, AMPAG (abril, sin publicar), 21-36.



## 5 ESTRUCTURA DE ORGANIZACIÓN PARA UNA INSTITUCIÓN EN CONDICIONES DE DESASTRE<sup>139</sup>

### 5.1 La organización de la institución en condiciones de desastre

Son inegables los daños materiales y las pérdidas de vidas que ocasiona una catástrofe, además de las situaciones psicológicas individuales y colectivas y sociológicas generalizadas (de carácter perdurable) de temor y de pánico que presenta en la población.

El desastre, al irrumpir con violencia en la tranquilidad emocional y en el estado de ánimo de los seres humanos, desquicia tanto individual como colectivamente. Afecta, aunque sea en los primeros momentos, la capacidad de razonamiento, rompe el ritmo de la vida, inmoviliza, desorganiza, trastorna la vida cotidiana.

Igual acontece con las instituciones, por lo tanto, ante la llegada inesperada de una catástrofe todos están expuestos -directa o indirectamente- al trastocamiento de su realidad rutinaria.

De la misma manera que sucede con los seres humanos, un desastre saca a las instituciones de su ritmo de trabajo porque en lo general están diseñadas para actuar en la normalidad.

Por ello, la importancia de que personas e instituciones conozcan y realicen acciones de previsión y de preparación para responder ágilmente y con oportunidad ante lo inesperado.

A partir de los desastres sufridos en el ámbito nacional, en México, en el sismo de septiembre de 1985 y del conocimiento de los daños sufridos por las poblaciones de otros países con otros tipos de desastres, se ha obtenido una lección, que es “estar

---

<sup>139</sup> Subcapítulo 3 “Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre”, de Márquez (edición), *Desastres*, (1993, 39-60), “Proyecto de organización de la clínica para situaciones de desastre” (que incluye la “Propuesta de una estructura de organización), de Mendoza y Juárez, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto* (1986, 18-35) y “¿Qué hacer? La organización de las acciones” (que comprende el “Proyecto de organización de la Clínica en situación de desastre”), Márquez (compilador), *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre* (1986, 11-18).

preparados” y ha sido aprendida por la mayor parte de las instituciones de servicio de salud y en el caso específico por las organizaciones relacionadas con las acciones de salud mental.

## **5.2 Ojetivos de la organización de la institución de salud en situaciones de desastre**<sup>140</sup>

La institución de salud, en el caso de AMPAG, por ejemplo, extensible a cualquier otra organización de la misma índole en situación de desastre, debe perseguir los siguientes objetivos:

- Posibilitar a la institución para que disponga de un instrumento de consulta que, en un momento dado, facilite su organización para la ayuda psicológica y psiquiátrica lo más pronta y expedita posible a los damnificados.
- Prepararla para actuar con mayor eficacia en condiciones de desastre; es decir, para actuar también en situaciones fuera de la normalidad.
- Sentar las bases para la mejor, más efectiva y más solidaria participación interinstitucional e intrainstitucional de toda dependencia o grupo con servicios de salud pública en la tarea de propocionar a la comunidad ayuda psicológica en situaciones catastróficas.

## **5.3 Guía para estructurar la organización de una institución con servicios de salud mental en condiciones de desastre**

Para los efectos de cumplir con las finalidades señaladas, se hace entonces necesario conformar una estructura de organización para una atención psicológica urgente.

Esta propuesta no afecta –en ninguna de sus partes- a la estructura formal establecida por y para el gobierno de una institución ya establecida, puesto que, se insiste, en la propuesta está destinada al funcionamiento de dicha organización en condiciones de emergencia.

---

<sup>140</sup> Apartado que con el título de “Proyecto de organización de la clínica para situaciones de desastre” se trabaja en el *Manual* (1986: 18-35) y en *Desastres* (1993: 39-60).

Por ejemplo, en el caso de AMPAG como en el resto de instituciones de salud, con la ejecución de este proyecto no se pretende afectar en ninguna de sus partes estructurales establecidas por y para el cogobierno de la AMPAG, puesto que la guía está destinada al funcionamiento de la clínica en condición de emergencia; por consiguiente, la comisión de actividades científicas, la del Instituto de enseñanza y la de la administración y finanzas continuarían con las labores que ellas se habían determinado. Aunque por supuesto, se les solicitaría su necesaria colaboración para sumarse con su experiencia y recursos a los esfuerzos de la urgencia. En lo concerniente a la comisión editorial, se le pediría que apoyara las tareas de la clínica mediante la aportación de la bibliografía existente sobre aspectos psicológicos y psiquiátricos de los casos de desastres; asimismo, por medio de la revisión y selección de publicaciones que sobre este tema fuesen de utilidad para especialistas y público en general.

Para los efectos de cumplir con las finalidades señaladas previamente, se hace entonces necesario conformar una estructura para la atención psicológica urgente, como las que se propone a continuación.

Dentro de esta guía se propone un cuadro sinóptico (como se presenta igualmente en *Desastres* (1993: 41-42):

Comisión de la institución de salud:

- 1 Coordinación General del Programa de Emergencia.
  - 1.1 Coordinación con los medios de comunicación colectiva.
- 2 Subcomisión de ayuda psicológica:
  - 2.1 Equipo de recepción y evaluación.
    - 2.1.1 Unidad de derivación interna.
    - 2.1.2 Unidad de trabajo social.
  - 2.2 Equipo de atención en la institución.
    - 2.2.1 Unidad de derivación a centros especializados.
  - 2.3 Equipo de atención en albergues.
- 3 Subcomisión de apoyo al trabajo institucional.
  - 3.1 Equipo de cursos de capacitación.
  - 3.2 Equipo de organización de grupos autogestivos.
  - 3.3 Equipo de coordinación con otras instituciones.
  - 3.4 Equipo de instalación de unidades periféricas.
  - 3.5 Equipo de información telefónica.

Cuadro 1. Comisión de la institución de salud

Coordinación general del "Programa de emergencia"				
Coordinación con los medios de comunicación colectiva				
Subcomisión de ayuda psicológica				
Equipo de recepción y evaluación	Unidad de derivación interna	Equipo de atención a la institución	Unidad de derivación a centros especializados	Equipo de atención en albergues
	Unidad de trabajo social			
Subcomisión de apoyo a trabajo institucional		Equipo de cursos de capacitación		
		Equipo de organización de grupos autogestivos		
		Equipo de coordinación con otras otras instituciones		
		Equipo de instalación de unidades periféricas		
		Equipo de información telefónica		

277

Fuente: Elaboración FC a partir de *Desastres*, 1993: 41-42.

Este cuadro sinóptico permite apreciar de manera esquemática la estructura que se propone para la organización de una institución de salud en condiciones de emergencia.

En cambio, con anterioridad, en el *Manual* (1986: 22), se propone este otro esquema de estructuración para momentos de apoyo urgente a desastres:

#### Comisión de la clínica

- 1 Coordinación general del Programa de emergencia.
  - 1.1 Coordinación con los medios de comunicación colectiva.
    - 2 Subcomisión de ayuda psicológica.
      - 2.1 Equipo de recepción y evaluación.
        - 2.1.1 Unidad de derivación interna.
        - 2.1.2 Unidad de trabajo social.
      - 2.2 Equipo de atención en la clínica.
        - 2.2.1 Unidad de derivación a centros especializados.
      - 2.3 Equipo de atención en albergues.
- 3 Subcomisión de apoyo al trabajo institucional.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

- 278
- 3.1 Equipo de cursos de capacitación.
  - 3.2 Equipo de organización de grupos autogestivos de liberación de ansiedades para terapeutas.
  - 3.3 Equipo de coordinación con otras instituciones.
  - 3.4 Equipo de instalación de unidades periféricas.
  - 3.5 Equipo de información telefónica.

### Cuadro 2. Comisión de la clínica

Asamblea general			
Cogobierno de la AMPAG			
Coordinador general del "Programa de emergencia"			
Coordinación de medios de comunicación colectiva			
Subcomisión de ayuda psicológica		Subcomisión de apoyo al trabajo institucional	
Equipo de recepción y evaluación	Unidad de derivación interna	Equipo de cursos de capacitación	
	Unidad de trabajo social	Equipo de organización de grupos autog. de lib. de ans. para terapeutas	Equipo de instalación de unidades periféricas
Equipo de atención en la clínica	Unidad de derivación a centros especiales	Equipo de coordinación con otras instituciones	Equipo de información telefónica
Equipo de atención en albergues			

Fuente: Elaboración FC a partir del *Manual*, 1986: 22

Las principales actividades que se proponen para cada una de las áreas participantes, son las siguientes<sup>141</sup>.

- 1 Coordinación general del "Programa de emergencia".  
Principales actividades:
  - A Convoca a una asamblea de asesoría para iniciar los trabajos

<sup>141</sup> De acuerdo al desarrollo de contenidos del organigrama expuesto en el *Manual* (1986: 23-35), aunque en *Desastres*, se presente en parte otro organigrama (1993: 41-5).

de organización<sup>142</sup>.

- B Da a conocer el origen y los propósitos de la “Guía para estructuras la organización de una institución con servicios de salud mental en condiciones de desastre”.
- C Acuerda la designación de los titulares de las subcomisiones, así como la del coordinador con los medios de comunicación colectiva.
- D Confirma o, en su caso, solicita a los designados la integración de sus respectivos equipos de trabajo, así como el nombramiento de quienes serán coordinadores de equipo y de unidades.
- E Pone a la disposición de cada uno de los responsables de las subcomisiones y de los coordinadores de equipo y de unidad un ejemplar de la “Guía de organización...”.
- F Se coordina con los responsables de cada una de las áreas establecidas en la institución<sup>143</sup> para otorgar la asesoría, la capacitación y el apoyo en la realización de las tareas de ayuda psicológica.
- G Coordina, supervisa y apoya las labores de la institución en la situación de emergencia.

### ***5.3.1 Coordinación con los medios de comunicación colectiva***

Actividades fundamentales a desarrollar:

- A Integra el equipo de trabajo e intercambia opiniones entre los miembros para organizar la labor encomendada.
- B Acuerda los procedimientos de trabajo para una eficiente comunicación hacia el interior y el exterior de la institución.
- C Forma el directorio de las instituciones de prensa, radio y televisión, así como de los periodistas y comentaristas con lo que establecerá los vínculos informativos.
- D Se coordina con las diversas áreas de la institución para recabar la información que ha de transmitir a los medios.
- E Redactar boletines de prensa con el fin de difundir los servicios que ofrece la institución en la situación de desastre;

---

<sup>142</sup> Actividad clave que en el *Manual* la convoca la comisión de la clínica (1986: 23).

<sup>143</sup> En el caso de AMPAG era la comisión del Instituto de enseñanza.



divulgar recomendaciones básicas, elementales o de aplicación general para la ayuda psicológica a la población y contrarrestar información distorsionante -como la producida por los rumores- que agrava o hace más críticos los impactos del desastre en la población.

- F Concertar entrevistas radiofónicas, televisivas y de prensa escrita con la finalidad de que integrantes de las demás áreas de la institución<sup>144</sup> puedan transmitir al público información sobre la ayuda psicológica y psiquiátrica que se ofrece, así como recomendaciones y orientación de utilidad para la población.
- G Mantiene informada a la coordinación general del programa sobre las actividades realizadas en el área.

### 5.3.2 *Subcomisión de ayuda psicológica*

- A Conformar los equipos de trabajo e intercambiar opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda con los responsables o coordinadores de equipo los procedimientos que han de seguirse en la atención a los pacientes.
- C Coordina, supervisa y apoya la tarea de los equipos que constituyen la subcomisión.
- D Proporciona la información que corresponda a las áreas interesadas, por ejemplo, a la coordinación con los medios de comunicación colectiva, a los responsables de los equipos de coordinación con otras instituciones, de información telefónica...
- E Mantiene informada a la comisión de la institución sobre las actividades realizadas en la subcomisión.

### 5.3.3 *Equipo de recepción y evaluación*

- A Agrupa los equipos de trabajo e intercambiar opiniones entre los miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda con los integrantes del equipo los

---

<sup>144</sup> En AMPAG sería los integrantes del cogobierno y la comisión de especialistas de la clínica.

procedimientos de trabajo que han de seguirse en la atención a los solicitantes de los servicios de la institución.

- C Organiza la recepción de los pacientes -el registro de los datos básicos de ellos- con la ayuda del personal de trabajo social y formula un primer diagnóstico sobre la situación interna y externa en que se encuentran, así como su “agrupabilidad” y tratamiento.
- D Deriva al paciente con los terapeutas de la institución o, en su caso, lo turna a la unidad de derivación a centros especializados, junto con las orientaciones y recomendaciones necesarias.
- E Mantiene informado al titular de la subcomisión sobre el desarrollo de las actividades del área.

#### **5.3.4 Unidad de derivación interna**

- A Integra el equipo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse.
- C Auxilia al equipo de recepción y evaluación en sus actividades.
- D Formula los registros e integra los expedientes de aquellos pacientes que ingresan a la institución.
- E Elabora los documentos de derivación de pacientes a los terapeutas de la institución.
- F Informa a los pacientes derivados sobre el lugar de ubicación de los terapeutas y les orienta respecto de la atención que podrán recibir.
- G Mantiene informado al responsable del equipo de recepción y evaluación sobre las actividades realizadas en el área.

#### **5.3.5 Unidad de trabajo social**

- A Conformar el equipo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse.
- C Auxilia al equipo de recepción y evaluación en las

actividades que le soliciten.

- D Efectúa los estudios socioeconómicos que se requieran de los damnificados.
- E Orienta y ayuda a los damnificados en la configuración de planes y futuros y en particular en los relativos a la formación de expectativas para el resarcimiento de los bienes perdidos y para “reconstruir” su vida social.
- F Orienta y auxilia a los damnificados en la localización de familiares, amistades y conocidos.
- G Apoya con su equipo la labor de otras áreas de la institución cuando se lo requieran.
- H Mantiene informado al responsable del equipo de recepción y evaluación sobre las actividades realizadas en el área.

### 5.3.6 *Equipo de atención en la institución*<sup>145</sup>

- A Constituye el equipo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la atención psicológica y psiquiátrica.
- B Se coordina con el equipo de recepción y evaluación con el de derivación interna para establecer una vía ágil de colaboración.
- C Revisa y acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse.
- D Organiza junto con el equipo de trabajo, las distintas modalidades de atención de psicoterapia breve para grupos de adultos, niños, familias... y parejas.
- E Organiza los sistemas de registro de los pacientes que son atendidos.
- F Autoriza la derivación de pacientes a centros especializados.
- G Coordina, supervisa y apoya la labor del equipo de trabajo.
- H Mantiene informado al titular de la subcomisión sobre el desarrollo de las actividades del área.

### 5.3.7 *Unidad de derivación a centros especializados*

---

<sup>145</sup> En el *Manual* se alude en ese caso al “Equipo de atención en la Clínica”, 1986: 28.

- A Conformar el equipo de trabajo e intercambiar opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse.
- C Formula el directorio de centros especializados de salud mental.
- D Gestiona la derivación de pacientes a centros de especialistas.
- E Auxilia al equipo de atención en la institución en sus actividades.
- F Se coordina con el equipo de recepción y evaluación y sus unidades en lo concerniente a las tareas de derivación.
- G Lleva un registro de pacientes derivados a los centros especializados y da información sobre ellos a quienes lo soliciten a la Unidad de trabajo social.
- H Mantiene informado al responsable del equipo de atención en la institución sobre las actividades realizadas en el área.

### **5.3.8 *Equipo de atención en albergues***

- A Integra el equipo de especialistas e intercambia opiniones entre los miembros para organizar la asignación de comisionados a los albergues.
- B Acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse, así como la asignación de comisionados a los albergues y los horarios de atención a pacientes.
- C Organiza la atención psicológica en los albergues. Para ello se coordina con los representantes asignados por otras instituciones.
- D Gestiona los apoyos necesarios para la labor de los comisionados.
- E Deriva pacientes a la institución cuando considere que requieren atención en ella.
- F Lleva un registro de los pacientes atendidos en los albergues.
- G Mantiene informado al titular de la subcomisión de ayuda psicológica sobre las actividades realizadas.

### **5.3.9 *Subcomisión de apoyo al trabajo institucional***

- A Constituye los equipos de trabajo e intercambia opiniones

- entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa y acuerda con los responsables de equipo los procedimientos que han de seguirse en el trabajo de apoyo institucional.
  - C Coordina, supervisa y apoya la tarea de sus equipos de trabajo.
  - D Mantiene una estrecha comunicación con la subcomisión de ayuda psicológica tanto para identificar las necesidades de ella, como para proporcionarle la información sobre los recursos logrados para el apoyo institucional.
  - E Proporciona la información que corresponda a la coordinación con los medios de comunicación colectiva.
  - F Mantiene informada a la comisión de la institución sobre las actividades realizadas y resultados obtenidos por la subcomisión.

### **5.3.10 Equipo de cursos de capacitación**

- A Agrupa el cuerpo de especialistas e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Revisa o diseña los contenidos de los cursos y formula el programa de capacitación.
- C Se coordina con las áreas de enseñanza<sup>146</sup> para apoyarse en la realización del programa de cursos y atender especialmente lo relativo a los instructores.
- D Organiza los grupos de capacitados.
- E Coordina, supervisa y apoya los cursos de capacitación.
- F Se constituye, en su caso, en el equipo de coordinación con otras instituciones, tanto para conseguir aulas cuando las que dispone en la institución sean insuficientes, como para designar instructores solicitados por otros centros de salud mental.
- G Organiza, en su caso la capacitación que la institución tuviese que brindar en albergues.
- H Proporciona la información que corresponda a la coordinación con los medios de comunicación colectiva.
- I Mantiene informado al titular de la subcomisión de apoyo institucional sobre las actividades realizadas en el área.

---

<sup>146</sup> En AMPA, por ejemplo, sería la comisión del Instituto de enseñanza.

**5.3.11 Equipo de organización de grupos autogestivos de liberación de ansiedades para terapeutas**

- A Integra el equipo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar los grupos autogestivos. 285
- B Acuerda y establece los procedimientos de convocatoria que deban seguirse para la integración de los grupos autogestivos.
- C Programa y organiza los grupos autogestivos de terapeutas.
- D Organiza los sistemas de registro de los grupos autogestivos formados y atendidos.
- E Coordina, supervisa y apoya la labor del equipo de trabajo.
- F Mantiene informado al titular de la subcomisión sobre el desarrollo de las actividades realizadas.

**5.3.12 Equipo de coordinación con otras instituciones**

- A Constituye el grupo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Acuerda los procedimientos de trabajo que han de seguirse en especial, los relativos a las relaciones de comunicación interna.
- C Elabora el directorio de instituciones de salud mental, nacional e internacionales, con las que previsiblemente la institución habrá de tener contacto.
- D Establece los mecanismos de comunicación con las áreas de la institución, tanto para recibir como para proporcionar la formación que satisfaga las necesidades de operación para la ayuda psicológica, los cursos de capacitación. Da información telefónica.
- E Establece los contactos con otras instituciones, tanto para solicitar el apoyo de ellas, como para brindarlo por parte de la institución, o bien a través de los representantes de ellas en los albergues.
- F Mantiene informado al titular de la subcomisión de apoyo institucional sobre las actividades solicitadas en el área.

**5.3.13 Equipo de instalación de unidades periféricas**

- A Conformar el grupo de trabajo e intercambia opiniones entre

sus miembros para organizar la labor encomendada.

- B Acuerda los procedimientos de trabajo que el equipo ha de seguir.
- C Integra un directorio de especialistas miembros de la institución y consulta a cada uno de ellos sobre la posibilidad de que su centro de trabajo (consultorio, clínica...) pudiese ser utilizado en dado caso para la ayuda psicológica emprendida por la institución.
- D Lleva un registro de lugares disponibles para ser utilizado por la organización, entre cuyos datos se consignen: el nombre del oferente, el domicilio del lugar, el espacio y la capacidad.
- E Boletina la información recabada a las áreas de la institución.
- F Gestiona -conforme al registro de los lugares disponibles y la solicitud de las áreas de la institución- la instalación de unidades periféricas.
- G Envía -en nombre de la institución y de su comisión-reconocimientos escritos a los oferentes de los lugares cuando éstos han terminado de ser utilizados en la ayuda psicológica de urgencia.
- H Mantiene informado al titular de la subcomisión de apoyo al trabajo institucional de las actividades realizadas por el área.

### 5.3.14 *Equipo de información telefónica*

- A Integra el grupo de trabajo e intercambia opiniones entre sus miembros para organizar la labor encomendada.
- B Acuerda los procedimientos que el equipo de trabajo ha de seguir.
- C Comunica a las áreas de trabajo de la institución y en particular, a la coordinación con los medios de comunicación colectiva, los números telefónicos que estarían disponibles para el público que desee solicitar información o ayuda psicológica a la institución.
- D Integra los directorios que sean necesarios para sus servicios: de instituciones de salud y salud mental, de unidades periféricas...
- E Recaba información sobre todos los servicios que ofrece la institución, para estar en disponibilidad de ofrecerla a quienes la soliciten.
- F Proporciona a los solicitantes atención breve de urgencia

(recomendaciones, asesoría...) o información general sobre los servicios que ofrece la institución.

- G Mantiene informado al titular de apoyo al trabajo institucional sobre los servicios que ofrece la institución.

287

Como puede advertirse, en esta propuesta no han sido consideradas las áreas administrativas. Ello se debe a que, por tratarse de una estructura de organización para urgencias en casos de desastre, las funciones de esa naturaleza han de ser realizadas por las unidades y el personal que las desempeña durante el trabajo cotidiano de la propia institución.

#### 5.4 Recomendaciones para la atención psicológica y psiquiátrica<sup>147</sup>

- 1 Es importante atender de manera especial a los pacientes porque se encuentran en situaciones de mayor tensión y frustración. En el período subsecuente a la catástrofe, existen medidas importantes que pueden reducir las reacciones agudas en la población afectada:
  - A Primero, mantener a la población regularmente informada acerca de los riesgos persistentes, con el propósito de reducir la propagación de rumores (que son una respuesta individual con repercusión colectiva a situaciones que afectan a todo el grupo).
  - B Segundo, evitar el desplazamiento de personas de sus hogares y medios sociales a centros distantes de evacuación, a menos que existan razones ineludibles.
  - C Tercero, como reflexión posterior, en el manejo de duelo<sup>148</sup> por las pérdidas humanas, es importante que éste se realice simbólicamente en los casos en que el ceremonial de entierro no fue llevado a cabo. Por lo tanto, la identificación y la divulgación de los muertos y heridos se hacen insoslayables.
- 2 Ayudar al proceso de duelo y a expresar el dolor. La personas

---

<sup>147</sup> Este apartado viene recogido inicialmente con el título de “IV. Recomendaciones más relevantes” en el *Manual* (1986: 38-39).

<sup>148</sup> Para este tema se ofrece la lectura del capítulo sobre “Proceso de duelo” recogido en *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, de Octavio Márquez Mendoza, edición de Fernández-Carrión (2017: 287-294).



que vive un estado de pérdida debe darse cuenta del dolor de su pérdida y el que este dolor, en mayor o menor magnitud, es permanente. Esto ayuda a recuperar en uno mismo lo bueno que dejó el amado que falleció. Así, la persona podrá dominar e independizarse de ese segmento de su vida y volver a la actividad normal y a la estabilidad emocional.

- 3 Es necesario ayudar al paciente a que hable y enfrente el peligro, el dolor, el problema, el centro de la crisis. Apoyarlo a verbalizar sus temores, su aflicción y también a llorar.
- 4 Es preciso no fomentar el que la persona en crisis especule sobre quienes son los villanos y cómo actuarán en su contra. El poder culpar a alguien de su crisis tal vez le dé un alivio momentáneo, pero seguramente la salida será menos rápida y lo hará menos fortalecido.
- 5 El uso de los fármacos debe ser escaso porque pueden retrasar la elaboración de emociones acumuladas y bloqueadas.
- 6 Debe propagarse la información real en relación a la extensión y severidad del desastre. Esta información tiene que actualizarse según se requiera.
- 7 Deben elaborarse registros de contactos individuales y personales para coordinar y documentar los servicios de manera que las personas pueden ser referidas para la continuación de un tratamiento, si es necesario.

### 5.5 Recomendaciones para la orientación y educación de la comunidad<sup>149</sup>

- 1 Comunicar a los pacientes la expectativa de recuperación de su crisis psicológica. Aunque estén inundados de ansiedad, culpa, depresión, enojo, pánico y vergüenza por haber sobrevivido, deben ser ayudados a verlo como un momento en el tiempo, que pasará como otros grandes dolores y tensiones, aunque el impacto en ese momento puede ser tan abrumador y dominante que no pueden verse un mañana.
- 2 Deben usarse recursos comunitarios más que crear otros nuevos. La crisis es un momento que permite a las personas

---

<sup>149</sup> Este apartado viene recogido inicialmente con el título de “IV. Recomendaciones más relevantes” en el *Manual* (1986: 39-40).

encontrar modos nuevos modos de manejarse a si mismos, los cuales desconocían antes. También las comunidades deben ser alentadas para encontrar recursos no descubiertos, así como para hallar nuevas maneras de usar recursos existentes para controlar la crisis a un nivel comunitario.

- 3 En cuanto a la capacitación, las modalidades de trabajo variarán de acuerdo con el diseño propuesto por cada equipo.
- 4 Es necesario impartir cursos de capacitación a voluntarios que trabajan con damnificados: brigadas de rescate y personal asistencial.
- 5 Es importante coordinar cursos de capacitación que cubran aspectos teóricos, técnicos y vivenciales con otras instituciones; por ejemplo: Unicef, UNAM, CREA...
- 6 Es imprescindible organizar seminarios de técnicas grupales para intervenciones con niños en crisis. Su objetivo es entrenar a personas que trabajen directamente con ellos, que sean capaces de detectar casos que demanden de una atención especial.
- 7 Es recomendable que se realicen seminarios de formación de emergencia, cuyo propósito sea aportar a los participantes los aspectos formativos e informativos que proporcionen los instrumentos operacionales (teóricos, técnicos, vivenciales) necesarios para enfrentar, tanto emergencias psicológicas como problemas colectivos en los albergues, campamentos, escuelas, etcétera.

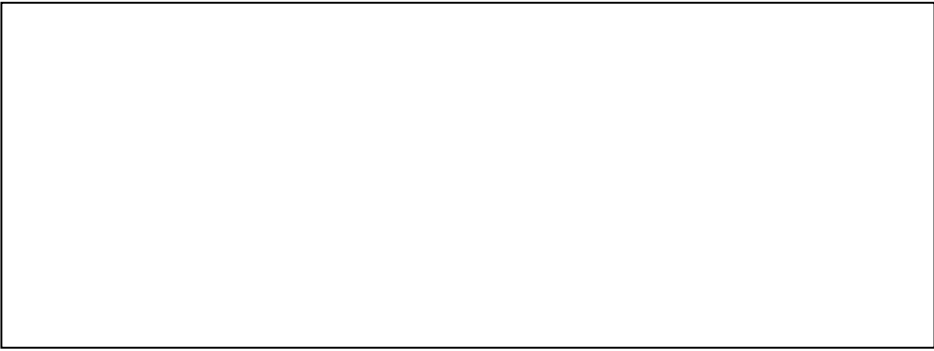
Al mismo tiempo sería útil que se proporcione al técnico un vínculo institucional que funcione como grupo de referencia. Los efectos de los seminarios de formación pueden ser terapéuticos, pedagógicos y sociopolíticos.

### **Bibliografía**

- Márquez Mendoza, Octavio (2017) “Proceso de duelo”, *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición), México, Torres Asociados, 287-294.
- (edición) (1993) “Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 39-60.
  - (compilador) (1986) “¿Qué hacer? La organización de las

acciones”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, (abril, sin publicar, 11-18).

Márquez Mendoza, Octavio, Juárez, Magdalena (1986) “Proyecto de organización de la Clínica para situaciones de desastre”, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto*, (mayo, sin publicar), 18-35.



## 6 PROGRAMA DE PSICOTERAPIA BREVE<sup>150</sup>

### 6.1 Introducción

Iniciamos estableciendo el concepto de terapia breve, como una intervención en crisis, en la que el paciente es tratado cara a cara, durante seis sesiones hasta diez. En las intervenciones en crisis el foco se centra ante todo en la situación de estrés, para lo cual se trabaja en la resolución de las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el problema? ¿Cuál es lo que molesta al paciente? ¿Cuál es el factor que en el paciente amenaza con provocar la descomposición?

Los objetivos de la terapia breve, consisten en eliminar en forma inmediata el factor perturbador, mientras que el terapeuta es más directivo que confrontativo e interpretativo.

### 6.2 Psicoterapia breve<sup>151</sup>

La psicoterapia breve (Malan, 1963 y Braier, 1981) o Terapia dinámica breve (Itzigsohn, Dasberg et al, 1985) también es una terapia focalizada, entendiéndose por focalización el hecho de que el tratamiento se dirige hacia determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad por su urgencia e importancia. En este modelo destaca el hecho de que el foco está constituido por un eje conformado por el motivo de consulta (síntomas, situación de crisis) y un conflicto nuclear reactivado que tiene que ver con el motivo de consulta y que se desarrolla dentro de determinado contexto grupal (Braier, 1981).

Ahora puede pensarse que la psicoterapia breve tendrá aplicación posterior principalmente en los desastres cuyas situaciones estresantes conllevan a complicaciones relacionadas

---

<sup>150</sup> Subcapítulo 6 “Programa de psicoterapia breve” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Técnicas de terapia breve para la atención de cuadros psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre” y “Programa de psicoterapia breve”, *Desastres*, Márquez Mendoza, 1993: 61-74 y 75-79.

<sup>151</sup> En la elaboración del tema el autor atiende a los trabajos teóricos de Bellak, L., Small, L. (1969), Braier (1981), Itzigsohn, Dasberg et al (1985), Malan (1963), Kesselman, H. (1977) y Siorini, H. (1975).

más con un conflicto nuclear subyacente que con el trauma mismo. Por esto es necesario considerar los siguientes aspectos para elegir este modelo de intervención (Braier, 1981).

- 1 La situación problema. Es la coyuntura desencadenante o crítica. Su acción descompensadora da lugar a problemas psíquicos que obstaculizan un desenvolvimiento y desarrollo adecuado. La situación problema originada por hechos manifiestos y objetivables, que en este caso podrían ser la pérdida de bienes materiales importantes para el sujeto, etc. Cuando dichos eventos no se resuelven favorablemente aparecen en el paciente síntomas variados como la depresión, la angustia y/o el temor. Lo que constituye el motivo manifiesto de consulta y que el paciente no necesariamente, relaciona con las situaciones-problemas que los están provocando.
- 2 El foco. El terapeuta tendrá que elegir una situación problema hacia la cual se registrará la labor interpretativa, respetando el resto de la organización patológica. “Trabajar con una técnica de ‘enfoque’ implica entre otras cuestiones:
  - A Mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos.
  - B Planificar el tratamiento.
  - C Combatir la pasividad o el perfeccionismo del terapeuta.
  - D Contrarrestar el desarrollo de la neurosis de transferencia (hay una constante orientación hacia la realidad y lo actual del paciente) (Braier, 1981).

Como es ya sabido el foco está constituido por un eje en el que se condensan diversos componentes: (elementos caracterológicos del paciente) + (elementos históricos-genéticos individuales y grupales, reactivados por la situación problema) + (momentos evolutivos individual y grupal) + (determinantes del contexto social más amplio)<sup>152</sup>. La elección y clara demarcación de un foco inicial, en las etapas más tempranas del tratamiento facilitarán la intervención terapéutica, lo cual dará un mejor pronóstico. Al utilizar la técnica de “enfoque” el foco va delimitándose cada

---

<sup>152</sup> En los sismos de 1985, se constata la incidencia de la “grave crisis económica, política y social de nuestro país” México (*Desastres*, 1983: 316).

vez mejor. Lo que permite profundizar progresivamente la comprensión psicodinámica y abordar realmente el conflicto nuclear.

Debe recordarse que hay casos en que es necesario cambiar el foco y las metas terapéuticas durante el tratamiento debido a:

- A El surgimiento de situaciones nuevas, imprevistas y traumáticas en la vida del paciente.
- B Revelaciones del paciente durante el tratamiento, acerca de sucesos o enfermedades de gran importancia y que fueron voluntaria o involuntariamente omitidas en las entrevistas iniciales y cuyo conocimiento obliga a modificar el foco y las metas (es importante evitar que el material “extrafocal” se convierta en una resistencia).
- C Que en la fase final del tratamiento, la terminación y lo que ésta significa para el paciente, puede constituirse por sí misma en un foco.

3 Punto de urgencia. Este otro concepto importante dentro de la psicoterapia breve y se refiere a la situación psíquica inconsciente de conflicto que predomina en el paciente en un momento dado, que se genera por la presencia de factores actuales que provienen de la vida cotidiana del paciente y/o de la situación terapéutica, y que puede originar ansiedades y defensas. Ejemplo: momentos inesperados de emergencia, muerte, pérdidas humanas importantes, etc.

Los puntos de urgencia que aparecen a lo largo del tratamiento pueden estar mayor o en menor medida relacionados con el foco (focales o extrafocales) porque dependen de estímulos actuales, sin embargo siempre adquieren prioridad en su manejo ya que en ese momento el paciente ha perdido la homeostasis, por lo que la rigidización técnica sería inoperante.

Hay gran cantidad de ansiedades y libido invertida en las defensas que el yo del paciente pone en marcha. Las interpretaciones serán, en esa circunstancia, efectivas sólo si están dirigidas al punto de urgencia.

4 Hipótesis psicodinámica inicial. A este respecto Braier señala:

En mi concepto la hipótesis psicodinámica inicial puede entenderse como un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a

incluir todas las perturbaciones de aquél que no sean conocidas (entre las que se destacan las correspondientes al foco) y que se constituye a partir de los datos que aporta las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico (Braier, 1981).

Las ventajas de la elaboración de una hipótesis psicodinámica inicial –según Braier–, serían las siguientes:

- A Obtener información suficiente para poder hacer una devolución diagnóstica al paciente, la que servirá como base para un acuerdo conjunto sobre las metas terapéuticas.
- B La planificación del tratamiento por parte del terapeuta.

### 6.3 Técnica de terapia breve<sup>153</sup>

- 1 Entrevistas iniciales. Pueden ser dos o más y tiene varias finalidades:
  - B Establecimiento de la relación terapéutica. Es muy importante la actitud del terapeuta, éste deberá mostrarse interesado en la problemática del paciente y dispuesto a ayudarlo, también la hará saber previamente las finalidades de esas entrevistas. Evitará la ambigüedad. Las interpretaciones serán clasificadoras. Encauzarán la transferencia en caso de que aparezcan resistencias, se incluirán las panorámicas en la devolución diagnóstica, pronóstica y los ensayos
  - C Elaboración de la historia clínica. Es recomendable una guía para realizar la anamnesis. Se podrá iniciar con momentos libres para la participación del paciente y se seguirá con la entrevista dirigida, sobre todo para la investigación de antecedentes.
  - D Evaluación diagnóstica. Aquí se incluyen:
    - a Diagnóstico nosográfico dinámico (sin faltar las condiciones yoicas).
    - b Evaluación de grado de motivación para el tratamiento y la capacidad de insight (autores como Malan e Itzigsohn et al. consideran que el éxito del proceso terapéutico se basa fundamentalmente en la motivación).
    - c La determinación del foco.

---

<sup>153</sup> Técnicas elaboradas a partir de una síntesis de los lineamientos “comunes” propuestos por diferentes autores: Braier (1981) y Malan (1963).



- E Evaluación pronóstica. Con respecto al paciente, se consideran elementos pronósticos favorables: el comienzo reciente y agudo del padecimiento o problema actual; la patología subyacente leve o limitada; las condiciones favorables del medio familiar y social; el yo fuerte con funciones básicas conservadas (capaz de buenas relaciones objetales y de tolerar la separación, plasticidad de defensas, etc. y el alto grado de motivación para el tratamiento); la capacidad de insight, y la posibilidad de una determinación temprana del foco.

Con respecto al terapeuta, el pronóstico es favorable cuando: hay una buena formación para desarrollar la psicoterapia breve y cuando la contratransferencia es positiva.

- F Convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento. Los objetivos propuestos deberán ser alcanzables y preferentemente definidos en común acuerdo con el paciente, aún y cuando el terapeuta los formule para sí desde la perspectiva psicodinámica.

En cuanto a la duración del tratamiento también se tratará de preestablecerlo en común acuerdo con el paciente aún y cuando puede variar según circunstancias o modalidades institucionales y/o situaciones propias del paciente. Es obvio que después de un desastre este criterio tendrá que ser sumamente flexible, aunque por lo regular diversos autores proponen que oscila entre dos meses y un año con una frecuencia de una a dos sesiones por semana.

Una vez fijado el plazo de terminación se explicita al paciente que al final se realizará un balance de los logros obtenidos.

- G Explicitación del método de trabajo. Será muy útil explicar al paciente la forma en que se hará el tratamiento, es decir, sus funciones y las del terapeuta y eventualmente la de otros recursos de apoyo.

Se le comunica al enfermo la regla básica de funcionamiento. Braier propone la siguiente:

Les aclaro que podrán hablar de lo que deseen, pero que en principio convendrá que se refieran preferentemente a todo aquello que suponga guarda alguna relación con los problemas que hemos convenido en abordar (Braier, 1981).

También es conveniente que el paciente tenga una idea de lo que hará el terapeuta durante las sesiones, y si se piensa

utilizar otros métodos de apoyo como farmacoterapia, entrevistas preliminares, etc.

Finalmente se fijan las condiciones espacio-tiempo del encuadre.

- 2 El tratamiento. En cuanto a la técnica propiamente, es necesario destacar en primera instancia la modalidad participativa del terapeuta. En términos generales el especialista será activo y aún directivo, tendrá una importante proximidad afectiva con el paciente y evitará crear, situaciones de ambigüedad.

Intentará mantener una relación transferencial positiva aunque interpretará la interrelación negativa siempre que se presente. Evitará la regresión no dando lugar a silencios prolongados, ni provocará la neurosis de transferencia, sin embargo, estará alerta para interpretar intercomunicativamente siempre y cuando lo considere importante para la comprensión del conflicto y evitación de resistencias, asimismo la finalización del tratamiento frecuentemente desencadena estas transferencias que deberán ser interpretadas (Malan, 1963).

El terapeuta tratará de mantener la consigna de trabajo, equivalente a la asociación libre psicoanalítica, y que está basada en “asociaciones intencionalmente guiadas”, llamadas así por Fiorini (1975) y explicitadas al paciente al exponer el método de trabajo (descrito antes) y que tiene como finalidad no perder de vista el foco. Consecuentemente el terapeuta deberá mantener una atención selectiva sin dejar a un lado la atención flotante para lo cual durante las sesiones se alternarán momentos de una y otra.

Por otro lado, las intervenciones verbales del terapeuta pueden ser en el menor número de casos interpretaciones – transferenciales, extratransferenciales, de las raíces infantiles del conflicto- y predominantemente en forma de señalamientos (preguntas, informaciones, sugerencias, comentarios, intervenciones de reaseguramiento, indicaciones, consejos, etc.), en general se tratara de evitar la regresión.

La aparición de material onírico facilitará la ubicación de puntos de urgencia, sin embargo su interpretación deberá ser cuidadosamente mantenida dentro de los lineamientos de la terapia breve, es decir, que se interpretará cuando sirva para

clarificar el foco. Se dará énfasis sólo a lo actual focal, trabajando los contenidos que parezcan más claros para el paciente, formulándolos en términos que favorezcan la regresión.

Siempre que sea necesario y factible es aconsejable que el terapeuta recurra a otros recursos de apoyo como pueden ser: empleo de psicofármacos, intervención en el grupo familiar y social cercano al paciente, asistencia social, etc.

#### **6.4 Aspectos importantes de la intervención en crisis**

La crisis se refiere a una situación de estrés, de corta duración. En las intervenciones en estas circunstancias críticas, se atiende al foco considerado el problema actual, por lo que la mayor parte del trabajo se centra en el aquí y ahora, pudiéndose emplearse la mediación. Lo importante es tratar de sustraer al paciente de los efectos inmediatos de una situación traumática, poniéndose el acento en la gravedad de los síntomas; aunque no está puesto en la perturbación duradera.

La intervención en crisis es una función de apoyo para poder establecer la homeostasis, y concluye cuando termina la crisis (Itzigsohn y Dasberg, 1985: 60 y 68).

#### **6.5 El reporte de trabajo terapéutico**

Los datos medulares que pueden ser la base para conformar un banco de datos de consulta profesional y de cierta manera homogéneo con las investigaciones ya iniciadas, son los siguientes:

- 1 Equipo terapéutico.
- 2 Lugar.
- 3 Ficha de identificación de los pacientes, donde se incluya el nombre, la edad, la ocupación, la actividad desarrollada o a desarrollar con motivo del desastre.
- 4 Encuadre.
- 5 Técnica.
- 6 Breve descripción del proceso terapéutico grupal, con indicación de los fenómenos grupales; las fantasías inconscientes recurrentes y la evolución de los síntomas,

- etc.
- 7 Diagnóstico individual de cada paciente, con la clarificación de la patología postraumática y la patología subyacente.
  - 8 Recomendaciones grupales e individuales.

### **Bibliografía**

- Bellak, L., Small, L. (1969) *Psicoterapia breve y de emergencia*, México, Editorial Pax.
- Braier, E.A. (1981) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1975) *Teoría y técnicas de psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Itzigsohn, J., Dasberg, H. et al (1985) *Terapias breves*, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Kesselman, H. (1977) *Psicoterapia breve*, Madrid, Editorial Fundamentos, 1977.
- Malan, D.H. (1963) *La psicoterapia breve*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.
- Márquez Mendoza, Octavio (edición) (1993) “Técnicas de terapia breve para la atención de cuadros psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre” y “Programa de psicoterapia breve”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 61-74 y 75-79.
- Siorini, H. (1975) *Teoría y técnica de psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión.

## 7 DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PSICOTERAPIA BREVE PARA BRIGADISTAS<sup>154</sup>

### 7.1 Propuesta inicial de trabajo de psicoterapia breve para brigadista

AMPAG-UNICEF-CREA han diseñado un programa de terapia breve en pequeños grupos —máximo 10 pacientes— para los brigadistas que desarrollaron tareas de rescate en las semanas subsecuentes a los mismos.

El programa se fundamenta en un trabajo de diagnóstico, terapéutico y prevención; destacando la labor terapéutica, para lo cual se destinarán 12 horas de terapia que podrán distribuirse en sesiones que no sobrepasen las 3 horas de duración. Esta tarea se llevará a cabo preferentemente en los consultorios de los terapeutas. Una vez terminada la experiencia cada terapeuta o equipo coterapéutico entrega un reporte sobre el proceso observado en su grupo.

---

<sup>154</sup> Subcapítulo 7 “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas”, Magdalena Juárez, Irene Lenz y Márquez Mendoza (1986, 91-96) y “Programa de psicoterapia breve”, *Desastres*, Márquez (1993: 75-79).

El contenido de este subcapítulo 7 “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas” es coincidente con la propuesta de trabajo de psicoterapia que se le dirige a todos los brigadistas voluntarios, sólo se presenta cambio en el inicio y al final del escrito que indica “14 de noviembre de 1985/ Estimado compañero... Si tienes interés en participar te rogamos que comuniqués en la oficina de la Asociación cuántos grupos desearías trabajar, en que días y horarios/ Te saludan atentamente/ Dra. Magdalena Juárez, Dr. Irene Lenz y Dr. Octavi Márquez”. Asimismo, en *Desastres* se indica que el “Programa de psicoterapia breve” (capítulo VI) es “adaptado de Márquez Mendoza y otros [de] ‘Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas’ (*Desastres*, 1993: II).

En la elaboración del tema el autor atiende a los trabajos teóricos de Bellak, L., Small, L. (1969), Itzigsohn, Dasberg et al (1985), Kesselman, H. (1977) y Siorini, H. (1975).

## 7.2 Lineamientos generales de trabajo para el programa AMPAG-UNICE-CREA

Se sugieren los siguientes lineamientos generales para el manejo de los grupos que desde el punto de vista de la psicoterapia breve de emergencia han sido los más útiles; resaltando algunas características comunes de manejo y diagnóstico para elaborar un informe para Unicef, y que *Desastres* denominará específicamente “Lineamientos generales de trabajo para el programa de psicoterapia breve para brigadistas”, estos lineamientos generales para el manejo de grupos en psicoterapia breve en emergencia que “han sido más útiles”, son los siguientes (*Desastres*, 1993: 77-79): 301

- 1 Encuadre, será trabajo de 12 horas terapéuticas que podrán distribuirse en sesiones que no sobrepasen las 3 horas de duración. El trabajo puede extenderse hasta el mes de enero de 1986.
- 2 Aspecto teórico-técnico, consiste en trabajar esencialmente con el foco concepto de terapia breve tomando aspectos como neurosis traumática, depresión, duelo, crisis.
  - El foco es la situación traumática experimentada en los días posteriores al temblor.
  - Referir problemas personal anteriores sólo en caso necesario.
  - No promover la regresión sino la progresión. Hacer interpretaciones transferenciales sólo cuando son obstáculo para el trabajo.
  - Asimismo, se debe considerar los puntos básicos de la psicoterapia breve-sugeridos por Bibring<sup>155</sup>:
    - A Sugestión.
    - B Abreacción que se aplica especialmente en las neurosis traumáticas.
    - C Manipulaciones terapéuticas de la conducta del paciente, del encuadre terapéutico y del medio.
    - D Esclarecimiento, es decir, llevar a la conciencia del paciente los aspectos comunes de diferentes experiencias y situaciones.
    - E Interpretaciones. El nivel más profundo de la intervención por medio del cual el material inconsciente es traído a la conciencia pero las interpretaciones se limitan al foco; pues,

---

<sup>155</sup> Cfr. Márquez, 1993: 77.

consiste en una intervención en crisis; el paciente es tratado cara a cara; las intervenciones en crisis en general duran de seis sesiones hasta diez; en este tipo de intervenciones el foco se centra ante todo en la situación de estrés. Lo cual debe acompañarse de las siguientes interrogantes, que debe realizarse al paciente: ¿Cuál es el problema?, ¿Qué es lo que molesta al paciente?, ¿Cuál es el factor que amenaza con provocar la descompensación? Todo ello con el objetivo de lograr la eliminación inmediata del factor perturbador.

La intervención en crisis<sup>156</sup> es más de apoyo, para poder restablecer la homeostasis, y concluye cuando termina la crisis. En este proceso, el terapeuta es más directivo que confrontativo e interpretativo; pues el foco es el problema actual, por lo que la mayor parte del trabajo se centra en el aquí y ahora, puede emplearse la medicación, y asimismo hay que indicar que con este modo de intervención se pretende poner el mayor énfasis en apreciar la gravedad de los síntomas, y no en la perturbación duradera. Pues en resumidas cuentas, con las intervenciones en crisis se trata de sustraer al paciente de los efectos inmediatos de una situación traumática (Itzigsohn y Dasberg, 1985: 60 y 68).

- 3 Diagnóstico y prevención. La finalidad es detectar la patología predominante como consecuencia del sismo, la patología subyacente y las complicaciones. Los criterios diagnósticos estarán basados en el DSM 3.  
Este doble diagnóstico tiene como objetivo en el primero de los casos, dar el tratamiento breve adecuado durante las 12 horas terapéuticas; el segundo (patología subyacente) poder hacer una labor terapéutica y preventiva a través de la derivación a otros tipos de terapia según el caso que se requiera.
- 4 Integración de un informe. Cada terapeuta(s) deberá(n) entregar un informe según el formato proporcionado por la Clínica, de acuerdo los lineamientos establecidos por la investigación seguida en cada caso. Este informe deberá ser entregado a la comisión coordinadora en el transcurso de la semana siguiente a la finalización de su contrato.

---

<sup>156</sup> Entendiéndose como crisis una situación de estrés, de corta duración (según Itzigsohn y Dasberg, 1985).

### 7.3 Reporte de trabajo terapeutico AMPAG-UNICEF-CREA

El equipo coordinador del programa demanda la siguiente información, por escrito:

303

- 1 Equipo terapéutico.
- 2 Lugar.
- 3 Ficha de identificación de los pacientes: A. Nombre. B. Edad. C. Sexo. D. Ocupación. E. Actividad desarrollada o a desarrollar con motivo del siniestro.
- 4 Encuadre\*<sup>157</sup>.
- 4 Técnica\*.
- 5 Breve descripción del proceso terapeutico grupal:
  - A Fenómenos grupales.
  - B Fantasías inconscientes.
  - C Evolución de los síntomas, etc.
- 6 Diagnóstico individual de cada paciente\*
  - A Patología postraumática.
  - B Patología subyacente.
- 7 Recomendaciones grupales e individuales<sup>158</sup>.

#### Bibliografía

- Bellak, L., Small, L. (1969) *Psicoterapia breve y de emergencia*, México, Editorial Pax.
- Itzigsohn, J. A., Dasberg, H. (1985) *Terapias breves*, Salamanca, Universidad Pontificia de Salamanca.
- Kesselman, H. (1977) *Psicoterapia breve*, Madrid, Editorial Fundamentos, 1977.
- Márquez Mendoza, Octavio (edición) (1993) “Programa de psicoterapia breve”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 75-79.
- (compilador) (1986) “Diseño de un programa de psicoterapia

---

<sup>157</sup> \* Para desarrollar estos incisos se atiende a los lineamientos generales propuestos para el Programa, que fueron entregados a cada uno de los terapeutas participantes.

<sup>158</sup> Programa firmado al final del mismo por las doctores Magdalena Juárez, Irene Lenz y Octavio Márquez, como los tres miembros constitutivos de la Comisión Coordinadora del Programa de ayuda psicológica en caso de desastre, de AMPAG.



## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

breve para brigadistas”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, (abril, sin publicar, 91-96).

304 Siorini, H. (1975) *Teoría y técnica de psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión.



## 8 PSICOLOGÍA DEL RUMOR Y LOS DESASTRES NATURALES<sup>159</sup>

### 8.1 Introducción

Cada vez con mayor frecuencia se relaciona entre sí conceptos que corresponden a realidades distintas: las áreas del conocimiento (psicoanálisis y política), la vida social (política y rumores) y la naturaleza (desastres); al igual que en esta ocasión se van a correlacionar. Por separado, los desastres naturales y los rumores, por ejemplo, conllevan un significado específico; pero, cuando se presentan agrupados, adquieren otro sentido bien distinto, que por lo general no es positivo, como se intentará demostrar a continuación.

### 8.2 Consecuencias directas materiales y mentales de los desastres naturales

Es conocido y notorio los males materiales y mentales que provocan los desastres naturales sobre el ser humano. No existe una relación directa entre el grado de desastre y el porcentaje de problemas que provoca en las personas; pues por un lado, se puede establecer un límite mínimo de desastre que tiene graves consecuencias en las personas, y por otro, el mal se produce a partir de sufrirlo una sola persona, lo que provoca un problema humano y

---

<sup>159</sup> Subcapítulo 8 “Psicología del rumor y los desastres naturales” adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2017a, 238-240); “Psicología del rumor y los desastres naturales”, Octavio Márquez Mendoza [y Miguel-Héctor Fernández-Carrión, por un error no indica el nombre en dicha publicación] (2017b, 36-48); “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, Márquez Mendoza (2000, 507-516) y “El rumor: origen, elementos, desarrollo y ejemplo”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (1993, 185-194). El presente subcapítulo es de la autoría de Octavio Márquez Mendoza y Miguel-Héctor Fernández-Carrión, consiste en la reproducción casi en su totalidad de “Psicología del rumor y los desastres naturales”; mientras que “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores” es un extracto del anterior artículo.

social en toda la comunidad y especialmente en la persona afectada, así como en su entorno familiar y amistades íntimas. De igual forma, se puede indicar con respecto a este segundo aspecto, que el psicoanálisis mitiga la enfermedad mental de cada persona de forma individual, no grupal; pues aunque se pueda aplicar terapia de grupo, ésta siempre tiene su destino curativo sobre cada uno de los pacientes.

El problema que existe en el estudio de los desastres naturales, es apreciar que en la sociedad actual, en todo el mundo, existe una negativa correlación entre factores materiales y mentales que causa en el ser humano, como son la pobreza, el miedo, etc. y los que la política provoca y fomenta: corrupción, robo... y rumor.

### **8.2.1 Algunas consecuencias del impacto emocional**

Las condiciones resultantes de los desastres provocan en la mayoría de la población que las enfrentan una situación traumática que se puede considerar dentro del concepto de neurosis traumática, cuyas manifestaciones más comunes son las reacciones que aparecen consecutivamente al choque emotivo, el cual está generalmente ligado a una situación donde el sujeto ha sentido amenazada su vida.

De éste síndrome es importante destacar, que el sujeto presenta el temor permanente de que ocurra nuevamente lo ya vivido, o sea, la repetición de un hecho similar que amenace otra vez la vida de quien le rodea o de él mismo.

En condiciones de desastre se generan múltiples tipos de rumores. Estos rumores producen situaciones de gran alarma en la población ya que con ellos se revive el hecho traumático. Rememora lo sucedido e impide la evolución y la resolución del impacto emocional y obstaculiza la continuidad de la vida para resolver el choque anímico. Por lo tanto, el sujeto al quedar inmerso en el temor y en la angustia no puede recobrar el equilibrio emocional.

### **8.3 Rumor**

Entre los factores negativos que se desarrollan junto con los desastres naturales, por ejemplo, pues no se produce únicamente

con ellos, escogemos el caso de los rumores. Los rumores son similares a las leyendas, en cuanto que su contenido no tiene fundamento científico; pero en cambio, al rumor, le mueve una intención de desinformar de forma inmediata, a corto plazo sobre un individuo o un grupo reducido; mientras que la leyenda intenta crear principalmente un mito del pasado colectivo.

Los rumores surgen normalmente para condicionar el pensamiento y la conducta colectiva; pese que en un principio no se puede confirmar fehacientemente su veracidad, los comentarios que generan en las personas “apropiadas” (el rumor es dirigido estratégicamente desde un emisor a unos receptores “determinados” para distorsionar y oficializar a mayor escala el contenido rumorado), para que los comentarios no tarden en incrementar el impacto y el contenido polémico infundado. El desarrollo de los rumores entre las personas en vivo, directamente, aumenta de forma aritméticamente, mientras que a través de las redes sociales lo hace geoméricamente. Aunque los rumores tienen una vida activa limitada, finaliza cuando el motivo que lo produce desaparece de la escena social o quienes lo gestionan dejan de interesarse por ellos; más que un fin en sí mismo, es un medio recurrente de desinformación y manipulación social.

Existen diferentes tipos de rumores, así como de causas, consecuencias y características que le son propias, como Márquez Mendoza y Fernández Carrión analizan en profundidad en “Psicología del rumor y los desastres naturales” (2017b) y “Desastre naturales, psicoanálisis, política y rumores” (2017a). El rumor tiene, de forma generalizada, una connotación negativa en su empleo y consecuencias, tal como lo hace Itziar Fernández et al. al interrelacionar las “Emociones y conducta colectiva en catástrofe [dando como resultado]: ansiedad, rumor, miedo y conductas de pánico” (1999) o Márquez Mendoza en “El rumor: origen, elementos, desarrollo [impacto emocional] y ejemplos” (1993); aunque, existen algunos otros autores, como Bernard Guerin & Yoshihiko Miyazaki en “Rumores, chisme y leyendas urbanas...” (2003), que lo considera en cambio un “entretenimiento y mantener la atención del que escucha”.

## **8.4 Manipulación del rumor de Frida Sofía en el temblor de 2017**

Entre los diferentes tipos de rumores que existen, se escoge el rumor con fundamento de manipulación política, como se aprecia en el caso de “Frida Sofia”, analizado por Juan Carlos Cruz Vargas (2017), al señalar que

los dos días que siguieron al sismo del martes 19 [de octubre] los medios electrónicos, en particular Televisa, sobredimensionaron la tragedia del colegio Enrique Rébsamen, donde presuntamente estaba atrapada una menor llamada Frida Sofia. [Pero] elementos de la Secretaría de Marina acabaron admitiendo que esa niña nunca existió (Cruz, 2017: 17).

La falsa rumología del caso de Frida Sofia es parte de lo que Jenaro Villamil denomina “Bajezas mediáticas” (2017), por el que

los espacios informativos, especialmente los de televisión, volvieron a caer en los vicios de siempre: el sacrificio de la veracidad ante el *rating* y la falta de responsabilidad ante sus errores (Villamil, 2017: 19),

pues persiste un interés político permanente de desinformar y mantener cautivos a los espectadores ante la televisión, para que se salga lo menos posible a la calle en esas circunstancias a conocer en vivo la realidad que se vive en un país en crisis política, social, económica y de seguridad, incrementada toda ella al extremo por los efectos de un desastre natural. Esta es un tipo de manipulación directa a corto plazo, y se perpetúa en el tiempo, con el empleo partidista de la información pública y privada sobre un suceso trágico, para sensibilizar de forma maniquea a la población con la “realidad nacional” que se presenta como incuestionable. En sentido contrario de la oficialidad, se muestra gran parte de la población entre “volver a la rutina, de camino a la normalidad” (como expresa Elena Reina, 2017) y que “las víctimas del 19-S marchan contra la corrupción inmobiliaria”, piden que la reconstrucción se realice con la participación de los ciudadanos (Gallegos, 2017).

En la vuelta a la rutina –Elena Reina- escribe que

Pedro (nombre ficticio) lleva 30 días atendiendo pacientes en el Hospital de la Mujer de Ciudad de México con el miedo a que la tercera y cuarta planta se les caiga a todos encima. Enrique Serna, de 41 años, sigue viviendo con la familia de su novia un mes después. Carmen Murillo, de 29 años, se sabe de memoria los precios de los alquileres de la delegación Cuauhtémoc y observa incrédula cómo la mayoría han subido (...)/ El temblor de magnitud 7,1 provocó el derrumbe de 38 edificios y dejó más de 3.000 inmuebles con graves daños en la capital. Alrededor de 24.000 personas fueron atendidas en diferentes albergues de los días posteriores a la tragedia, según las cifras oficiales. Y todavía hay cinco personas hospitalizadas (...) (Reina, 2017: 1-2).

A nivel nacional, el saldo total de muertos del sismo del 19 de septiembre de 2017 es de 369 personas, pertenecientes a Ciudad de México, Estados de Morelos, Puebla, México, Guerrero y Oaxaca y según los datos aportados por Protección Civil Federal se rescataron 69 personas con vida. En los albergues se acogieron a 5.721 y a 27.478 (cuadruplicándose la cifra de afectados directos) se atendieron psicológicamente (Suárez, 2017). Estos datos son necesarios que los conozcan los psicólogos que vayan a trabajar con los afectados, para tener conciencia del alcance y gravedad de los hechos a los que se van a afrontar en los tratamientos propuestos. Por otra parte, en cuanto a la reconstrucción,

cientos de personas salieron a las calles [de ciudad de México] para exigir una reconstrucción transparente y un alto a la corrupción inmobiliaria. [Pues] una de las peticiones de los contingentes de vecinos es que el dinero recaudado para apoyar a los damnificados [apoyos internacionales que han donado otros países y los fondos recogidos por los centros de acopia] se administre a través de fidecomisos bajo la vigilancia de la sociedad civil (Gallegos, 2017: 1).

En este sentido, Jorge Rincón, residente de la delegación de Tlalpan, señala que sus vecinos afectados aún continúan viviendo en la calle, e incluso algunos de los que han solicitado apoyo para el pago de una renta provisional “no han conseguido nada”, pues en los módulos que instaló el gobierno, cuando lo solicitaron le dijeron simplemente que “las reglas habían cambiado” (Gallegos, 2017: 3). Estos hechos, en cambio, son también precisos que se conozcan para saber de la perdurabilidad del drama en muchas de las personas y familias con las que se trabaja y se trabajará en la psicoterapia desarrolla en este sismo.

Frente al proceso manipulador del rumor, Fabio Gallego propone la puesta en marcha del “Protocolo de abordaje estratégico del rumor” (PAER) (2010), que consiste en un protocolo destinado a los profesionales, a partir de dar respuesta a una serie de preguntas básicas, como pueden ser: ¿en qué lugares? (foco de propagación del rumor), ¿cómo es que genera?... con esta y otra preguntas se pretende “identificar a los grupos implicados, tanto los emisores como los receptores, así como reconocer a quien combate el rumor y actuar” en consecuencia (Gallego, 2010: 5).

El rumor siempre crea conflicto emocional, incertidumbre, ansiedad, entre otros factores mentales sobre la(s) persona(s) afectada(s), como analiza Schachter, Burdick, Allport, Postman, entre otros; es por tanto, fundamental tener en cuenta al rumor, entre otros elementos que perjudican la estabilidad mental, y por ello no lo puede obviar en ningún caso el psicoanalista.

### **8.5 Catástrofes, conductas y emociones colectivas**

Como apunta Ovejero (1977) ante situaciones de riesgo, tensión o cambio drástico, debidas tanto a los factores ambientales como a los factores sociales, se producen una serie de conductas y emociones colectivas. Estas conductas ante catástrofes y situaciones de riesgo pueden ser consideradas “adecuadas” –como señala Fernández et al., 1999-, al proseguir un orden en la evacuación, etc. (se pueden ejercitar como se hace en la ciudad de México, por ejemplo, a partir del temblor de 1985). Pero de igual forma se puede producir conductas “inadecuadas”, a consecuencia de “considerar que la situación es irreal o el éxodo desorganizado de un grupo” o un colectivo amplio, con lo que aumenta la “desorganización social del grupo así como la explosión de peligro” (Fernández et al, 1999: 4).

Entre las conductas y emociones colectivas surgidas de una catástrofe, riesgo, etc. –Fernández et al, 1999-, resaltan las siguientes:

- 1 Conmoción-inhibición-estupor. El comportamiento individual y colectivo inmediato, más frecuente, tras una catástrofe es la reacción de conmoción-inhibición-estupor; en las que se aprecia a los sobrevivientes “emerger de los escombros, alterados por el choque emocional, sin iniciativas y cuya única movilidad es un lento éxodo centrífugo que los



aleja de los lugares de la catástrofe para ganar espacios amplios hacia la periferia o lugares alejados de la catástrofe” (como apunta Fernández, 1999: 5, y analiza Lima, 1990), o dirigirse a sus destinos como tenían previsto hacerlo antes del momento de la catástrofe pero conmocionados e inhibidos (Fernández-Carrión, 2019); cuyas reacciones perduran por un corto espacio de tiempo, como constata Crocq, Doutheau, Sailhan (1987).

- 2 Miedo colectivo. En situaciones de catástrofe, de amenaza o riesgo es frecuente el sentir miedo intenso, pero no es una “condición suficiente” para que colectivamente surjan conductas de pánico (como estudia sobre situaciones históricas, Delumeau, 1993). Mientras que las investigaciones desarrolladas por Turner y Killian (1972) apuntan que el pánico es de corta duración, por ello algunas personas inmersas en dichas circunstancias de miedo colectivo, pueden realizar acciones coordinadas y heroicas, próximo esto al concepto del valor adaptativo del miedo, que es innato para unas personas pero no para otras (Fernández-Carrión, 2019).
- 3 Pánico. El pánico se puede considerar como el miedo colectivo intenso, sentido en un mismo período de tiempo por toda una población afectada directamente o inducida por medio del rumor o el miedo colectivo transmitido por otros diferentes medios (Fernández-Carrión, 2019) y que se constata a través de las reacciones primarias de “fuga loca”: sin objetivo fijo, desordenada, y que puede llegar a violencia y suicidios colectivos (Crocq et al., 1987).

El pánico comprende los siguientes elementos:

- A Intenso miedo individual.
- B Miedo compartido, a través de un contagio emocional.
- C Componente conductual, asociado a huidas masivas y desorden emocional colectivo.
- D Reacciones no adaptativas, egoístas e individualistas (que en ocasiones producen más víctimas que la catástrofe misma provoca, acorde a la frase “sálvese quien pueda”) (Schultz, 1964, Quarantelli, 1976).

En esta línea, Smelser (1962) estableció que, el comportamiento colectivo que termina en conducta de pánico cumple un proceso de pasos acumulativos y necesarios entre sí, como son:

- A Se inicia con una sensación de estar atrapado.
- B Acompañado de un malestar general provocado por esta imposibilidad de tratar de escapar, atendiendo a las emociones no a la razón (Fernández-Carrión, 2019).
- C Comunicarse para solicitar ayuda.
- D Percepción de peligro para la propia vida; todo esto se empeora, cuando se aprecia que existen trabas para movilizarse hacia la huida, y cuando se percibe que no existe una coordinación mental entre la información y la posible actuación eficaz.

Pero en las situaciones de pánico generaliza, Johnson (1987), indica que predominan las conductas cooperativas y coordinadas por encima de las conductas desadaptativas.

En resumidas cuentas, el pánico depende del grado de coordinación percibido o con el que se cuenta personalmente, además del nivel de información, de la experiencia previa y la tranquilidad con que se afronta el hecho catastrófico. Esta situación es conocida por la administración y por ello implementa una política de evacuación o control de conductas sociales ante las catástrofes, a través del establecimiento de un protocolo específico: en el que se muestra un número alternativo de rutas de escape para cada caso o supuesto; tiene en cuenta las diversas formas que hay de abandonar esa situación y planifica los modos de actuación, para transmitir tranquilidad y seguridad (Quarantelli, Dynes, 1977 y Quarantelli, 1978), y este protocolo se practica con cierta regularidad, en el transcurso del tiempo, para mentalizar y adiestrar a la población en esta problemática social, de interés estatal.

- 4 Huida colectiva y éxodo. Esta puede ser considerada la última opción del pánico colectivo y al mismo tiempo la “menos extrema” –según Fernandez et al., 1999: 7-; aunque las condiciones de precariedad o amenazas asociadas al éxodo suponen, normalmente, nuevos peligros para la vida de dicho colectivo.

A estas cuatro conductas, principalmente de repercusión colectiva, se le debe añadir los trastornos mentales que se pueden desarrollar individualmente, según los casos, como es el síndrome de estrés postraumático, los trastornos de estrés postraumático y la

neurosis traumática, que se analizarán a continuación en la comprensión de la psicología del rumor.

## 8.6 Psicología del rumor

Las condiciones resultantes de desastres provocan en la mayoría de la población que las sufren y las enfrentan una situación traumática que se puede considerar dentro de concepto de neurosis traumática, cuya manifestaciones más comunes son las reacciones que aparecen consecutivamente al impacto emotivo, el cual está generalmente ligado a una situación donde el sujeto social ha sentido amenazada su vida y de otros miembros de la comunidad.

De este síndrome de estrés postraumático es importante destacar, que el sujeto presenta el temor permanente de que ocurra nuevamente lo ya vivido, o sea, la repetición de un hecho similar al que amenazó previamente su vida y la estabilidad económica de quien le rodea y de él mismo.

El estrés postraumático repercute en la mayoría de las personas afectadas por un desastre, coexiste en un menor número con las que están inmersas, en mayor o menor medida, en un trastorno de estrés postraumático (TEPT), que puede ser padecido de forma leve o aguda, así como de manera permanente, recurrente o sólo durante el período inicial o próximo al suceso. Normalmente en ambos casos se les puede tratar por medio de fármacos y psicoterapia, lógicamente de acuerdo a la sintomatología particular y al nivel de patología en el que está inmerso cada paciente.

Durante el acaecimiento del desastre, como poco después de producirse, se genera múltiples tipos de rumores. Estos rumores (en septiembre de 1985, dieron lugar a varios tipos de predicción de los mismos en fechas intensidad determinada, y que de forma recurrente prosiguen en el tiempo); por lo general, independiente de su tipología y grado de incidencia social producen situaciones de gran alarma social y psicológica repercute sobre la población, ya que la mayoría de ellos reviven colectiva y personalmente el hecho traumático. La reiteración de este acto traumático impide la evolución y resolución del impacto emocional y obstaculiza la continuidad de la vida normal para resolver el choque emocional; por lo tanto, el sujeto al quedar inmerso en el temor y en la angustia no puede recobrar fácilmente el equilibrio emocional.

## 8.7 Principales elementos psicológicos del rumor

Desde el punto de vista de la psicología social –como analizo en profundidad, Octavio Márquez (1993: 185-194)-, es importante distinguir algunos aspectos específicos sobre la repercusión psicológica de la transmisión de los rumores: 315

- 1 Cuando las personas se encuentran afectadas ante el temor de una catástrofe o riesgo para con ellos mismos o el colectivo, y esto unido a la falta de información y conocimiento sobre el grado de gravedad que debería soportar en dicho caso, tratan de liberar la tensión personal buscando la aclaración imperiosa que resuelva esta tensión, tratan entonces, de eliminarla colectivamente. El rumor es la forma más fácil y accesible en que esta necesidad puede ser satisfecha. El carácter vital e imperioso de esta necesidad constituye uno de los factores determinantes del fundamento de la rapidez con que se difunden los rumores.
- 2 El rumor influye en la parte de población crédula y necesitada de equilibrio emocional y de tranquilidad psíquica, no resulta de otro modo, entre el narrador (emisario del rumor) y el oyente (que difunde a su vez ese mismo rumor).
- 3 El rumor sobre un acontecimiento, que aún no ha ocurrido, surge de manera espontánea o bien se pone en circulación de forma deliberada a partir de una o más personas.
- 4 Los fenómenos implícitos en los rumores cumplen determinadas leyes, que le son propias; entre las que sobresalen la informativa y la expresiva.  
La función informativa determina el grado relativo de veracidad, es decir la relación que se presenta en la supuesta afirmación que propone el rumor y la cierta verdad o exactitud que hay en el asunto que trata. En cambio, la expresiva se refiere al tipo común de reacción emocional que el rumor crea entre los oyentes y que al ser percibido por éste, provoca: deseo, temor, afinidad u hostilidad. La función expresiva es clave para el desarrollo del rumor, porque refleja el estado subjetivo de las personas en cuyo medio se propaga. Los rumores sobre predicciones de sismos (sobre la repetición de los mismos con fecha y grado de intensidad),

que hacen sin base científica. La repercusión expresiva que aparece es aún más intensa ya que la población ha sido fuertemente golpeada recientemente por ellos y con graves daños materiales y físicos recibidos.

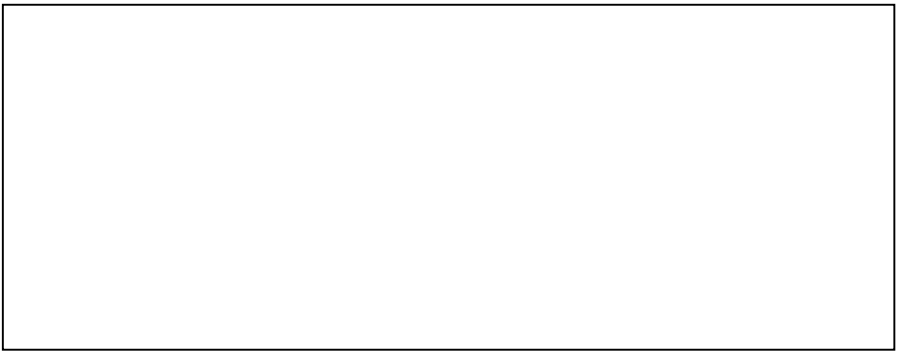
- 5 Un estímulo importante para propagar y percibir un rumor es el afán de las personas por obtener noticias sobre el problema que le inquieta. Por ello, este tipo de rumor siempre es actual, siendo esta una de las condiciones inherentes para la permanencia en circulación de todo rumor, de lo contrario desaparecería.
- 6 El rumor –según algunos autores- se conforma como una respuesta colectiva a las situaciones que afectan al grupo. Es altamente emotivo y contiene muchos aspectos desconocidos e improbables. El rumor da lugar a exageraciones, explicaciones imprecisas, etc. Los elementos que convierten al rumor en un agente altamente contagioso y propicio para orillar a la sugestión son la naturaleza emotiva de una situación, la diversidad de aspectos y problemas que ésta provoca. Además hay que tener en consideración las diferentes tendencias de mentalidad y predisposiciones a cambio de estados de ánimo que se suscita entre los distintos integrantes del colectivo afectado directa o indirectamente por los desastres naturales.

### **Bibliografía**

- Crocq, L., Doutheau, C, Sailhan, M. (1987) “Les réactions émotionnelles dans les catastrophes”, *Encyclopédie Médico Chirurgicale-Psychiatrie*, 37113 D, 2-8.
- Cruz Vargas, Juan Carlos (2017) “Frida Sofía y la ‘zona cero’ del caos”, *Proceso*, 24 septiembre, 17-18.
- Delumeau, J. (1993) *Le peur en Occident*, París, Fayard.
- Fernández, Itzar, Martin Beristain, Carlos, Páez, Dario (1999) “Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor, miedo y conductas de pánico”, *La anticipación de la sociedad. Psicología social de los movimientos sociales*, J. Apalategui (ed.), Valencia, Promolibro, 281-342.
- Fernández-Carrión, M.H. (2019) “Teoría del rumor, psicología y desastres naturales”, *Revista Vectores de Investigación*, en imprenta.

- Gallego Reinoso, Fabio (2010) “Cómo abordar los rumores. Manual para comprenderlos y diseñar estrategias para contenerlos”, Barcelona, Diputación de Barcelona, [www.gns-barcelona.com/como-abordar-los-rumores/4591138659](http://www.gns-barcelona.com/como-abordar-los-rumores/4591138659)
- Gallegos, Zorayda (2017) “Las víctimas del 19-S marchan contra la corrupción inmobiliaria”, [https://elpais.com/internacional/2017/10/20/mexico/1508457381\\_303305.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/20/mexico/1508457381_303305.html).
- Guerin, Bernard, Miyazaki, Yoshihiko (2003) “Rumores, chisme y leyendas urbanas: una teoría de contingencia social”, *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, Nol. 3, 257-272.
- Johnson, N.R. (1987) “Panic and the breakdown of social: Popular myth, social theory, empirical evidence”, *Sociological Focus*, 20, 171-183.
- Márquez Mendoza, Octavio (2000) “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Martha Yolanda Martínez-Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 507-516.
- (1993) “El rumor: origen, elementos, desarrollo y ejemplo”, *Desastres*Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 185-194.
- Márquez Mendoza, Octavio, Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017a) “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, *Gaceta Ampag*, México, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, vol. 1, No. 10, octubre, 2017, 238-240.
- (2017b) “Psicología del rumor y los desastres naturales”, *Seres psicoanalíticos, complejidad y psiquismo*, México, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, No. 2, Monográfico “Aspectos psicosociales del sismo”, 36-48.
- Ovejero, A. (1977) *El individuo en la masa: psicología del comportamiento colectivo*, Oviedo, Nobel.
- Quarantelli, E. (1978) *Disasters: theory and research*, Beverly Hills: Sage.
- (1976) *Human response in stress situation*, Bogotá, D.R.S.
- Quarantelli, E, Dynes, R.R. (1977) “Response to Social Crisis and Disaster”, *Annual Review of Sociology*, 3, 23-49.

- Reina, Elena (2017) “Volver a la rutina, de camino a la normalidad”, [https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668\\_898496.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668_898496.html), 1-3.
- Schultz, D.P. (1964) *Panic behavior: discussion and readings*, Massachusetts, Random House.
- Smelser, N.J. (1962) *Theory of Collective Behavior*, New York, The Free Press.
- Suárez, Karina (2017) “El terremoto, en cifras” en “Volver a la rutina, de camino a la normalidad”, Elena Reina, [https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668\\_898496.html](https://elpais.com/internacional/2017/10/18/mexico/1508348668_898496.html), 3.
- Turner, R.H., Killian, L.M. (1972) *Collective Behavior*, New Jersey, Prentice Hall.
- Villamil, Jenaro (2017) “Bajezas mediáticas”, *Proceso*, 24 septiembre, 19-21.





## 9 EL PROGRAMA PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA EN CONDICIONES DE DESASTRE (27 DE SEPTIEMBRE DE 1985)<sup>160</sup>

### 9.1 Antecedentes

Ante la situación vivida posterior al sismo del 19 de septiembre de 1985, como representante de la comisión de la clínica, pensé -con toda la angustia ante la catástrofe- sobre la mejor forma en que la clínica de la AMPAG, podría participar con ayuda a través de los servicios que ofrece a la comunidad. En el momento de la emergencia, decidí llevar a cabo un plan de trabajo, para lo cual solicité la participación de profesionales, especialmente de la coordinadora técnica de la clínica, Magdalena Juárez, además de Irene Lenz, Antonio Mendizábal, María Teresa de la Serna y Bertha Blum.

### 9.2 Primera reunión<sup>161</sup>

Decidimos ponernos en contacto con todos los miembros de AMPAG para preguntarles sobre su disponibilidad de tiempo y para convocarlos a una asamblea general de asesoría el lunes 23. A las personas que asistieron se les propuso que, por medio de la clínica,

---

<sup>160</sup> Subcapítulo 9 “Programa para la ayuda psicológica en condiciones de desastre” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre (27 de septiembre de 1985)”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, Octavio Márquez Mendoza (1986, 37-42) y “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre (27 de septiembre de 1985)”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (1993, 109-114).

Según se apunta en *Desastres* “El programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre...” es una adaptación realizada por Octavio Márquez Mendoza del “Anteproyecto de ayuda psicológica en condiciones de desastre...” (Desastres, 1993: 318).

<sup>161</sup> En la edición de *Desastres* probablemente por un error tipográfico se enumera como “Segunda reunión”, cuando debía indicar “Primera reunión” (*Desastres*, 193: 110), pues tras esta se celebraron otras de apoyo al sismo de 1985, sobre las que no se aluden.

ofreciéramos atención psiquiátrica y psicológica de emergencia de forma gratuita a las personas afectadas por el sismo. Las principales conclusiones que se obtuvieron al final de esta asamblea, fueron las siguientes:

- 1 Que nuestro trabajo fuera en colaboración con el que efectuaba la Facultad de Psicología de la UNAM, en conjunto con Bony Blum, Cristina Enciso, Isabel Díaz Portillo e Irma Lorenz.
- 2 Asistir personalmente a los lugares en donde nos requirieran: instituciones, albergues, etc.
- 3 Abrir la clínica a la consulta externa.
- 4 Dar cursos de información y orientación a brigadas y grupos de asistencia social.
- 5 Prestar el servicio de psiquiatría y ayuda psicológica, según el marco de la psicoterapia breve y de emergencia, especialmente a los puntos medulares del síndrome postraumático emocional, considerados dentro del concepto de la neurosis traumática.

También se acordó que se precisara que la clínica no podía ofrecer servicios de hospitalización, medicina general, ni albergue. Asimismo, se decidió que este plan de trabajo sería difundido por radio, televisión y prensa escrita<sup>162</sup>.

### 9.3 Organización

La coordinación técnica y el personal administrativo de la clínica se abocaron a elaborar los horarios para organizar las guardias por equipos, con el propósito de prestar los servicios asistenciales de las 9:00 a las 20:00 hrs., de lunes a sábado.

---

<sup>162</sup> Una reflexión a posteriori del desastre, efectuada por el médico J. A. Carrillo me llevó a pensar que el camino más adecuado hubiera sido comunicarme con el BCA para que convocara a una asamblea urgente extraordinaria. Debido a esa reflexión, el 27 de octubre de 85 se llevó a cabo la asamblea de asesoría urgente.

## 9.4 Trabajo en la comunidad

Tuvimos distintas experiencias de trabajo en la comunidad:

322

- Asistencia a personas en situación de crisis.
- Formación de grupos para la atención en la clínica.
- Creación de grupos de trabajo en los albergues del IMSS.
- Formación de grupos para información y orientación, etc.

## 9.5 Instrumentos de trabajo

El médico Alonso Peón Escalante redactó un extracto de sugerencias para la ayuda psicológica en situaciones de crisis para familiares, amigos de damnificados y personal de salud. Al mismo tiempo, la médico Irene Lenz también hizo un extracto y traducción para ayudar a víctimas de desastres y para eventualidades entre el personal asistencia. Mientras que la médico Lili Bicas formuló un extracto del DSM III que se refiere a trastornos por estrés postraumático y trastornos por estrés postraumático crónico o retrasado.

Los dos primeros extractos se imprimieron copias en “mimeógrafo” que se han repartido y discutido en los trabajos de personal de salud en los lugares en que hemos estado presentes.

Por otra parte, la médico Emma Libman de Ehrenwald y Mercedes Torres elaboraron un plan de trabajo en los albergues del IMSS, con el fin de facilitar el ingreso de los equipos a los grupos, así como también facilitar los instrumentos necesarios para este tipo de asistencia.

Por todo ello, se puede indicar que tuvimos distintas experiencias de trabajo en la comunidad, cuyos resultados fueron los siguientes:

- Asistencia a personas en situación de crisis.
- Formación de grupos para la atención en la Clínica.
- Organización de colectivos de trabajo en los albergues del IMSS.
- Formación de grupos de información, orientación, etc.

## 9.6 Instrumentos de trabajo

Se redactó un texto sobre “Sugerencias para la ayuda psicológica en situaciones de crisis” para familiares, amigos de damnificados y personal de salud.

323

Asimismo, se efectuó también un extracto y se tradujo para ayudar a las víctimas de desastres y entre el personal asistencial. Se formuló un borrador del DSM III que se refiere a trastornos por estrés postraumático crónico o retrasado. De los dos primeros extractos se imprimieron copias que se discutieron durante las reuniones llevadas a cabo con el personal de salud en los lugares en que los integrantes de la clínica estuvieron presentes. Al mismo tiempo se elaboró un plan de trabajo para los albergues del IMSS, con el fin de facilitar el ingreso de equipos de trabajo a los grupos allí formados, para proporcionarles los instrumentos necesarios para realizar esta asistencia.

## 9.7 Comunicación

Nos pudimos en contacto con Lolita Ayala, quién nos remitió a través del licenciado Rafael Mendivil, secretario particular de la señora de la Madrid, quién mostró interés en lo que la clínica podrá ofrecer, por lo que nos vinculó con el médico Leobardo Ruíz, director del DIF y coordinador del Plan Nacional de Ayuda Psicológica.

Además contamos con la solicitud de Unicef –a través de la intercepción de María Eugenia Linars- para organizar cursos enfocados a la niñez. Asimismo, a través de Irene Lenz, establecimos contacto con la coordinadora general de Servicios Sociales del IMSS, Beatriz Dubost, para trabajar con el personal de salud con nuestros instrumentos de trabajo en los albergues.

Mientras que la médico Vidalina Ramos recibe la demanda del médico Alejandro Medina Segura para una asistencia de orientación por uno de nuestros equipos. De igual forma, Adela Seade, por conducto del médico Marzo Antonio Dupont, se puso en contacto con nosotros para varios asuntos. Uno, concertar una entrevista con el médico Al Pánico, director de Servicios de Desastres de la Cruz Roja de Estados Unidos, en los Ángeles. Esta entrevista se llevó a cabo, con traducción simultánea de Hilma Carman, cuyas conclusiones principales fueron:

- Integrar nuestro trabajo a un plan general para evaluar los puntos de correspondencia.
- Elaborar un proyecto de financiamiento en las organizaciones abocadas a este tipo de problemas, en especial la Organización Panamericana de la Salud.
- Intervenir en los efectos de la catástrofe y, como muy importante, poseer información sobre lo que es un sismo como fenómeno natural y tener elementos que ayuden a sobrevivirlo.

Asimismo, el médico Al Panico, nos dejó la siguiente información:

- 27 pasos que le ayudarán a sobrevivir a un temblor de tierra.
- Medidas de seguridad para sobrevivir en un terremoto.
- Cómo luchar contra las reacciones de los niños a los terremotos y a otros desastres.

### **9.8 Boletín informativo**

Se envió un boletín informativo a los medios de comunicación, con el fin de dar a conocer los servicios asistenciales de la clínica.

### **9.9 Propuestas**

En los ocho días, posteriores al desastre, se puso en marcha este programa para la comunidad en una situación de emergencia y pensé que, en adelante podríamos encontrar programas a corto, mediano y largo plazo. En estas circunstancias propuse a la asamblea lo siguiente:

- 1 Elaborar un proyecto de trabajo para la comunidad centrado en la neurosis traumática y en la nomenclatura del 308.30 al 309.81 del DSM III, para presentarlo a la Organización Panamericana de Salud y a otros organismos internacionales y del país, con objeto de tener financiamiento para llevarlo a cabo.
- 2 Formar grupos de asesoría y de ejecución que colaboren en

este proyecto y en algunos otros, como relaciones públicas, comunicación, organización, atención a la niñez, orientación a los maestros, etc.

- 3 Hacer investigaciones y escribir las experiencias sobre este fenómeno, como se hace en *Desastres* (1993) y se desarrolla en el presente segundo volumen de las Obras completas. 325

### **Bigliografía**

- Márquez Mendoza, Octavio (edición) (1993) “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre (27 de septiembre de 1985)”, *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, 109-114.
- (compilador) (1986) “Anteproyecto de ayuda psicológica en condiciones de desastres”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, AMPAG (abril, sin publicar), 37-42.

10

## 10 INFORME PRESENTADO EN LA REUNIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL 5 DE NOVIEMBRE DE 1985<sup>163</sup>

### 10.1 Introducción

La Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG) abre al diálogo interinstitucional para compartir recíprocamente, nuestras experiencias ante situaciones de desastre, en lo referente a la ayuda psicológica que corresponde al campo de la salud mental.

Pensamos que este diálogo permite intercambiar experiencias sobre cómo desarrollar un trabajo terapéutico ante los efectos que tienen las catástrofes de grandes dimensiones. A raíz del desastre de septiembre de 1985, con la presencia de los sismos, la ciudad de México se vio golpeada en forma destructiva. Es significativo que cada individuo reacciona -con su historia y personalidad- la historia institucional -con sus integrantes-, en su conjunto se dió una modalidad de manejo de la crisis.

En el momento del impacto se produjo una parálisis individual e institucional en las primeras horas, lo que es seguido con una reunión convocada por la comisión de la clínica de AMPAG, en la que se puso en marcha un primer ante proyecto de atención a la comunidad. Posteriormente, a partir de una asamblea extraordinaria de asesoría, quedó establecido el programa definitivo de emergencia a cargo de la clínica de la AMPAG, entre otras actividades privadas y públicas, y especialmente por la actividad desde un principio de los voluntarios al rescate de damnificados. En esta asamblea se pone en marcha un primer “Anteproyecto de atención a la comunidad”<sup>164</sup>. Como una primera medida, se elaboró

---

<sup>163</sup> Subcapítulo 10 “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985” ha sido adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, *Guía*, Márquez Mendoza (compilador) (1986: 43-63) y “Los resultados inmediatos a la aplicación del Programa de ayuda psicológica”, *Desastres*, Márquez Mendoza (edición) (1993: 115-125).

<sup>164</sup> Que terminará denominándose “Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre...”, tal como se reproduce en la *Guía* (1986: 37-42).

una guía de emergencia ante situaciones de desastre. Posteriormente, a partir de una asamblea extraordinaria de asesoría, queda establecido el “Programa definitivo de emergencia”<sup>165</sup> a cargo de la clínica. Dicho programa comprende varias actividades:

327

- Primera fase, atención inmediata de la emergencia.
- Segunda fase, trabajo clínico –gratuito– preferentemente con grupos, enfocado a la elaboración de la situación traumática, con una duración de tres a seis meses después del sismo.
- Tercera fase, incorporación de pacientes afectados en forma permanentemente o con una patología previa, agudizada por el trauma, a los grupos regulares de trabajo en la clínica (2 años).

Dentro de la primera fase<sup>166</sup> hay que abocarse a la distribución del trabajo asistencia, como sigue:

- A Trabajo de campo con la población afectada en albergues, delegaciones, hospitales o en lugares que nos requieran.
- B Trabajo en la clínica de la asociación, a través de guardias para dar atención psicológica y psiquiátrica individual y a los grupos que solicitaron consulta.
- C Cursos de entrenamiento y asesoría al personal asistencial: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros..., para favorecer la acción de asistencia primaria, secundaria y terciaria a la comunidad.
- D Elaboración y difusión de un boletín informativo dirigido a profesionales y a la población en general, con respecto al manejo de situaciones en crisis y otros fenómenos, especialmente el manejo de rumores. Además, se difundió

---

<sup>165</sup> Que se denominará “El Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre...”, que se reproduce en *Desastres* (1993: 109-114) y parte de su contenido en coincidente con el presentado en el “Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre...” (*Guía*, 1986: 37-42), y cuya puesta en práctica se reproduce en “Los resultados inmediatos a la aplicación del Programa de ayuda psicológica” (*Desastres*, 1993: 115-126). Este segundo trabajo es resultado de una adaptación realizada por Octavio Márquez Mendoza del “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 23 de noviembre de 1985” (*Desastres*, 1993: 319).

<sup>166</sup> En la que se encuentra mientras que se elabora el “Informe” presentado en la primera reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985 en AMPAG.



asesoría psicológica por canales masivos de comunicación: prensa escrita, radio y televisión.

328

El presente informe de actividades –que comprende del 27 de septiembre al 30 de octubre de 1985– se pudieron observar y analizar algunos comportamientos humanos posteriores a un desastre natural. Se recogieron una diversidad de experiencia entre personas a título personal, así como familias; que constituyen distintos tipos de grupos, sujetos al síndrome situacional agudo y al síndrome postraumático.

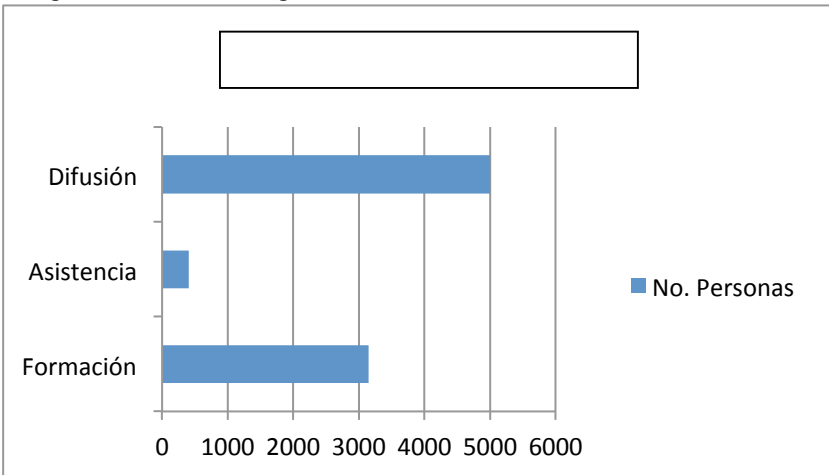
En primer lugar se indicará gráficamente las distintas actividades desarrolladas para el apoyo al comportamiento humano posterior a un desastre natural (cuadro 3 y figura 1), donde destaca la labor de difusión y formación sobre el tema en cuestión sobre la ayuda psicológica a afectados de desastres.

Cuadro 3. Distintas actividades desarrolladas para el apoyo al comportamiento humano posterior a un desastre natural

Formación	3143
Asistencia	406
Difusión	5000

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Distintas actividades desarrolladas para el apoyo al comportamiento humano posterior a un desastre natural



Fuente: Elaboración propia

Como resultado más llamativo de la figura 1 se puede indicar que en pocos días (algo más de treinta), AMPAG desarrolla una actividad de apoyo al desastre asistiendo a 406 afectados; difundiendo información, entre cinco mil personas, y formando a 3.133 voluntarios. 329

En lo que se refiere a la atención comunitaria en albergues, destacan los siguientes aspectos estadísticos (cuadro 4 y figura 2): 15 albergues visitados, con 6 visitas subsecuentes, atendiéndose a 334 damnificados y 72 asistencias personales, cuyo trabajo terapéutico fue desarrollado por 20 profesionales.

## 10.2 Atención y asesoría a grupos de trabajo<sup>167</sup>

En un principio, las demandas eran confusas porque nuestra atención era psicológica y lo que ellos requerían era la solución a problemas inmediatos, tales como rescate, comida, resguardo, medicamentos, etc.

En algunos casos, nuestras actividades se duplicaban ya que había personal de otras instituciones realizando el mismo trabajo de ayuda psicológica; lo que generaba, que el equipo terapéutico regresara con un sentimiento de frustración o bien se presentaran conflictos de poder. Mientras que en otros casos, nos solicitan asesoría “in situ” por parte de quienes encontraban problemas en el desempeño de su trabajo terapéutico.

Cuadro 4. Atención comunitaria en albergues

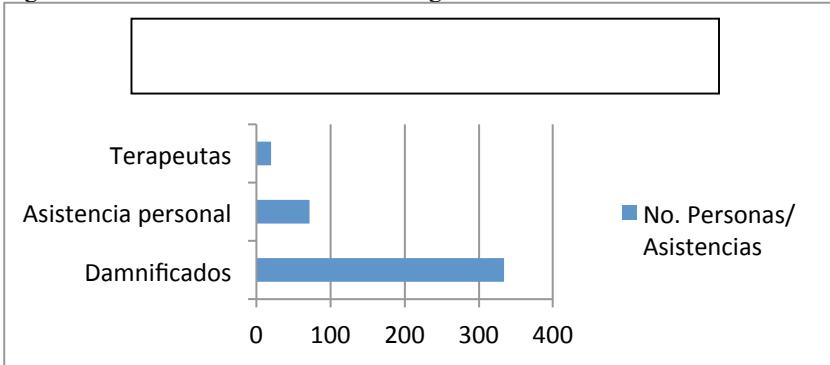
Damnificados	334
Asistencia personal	72
Terapeutas	20

Fuente: Elaboración propia

---

<sup>167</sup> Este texto presente en *Desastres* (1993: 177-123) coincide en parte con el que se produce con el título de “En lo que se refiere a la atención comunitaria en albergues y campamentos que se presenta en esta ocasión de “Atención y asesoría a grupos de trabajo”, en la *Guía* (1986: 43-63 – según el índice o páginas 21 y 22 atendiendo a la reproducción del contenido-); cuyo trabajo original es realizado por Héctor Socorro y que en esta ocasión es rehecho por FC.

Figura 2. Atención comunitaria en albergues



Fuente: Elaboración propia

Se observó que en general, en los albergues visitados, las dificultades de integración, información y organización del equipo asistencial se tradujeron en situaciones problemáticas entre los albergados y con dichas instituciones, difíciles de solucionar.

Por esta razón, la primera aproximación con los albergues fue a nivel de trabajo con el personal asistencial. Las intervenciones fueron para facilitar un espacio catártico, orientación práctica para la distribución de labores y fomentar su organización. Posteriormente se atendió al personal con cursos de capacitación en la clínica, así como se canalizó a las personas con problemas de orden psicológico para su atención adecuada.

En cuanto al trabajo directo con los albergados fue difícil. Gran parte de ellos atendía necesidades urgentes, de tal manera que nuestra intervención estuvo dirigida a lo individual o la familia y, en pocos casos se realizó intervenciones grupales.

Se consideró la posibilidad de que quizá esa sería la única intervención directa con cada colectivo de damnificados por lo que fue necesario utilizar las técnicas de terapia breve y mantener la consigna de tratar de incorporar a las personas que lo ameritaran, a los grupos especiales de la clínica.

En cuanto a los fenómenos grupales, se encontraron actitudes de demanda excesiva, pasividad, exigencias, inconformidad, voracidad, protestas, rivalidades entre subgrupos; aunque también hubo casos de buena organización, solidaridad y ayuda a los demás.

En este período se llevó a cabo una intervención de dos sesiones prolongadas con ciento noventa médicos sobrevivientes de

los hospitales de Juárez y General, en colaboración con profesionistas de salud mental de la Facultad de Medicina de la UNAM.

### 10.3 Capacitación, supervisión y difusión<sup>168</sup>

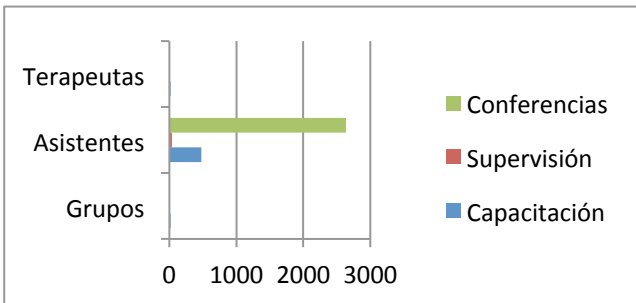
Los principales datos estadísticos sobre el apartado de capacitación, supervisión y difusión, son los siguientes (cuadros 5 y 6 y figuras 3 y 4):

Cuadro 5. Actividades de capacitación, supervisión y conferencias desarrolladas por AMPAG en el sismo de 1985, en ciudad de México

Grupos de capacitación	19
Número de asistentes	473
Terapeutas participantes	18
Grupos abiertos de supervisión	1
Número de asistentes	35
Terapeutas participantes	2
Conferencias	6
Número de asistentes	2635
Grupos de capacitación	6

Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Actividades de capacitación, supervisión y conferencias desarrolladas por AMPAG en el sismo de 1985, en ciudad de México



Fuente: Elaboración propia

<sup>168</sup> Este apartado de “Capacitación, supervisión y difusión” tal como viene recogido en la *Guía*, se presenta sin este título e integrado en el apartado de “Atención y asesoría a grupos de trabajo” en *Desastres* (1993: 119-123).

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

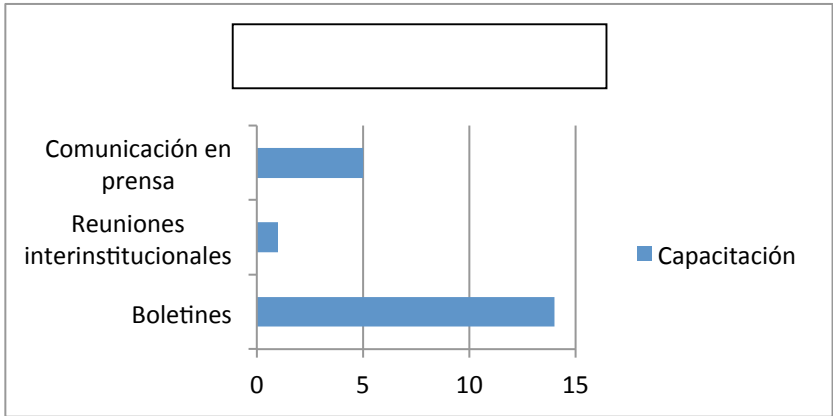
Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Cuadro 6. Actividades de difusión desarrolladas por AMPAG en el sismo de 1985, en ciudad de México

Boletines informativos impresos	14
Reuniones interinstitucionales	1
Entrevistas en radio, prensa y televisión	5
Terapeutas participantes	8

Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Actividades de difusión desarrolladas por AMPAG en el sismo de 1985, en ciudad de México



Fuente: Elaboración propia

La demanda de capacitación provino, en un cincuenta por ciento, de los profesionales y voluntarios que se encuentra trabajando con damnificados; el resto, son personas que desean llevar a cabo tareas asistenciales a la mayor brevedad. Los cursos se impartieron a grupos heterogéneos en cuanto a la profesión que practican, aunque de alguna manera todos son personal asistencial, con predominio del 80% de mujeres psicólogas.

Las modalidades de capacitación fueron variadas de acuerdo con el diseño propuesto por cada equipo.

Dos cursos se coordinaron con Unicef y con la UNAM. Uno de ellos consistió en la capacitación para el manejo de grupos grandes, como promotores de salud y cubre aspectos teóricos, técnicos y vivenciales; su duración es de cuatro meses, a partir del 18 de octubre de 1985. El otro curso se impartió bajo el título de “Seminario de técnicas grupales para intervenciones con niños en

crisis”<sup>169</sup>; igualmente teórico, técnico y vivencial. Para este seminario se reunieron cuatro terapeutas y 40 participantes. Su objetivo fue entrenar a personas que trabajaban directamente con niños (directores, maestros, trabajadores sociales, orientadores, educadores, etc.), para que fuesen capaces de detectar casos que ameritaran una atención especial. Tiene una duración de cuatro meses, iniciándose el 23 de octubre de 1985. Durante el primer mes se presentó información sobre temas teóricos y técnicos, incluyendo una experiencia vivencial, y en los siguientes tres meses se llevó a cabo una supervisión a los integrantes que ya estaban trabajando directamente con los niños.

Otro equipo -formado por nueve terapeutas- organizó el seminario de formación de emergencia, que proporcionó a los participantes la siguiente información y trabajo comunal:

- A Información mínima y esquemática sobre temas teóricos y técnicos pertinentes, a través de mini conferencias y entrega de material bibliográfico sobre: neurosis traumática, trabajo de duelo, introducción a la terapia dinámica breve, intervención en crisis, generalidades sobre grupos y fenomenología y dinámica de los grupos amplios.
- B Trabajo en pequeños grupos, con el desarrollo de discusiones de casos y situaciones-problemas, usando como procedimientos técnicos a los grupos Balint, al role playing, al psicodrama psicoanalítico y al sociodrama.
- C Experiencia de sensibilización a los fenómenos de grupo amplios, de entre 20 a 80 personas, con posterior explicación y razonamiento de la vivencia.

Para llevar a cabo estos seminarios de formación se consideró su utilidad con respecto al efecto terapéutico de ellos (tiene

---

<sup>169</sup> En este entorno se organiza los “Seminarios de formación de emergencia” (*Desastres*, 1993: 81-86) adaptados a partir de “Los seminarios de formación de emergencia” de José Antonio Carrillo (*Desastres*, 1993: III). Asimismo, se organiza el “Seminario intensivo: intervenciones en situaciones de crisis con grupos de niños y padres” (*Desastres*, 1993: 87-100 y *Guía*, 1986: 138-179 –paginación según el índice-) y al nivel analítico de cómo resultado los “Análisis de los resultados de los seminarios de formación de emergencia”, de Héctor Socorro (*Desastres*, 1993: 131-138) y los “Resultados obtenidos del Seminario intensivo sobre las intervenciones en situaciones de crisis con grupos de niños y padres” (*Desastres*, 1993: 139-152).

repercusión de una terapia breve); dando por sentado que la mayoría de los participantes han sido o son acumuladores-receptores de las ansiedades y fantasías de las personas afectadas. Los seminarios tuvieron también como objetivo la detección de trastornos emocionales. En estos casos se subrayó la dimensión terapéutica y se recomendó el tratamiento adecuado dentro o fuera de la asociación.

En las semanas posteriores al seminario se trabajó con pequeños grupos, en sesiones de dos a cuatro veces por semana, para discutir casos y situaciones-problema con las técnicas indicadas anteriormente.

Estos seminarios de formación tuvieron lugar en la fase de emergencia cada 15 días, durante los fines de semana, hasta mediados de diciembre de 1985, seguidos de una evaluación de lo realizado.

Los aspectos formativos e informativos intentan proporcionar los instrumentos operacionales (teóricos-técnicos-vivenciales) necesarios para enfrentar emergencias psicológicas y los problemas colectivos en los albergues, campamentos, comunas y escuelas. Al mismo tiempo proporcionaron al técnico un vínculo institucional que funciona como grupo de referencia.

Los efectos de los seminarios fueron: terapéuticos, pedagógicos y sociopolíticos.

Existe otro grupo de capacitación teórico-técnico formado por dos terapeutas y 30 participantes que trabajaron cuatro horas semanalmente, con un contrato de dos meses (octubre y noviembre de 1985). Al mismo tiempo, que organizaron otros grupos de capacitación vivenciales, tanto en la clínica como en la comunidad, su contrato ha sido una sola sesión, entre dos y ocho horas de trabajo continuo. También coexiste un grupo abierto de supervisión, que funcionó todos los viernes en la Delegación Cuauhtémoc, constituido por médicos y paramédico que trabajaron en albergues.

Se evidenció que el tipo de participación de los profesionales y voluntarios en los cursos de capacitación estuvo determinado por las actividades que realizaban de apoyo al desastre; apreciándose diferencias entre brigadistas de primera línea, dirigentes de albergues, y voluntarios que no tenían aún una tarea concreta; aunque en su mayoría, buscan una terapia más que una capacitación.

Las conferencias impartidas se realizan por iniciativa de las instituciones oficiales solicitantes, que demanda que se les informe

a sus empleados y al público en general.

#### 10.4 Atención en la clínica<sup>170</sup>

Desde el punto de vista estadístico en la relación a la atención que se ha desarrollado en la clínica, destaca la siguiente información (cuadro 7 y figura 5):

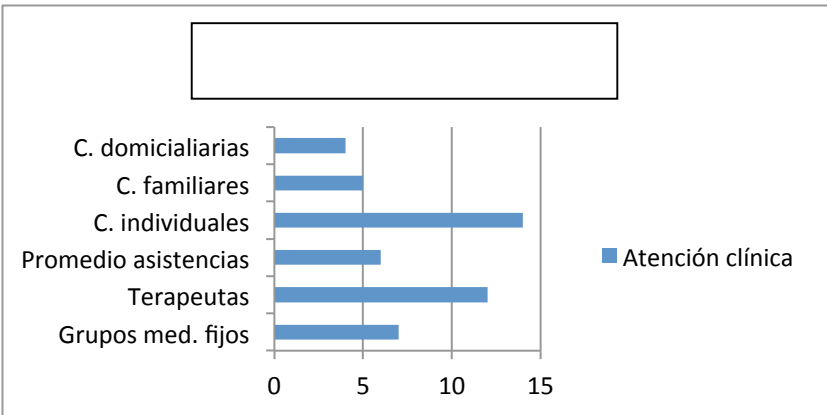
335

Cuadro 7. Atención clínica

Grupos especiales con horario fijo	7
Numero de terapeutas	12
Promedio de asistencia de pacientes	6
Consultas individuales	14
Consultas familiares	5
Consultas domiciliarias	4

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Atención clínica



Fuente: Elaboración propia

C= consultas Med= médicos con horarios fijos

En la atención clínica por parte de médicos y terapeutas (con algo menos del 60% los primeros con respecto a los segundos) con horario fijo, se aprecia que se atendía principalmente consultas individuales, y en menor medida algo menos del 35% consultas familiares y domiciliarias.

<sup>170</sup> Este apartado de “Atención en la clínica” tal como se expone en la *Guía* coincide con parte del apartado de “Atención y asesoría a grupos de trabajo” en *Desastres* (1993: 122-123).



De forma global, se puede resumir indicando que la atención clínica y la formación aplicada durante el desarrollo del presente programa comprende 507 asistencias y la formación a 3143 personas; mientras que en la propia AMPAG desarrollan una capacitación y formación a 34 personas; con una asistencia terapéutica a la comunidad de 20 y en la clínica a 12 personas.

La atención de la clínica fue un trabajo básicamente de coterapia. Se contamos con siete grupos en horarios fijos; de los cuales hay dos grupos familiares a los que asisten padres e hijos, los demás son heterogéneos. El promedio de participación es variable, dependiendo del contrato establecido por los terapeutas. Existe un horario destinado a un grupo de la Delegación Cuauhtémoc, al cual asisten 16 personas, en otros hay entre 4 y 8 pacientes.

Los terapeutas observan gran movilidad de pacientes en los grupos. Algunos permanecieron un máximo de tres sesiones. Sin embargo, hubo también colectivos que han mantenido casi a los mismos pacientes desde la primera sesión y terminaron con ellos al finalizar la primera etapa del programa.

La consulta individual y familiar fue mínima. La atención domiciliaria se ha reducido a los casos en que por impedimentos físicos -como consecuencia de traumatismos- las personas no pueden acudir a la clínica.

En cuanto al efecto emocional en los terapeutas, dependió de la historia personal de cada uno de ellos. En ellos apareció en mayor o menor grado el síndrome denominado trastorno situacional agudo, caracterizado por choque, impresionabilidad, euforia y frustración que se manifiesta como sentimiento de impotencia, depresión, locura, fragmentación, sobreexigencia, dolor, miedo de no poderse enfrentar a la magnitud de los efectos y de intoxicarse; todo ello motivado generalmente por las circunstancias de no contar con la suficiente preparación para manejar la situación. Por ello, ha sido importante contar con un espacio grupal autogestivo, en el cual se pueden manejar todos los efectos y ansiedades surgidos en los terapeutas. Dicho grupo se inició a partir del 12 de noviembre de 1985.

## **10.5 Conclusiones y recomendaciones obtenidas de las experiencias de la primera fase del “Programa”<sup>171</sup>**

<sup>171</sup> Este apartado de la *Guía* titulado “Conclusiones y recomendaciones”

Algunas de las observaciones que se pueden hacer de esta primera fase de emergencia, son las siguientes:

337

- 1 Aparentemente desaparecieron diferencias y rivalidades entre las personas, grupos e instituciones, aunque coexiste con una colaboración y solidaridad masiva en diferentes niveles. Este fenómeno pudo corresponder a las reacciones de los grupos, frente a un objetivo común “un enemigo común”, que la psicología social ha estudiado en relación a las reacciones de los endogrupos frente a los exogrupos. Contra las amenazas externas, surge la cohesión, desaparecen las diferencias y aparece hasta una actitud heroica.
- 2 Desaparecieron los roles claros y definidos, asumiéndose tareas no realizadas antes.
- 3 Apareció una desorganización social, por falta de un liderazgo claro, en cuanto a lo formal. Esta propuesta surge con la idea de salvar vidas.
- 4 Aparecieron maneras particulares de manejar el impacto, como son: el aumento de religiosidad, la transformación de actividades en pasividad o viceversa, la organización civil espontánea, la lucha política, entre otras, como resguardo general contra el miedo.
- 5 Los mecanismos psicológicos útiles fueron la negación, la escisión, el aislamiento de los efectos, por lo menos en los primeros momentos de urgencia. En esta línea el reforzamiento de mecanismos yoicos y obsesivos resultaron ser de utilidad; pues en estos casos, es más práctico reforzar las defensas que romperlas.
- 6 El impacto emocional, como consecuencia del terremoto, motivó a una tarea asistencial dentro del campo de la salud mental que, por lo inesperado, lo desconocido y lo generalizado indujo a desarrollar técnicas de trabajo diferentes, así como recursos nuevos para el manejo de fenómenos y funciones desconocidas, apoyados todos ellos en el marco teórico del psicoanálisis, la psicociología, la sociología, el análisis institucional, la psicopatología y la

---

(1986: 25-26 –numeración interior-) en *Desastres* (1993) se intitula “Principales conclusiones y recomendaciones obtenidas de las experiencias inmediatas de la primera fase del programa” (1993: 123-124).

teoría de grupos.

- 7 El número de personas afectadas y la duración de los síntomas parecen resultar ser muy variables; dependiendo de muchos factores, entre ellos: la experiencia reciente de la comunidad en materia de catástrofes, el carácter repentino y la intensidad de éstas, y la solidez de los vínculos sociales entre los individuos.
- 8 Se había observado en otras experiencias similares que, cuando se dispone de servicios de ayuda psicológica, aumenta el número de personas que acuden para tratamiento de estados de ansiedad y depresión. También se había observado que esos casos son más frecuentes y prolongados si los supervivientes continúan viviendo en condiciones de incertidumbre y tensión. Nuestra realidad nos impone estar atentos: vivimos en una zona sísmica, por lo tanto, la presencia de rumores alarmistas implica un aumento en la tensión individual y colectiva. Ésta se agrava con diversas circunstancias, situaciones y problemas del país: inflación, deuda externa, déficit de vivienda, desempleo, inestabilidad monetaria, actos corruptos de los gobiernos...  
Todo esto concientiza a los profesionales de la salud mental para atender una incidencia creciente de los trastornos neuróticos y psicóticos.
- 9 En otro orden de ideas, los trabajos sociológicos sobre desastres naturales distinguen tres síndromes: el desastre, el de contra desastre y el de derrotismo<sup>172</sup>.  
Al mismo tiempo que en el síndrome de desastre se diferencian varias etapas: trauma, estado de sugestión, estado de euforia, ambivalencia. El contra desastre se caracteriza por un inusitado interés en la prestación de servicios y por un genuino y positivo estímulo de rescate y reconstrucción, como lo observamos horas después del sismo; mientras que el síndrome de derrotismo se configura por ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga de vivir, indiferencia, importancia, desesperanza, susto.
- 10 Es importante atender de manera especial a los damnificados por estar en situaciones de mayor tensión y frustración. En el período subsecuente a la catástrofe, existen medidas

---

<sup>172</sup> Tipos de síndromes en los desastres a los que se ha aludido anteriormente en “Tres tipos de síndromes en los desastres”.

importantes que pueden reducir las reacciones agudas en la población afectada:

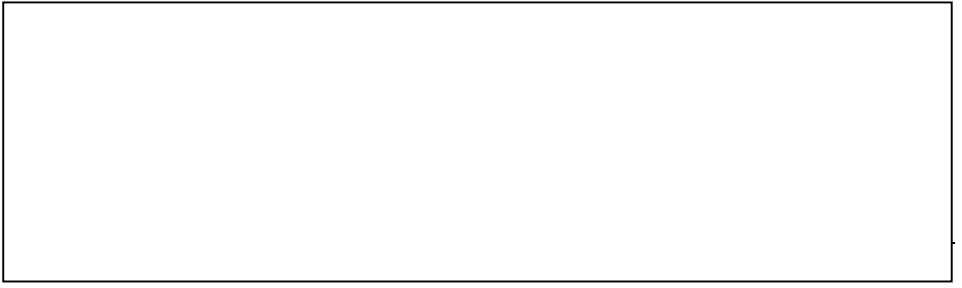
- Primero, mantener a la población regularmente informada acerca de los riesgos persistentes, con el propósito de reducir la propagación de rumores, como respuesta colectiva a situaciones que afectan a todo el grupo. 339
- Segundo, evitar el desplazamiento de personas de sus hogares y medios asociados a centros distantes de evacuación, a menos que existan razones ineludibles.
- Tercero, como reflexión a posteriori en el manejo de duelo por las pérdidas humanas, es importante que éste se de simbólicamente en los casos en que el ceremonial de entierro no se hubiese llevado a cabo. Por lo tanto la identificación y la divulgación de los muertos y heridos se hace insoslayable.
- Cuarto, elaborar una guía institucional de ayuda psicológica en condición de desastre (terremotos, inundaciones, incendios...), ya que nuestro trabajo asistencial a la comunidad no se limita a la ciudad de México, sino que se extiende por todo el país y puede tenerse en consideración internacionalmente.

### **Bibliografía**

- Márquez Mendoza, Octavio (edición) (1993) “Los resultados inmediatos a la aplicación del Programa de ayuda psicológica”, *Desastres*, 115-125.
- (compilador) (1986) “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, *Guía*, 43-63.



**CAPÍTULO II**  
**VOLUNTADES ANTICIPADAS**



# 11 VOLUNTAD ANTICIPADA Y BIOÉTICA. TEORÍA, Y PRÁCTICA<sup>173</sup>

## 11.1 Introducción

Los avances científicos y tecnológicos médicos progresan a tal nivel que han logrado alargar la vida del ser humano, aunque al posponer la muerte se crean situaciones en las cuales la vida del paciente queda definitivamente asociada a secuelas severas que provocan que se llegue al final de la vida en tal estado de deterioro de la salud que la persona ya no puede tomar decisiones por sí con respecto a los tratamientos que desea recibir o rechazar, y deja la toma de decisiones a familiares o médicos.

El consentimiento informado ha involucrado al paciente en la toma de decisiones y en la corresponsabilidad de los tratamientos médicos que desea recibir o rechazar, dando un importante lugar al principio de autonomía de la persona; en ese contexto surge el tema denominado testamento vital, directrices anticipadas o voluntades anticipadas.

Para efectos del presente estudio atendemos a la denominación que le otorgan las leyes en México y referimos, preferentemente, a esta figura como voluntad anticipada.

---

<sup>173</sup> Subcapítulo 11 “Voluntad anticipada y bioética. Teoría y práctica en México” adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Voluntad anticipada y bioética. Una perspectiva en México”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera García, Sergio Ruiz Peña, Marcela Veytia López (coordinadores), *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas* (2017, 107-125); “Voluntades anticipadas”, Octavio Márquez Mendoza (2014); “La mortalidad en el Estado de México y la Ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera-García, Sergio Ruiz Peña, Marcela Veytia López (sin publicar). El contenido del presente subcapítulo procede en su mayoría del texto titulado “Voluntad anticipada y bioética. Una perspectiva en México” (2017) y “Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2017 ss).

La voluntad anticipada es un tema de reciente regulación en México; concretamente referiremos al estado de México, donde el 3 de mayo de 2013 se promulgó -con inicio de vigencia 90 días naturales contados a partir de su publicación- la “Ley de voluntad anticipada del Estado de México” (2013), ésta se constituyó como un documento pensado para definir la voluntad de una persona al planificar los cuidados y tratamientos a su salud para un futuro, al determinar lo que desea recibir o rechazar para respeto de su dignidad. La voluntad anticipada es una decisión a resguardo para, llegado el momento, ayudar y tomar disposiciones en lugar de la persona que ya no puede hacerlo por sí misma; respetando este documento se protege uno de los principios de la bioética como lo es el de la autonomía de la persona, que involucra al paciente en la toma de decisiones al final de su vida.

En este estudio trataremos de entender, dentro del contexto bioético, qué es la voluntad anticipada y cuáles son sus objetivos. Y, bajo esta perspectiva, determinar si la “Ley de voluntad anticipada del Estado de México” (2013) es adecuada en tanto su objetivo y análisis, bajo casos hipotéticos, la viabilidad de su aplicación en el terreno práctico.

## 11.2 Bioética

El desarrollo conseguido por las ciencias en general y las ciencias médicas en particular ha sido tan extraordinario que propició el surgimiento de la bioética como una nueva disciplina que plantea la necesidad de hacer una reflexión a fin de conciliar los avances de las biotecnologías con las exigencias de la humanidad, la orientación y los progresos de la ciencia al servicio del desarrollo humano, al promover el trabajo interdisciplinario y por ende el trazado de un puente entre dos mundos que venían siendo tradicionalmente irreconciliables: el de los valores éticos y el de los hechos biológicos<sup>174</sup>.

---

<sup>174</sup> “En su discurso de inauguración del Kennedy Institute of Bioethics, su fundador Andre Hellers la definió como una ciencia biomédica. En realidad, en ese momento histórico concreto, la medicina en los Estados Unidos de Norteamérica se enfrentaba a una crisis en la que se amalgamaban factores tales como los ya mencionados al referirme a la paradoja del ‘Código múltiple’, con otros como el impetuoso desarrollo de la ciencia y la técnica y la introducción masiva de los logros de las mismas



El término bioética fue propuesto por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, quien vio a la bioética como interdisciplinaria e ilustró lo que algunos llaman macrobioética, cercana a la filosofía social y política, igual que la ética del medio ambiente o ecoética. La bioética se desarrolló en Estados Unidos próxima a la ética médica, centrada en el individuo y en la experimentación en los seres humanos (Hottois, 2011: 12-13). La *Encyclopedia of bioethics* señala por bioética “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios universales” (Reich, 1995: XXI).

El vocablo está compuesto a partir de dos palabras griegas: “bios” (vida) y “ethikos” (ética). La bioética es, por tanto, “la ética de la vida” (Andorno, 2012: 10). La ética, como rama de la filosofía, se mantuvo durante muchos años un tanto en el abandono, sin embargo, el avance de la ciencia y la tecnología hizo que muchas de las teorías filosóficas se tambalearan o que se plantearan nuevas preguntas. Esto impactó en el terreno de la medicina, a tal grado que se ha llegado a decir que la bioética ha salvado a la ética del estado agónico en el que se encontraba (Dieterlen, 2013: 354).

Debido a sus evidentes formulaciones axiológicas, la bioética recurre y aporta problemas y posiciones filosóficas que propician el debate acerca de la legitimidad de las prácticas y criterios profesionales que afectan la vida humana (Márquez, 2012: 100 y ACEB, 2008).

### ***11.2.1 Principios de la bioética***

Una disciplina esencialmente valorativa como la bioética es difícilmente concebible sin la referencia a ciertos criterios que

---

en este campo, el aumento en flecha de los costos de los servicios de salud (con el consiguiente estímulo de su comercialización), revelaciones de la prensa sobre investigaciones médicas realizadas sin ningún tipo de sustento ético y, en suma, una creciente deshumanización de la atención sanitaria. Todo ello estimuló que, en 1974, el congreso de los Estados Unidos creara una Comisión Nacional para la protección de los seres humanos sometidos a investigaciones biomédicas, la cual culminó sus trabajos en 1978 con el famoso “Reporte Belmont”, que algunos consideran el documento más importante de la Bioética norteamericana” (Suardiáz Pareras, 2006).

ayuden tanto en la elaboración de conclusiones generales como en la toma de decisiones concretas. Debe tenerse en cuenta que la bioética no se agota en la mera descripción neutra de los dilemas que plantean las prácticas biomédicas, sino que adquiere su sentido más pleno con la búsqueda de respuestas adecuadas a tales dilemas, para ello necesita ineludiblemente contar con algún tipo de referencias valorativas que reciben el nombre de principios. La propuesta de principios bioéticos más influyente es la elaborada por los norteamericanos Tom Beauchamp y James Childress (1979). Según este enfoque, los principios que guían las decisiones en la materia se reducen a cuatro: El principio de autonomía, se refiere básicamente al derecho de los pacientes y participantes en investigaciones biomédicas a ser correctamente informados acerca de la intervención que se les propone, sobre todo, de su naturaleza, objetivos y riesgos, y a decidir libremente si se someten o no a ella; el principio de beneficencia, exige del médico la realización de actos conducentes a promover la salud del paciente; el principio de no maleficencia, que enfatiza la necesidad de no causar daño al paciente; y por último, el principio de justicia, ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan. Según el esquema de Beauchamp y Childress los cuatro principios tienen el mismo valor, lo cual significa que el médico siempre tiene el deber de respetarlos excepto cuando entran en conflicto entre sí, en cuyo caso, sólo las circunstancias pueden establecer un orden jerárquico entre ellos (Andorno, 2012: 32-33). La propuesta anterior no ha estado exenta de críticas, sin embargo, surgió como un intento por construir un marco teórico específico, atento a la reflexión bioética a la fecha el criterio más aceptado (Suardíaz, 2006).

Beauchamp y Childress intentaron mostrar que cuando formulamos un juicio particular o realizamos ciertas acciones y queremos defender nuestras convicciones morales debemos hacer explícitos los principios que subyacen. De hecho los juicios particulares expresan una decisión, veredicto o conclusión sobre un acto específico. Éstos se justifican mediante reglas morales que, a su vez, se apoyan sobre principios vinculados con una teoría ética. Se conforma, luego, una estructura jerárquica que expresa el ordenamiento de las teorías éticas generales. Las reglas sirven como guías y justifican las acciones particulares; están ligadas al contexto en el cual se aplican y, por ende, tienen un alcance restringido. En cambio, los principios se encuentran en un nivel de justificación

más amplio, caracterizándose por ser el soporte de la fundamentación regulatoria. Por tanto, las teorías se conforman a partir de reglas y de principios (Márquez, 2012: 107).

Al ser la bioética una ciencia multidisciplinaria tiene una relación estrecha y directa con diversas disciplinas como lo es el derecho, y en este sentido, ante la posibilidad de cada persona de tomar decisiones con relación a su vida, salud y los cuidados de ésta hasta la muerte, con base en el principio de autonomía para ser ejecutadas por otra cuando se encuentre al final de su vida y en una situación en que por las circunstancias que concurren, producto de una enfermedad incapacitante, no le sea factible expresar personalmente su voluntad, surge el tema de las voluntades anticipadas, llamadas por otros directrices anticipadas o testamento vital.

### ***11.2.2 Objetivos de la bioética***

No existe un consenso o coincidencia total en los objetivos de la voluntad anticipada, algunos tratadistas omiten su mención mientras que otros las señalan acorde a su particular punto de vista.

Núria Terribas (2012: 19-20) afirma que la voluntad anticipada cumple dos cometidos básicos:

Respetar la autonomía del paciente, considerando esta decisión prioritaria y por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él.

Hacer al paciente corresponsable de su proceso terapéutico, legitimando las decisiones tomadas anticipadamente para ser aplicadas en su momento.

En este sentido se debe entender que el paciente entra a compartir esta responsabilidad con el equipo profesional que debe actuar, para reforzar la validez de la decisión tomada, si está en consonancia con lo expresado en el documento, incluso cuando la decisión pueda ser contraria al parecer de la familia o personas allegadas.

Carlos Bermejo y Rosa María Belda (2011) establecen como objetivos de la voluntad anticipada, los siguientes apartados:

- A Prepararse para el acontecimiento vital de la muerte y de las situaciones de enfermedad que irreversiblemente conducen a ella.
- B Ser plenamente consciente de la vulnerabilidad que nos atraviesa. Tomar conciencia de lo que somos, de lo que debemos ser, en cada momento vital en el que nos encontramos. 347
- C Controlar, en la medida de lo posible, las decisiones que se refieren al momento final de la vida, por si nuestro estado de conciencia no nos lo permite llegado el momento.
- D Aliviar las decisiones difíciles de los familiares, representantes y personal sanitario, evitando las interpretaciones de nuestra voluntad según el punto de vista de cada cual.
- E Promover una cultura de la vida -también en el momento de la muerte- a favor de los valores, de los más genuinamente humano, convirtiendo el proceso de elaboración de las instrucciones previas en un acto profundamente ético (Bermejo, Belda, 2011: 7-8).

Con estos objetivos la autonomía y la responsabilidad del paciente en la toma de decisiones sobre su salud dejan de ser un fin para convertirse en medios, es decir, no dejan de ser importantes pero se convierten en instrumentos para penetrar de manera más profunda en aspectos relativos a la dignidad de la persona.

### **11.3 Voluntad anticipada**

#### ***11.3.1 Introducción a la voluntad anticipada***

La bioética, al surgir como una disciplina de corte multidisciplinario que observa las prácticas científicas, provocó el análisis y discusión racional de los problemas morales ligados a la medicina y su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas. Como consecuencia, se generó el cambio de posición de los pacientes terminales, para dejar de ser objetos y convertirse en sujetos con capacidad decisional.

En este sentido, puede anotarse que debido a la multiplicidad de contextos, causas de muerte, cuidados paliativos y otros factores que inciden en estados terminales de los pacientes alrededor del mundo, concebir y posteriormente legislar sobre las voluntades

anticipadas representa diversos problemas para la investigación jurídica.

La bioética, al surgir como una disciplina de corte multidisciplinario que observa las prácticas científicas, provocó el análisis y discusión racional de los problemas morales ligados a la medicina y su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas. Como consecuencia, se generó el cambio de posición de los pacientes terminales, para dejar de ser objetos y convertirse en sujetos con capacidad decisional.

En este sentido, puede anotarse que debido a la multiplicidad de contextos, causas de muerte, cuidados paliativos y otros factores que inciden en estados terminales de los pacientes alrededor del mundo, concebir y posteriormente legislar sobre las voluntades anticipadas (VA) representa diversos problemas para la investigación jurídica.

De igual forma, destaca que si bien la legitimación del conocimiento científico se da a nivel mundial mediante criterios internos más o menos estandarizados dentro de la comunidad de expertos y, que el análisis bioético de las prácticas científicas también es una tendencia mundial correlacionada, la implementación de las VA varía de acuerdo con las especificidades de los contextos nacionales. Como se anotó al principio del texto, la toma de conciencia y autonomía por parte de los ciudadanos sobre las prácticas médicas, reformuló la relación médico-paciente, debido a la posibilidad de este último de tomar medidas legales por errores de los profesionales, por lo que puede argumentarse que, de alguna manera, las VA surgen como un mecanismo de protección legal tanto para los médicos, instituciones y pacientes; siendo así un documento mediador para las decisiones finales de la vida.

Sánchez-Barroso (2011) por los motivos anteriormente descritos, recupera la idea de Ruiz-Calderón quien señala que los principios orígenes de las VA pueden vincularse a dos causas:

- A Al desarrollo del consentimiento informado debido a la introducción de la idea de autonomía individualista a la medicina.
- B Al temor generado en torno a la obstinación terapéutica y a la prolongación de los sufrimientos.

### ***11.3. 2 Definición***

La falta de consistencia para definir a las VA, ha generado una diversidad de conceptos tanto en español como en inglés, por lo que podemos encontrar una lista variada de definiciones que en diversas ocasiones se toman como sinónimos o que, de acuerdo con el contexto, adquieren algunas particularidades: voluntades anticipadas, testamento vital, directivas anticipadas de voluntad, directrices anticipadas, living will, advances directives, advanced health care directives, entre otros.

El testamento vital es aquel documento o escrito legal con el cual una persona manifiesta de manera anticipada su voluntad sobre los cuidados y tratamientos médicos que desea o no recibir en caso de sufrir cualquier percance que le imposibilite manifestar o expresar conscientemente decisiones que repercutan en su salud. Dicho de otra manera, en calidad de ciudadano que forma parte de una sociedad cada individuo debe tener la posibilidad de dejar constancia escrita de aquello que sucederá, por ejemplo, con su cuerpo en caso de muerte encefálica, o con sus órganos, si una vez muerto el individuo, estos pudieran salvar a otras vidas.

Entre los múltiples trabajos sobre las voluntades anticipadas destaca el elaborado por Ballesteros Garrido sobre *Las condiciones generales de los contratos y el principio de autonomía de la voluntad* (1999) y por Kraus sobre las “Voluntades anticipadas” (2007) actualmente en México.

### ***11.3.3 Origen***

La voluntad anticipada o testamento vital tiene como país antecedente a los Estados Unidos de la década de 1960, y en la figura de Luis Kutner, abogado de Chicago, al hombre que acuña y elabora el documento llamado testamento vital -término que no fue aceptado por los países latinos argumentando que el “testamento” se refería a un acto post mortem y optaron por denominarlo voluntad anticipada o voluntades anticipadas-; este documento consistía en un instrumento mediante el cual el paciente dejaba por escrito su voluntad, para cuando llegara el momento de no poder expresarla, en cuanto al tratamiento médico a recibir en la última etapa de su vida.

El testamento vital es atribuido –como se ha apuntado- al abogado norteamericano Luis Kutner, quien a finales de la década

de los '60 creo e impulso un modelo de documento para expresar voluntades relativas a tratamientos médicos en caso de enfermedad terminal.

350

La figura jurídica del testamento vital dentro de la doctrina norteamericana quedó establecida como: documento de instrucciones previas o voluntades previas. Esto en clara relación y respeto a la autonomía del paciente enfermo y en fase terminal para conseguir una muerte digna:

- El testamento vital es un documento con indicaciones anticipadas que realiza una persona en situación de lucidez mental para que sea tenido en cuenta cuando, a causa de una enfermedad u otro evento - y encontrándose en una condición física o mental incurable o irreversible y sin expectativas de curación-, ya no le sea posible expresar su voluntad.
- El testamento vital ayuda a los familiares y también a los profesionales sanitarios a determinar las mejores decisiones para un paciente, ante situaciones clínicas en las que éste no puede expresar su voluntad.
- La existencia del documento evita la amplitud de interpretaciones que pudieran darse tanto por los profesionales médicos como los familiares y hace valer la posición única del signatario (Advaldepenas, 2013).

### *11.3.4 Desarrollo teórico*

A grandes rasgos, las voluntades anticipadas o testamento vital pueden comprenderse como consentimientos escritos para asegurar una atención sanitaria según los intereses del sujeto, que entrarían en vigencia cuando éste ya no esté apto para manifestar su voluntad (Belli, 2014); por tanto, la suscripción de un documento de va sirve para evitar la obstinación terapéutica –por parte de familiares y médicos– y que, a través de cuidados paliativos que eviten dolores y sufrimientos, la naturaleza actúe conforme a sus tiempos; en este tenor, el paciente estaría frente a una buena muerte, es decir a la eutanasia (Adib, 2008).

El fundamento de las voluntades anticipadas es el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, que se prolonga cuando éste, con motivo de enfermedad, no puede decidir por sí mismo el tratamiento médico que desea recibir o rechazar en una situación de máxima vulnerabilidad, por consiguiente, se puede afirmar que las voluntades anticipadas cumplen dos cometidos básicos:

- A Respetar la autonomía del paciente, al considerar esta decisión prioritaria y por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él.
- B Hace al paciente corresponsable de su proceso terapéutico.

En este sentido se debe entender que el paciente comparte esta responsabilidad con el equipo profesional, reforzando así la validez de la decisión tomada si está en consonancia con lo expresado en el documento; incluso, cuando la decisión pueda ser contraria al parecer de la familia o personas allegadas (Terribas, 2012).

Se debe respetar la autonomía del paciente, al considerar esta decisión prioritaria y por encima de criterios profesionales o familiares que pueden no ser coincidentes y tiendan a la aplicación de medidas no deseadas por él; por otra parte, hace al paciente corresponsable de su proceso terapéutico, legitimando las decisiones tomadas anticipadamente para ser aplicadas en su momento.

La voluntad anticipada o testamento vital se conforma en un acto que tiene vinculación con la dignidad humana, como se ha expresado anteriormente y de esta forma lo hace por ejemplo Fernández García al relacionar *Dignidad humana y ciudadanía cosmopolita* (2001); Gómez Pin en *La dignidad...* (1995); González Pérez en *La dignidad de la persona* (1986) y Martínez Pineda en *El derecho, los valores éticos y la dignidad humana* (2000); asimismo tiene relación con el hecho de pensar en el final de la vida de uno mismo, como expone García Villegas en *La tutela de la propia incapacidad* (2007) o Garza en *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles* (2000).

Jurídicamente, puede señalarse que las VA son declaraciones unilaterales de voluntades emitidas libremente por personas mayores y con plena capacidad de obrar; de acuerdo con Sánchez-Barroso (2012); estos documentos, indican los actos consecuentes que deben seguirse en relación con los tratamientos y cuidados de la salud que prescribe una VA, solamente en los casos en que concurren circunstancias que no le permitan expresar su voluntad (Sánchez, 2012: 216-217). Por otra parte, Bermejo y Belda (2011: 128) apuntan que las va son documentos escritos en los que un paciente capaz, en condiciones de hacerlo, expresa sus deseos, preferencias y decisiones respecto a los tratamientos que desea



recibir o no al final de su vida; aunque, también aclaran que estos documentos recogen la declaración acerca de cómo el sujeto decide el desarrollo del proceso para morir: puede expresar la inclinación a que no se administren medidas de soporte vital cuando no hay expectativas de recuperación; o puede manifestar el deseo de recibir cuidados y tratamientos para paliar el dolor y los síntomas más desagradables.

Como puede notarse desde las perspectivas de diferentes autores –los cuales fueron escogidos dentro del ámbito iberoamericano– de las VA, se presentan particularidades que están relacionadas con cargas contextuales y con su propia operatividad. Sin embargo, puede anotarse que a nivel latinoamericano, pocos países han legislado en esta materia, y aquellos que lo han hecho, han optado no por realizar iniciativas de ley sobre voluntad anticipada, más bien han realizado modificaciones a las leyes nacionales de salud al interior de sus provincias o gobiernos regionales; a nivel de legislaciones nacionales en América Latina, países como Colombia, Argentina y Brasil han elaborado modificaciones o propuestas de ley que regulan que el ciudadano puede decir cómo y en cuáles circunstancias tanatológicas morir.

Todo esto toma particular relevancia cuando nos enteramos que antiguamente en el mundo occidental, la muerte se vivía en comunidad, era percibida como un proceso natural, cercano e incluso familiar; la concepción de la muerte era no solamente el destino colectivo, sino que había un deseo de llegar a ésta en condiciones de aceptación; el paciente enfermo o el anciano usualmente fallecía en su hogar y la habitación del fallecido era un lugar público donde la gente entraba libremente para despedirse, acompañar al enfermo y a su familia, en busca de escuchar sus últimos consejos y deseos; sin embargo, a principios del siglo XIX<sup>175</sup> los médicos comenzaron a determinar que por razones de higiene y confort no se debía permitir la permanencia de niños y que los moribundos deberían gozar del silencio para “hablar a solas con Dios”. Hoy, la enfermedad grave y sus cuidados resultan

---

175 “Ese siglo [XIX] produjo la medicina científica moderna y la atención hospitalaria eficaz y masiva. También produjo la biología evolutiva, la neurociencia, la psiquiatría biológica, la física de campos, la química atómica, el descubrimiento del electrón y de la radioactividad, la bacteriología, el sufragio universal, el sindicalismo, el cooperativismo, el socialismo y el germen del Estado de Bienestar” (Bunge, 2012: 51).

desagradables, entre otras cosas, porque nos apartan del exigente y competitivo mundo de la imagen donde imperan los estereotipos de los cuerpos jóvenes, bellos y sanos, dando así inicio a la muerte solitaria y a una actitud paternalista por parte de los médicos e incluso de la familia, quienes arrebatan la capacidad de decisión al enfermo o moribundo al determinar los cuidados que debía recibir y los lugares donde podría llegar el deceso.

La bioética, al surgir como ciencia multidisciplinaria, provocó el análisis y discusión racional de los problemas morales ligados a la medicina y su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas, al generar que el enfermo terminal o la persona en el final de la vida se le considere un sujeto y no un objeto.

#### **11.4 Declaración universal sobre bioética y derechos humanos**

Los debates generados por la bioética en el campo de la relación médico-paciente motivaron que dicho tema se trasladara al campo legal; así se emitió La declaración universal sobre bioética y derechos humanos, aprobada en octubre de 2005 por la conferencia general de la Unesco. Este es un documento que aborda los problemas éticos de la medicina, de las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en su relación con el hombre; a partir de éste se desarrollan los principios que rigen el respeto de la dignidad de las personas, sus derechos y libertades esenciales. De dicho documento es de destacar los siguientes artículos:

##### ***11.4.1 Artículo 1. Alcance***

La declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

Este precepto determina el objeto de la declaración, es decir, marca la relación de la práctica médica con la tecnología y los dilemas éticos.

##### ***11.4. 2 Artículo 2. Objetivos***

Los objetivos de la presente declaración, son:

- 354
- A Proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética.
  - B Orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.
  - C Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.
  - D Reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
  - E Fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto.
  - F Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.
  - G Salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras.
  - H Destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana (Unesco, 2005).

Este precepto establece una jerarquización de valores cuando coloca en primer término al valor de la vida y de las libertades fundamentales tendientes al bienestar de la persona sobre el interés de la ciencia o de la sociedad. Destaca particularmente que esta

declaración proporciona un marco universal de principios y procedimientos que sirven de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética y promueve el respeto de la dignidad humana y los derechos humanos.

Respecto de los principios que establece, si bien son numéricamente superiores a los que plantearon Beauchamp y Childress, los cuatro principios de la bioética propuestos por éstos dos autores absorben la totalidad de los principios señalados en la “Declaración universal sobre bioética y derechos humanos” (2005). Esta declaración mencionada impone a los Estados el deber de adoptar todas las disposiciones adecuadas para poner en práctica lo enunciado; en ese sentido, el Estado de México, al promulgar el 3 de mayo de 2013 la “Ley de voluntad anticipada”, cumple, al legislar, con la “Declaración universal sobre bioética y derechos humanos” (2005); sin embargo, después de ver qué son las voluntades anticipadas y sus objetivos, determinaremos si la ley que regula esta figura en el estado de México se adecua a esos objetivos, y si es viable en el terreno práctico. En este sentido, se estima que en términos generales la ley del estado de México cumple con los objetivos de las voluntades anticipadas. Si bien algunos de los cometidos son un tanto subjetivos y de preceptos diversos, el mismo hecho de haber sido legislados conduce a determinar que llevaran a cabo los objetivos antes señalados.

Por cuanto hace a la viabilidad de su aplicación podemos mencionar que existen circunstancias o aspectos que la dificultan debido a diversos aspectos que podemos integrar en tres grupos: culturales, económicos y jurídicos.

### 1 Aspectos culturales

La medicina defensiva, atendiendo al temor que tiene el profesional de la salud de recibir demandas por acusación de negligencia, ha motivado que la relación médico-paciente se desarrolle bajo una conducta paternalista; es decir, el médico es el que impone los tratamientos que se han de aplicar bajo el argumento de ser lo más favorable al paciente, sin embargo, en ocasiones pasando por alto la obligación que tiene de proporcionar información oportuna, veraz, suficiente y adecuada del problema de salud para la toma de decisiones<sup>176</sup>.

---

176 “Por la inercia de ciertas tradiciones heredadas de otras épocas, las

Bajo esta perspectiva se piensa que si el médico tiene una actitud paternalista de algún modo fomentará el consentimiento informado o involucrará al paciente en la toma de decisiones, sobre todo para que lo realice en un documento de manera anticipada; piénsese, por el ejemplo, en el temor de recibir demandas por motivo de negligencia médica en el caso de que el paciente decida negarse a recibir determinados tratamientos.

En otros casos, son los familiares más cercanos los que optan por el tipo de tratamiento que se debe recibir sin tomar en cuenta el parecer del paciente, lo que implica el no respetar el principio de autonomía, aun cuando se justifiquen en o por cuestiones afectivas, todo lo cual puede ocasionar que el paciente tenga un deceso solitario ya sea en los cuartos o salas de hospitales. Una muerte solitaria. En estos supuestos, la familia, lejos de ser o transformarse en un garante para que se cumpla la voluntad anticipada, se convierte en un obstáculo a dicho documento.

Es de prever que ante la reciente regulación de la voluntad anticipada en el Estado de México el personal médico, pacientes y sus familiares no se encuentren enterados de la existencia de la ley y, por ende, de su contenido, alcance y efectos. Tal conjetura queda sustentada en una investigación realizada en el año 2012 y aplicada en médicos, enfermeras y otros profesionistas, todos ellos empleados en algunos centros de salud del Distrito Federal; esta indagación tuvo por objeto averiguar cómo piensan, qué saben y qué actitudes pueden tomar ante los diversos dilemas que les presenta su actividad; dicha encuesta reveló, entre otros datos, que solo el 41.2% de los profesionales de la salud conoce la ley de

---

prácticas y las decisiones médicas han seguido un patrón paternalista, que en algunos casos llega a suplantar la personalidad moral de los pacientes o de los responsables de su custodia. Por el hecho de ser el experto, el conocedor de la situación del paciente, considera el médico que ha de tomar decisiones y el enfermo ha de obedecer sus órdenes o ha de someterse al tratamiento prescrito sin más. Aunque algunas de las premisas de este razonamiento sean verdaderas, no lo es la conclusión, porque falta incluir la premisa básica de la dimensión moral, aquella que se refiere a un hecho tan elemental como trascendente: el enfermo puede ser un ignorante, tener una capacidad de comprensión menguada, etc., pero es una persona, con sus derechos fundamentales amparados moral y constitucionalmente, y tiene derecho a ser informada de todo lo que afecta a su salud, así como a tomar sus propias decisiones” (Boladeras Cucurella, 1999: 223).

voluntad anticipada para el Distrito Federal (publicada el 7 de enero de 2008) (López et al, 2012: 63).

## 2 Aspectos económicos

357

Un tema de dominio público es la insuficiencia de recursos económicos para el sector salud, lo que generalmente produce, entre otras cosas, falta de instalaciones y personal médico para atender la demanda. Los hospitales e instituciones de salud del sector público tienen una carga de trabajo de tal magnitud que en tan sólo una jornada laboral un médico debe atender a un elevado número de pacientes, lo que provoca una deficiente calidad en el servicio. En otras palabras, el Estado de México padece un déficit de médicos y hospitales. Una muestra de ello son los siguientes datos:

Acorde a los datos disponibles y más recientes en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2010 el Estado de México contaba con una población de 15.175.862 habitantes, de los cuales: 4.473.887 eran derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 717.923 personas eran derechohabientes del Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); mientras que 307.590 personas eran derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM); por consiguiente, sólo 5.499.400 personas contaban con derechohabiencia a seguridad social; 6.128.990 personas sin derechohabiencia a servicios de salud, mientras que el resto, es decir, 3.547.472 personas eran beneficiadas por otros programas de salud, como seguro popular (INEGI, 2010). Más aún, para el año 2008 el Estado de México contaba con 93 médicos por cada 100.000 habitantes, es decir, 9,3 médicos por cada 10.000 habitantes; cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda que para satisfacer las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud es de mínimo 23 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes. Como se aprecia, el Estado de México, acorde a los datos oficiales, se encuentra por debajo del umbral mínimo requerido (INEGI, 2008). Si al personal médico del Estado de México se suma el número de enfermeras, existentes en el año 2008, que era de 121,4 por cada 100.000 habitantes, es decir, 12,14 enfermeras por cada 10.000 habitantes, resulta que en conjunto, médicos y enfermeras, suman 21,44 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes. Aun en este caso seguimos por debajo de los 23 profesionales de la

salud recomendados como mínimo por la Organización Mundial de la Salud (INEGI, 2008).

358 En el mismo año de 2008, las unidades médicas de hospitalización eran 78, lo cual quiere decir que las unidades médicas eran 9 por cada 100.000 habitantes; los consultorios eran 36,3 por cada 100.000 habitantes; los quirófanos eran 1,5 por cada 100.000 habitantes. Un verdadero déficit en prácticamente todos los rubros (INEGI, 2008).

El panorama e indicio de ausencia de la infraestructura necesaria, así como de información asequible y completa, en coyuntura con la falta de profesionales de la salud que presenta el Estado de México, incide de manera directa en las voluntades anticipadas.

El perfil de las personas o las circunstancias bajo las cuales se elaboran las directrices anticipadas pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: cuando la persona se encuentra al final de la vida, o en el inicio de una enfermedad terminal o crónico-degenerativa, pero conservando aún sus facultades intelectuales, de tal manera que puede decidir anticipadamente los tratamientos que desea recibir o rechazar una vez llegado el momento en el cual ya no le sea posible hacerlo. Por otra parte, cuando la persona no se encuentre en ninguno de los supuestos anteriores, se la supone sana, pero se visualiza en un futuro, ya por accidente o por motivo de una enfermedad incapacitante, en un estado de salud que le hace imposible poder tomar la decisión respecto de los tratamientos a recibir o rechazar y, por tanto, decide tomar esas disposiciones de manera anticipada con la elaboración de los documentos necesarios: documento de voluntad anticipada.

En este sentido, y debido a que los avances en la medicina repercuten en la prevención, diagnóstico y pronóstico, cada día se sabe más sobre la naturaleza y posible evolución de las enfermedades; por lo que se ofrece a los pacientes la oportunidad de prever, al menos en cierta medida, el camino que previsiblemente adoptará su enfermedad y, en consecuencia, el saber médico le brinda la posibilidad de ponderar por adelantado las diferentes alternativas terapéuticas que existen para tomar decisiones acerca de los futuros tratamientos de los que dependerá su vida (Rodríguez-Arias, 2005: 18). Así, el déficit de médicos y la falta de tiempo que encara el profesional de la salud frente al paciente, debido a la sobrecarga de trabajo en el sector público, genera que no se cumpla con el derecho que tiene el paciente a contar con

información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones, efectos y tratamientos por los que puede optar ante su enfermedad; sin esa información no tiene elementos suficientes para elaborar un documento de voluntad anticipada que cumpla con los objetivos para la que fue creada esa figura. En otras palabras, el médico juega un papel fundamental dentro de los documentos de voluntad anticipada, pues es con su diagnóstico, experiencia y conocimiento de la medicina se consigue guiar al paciente y familiares sobre los detalles de las enfermedades y el tratamiento en función de su expectativa de curación o incluso de su no curación. Lo anterior atendiendo a que las directrices anticipadas tienen como función primordial, en lo que a atención médica se refiere, la planificación terapéutica asistencial: consiste en el proceso por el cual el médico junto con el paciente, y en la medida de lo posible la familia, con base en el diagnóstico de una enfermedad conocida y padecida, deliberan y toman decisiones conjuntas sobre el tipo y nivel de atención y tratamiento disponible en función del avance de la ciencia médica, los valores éticos de los implicados y del orden jurídico vigente (Sánchez, 2012: 219-220).

El déficit de profesionales de la salud, la sobrecarga de trabajo, así como la alta especialización, han provocado la alteración de la relación del paciente con el médico; en consecuencia, tenemos la fragmentación de la labor médica en la atención de un paciente, generando así una relación impersonal que provoca el deterioro de la comunicación cordial, afectiva y de confianza que debiera de existir. Es decir, el paciente no tiene un médico de confianza con el cual platicar, verter sus temores, manifestar sus valores y sospechas; por ende, el paciente deja de ser un sujeto para convertirse en el objeto de los cuidados médicos; y todo esto, finalmente, termina por incidir en la elaboración de las directrices anticipadas.

A continuación toman mayor relevancia, cuando entendemos el proceso esencial de deliberación, las decisiones abordadas en la planificación terapéutica; pues que, sin el conocimiento claro, completo y preciso de la enfermedad que padece o que puede padecer una persona, no existen condiciones válidas para tomar decisiones trascendentes, en el sentido de qué tipo de tratamientos desea recibir o rechazar.

En consonancia a lo previamente expuesto, es de destacar que aplicar la ley de voluntad anticipada en el Estado de México implica una inversión considerable de recursos económicos, ya que



se debe generar la infraestructura que requiere la coordinación de voluntades anticipadas para el cumplimiento de lo establecido en la fracción I del artículo 45 de la ley, es decir: recibir, registrar, digitalizar, archivar y resguardar las declaraciones de voluntad anticipada así como sus modificaciones o revocaciones en sistema digitalizado, lo que implica la adquisición de equipos de software, hardware y todos los aspectos técnicos y de personal que esto involucra.

También conlleva un incremento considerable en la nómina estatal, particularmente en la Secretaría de Salud, pues tiene que generar nuevas plazas para la creación del comité de bioética, de los encargados de brindar la asistencia tanatológica a que se refiere el artículo 43 de la ley, así como del personal que se encargará de las actividades que debe desarrollar la coordinación de voluntades anticipadas del Estado de México a que se refiere el artículo 45.

### 3 Aspectos jurídicos

En este rubro destaca que instituciones como el IMSS y el ISSSTE brinden servicio de salud a los habitantes del Estado de México, organismos a los que no rige y, por ende, no obliga ante la ley de voluntad anticipada del Estado de México; instituciones que, como se observó en la estadística antes referida, prestan servicio en conjunto a los habitantes con derechohabiencia a servicios de salud.

La ley de voluntad anticipada del Estado de México no alcanza efectos jurídicos sobre el IMSS ni sobre el ISSSTE, aun que una parte de habitantes mexiquenses reciben servicios de salud de estas instituciones, aunque quedan bajo la circunstancia de no encontrar sentido a elaborar el documento de voluntad anticipada al amparo de la ley que se analiza, porque ésta no tiene mecanismo legal de protección o coerción para hacerla cumplir; se insiste, por no alcanzarles efecto jurídico alguno. En otras palabras, aparentemente es absurdo generar una ley de directrices anticipadas en el Estado de México cuando muchos de los derechohabientes de dicha entidad federativa tienen seguridad social prestada por instituciones federales como el IMSS e ISSSTE, a quienes no alcanzan los efectos jurídicos de la ley estatal. Aunado a ello, resulta que si un mexiquense, con documento elaborado y registrado en la coordinación de voluntades anticipadas en el Estado de México, por alguna circunstancia es atendida en una clínica pública o privada fuera de la entidad, dicha institución de salud no tiene obligación legal de revisar si el paciente ha otorgado

documento de directrices anticipadas, y aun teniendo conocimiento de la existencia del documento no está condicionado a respetarlo ya que pertenece a una entidad federativa distinta.

Se afirma que la ley de voluntad anticipada del Estado de México no aplica al IMSS y al ISSSTE por una mera cuestión de competencia, pues, al tratarse de una ley de carácter estatal, le aplica a instituciones de salud que dependen del Estado de México; sin embargo, tanto el IMSS como el ISSSTE dependen de la Secretaría de Salud Federal.

361

Otro problema que se plantea en esta ley es el siguiente: el artículo 3 establece que la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud del Estado de México, en el ámbito de sus respectivas competencias, son las autoridades responsables de “verificar” el cumplimiento de lo dispuesto en ley, sin embargo, la obligación es sólo constatar, mas no “exigir” el cumplimiento de las voluntades anticipadas.

El artículo 45, fracción VIII, establece que es obligación de la coordinación de voluntades anticipadas del Estado de México supervisar el cumplimiento de las declaraciones de voluntad anticipada. La fracción IX del artículo 45 de la ley establece que la coordinación de voluntades anticipadas tiene la obligación de hacer del conocimiento de las autoridades competentes las “irregularidades” que advierta en el cumplimiento de las declaraciones de voluntad anticipada; sin embargo, nunca menciona qué es lo que debe entenderse por irregularidades y, más aún, tampoco refiere la ley que procede en el caso de incumplimiento. La ley de voluntad anticipada del Estado de México no genera mecanismo coercitivo para hacer efectivo el contenido de las directrices anticipadas que regula; una ley que no cuenta con este mecanismo, se convierte en una ley ineficaz, es decir, que no se puede imponer por carecer de aquella característica de la norma jurídica que es la coercibilidad.

En el supuesto de que existiera procedimiento coercitivo para el cumplimiento de las voluntades anticipadas, tendría que señalarse un mecanismo específico que determinara, quién, cómo, en qué plazo y con qué recursos legales se aplicaría. Además, la ley tampoco determina cómo se resolvería el conflicto que puede generar un documento de voluntad anticipada en cuanto a la interpretación de su contenido o por cuanto hace a la ilicitud de las instrucciones previas establecidas.

El artículo 24 de la ley de voluntad anticipada del Estado de México establece que el acta y la escritura de voluntad anticipada debe contener las formalidades y requisitos establecidos por la “normatividad aplicable”, para que toda persona o paciente con capacidad legal exprese su consentimiento, plenamente informado, anticipado y voluntario; sin embargo, como ya se apunta, en dicho precepto ni la ley determina cuáles son las formalidades a que se refieren, ni cuáles son los requisitos que debe contener el acta y escritura de la voluntad anticipada, ni cuál es la normatividad aplicable al caso. El artículo 30 de la ley establece los casos de nulidad de la voluntad anticipada, previendo algunos supuestos, pero no establece cómo, en qué términos y a petición de quién se debe hacer la declaración de nulidad a que se refiere. En tanto que, el artículo 38 de la ley que se analiza establece categóricamente que la declaración de voluntad anticipada debe prevalecer sobre la opinión y las indicaciones que puedan realizar los familiares, los representantes y el personal de salud; empero, no prevé los casos en que la voluntad anticipada puede contravenir los principios del personal médico, esto es, no prevé la objeción de conciencia. En otras palabras, no permite desobediencia a la voluntad anticipada.

### **11.5 Conclusiones**

La bioética, entendida como “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios [morales] universales” (Reich, 1978), es motivo de reflexión a fin de conciliar los avances de la biotecnología con las exigencias de la humanidad, orientando los progresos de la ciencia al servicio del desarrollo humano, generando así un debate sobre la posibilidad que tiene cada persona de tomar decisiones sobre su vida, la salud y sus cuidados, e incluso sobre su muerte, surgiendo de entre otras la figura de las voluntades anticipadas.

El fundamento de la voluntad anticipada es el respeto y la promoción de la autonomía del paciente: parte del entendido de que el enfermo terminal es un sujeto y no un objeto, dándole la oportunidad de decidir libre, consciente y anticipadamente para el caso de enfermedad o en aquella situación por la cual no puede expresar su voluntad al respecto del tratamiento médico que desea recibir o rechazar en una situación de máxima vulnerabilidad; esto

es, preparándolo para el acontecimiento vital de la muerte, aliviando al médico o a la familia de las decisiones difíciles sobre el final de su vida.

La voluntad anticipada en México es un tema sobre el que se ha legislado hasta hace poco tiempo y, comparada con otras figuras jurídicas nacionales, ha sido tan reciente su legislación en el Estado de México que fue hasta mayo de 2013 cuando se publica la ley que regula esta figura. La ley de voluntad anticipada del Estado de México cumple con los objetivos de las voluntades anticipadas integradas en los principios de la bioética y de la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos (aprobada en octubre de 2005 por la Conferencia general de la Unesco) ya que como punto de partida atiende al principio de autonomía de la persona; pero existen en nuestro contexto diversos aspectos o circunstancias que dificultan o imposibilitan la aplicación de la ley, como ya se ha indicado anteriormente.

Por tratarse de una ley de carácter estatal, la ley de voluntad anticipada del Estado de México no alcanza a surtir efectos jurídicos en instituciones de otras entidades federativas o que dependen de la Secretaría de Salud Federal, ya que esto constituiría una invasión de competencias. Una alternativa ante esta dificultad sería la creación de una ley nacional sobre voluntades anticipadas que obligue tanto a instituciones de salud estatales como federales a crear un registro único de los documentos de voluntad anticipada, además de implementar instrumentos jurídicos que permitan hacerla efectiva o coercible, esto es, establecer mecanismos legales que hagan efectivos los documentos o escrituras de voluntad anticipada.

### **Bibliografía**

- Adib, P. J. (2008) “Comentarios a la Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal”, *Boletín mexicano de derecho comparado*, 41 (123), 1533-1556.
- Advaldepenas (2013) “El testamento vital”, <http://www.advaldepenas.com/articulo/conoce-tus-derechos/el-testamento-vital/20130617093752013105.html>.
- Andorno, R. (2012) *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid, Editorial Tecnos. Madrid, 2 edc.
- Asociación Catalana de Estudios Bioéticos (2008) *Bioética: puente al futuro*, <http://www.aceb.org/bioet.htm>.
- Ballesteros Garrido, J. A. (1999) *Las condiciones generales de los*

- contratos y el principio de autonomía de la voluntad*, Barcelona, Bosch.
- Beauchamp, Tom, Childress, James (1979) *Principles of biomedical ethics (Principios de ética biomedical)*, Oxford University Press.
- Belli, L. F. (2014) “El debate en torno a la validez de las directivas anticipadas en salud”, *Persona y bioética*. 2014; 2(2):213-25.
- Bermejo, J.Carlos, Belda, Rosa María (2011) *Testamento Vital. Diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad*, Madrid, PPC.
- Boladeras Cucurella, M. (1999) *Bioética*, Editorial Síntesis, Madrid, 1999: 223
- Bunge, M. (2012) *Filosofía, para médicos*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- Dieterlen P. (2013) “Bioética y justicia distributiva”, *Diálogos de bioética*, J. González, J. Linares (coordinadores), México, Fondo de Cultura Económica.
- Fernández García, E. (2001) *Dignidad humana y ciudadanía cosmopolita*, Madrid, Dykinson.
- García Villegas, E. (2007) *La tutela de la propia incapacidad*, México, UNAM.
- Garza Garza, R. (2000) *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, México, Trillas.
- Gobierno del Estado de México (2013) *Ley de voluntad anticipada del Estado de México*, <https://legislacion.vlex.com.mx/vid/ley-voluntad-anticipda-mexico-575245866>.
- Gómez Pin, V. (1995) *La dignidad. Lamento de la razón repudiada*, Barcelona, Paidós.
- González Pérez, J. (1986) *La dignidad de la persona*, Madrid, Civitas.
- Hottois G. (2011) *¿Qué es la Bioética?*, México, Editorial Fontarama.
- Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2008 2010) [www.inegi.org.mx/default.aspx](http://www.inegi.org.mx/default.aspx).
- Kraus, A. (2007) “Voluntades anticipadas”, *La Jornada*, México, 12 de diciembre.
- López, S., Manrique, C., Flores, D.A., Hernández, M. González, J. (2012) “Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: ciudad de México”, *Revista Vectores de Investigación*, vol. 5, No. 5, 2º semestre, 53-66.

- Márquez Mendoza, Octavio (2014) “Voluntades anticipadas”, *IV Curso Bioética hospitalaria y Primera Reunión nacional del Colegio de Profesionales Posgraduados en Bioética de México*, 4 y 5 de septiembre.
- (2012) “Bioético y responsabilidad universitaria”, *Revista Vectores de Investigación*, Vol. 5, No. 5, 85-96.
- Márquez Mendoza, Octavio, Olvera García, Jorge, Ruiz Peña, Sergio, Veytia López, Marcela (2017) “Voluntad anticipada y bioética. Una perspectiva en México”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al. (coordinadores), Barcelona-México, Editorial Gedisa, 107-125.
- Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela, Guadarrama Guadarrama, Rosalinda, Ruiz Peña, Sergio, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017 ss) “Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (Cuerpo académico Bioética y salud mental), Universidad Autónoma del Estado de México (proyecto de investigación aprobado, 2017-2021).
- Martínez Pineda, A. (2000) *El derecho, los valores éticos y la dignidad humana*, México, Porrúa.
- Rodríguez-Arias, D. (2005) Una muerte razonable. Testamento vital y eutanasia, España, Editorial Desclée de Brouwer.
- Sánchez J.A. (2012) *Voluntad Anticipada*, México, Porrúa.
- Suardiáz Pareras, Jorge H. (2006) “Aportes y limitaciones del principalismo en la Bioética”, *Bioética. Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II*, 6 (1), suplemento, 1-4, [http://www.cbioetica.org/suplement/61\\_sup.pdf](http://www.cbioetica.org/suplement/61_sup.pdf)
- Reich, W. T. (coordinador) (1995) *Encyclopedia of bioethics*, New York, MacMillan, vol. 1, 2 edc.
- (1978) en *Bioética: Puente al Futuro* (2008). Recuperado de <http://www.aceb.org/bioet.htm>
- Sánchez Barroso, J. A. (2011) “La voluntad anticipada en España y en México. Un análisis de derecho comparado en torno a su

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

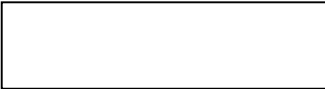
Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

concepto, definición y contenido”, Boletín mexicano de derecho comparado, 44 (131), 701-734.


- (2012) Voluntad anticipada, México, Editorial Porrúa.

366 Terribas, Nuria (2012) “Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones”, Revista Vectores de Investigación, 5 (5), 2º semestre, 17-26.

Unesco (2005) Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, <http://portal.unesco.org/es/ev.php.URLID=31058&URLDO=DOTOPIC&URLSECTION=201.htm>.



## 12 REFLEXIÓN EN TORNO A LOS ARGUMENTOS A FAVOR Y EN CONTRA DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS: LA PERSPECTIVA DE JUAN CARLOS SIRUANA<sup>177</sup>



### 12. 1 Introducción

Las voluntades anticipadas tienen su origen en Estados Unidos a finales de los años 60. En 1967 el abogado Luis Kutner elabora el documento denominado “Living Wills” (cfr. Kutner, 1969), el cual consistía en un instrumento en el que el paciente dejaba por escrito qué tratamiento médico deseaba recibir en la última etapa de su vida en caso de no poder expresar su voluntad. La traducción de este término es “testamento vital”, terminología que se considera etimológicamente incorrecta en Iberoamericana, por ello se tiende a emplear en su lugar el concepto de voluntad anticipada.

Sobre los diferentes estudios que existen sobre las voluntades anticipadas, se destaca para el presente capítulo los elaborados por Bermejo et al. sobre el *Testamento vital. Diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad* (2011) y Sánchez sobre la *Voluntad anticipada* (2012).

La voluntad anticipada debe ser entendida como el documento donde el ciudadano manifiesta todas las decisiones que espera se cumplan en el momento en el que no pueda expresar su voluntad sobre los cuidados y tratamientos relacionados con la atención médica. Sus alcances, van más allá, en razón de la posibilidad de establecer dentro de él las indicaciones para el destino de sus órganos.

En México, esta entidad se consolida en el Distrito Federal en el 2008, siendo la primera entidad federativa en regular al respecto, con el “Proyecto de ley de voluntad anticipada” (2007). En el Estado de México la “Ley de voluntad anticipada” (2013) fue

---

<sup>177</sup> Subcapítulo 12 “Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: la perspectiva de Juan Carlos Siruana” adaptado por Miguel-Héctor Fernández-Carrión a partir de los siguientes textos: “Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: La perspectiva de Juan Carlos Siruana”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veyta López (sin publicar) y “Reflection on the arguments for and against the Advance Directive: the prospect of Juan Carlos Siruana”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera García, Marcela Veytia López, Sergio Ruiz Peña (sin publicar).



aprobada y publicada a principios del 2013 y en ambas entidades existen dos maneras en que se puede elaborar el “Acta de declaraciones sobre voluntad anticipada”, así como su revocación:

368

- A Ante notario. Existe la posibilidad de que cualquier persona que quiera llevar a cabo este procedimiento lo haga, sin importar su edad o si padece alguna enfermedad terminal. El costo actual aproximado es de \$2500 pesos.
- B En instituciones de salud se lleva a cabo de manera gratuita y se suscribe el formato ante el personal de salud autorizado y ante dos testigos. Debe ir acompañado de un resumen clínico en el cual el médico establezca el diagnóstico y pronóstico del paciente, aclarando que se le informó al paciente sobre las opciones terapéuticas y sobre la posibilidad de revocación de este documento.

El notario o el personal de salud, según sea el caso, deben notificar a la coordinación de la Secretaría de Salud sobre la decisión que haya tomado el paciente, así como al centro de trasplantes suponiendo que el paciente decide donar sus órganos. En la legislación del Estado de México no se aclara si el enfermo terminal que aún no alcance la mayoría de edad puede realizar las voluntades anticipadas, mientras que en el Distrito Federal sí se considera esta posibilidad (con participación de los padres o tutores).

A pesar de la relativa facilidad y disponibilidad de este trámite, con base en los resultados preliminares de los trabajos realizados por el cuerpo académico de Bioética y salud mental del CICMED de la UAEM, se puede afirmar que los trabajadores del área de salud no cuentan con los conocimientos suficientes sobre esta ley, y algunos médicos y pacientes aún presentan cierta renuencia a aceptar la posibilidad de elaborarlo.

Resulta imperativo realizar una reflexión en torno a los argumentos que existen a favor y en contra de las voluntades anticipadas, para tal finalidad nos basaremos en el trabajo del doctor en filosofía Juan Carlos Siurana, quien es director del grupo de investigación en bioética de la Universidad de Barcelona. Si bien es cierto que nuestro contexto mexicano difiere en muchas situaciones al de España, consideramos que ello permitirá que esta reflexión sea más rica en contraste y variedad.

Se analiza los argumentos que se presentan a favor y en

contra de las voluntades anticipadas basándonos en el principialismo de Beauchamp y Childress (1979), el cual sigue siendo el más influyente en bioética. Este modelo establece principios generales que constituyen el fundamento de las normas y los juicios y son: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

El principio de autonomía se refiere a la capacidad que posibilita que el ser humano sea dueño de sus decisiones. Sus elementos son la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección voluntaria. Es importante destacar que esta capacidad puede encontrarse limitada por enfermedad, depresión e incluso ignorancia. Entendemos por justicia a la obligación moral de distribuir equitativamente los recursos sanitarios de modo que nadie sea discriminado. La beneficencia es la obligación de procurar el bien del paciente respetando sus propios valores y proyecto de vida. Para fines de este escrito, lo consideraremos en conjunto con el principio de no maleficencia, el cual puede entenderse como la obligación de no lesionar la integridad de un ser humano y se basa en la máxima “Primum non nocere” o lo primero es no hacer daño.

## **12.2 Argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas**

### ***12.2.1 Principio de autonomía***

Siruana (2005) afirma que las voluntades anticipadas posibilitan que el paciente pueda jugar un papel más activo en los cuidados de su salud, si bien es cierto solo desde la autonomía es concebible una muerte digna, también lo es que en México continuamos en la transición entre un modelo de relación clínica paternalista a uno autonomista, situación que aún no está consolidada y que puede interferir en que el paciente de verdad asuma la responsabilidad de participar activamente en su salud.

Incluso, existen aún médicos que consideran una ofensa que el paciente quiera tomar parte activa de la toma de decisiones. En las situaciones cotidianas de la relación clínica existen frases en las que se refleja que, tanto médicos como pacientes consideran que quien debe llevar la responsabilidad de la toma de decisiones es el profesional de la salud.

Además, es imprescindible tener en cuenta el entorno familiar del paciente, el cual en muchas ocasiones es un factor

determinante para la llamada “conspiración del silencio” entre profesionales de la salud y familiares. Las voluntades anticipadas pueden fungir como un instrumento para evitar dicha conspiración, haciendo el proceso de morir más autónomo, pero no por ello más reconfortante. Para esta segunda finalidad lo más importante es, y seguirá siendo, el apoyo familiar y social, en lo cual las voluntades anticipadas no juegan un papel directo, pero sí indirecto, al propiciar un ambiente de diálogo entre todos los implicados.

Remontándonos a los orígenes de la bioética, la cual surgió en un contexto neoliberal, se entiende que la autonomía sea el principio que se intente defender a toda costa y por todos los aparatos ideológicos del Estado. Sin embargo, el contexto socioeconómico y cultural de México podría representar un impedimento para la plena aplicación de este principio por diversos factores.

En primer lugar, uno de los requisitos para poder ejercer la autonomía, es contar con la información necesaria para poder tomar una decisión, a lo largo de la historia esta situación ha sido responsabilidad de los médicos y profesionales de la salud, sin embargo, en México aún se mantienen un problema como el analfabetismo, e igual de grave, en analfabetismo funcional. Por tal motivo, a pesar de que el personal de salud explique en términos sencillos la situación clínica por la que se atraviesa, el concepto de salud y de muerte que tiene el paciente se va más influenciado por aspectos familiares y culturales que por una situación científica, mientras que en países desarrollados sí tiene un papel preponderante todos los aspectos objetivos de la medicina como ciencia.

El contexto económico de un país que se encuentra en vías de desarrollo también puede ser un mecanismo que impida el pleno ejercicio de la autonomía del paciente, quien en lugar de decidir con todo lo que implica este proceso, únicamente debe limitarse a elegir entre las pocas opciones disponibles en la comunidad en la que está siendo atendido.

En cuanto a los aspectos culturales, en México se cuenta con una población mayoritariamente católica, por lo que se tiene la creencia de que existe un ser superior que determina cuándo y cómo moriremos, la aplicación del principio de autonomía puede interferir con este designio divino, lo cual en parte podría explicar el desinterés que existe por la elaboración de este documento.

Es por ello, que el profesional de la salud en México se

encuentra en una posición diferente ante la autonomía del paciente con respecto a los profesionales sanitarios en países desarrollados. Muchos pacientes no quieren enfrentarse anticipadamente a la posibilidad de morir, incluso es considerado “de mal agüero” hablar de esos temas con la familia, entonces ¿cómo podemos solicitar al paciente que tome una decisión en torno a su muerte cuando durante toda su vida ha estado evadiéndola?

Como argumentos en contra de las voluntades anticipadas desde el punto de vista de la autonomía, se menciona que etiquetan al otorgante como una persona que desea morir, y ello puede impactar negativamente en la relación médico-paciente, ya que se tiene la creencia de que el personal de salud podría dejar de otorgar los cuidados necesarios si supieran que el paciente ya elaboró este documento. Sin embargo, es importante recordar que las voluntades anticipadas contemplan la posibilidad de ser modificadas en cualquier momento si el firmante lo considera necesario, lo que garantiza que su autonomía, y por lo tanto su deseo de recibir tratamientos, será siempre un eje rector para su seguimiento clínico.

De igual manera, se ha comentado que las voluntades anticipadas limitan la concepción del morir, ya que las situaciones a las que nos podemos enfrentar al final de la vida son tan numerosas, que resulta imposible expresar por anticipado nuestros deseos sobre cada una de ellas. Si bien este argumento puede parecer bastante sólido, también lo es el hecho de que ningún instrumento será perfecto, sobre todo cuando se trata de cuestiones tan trascendentales como el final de la vida. Las voluntades anticipadas en todo caso no pretenden dirigir el aspecto espiritual del morir ni mucho menos, sino ser una herramienta reguladora de las acciones de los profesionales sanitarios cuando el paciente ya no sea capaz de decidir por alguna situación clínica esperada o no.

### ***12.2.2 Principios de no maleficencia y beneficencia***

Las voluntades anticipadas dan al paciente la tranquilidad de que su voluntad va a ser respetada en las decisiones que afecten el final de su vida, y mejoran la relación de confianza entre el médico y el paciente. En México, la relación clínica se ve ampliamente influenciada por el entorno del paciente, especialmente al momento de morir. Siempre se toma en cuenta la opinión de la familia y de otros integrantes de la esfera social del paciente. Por lo tanto, para

la correcta aplicación de los principios de no maleficencia y beneficencia es necesario mantener también una comunicación estrecha con los familiares del paciente, idealmente incluso debería facilitarse la opción de contar con asesoría tanatológica que permita al paciente trascender a través del proceso de morir y con ello, sin duda, las voluntades anticipadas desempeñan un papel fundamental.

Uno de los aspectos más temidos actualmente en torno a la muerte es el denominado “encarnizamiento terapéutico”, en el cual se otorgan al paciente tratamientos que no le ofecen ningún beneficio, y que, por el contrario, pueden ser fuente de dolor y sufrimiento tanto para él como para su familia. Mucho se ha argumentado con respecto al papel que juegan las voluntades anticipadas en impedirlo, sin embargo, es cierto también que el encarnizamiento terapéutico puede ser eliminado sin necesidad de recurrir a las voluntades anticipadas.

Durante la aplicación del cuestionario sobre “Conocimientos y actitudes de médicos y pacientes hacia las voluntades anticipadas”, de manera frecuente los pacientes externaban la siguiente duda: ¿las voluntades anticipadas es lo mismo que eutanasia?, en un primer momento todos los que estamos familiarizados con la bioética podemos explicar fácilmente la diferencia. Sin embargo, en un nivel más profundo es bastante entendible el porqué de este temor. Incluso algunos bioeticistas, médicos, filósofos y abogados, han argumentado que las voluntades anticipadas pueden promover el suicidio y la eutanasia activa. Al respecto, Siurana menciona que la polémica entre matar y dejar morir plantea cuatro posibilidades: matar intencionadamente, matar no intencionadamente, dejar morir no intencionadamente y dejar morir intencionadamente. Somos moralmente responsables por las muertes que causamos intencionadamente.

Igualmente se ha utilizado como argumento en contra de las voluntades anticipadas el hecho de que no pueden solicitar nada que vaya en contra de la buena práctica médica, por lo que en determinadas situaciones podría considerarse que son inútiles. Sin embargo, el argumento de mayor peso en contra de las voluntades anticipadas es la falta de certeza que existe con respecto a ciertas situaciones, es decir, los médicos no pueden tener nunca la total certeza de si un tratamiento intensivo permitirá al paciente recobrar su salud, por lo que las voluntades anticipadas pueden incitar a renunciar a tratamientos antes de tiempo.

Además, varios profesionales de la salud han debatido en

torno a la importancia que tiene la aplicación de un cuestionario de salud mental antes de tomar cualquier decisión de una magnitud como la que tienen las voluntades anticipadas. Sin lugar a dudas existen muchos factores extrínsecos que afectan estas decisiones, pero también hay elementos intrínsecos que deben tomarse en cuenta, y la depresión es uno de ellos. Para no hacer daño al paciente es importante detenernos a investigar su estado actual de salud mental, pues de otra manera, se corre el riesgo no solo de hacerle un daño físico, sino de violentar su integridad y autonomía.

Para comprender plenamente la utilidad de las voluntades anticipadas, es necesario recordar que no son el único regulador en la relación médico-paciente al final de la vida. Otorgarles un mayor valor que a la comunicación entre el profesional y su paciente, o entre la familia y el paciente, o incluso que el propio diálogo interno de la persona que se enfrenta al proceso de morir; sería darles un propósito para el que no fueron creadas, por lo que los argumentos en contra que se basan en los principios de beneficencia y no maleficencia pueden resultar incluso un poco fatalistas.

### *12.2.3 Principio de justicia*

De manera frívola podría afirmarse que las voluntades anticipadas permiten la reducción de gastos al sistema de salud, lo cual puede derivar en un beneficio para otros sectores de la población. Sin embargo, esto hace que el argumento de justicia en este caso sea peligroso, por lo que siempre será necesario considerar que la dignidad del paciente debe estar por encima de cualquier aspiración económica. Además, pensar de esta manera podría implicar el fomento a un proceso de deshumanización, en el que los enfermos terminales sean catalogados como una carga para la sociedad.

Un argumento frecuentemente utilizado en contra de las voluntades anticipadas es que son ineficaces para reducir gastos y que es preferible establecer criterios objetivos para no aplicar o retirar tratamientos, sin duda esto no refleja la realidad de la medicina. Es importante comprender que la medicina no es una ciencia exacta como sí lo son las matemáticas. La famosa frase “la medicina es la más humanista de las ciencias y la más científica de las humanidades” nos recuerda que aunque el criterio médico sea algo subjetivo, pueden existir situaciones en las que sea la mejor herramienta con la que se cuente para la toma de decisiones.

Tal vez en un futuro no muy lejano sea posible determinar mediante un estudio sanguíneo el tiempo de vida exacto que le queda a una persona, mientras tanto, no será posible el establecimiento de criterios 100% objetivos para la toma de algunas decisiones clínicas. Además, no podemos limitar el papel del profesional al de decidir si otorga o no un tratamiento, pues si bien, ser gestor de la salud es una de sus funciones, también lo es el acompañar al enfermo, y la carga afectiva que ello implica puede limitar que el médico decida frívolamente si aplica o no un tratamiento.

Otro argumento en contra de las voluntades anticipadas es el hecho de que pueden fomentar la medicina defensiva. Es decir, existe ya una ley de voluntad anticipada que el médico obligatoriamente debe cumplir si el paciente así lo decide, pero él sanitario debe contar también con elementos para su protección jurídica, tales como el resumen clínico y los testigos. Podría creerse que las voluntades anticipadas limitan el proceso de morir a un trámite administrativo en el que el médico debe actuar a la defensiva por el riesgo de ser demandado posteriormente por los familiares.

En este sentido, podría considerarse a las voluntades anticipadas como una variante de lo que fue el consentimiento informado en sus inicios, en donde los médicos vieron coartado su paternalismo y tuvieron que cambiar el enfoque de su práctica clínica, informar de todo al paciente y solicitar su aprobación para cualquier situación, por mínima que esta sea.

Las voluntades anticipadas implican también beneficios para los médicos, si bien podría ser cierto que incentivan la medicina defensiva, también lo es que esta no va a desaparecer, y que los médicos cada vez deberán estar más a la expectativa de todos los aspectos legales que implica la realización de su labor.

### 12.3 Conclusiones

De una manera general, Siurana menciona que los argumentos a favor de las voluntades anticipadas apuestan por la idea del progreso ético y confían en la emancipación de la persona a través del desarrollo de su autonomía; mientras que los argumentos en contra se preocupan por el posible daño en la relación médico-paciente y apuestan por las relaciones de cooperación en la familia

y en la sociedad.

Antes de poder elaborar una conclusión definitiva sobre las voluntades anticipadas es necesario tener muy claro cuál será su objetivo tanto a nivel general como a nivel particular. Si bien es cierto que una ley debiera implicar una aceptación social lo más amplia posible, en algo tan delicado y personal como el proceso de morir, puede resultar complicado deliberar al respecto y llegar a una conclusión satisfactoria.

Es importante también considerar que como todo instrumento, las voluntades anticipadas tienen alcances y limitaciones, y como ley no están exentas de sufrir errores en su interpretación o aplicación. Sin embargo, considerando el contexto actual, es necesario contar con este mecanismo regulatorio, y no sólo ello, sino también estar evaluando su aplicabilidad constantemente.

Aparentemente podría considerarse que el no contar con una ley federal en México sobre voluntades anticipadas representa una desventaja con respecto a otros países, sin embargo, nos brinda a todos la oportunidad de realizar investigación al respecto para que, al momento de elaborarla, se tome en cuenta un consenso en el que participen todos los actores. Además, ello nos permitirá tomar en cuenta la mayor cantidad de aspectos posibles para su correcta aplicación.

Las voluntades anticipadas constituyen aún un terreno poco explorado en México, por lo que aún no podemos llegar a una conclusión definitiva sobre sus alcances y limitaciones. Sin embargo, teniendo en consideración la experiencia de otros países, en este caso de España, podemos obtener una aproximación de lo que pudiera suceder positivamente en México, por supuesto, adaptándolo en parte a nuestras peculiaridades.

### **Bibliografía**

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2007) “Proyecto de ley de voluntad anticipada”, 4 de diciembre, <http://www.aldf.gob.mx/leyes-107-2.html>.
- Beauchamp, Tom, Childress, James (1979) *Principles of biomedical ethics* (Principios de ética biomedical), Oxford University Press.
- Bermejo J.C., Belda R.M. (2011) *Testamento Vital. Diálogo sobre la vida, la muerte y la libertad*, Madrid. PPC.



## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Gobierno del Estado de México (2013) Ley de voluntad anticipada del Estado de México, <https://legislacion.vlex.com.mx/vid/ley-voluntad-anticipda-mexico-575245866>.

376 Kutner, Luis (1969) “Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal”, *Indiana Law Journal*, 44 (4), 539–54.

Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela (s/f) “Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: La perspectiva de Juan Carlos Siruana” (sin publicar).

Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela, Ruiz Peña, Sergio (s/f) “Reflection on the arguments for and against the Advance Directive: the prospect of Juan Carlos Siruana” (sin publicar).

Sánchez, J. A. (2012) *Voluntad anticipada*, México, Porrúa.

Siruana, J. (2005) *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Madrid, Trotta.

## **13 LA MORTALIDAD Y LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADAS DEL ESTADO DE MÉXICO: ANÁLISIS SOBRE LOS ALCANCES PARA SU OPERACIÓN<sup>178</sup>**

### **13. 1 Introducción**

Analizar el alcance de la “Ley de voluntad anticipada del Estado de México” (2013) para conocer si se correlaciona con la infraestructura del sistema de salud público estatal y sus índices de mortalidad. De acuerdo al método aplicado, durante mayo de 2015, se analizó la presente ley, el “Reglamento de voluntad anticipada del Estado de México” (2014a), y se consultaron los datos de mortalidad del Estado de México del Banco de Información del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) y los datos estadísticos del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) para conocer:

- A Número de defunciones por año, sexo y municipio.
- B Tasa de mortalidad.
- C Causas de muerte.
- D Habitantes mexiquenses con derechohabiencia.

Los resultados obtenidos fueron la constatación que el Estado de México cuenta con el mayor número de defunciones a nivel nacional, las cuales son generadas principalmente por enfermedades crónico-degenerativas que se registran prioritariamente en municipios de la zona metropolitana del valle de México. Por tanto, una ley que ampare la autonomía de los individuos para decidir cómo morir es factible. No obstante, este documento contiene vacíos legales que no responden a los problemas de infraestructura del sistema de salud público mexiquense, el cual hasta 2012 atiende a 45% de la población.

La generación del conocimiento científico, tecnológico y de innovación es un proceso poliédrico. Durante el siglo xx, las formas

---

<sup>178</sup> Texto coincidente con “La mortalidad en el Estado de México y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera-García, Sergio Ruiz-Peña, Marcela Veytia-López (sin publicar).

en cómo éste se producía, difundía y legitimaba sufrieron drásticos cambios no sólo dentro del sistema científico a nivel mundial, sino también en la forma en cómo se vinculaba dentro de una sociedad interconectada mediante un sistema político y económico relativamente homogéneo, pero multicultural al mismo tiempo. Una de las consecuencias más importantes de este nuevo sistema de producción –basado en el conocimiento– fue la reflexión de su apropiación pública-legal.

Debido a que la ciencia surge dentro de una tradición cultural con aplicaciones palpables, Bacarlett (2014) señala que la ciencia es un hecho social y, por tanto, es un asunto público, pues en este proceso participan diversos actores (agencias gubernamentales, científicos, tomadores de decisiones, ciudadanos, entre otros) que también deben de considerar medidas de control para la vinculación entre la ciencia y la sociedad.

Con la evolución de las formas de percepción y apropiación social del conocimiento científico, la relación ciencia-sociedad se reconfiguró y los intersticios entre el sistema científico, el sistema jurídico-político y económico empezaron a presentar nuevos límites para su regulación y reflexión.

Si bien diversas disciplinas sufrieron grandes transformaciones, las ciencias médicas fueron las que mayor cambio presentaron, ya que su objetivo ulterior –conservar la vida–, mostraron un nuevo abanico de posibilidades para su producción, mercantilización y regulación. Al mismo tiempo, un mayor grado de alfabetización de la población y de acceso a la información ocasionó que la relación médico-paciente sufriera grandes transformaciones (Quijada et al., 2014); en especial, en el nivel de confianza que el ciudadano depositaba en los sistemas nacionales de salud, pues éstos hasta la fecha influyen directamente en el bienestar personal y colectivo.

Por este motivo, Parra (2014) señala no sólo estas nuevas relaciones entre los sistemas de salud, los profesionales médicos y los ciudadanos, sino también apunta un continuo aumento de las demandas frente a los sistemas sanitarios por diversos factores:

- A Abandono de la tradicional actitud de resignación ante los errores de los médicos, causado por un mayor grado de información por parte de los ciudadanos.

- B Reconocimiento de la falsa imagen de la ciencia médica como una disciplina exacta capaz de atender cualquier emergencia sanitaria.
- C Despersonalización del ejercicio médico, debido a que las prácticas médicas se realizan en grandes centros hospitalarios. Situación que derivó en la pérdida de confianza e intimidad de la relación médico-paciente. 379

De acuerdo con lo anterior, la observación –a nivel ciudadano y profesional– de la práctica médica originó el nacimiento de la bioética como una disciplina reflexiva, multidimensional, relacional y regulativa para el ejercicio de la investigación y ejecución para la preservación de la vida humana. González-Broquen (2014) señala que esta disciplina se presenta como una reflexión que va tomando impulso en el estudio de las consecuencias del modelo del desarrollo científico-tecnológico para y sobre la vida en general y, al mismo tiempo, va desarrollando una reflexión crítica sobre la idea de ciencia que sustenta dicho modelo.

Cabe señalar que la bioética nació en Estados Unidos, estrechamente vinculada con la ética médica, la cual se centra en el individuo y en la experimentación con los seres humanos (Hottois, 2011: 61), por lo que se aleja de la visión paternalista de los sistemas de salud y está circunscrita a la autonomía de los pacientes para que participen en la toma de decisiones y no deleguen a los profesionales de la salud todo el compromiso de su atención. Por este motivo, Andorno (2012) recupera los principios bioéticos de Tom Beachump y James Childress (1979), los cuales pueden reducirse a cuatro:

- 1 Principio de autonomía: derecho a los pacientes y participantes dentro de las investigaciones biomédicas a ser correctamente informados sobre la intervención que se les propone, su naturaleza, objetivos, riesgos y, a decidir libremente si participan dentro de la misma o no.
- 2 Principio de beneficencia: exige al médico realizar actos conducentes para la promoción de la salud del paciente.
- 3 Principio de maleficencia: enfatiza la necesidad de no causar daño al paciente.
- 4 Principio de justicia: ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que lo necesitan.

Al respecto Ariza et al. (2008) señalan que con la confirmación del principio de autonomía del paciente en la toma de decisiones, el personal médico tiene la obligación de informar claramente y con conocimientos actualizados las expectativas del tratamiento, el pronóstico de la enfermedad y la aceptación de la enfermedad a los pacientes y familiares. Por esta razón, la práctica de la bioética y sus respectivas formulaciones axiológicas, recurren y aportan problemas para diferentes posiciones filosóficas, que permiten el debate sobre la legitimidad de las prácticas y criterios profesionales que afectan la vida humana (Márquez, [2004]).

Ante la posibilidad de tratar temas que atraviesan los criterios decisionales de los individuos y considerando a la bioética como una disciplina relacional y normativa para la vida de los ciudadanos, ésta se encuentra íntimamente vinculada con otros campos del saber, en especial con el derecho, debido a que analiza el amplio espectro de la toma de decisiones –con base en el principio de autonomía– de cada persona respecto con su vida, salud, cuidados y muerte. Si bien, existen diversos ángulos en la práctica y análisis de la bioética, en este subcapítulo sólo se analiza la decisión de los individuos para ser ejecutada cuando éstos se encuentren al final de su vida y en una situación derivada de una enfermedad incapacitante y, por tanto, no le sea posible expresar fácticamente su voluntad, pero que escritural y normativamente pueda ser respetada mediante las voluntades anticipadas.

Al ser recursos legales que se ocupan por establecer criterios de autonomía para decidir cómo morir –en situaciones controladas–, las voluntades anticipadas han sido objeto de discusión entre la comunidad de expertos ya que ¿cómo establecer criterios que regulen estas decisiones?, ¿cómo lograr sistemas de salud que éticamente puedan ejecutarlas?, ¿cuál es el alcance de las voluntades anticipadas?, ¿qué tanto estos procedimientos legales alcanzan a satisfacer las necesidades de las poblaciones multiculturalmente diversas? y ¿cuáles son los límites coercitivos de dichas leyes?

De acuerdo con lo anterior, el presente subcapítulo se circunscribe a exponer las características generales para definir a las voluntades anticipadas y conocer cómo, a nivel nacional, esta tendencia bioética ha sido adoptada, particularmente para el caso del Estado de México, entidad que desde 2013 cuenta con la ley estatal de voluntades anticipadas y, sobre todo, si esta ley se

correlaciona con los índices de mortalidad estatal y la infraestructura de su sistema de salud, es decir cabe preguntarse ¿la ley de voluntades anticipadas del Estado de México tiene la posibilidad de operar plausiblemente en la entidad que cuenta con la mayor densidad de población en México?

### 13.2 Metodología

Con el objetivo de conocer la dinámica de la mortalidad del Estado de México, se consultaron las estadísticas generales y, al mismo tiempo, se descargó la información disponible en acceso libre del banco de información del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI); a la par, se consultaron los datos del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Conviene señalar que para el caso del inegi, las bases de datos se actualizan constantemente, por lo que las cifras que se encuentran en ellas –en especial aquellas que se desagregan por número de defunciones por año, municipio y causas– no concuerdan con las cifras generales (disponibles en la página web de esta dependencia) y, en ocasiones, entre los propios datos descargables.

Para el caso del ISEM, es preciso señalar que dentro de su página web sólo se encontraron cifras hasta 2012 y, si bien la mayoría provienen del propio INEGI y del Consejo Nacional de Población (CONAPO), no están actualizadas, aunque ofrecen información valiosa para conocer la lógica de la mortalidad mexiquense y su infraestructura de salud. De esta manera, se obtuvo:

- A Número de defunciones a nivel nacional por entidad federativa (INEGI).
- B Número de defunciones en el Estado de México, durante 1998-2012 (INEGI).
- C Número de defunciones en el Estado de México de 2000 a 2012, por sexo (INEGI).
- D Tasa de mortalidad en el Estado de México, de 2000 a 2008 (INEGI).
- E Número de defunciones en el Estado de México en 2012, por municipio (INEGI).
- F Causas de mortalidad en el Estado de México, en 2012 (INEGI).

- G Habitantes mexiquenses con acceso a servicios médicos públicos (derechohabiencia), en 2012 (ISEM).
- H Número de habitantes con mayor o menor número de habitantes derechohabientes, en el Estado de México, en 2012 (ISEM).

A la par, se realizó una investigación documental de la ley de voluntades anticipadas del Estado de México (de aquí en adelante LVAEM) y de sus reglamentos internos para conocer la forma en que normativamente tiene que operar esta ley.

### **13.3 Resultados**

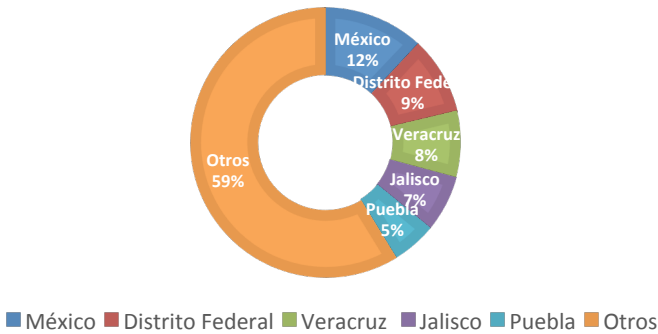
#### ***13.3.1 La mortalidad en México y en el Estado de México***

De acuerdo con el INEGI (2012a), para el año 2012 se registraron 60.1259 muertes en México. No obstante, de las 32 entidades, cinco reportan el mayor número de defunciones que, en conjunto, representan el 41% de muertes a nivel nacional.

El gráfico 6 muestra que el Estado de México registró el 12 % (72.001) siendo el puntero en este indicador. En segundo lugar está el Distrito Federal con 55.995 muertes registradas (9%), seguido de Veracruz con 8% (47.585), Jalisco con 7% (31.843%) y Puebla que reporta 31.843 muertes (5%).

Con estos datos, puede señalarse que el centro del país (Distrito Federal y Estado de México), si bien es la zona con mayor desarrollo relativo del país, también es dónde se registra el mayor número de muertes, esto se asocia en parte con la mayor concentración poblacional de ambas entidades.

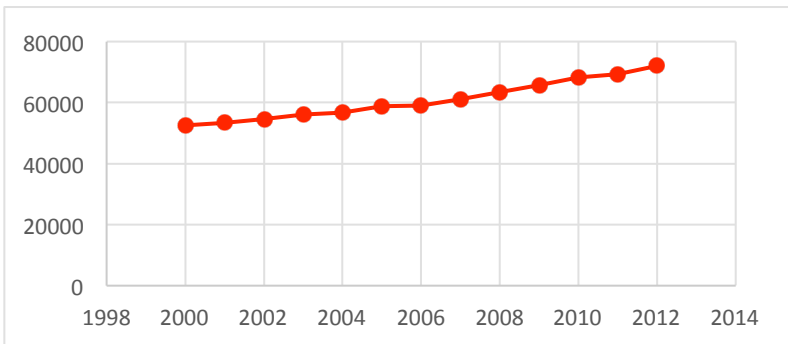
Gráfico 6. Proporción de defunciones a nivel nacional por entidad federativa, en 2012



Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2012b.

Si focalizamos el estudio al Estado de México, puede indicarse que para el periodo 2000-2012, se han registrado 791.349 muertes, cifras que no han declinado en ningún año, más bien han crecido paulatinamente. Para el inicio de este periodo, el número de defunciones fue de 52.564 (6% del total); en 2006 –a mitad del periodo– se reportaron 58.999 (7%) y, el punto más alto del número de muertes en la entidad fue en 2012, en el que hubo 72.001 defunciones (gráfico 7).

Gráfica 7. Crecimiento de defunciones en el Estado de México, del periodo 1998-2012

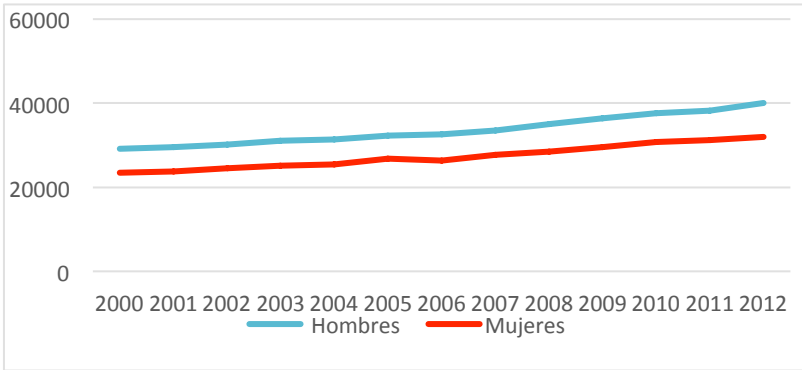


Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2012b.



Respecto al número de defunciones por sexo de 2000 a 2012 en el Estado de México, durante todo el periodo de análisis, el inegi (2012b) registra que el 55% (436.050) corresponde a hombres, mientras que el resto (354.860) son mujeres. Como puede notarse en la gráfica 8, para el caso del sexo masculino, no ha habido un declive en el crecimiento del número de defunciones; de igual forma, las mujeres muestran una tendencia similar a pesar de que en 2005 se reportaron 26.698 muertes y para 2006 esta cifra declinó exiguamente a 25.379 muertes registradas.

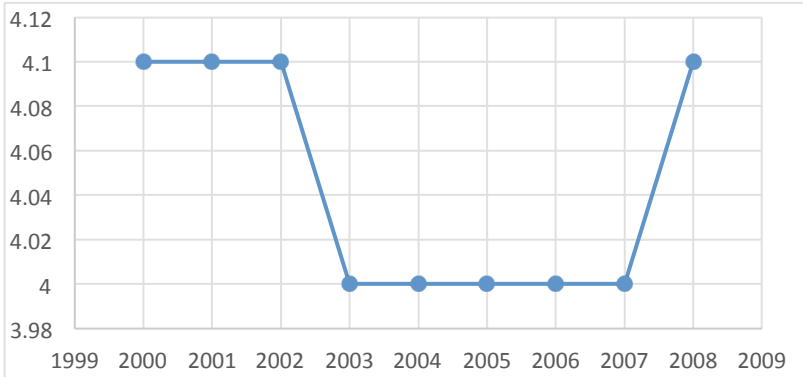
Gráfico 8. Crecimiento de defunciones en el Estado de México, de 2000 a 2012 por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2012b.

De acuerdo con datos provenientes del INEGI (2012b), la tasa de mortalidad del Estado de México entre 2000 y 2008 indica que de cada 1.000 mexiquenses, se reportaron 4 muertes (gráfico 9).

Gráfico 9. Tasa de mortalidad en el Estado de México, de 2000 a 2008



Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2012b.

En tanto, de los municipios que registran mayor número de muertes en el Estado de México, sobresale de los 125 ubicados en la entidad, para 2012, ocho reportaron más de dos mil muertes, la mayoría de éstos se encuentran ubicados en la zona metropolitana del valle de México: Ecatepec de Morelos (8.189), Nezahualcóyotl (6.607), Naucalpan de Juárez (4.564), Tlalnepantla de Baz (4.195), Toluca (3.711), Chimalhuacán (2.444), Atizapán de Zaragoza (2.227) y Cuautitlán Izcalli (2.199).

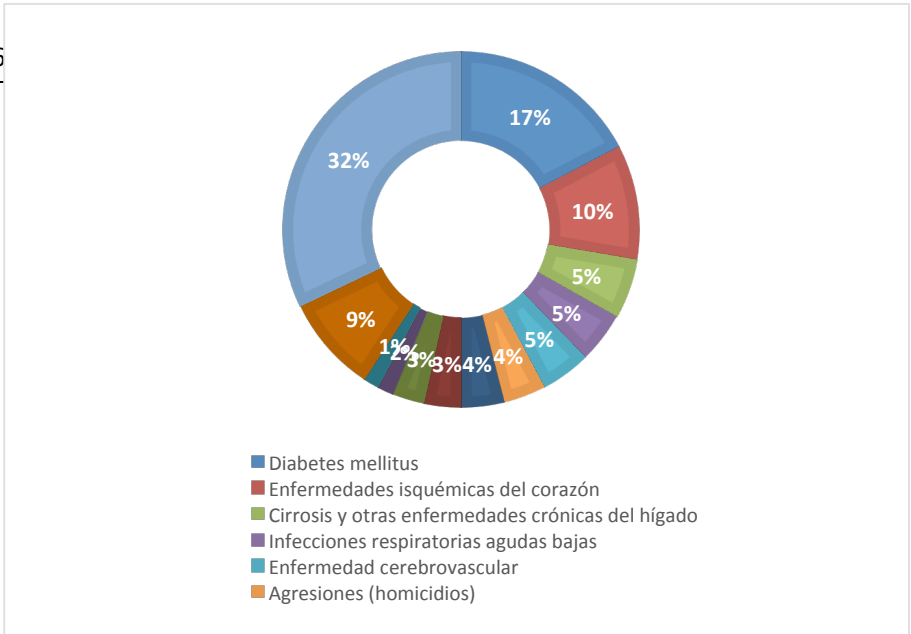
De igual forma, aquellos municipios que informaron más de mil muertes y que también están cerca al Distrito Federal y en el norte del Estado de México son: Tultitlán, Ixtapaluca, Valle de Chalco Solidaridad, Nicolás Romero, Chalco, Texcoco y Coacalco de Berriozábal. En conjunto, estos 15 municipios representan el 62% de defunciones en el Estado de México (gráfico 10).

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Gráfico 10. Representación proporcional por municipio de defunciones en el Estado de México, en 2012

386

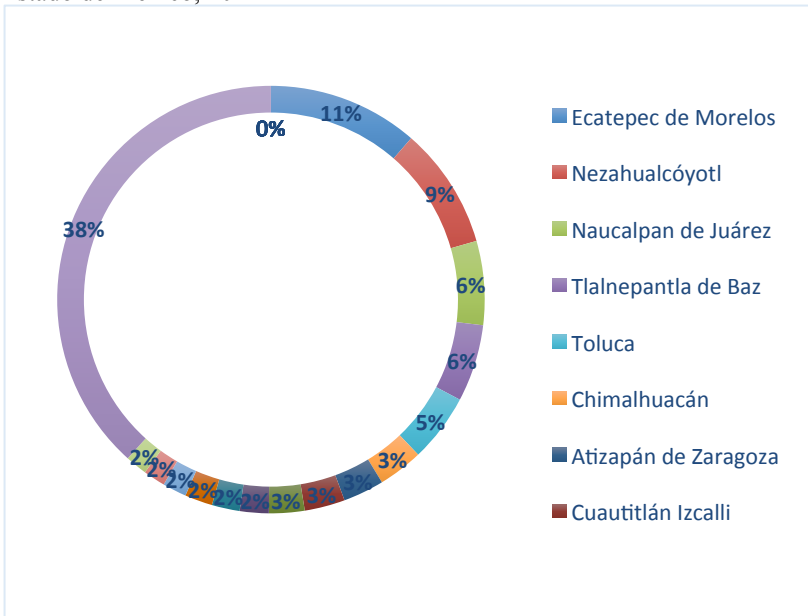


Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), 2012b.

En cuanto a las causas de muerte en el Estado de México en 2012, se anota que existe una tendencia a que sus habitantes desarrollen enfermedades crónico-degenerativas, las cuales en última instancia necesitan cuidados paliativos por parte del sistema sanitario estatal o privado. En este sentido, el gráfico 11, muestra que de las 70.938 muertes reportadas por el ISEM (2014) durante ese año, las principales causas de muerte pueden dividirse en tres grupos: el primero corresponde a aquellas enfermedades con más de 3 mil casos reportados: diabetes mellitus (12.289), enfermedades isquémicas del corazón (7.360), cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (3.856), infecciones respiratorias agudas y bajas (3.263) y enfermedades cerebrovasculares (3.219). El segundo grupo consiste en aquellas causas que registran entre 3 mil muertes y más de mil: agresiones-homicidios (2.749), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2.724), hipertensión (2.393),

nefritis y nefrosis (2.021), asfixia y trauma al nacimiento (1.062), accidentes de tránsito (1.053). El tercer grupo corresponde a aquellas causas de muerte que tienen entre mil y 200 casos: peatón lesionado en accidente vehicular (890), tumor maligno de mama (689), tumor maligno de hígado (665), tumor maligno de estómago (662), malformaciones congénitas del corazón (635), tumor maligno de tráquea, bronquio y pulmón (628), desnutrición calórica protéica (602), tumor maligno del colon y recto (581), lesiones autoinfligidas (558) y causas mal definidas (22.758).

Gráfica 11. Representación proporcional de las causas de mortalidad en el Estado de México, 2012



Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 2014.

Sobresale que las causas de muerte anteriormente mencionadas, para ser tratadas previo a una defunción, necesitan atención médica. Por lo que resulta interesante conocer la proporción de habitantes mexiquenses que tienen derecho a servicios médicos públicos. De acuerdo con el ISEM (2012) y datos del Consejo Nacional de la Población (CONAPO), –para el 2012– del total de la población mexiquense (15.408.294), el 45%

(6.975.547) contaban con prestaciones de servicios médicos de alguna institución pública, mientras que 8.432.747 (55%) no eran derechohabientes.

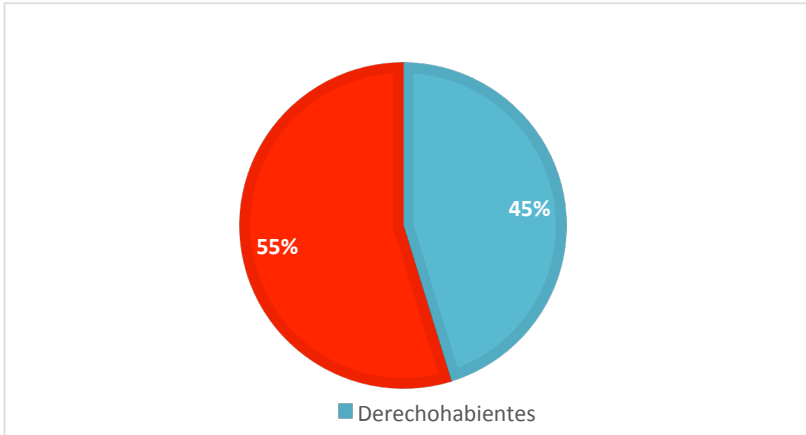
388

Destaca que, durante ese año, los municipios con mayor número de habitantes derechohabientes fueron aquellos que tienen mayor densidad de población, mayores defunciones al año y están en la zona metropolitana del valle de México. Por tanto, a continuación se enlistan los 15 municipios con más derechohabientes en la entidad (gráfico 13), los cuales en conjunto abarcan a 5.279.286 afiliados (casi el 60%): Ecatepec de Morelos (932.548), Nezahualcóyotl (588.296), Toluca (536.874), Naucalpan de Juárez (465.325), Tlalnepantla de Baz (414.670), Cuautitlán Izcalli (326.9649), Atizapán de Zaragoza (286.129), Chimalhuacán (75.903), Ixtapaluca (257.366), Tecámac (215.273), Nicolás Romero (204.368), Coacalco de Berriozábal (186.773), Valle de Chalco Solidaridad (147.888) y Metepec (147.214).

De igual forma, algunos de estos municipios también cuentan con las cifras más altas respecto con el número de habitantes sin ningún servicio médico público. En este tenor, se presentan a los 15 municipios con los índices más altos (gráfico 14), los cuales en conjunto suman 4.616.095 (casi el 55%) de habitantes sin derechohabiencia: Ecatepec de Morelos (845.823), Nezahualcóyotl (528.560), Toluca (406.460), Chimalhuacán (386.751), Naucalpan de Juárez (343.163), Ixtapaluca (296.460), Tlalnepantla de Baz (248.838), Valle de Chalco Solidaridad (225.866), Atizapán de Zaragoza (212.533), Tultitlán (212.167), Chalco (199.281), Tecámac (196.618), Cuautitlán Izcalli (187.280), Nicolás Romero (167.346) y Huixquilucan (158.949). Para ejemplificar la proporción del peso –en número de habitantes con servicios médicos o no– pueden analizarse los gráficos 12, 13 y 14.

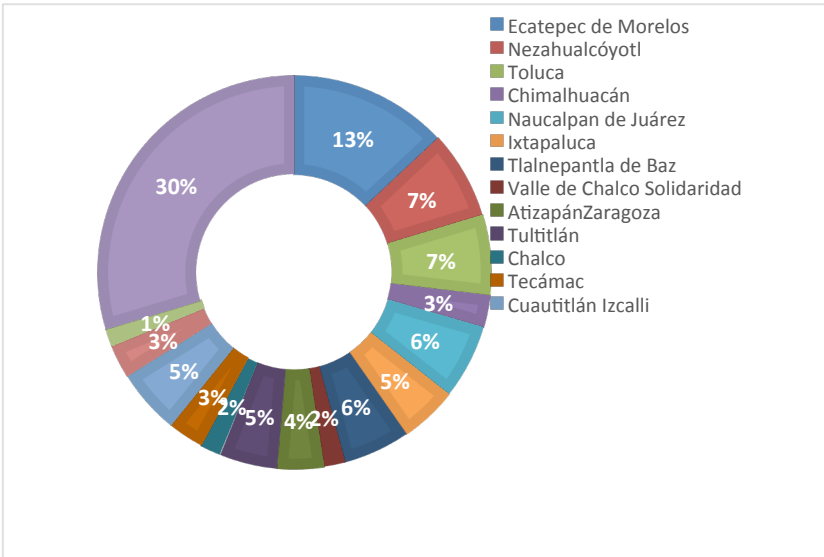
Sin embargo, estas tendencias de concentración del servicio y acceso a derechohabiencia no se reproduce en la distribución de las unidades médicas estatales, ya que de las 1.216 unidades registradas por el ISEM (2012b) (1.150 unidades de consulta externa y 66 de hospitalización), sólo 7 municipios tienen más de 30: Ecatepec de Morelos (57), Toluca (43), San José del Rincón (34), Chimalhuacán (33), Ixtlahuaca (32) y Nezahualcóyotl (31).

Gráfico 12. Representación proporcional de habitantes en el Estado de México con derechohabiencia, en 2012



Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 2012a.

Gráfico 13. Representación proporcional de los 15 municipios mexiquenses con mayor número de habitantes derechohabientes, en 2012



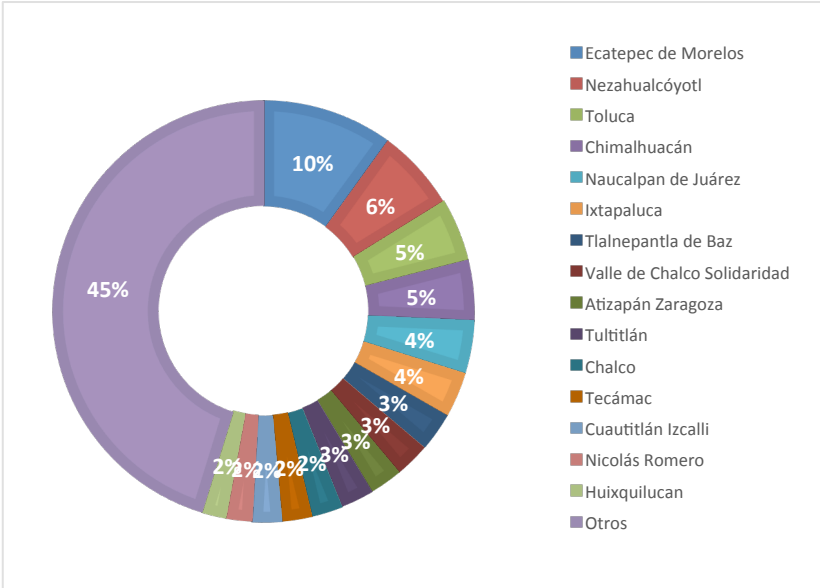
Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 2012a.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

Gráfico 10. Representación proporcional de los 15 municipios mexicanos con mayor número de habitantes sin derechohabiencia, en 2012

390



Fuente: elaboración propia a partir del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), 2012.

### 13.3.2 La Legislación de voluntades anticipadas en el Estado de México

Como se anotó en el primer apartado del presente subcapítulo, si bien se reconoce que legislar para que los ciudadanos con alguna enfermedad terminal puedan decidir las últimas medidas terapéuticas o la suspensión de su tratamiento, es una tendencia para reconocer la autonomía de los pacientes terminales y que, desde la perspectiva de la bioética, representa una forma de reestructurar el proceso tecnocientífico y la relación médico-paciente, esto implica un gran reto en términos jurídicos.

Para el caso mexicano, en el cuadro 7, puede observarse que de los 31 Estados y el Distrito Federal tan sólo 37,5% (12 de éstos) entre el periodo 2008-2013, legislaron en materia de va; mientras que tres (Chihuahua, Nuevo León y Tamaulipas) dentro de sus

congresos estatales durante los últimos cuatro años realizaron iniciativas de ley; por otro lado, tres (Baja California Sur, Morelos y Zacatecas) han aprobado tutelas para que personas mayores de edad puedan designar legalmente a alguien para que pueda decidir en caso de que éste no puede expresar su voluntad. En este sentido, puede anotarse -atendiendo al criterio de Sánchez-Barroso (2011)-, que no existe una legislación especial aplicable a nivel federal y, las legislaciones especiales vigentes a nivel local son realmente pocas, lo cual provoca un vacío legal que se traduce en múltiples conflictos jurídicos.

Cuadro 7. Legislaciones estatales en México sobre voluntades anticipadas

Estado	Nombre de la ley	Año
Coahuila	Ley protectora de la dignidad del enfermo terminal del Estado de Coahuila	2008
Distrito Federal	Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal	2008
Baja California Sur	Tutela autodesignada	2008
Morelos	Tutela preventiva	2008
Zacatecas	Tutela autodesignada	2008
Aguascalientes	Ley de voluntad anticipada para el Estado de Aguascaliente	2009
Michoacán	Ley de voluntad anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo	2009
San Luis Potosí	Ley estatal de las personas en fase terminal	2009
Guanajuato	Ley de voluntad anticipada para el Estado de Guanajuato	2011
Hidalgo	Ley de voluntad anticipada para el Estado de Hidalgo	2011
Chiapas	Código de ejecución de sanciones penales y medidas de libertad anticipada para el Estado de Chiapas	2012
Guerrero	Ley de voluntad anticipada para el Estado de Guerrero	2012
Nayarit	Ley de los derechos de los enfermos en etapa terminal para el Estado de Nayarit	2012
Estado de México	Ley de voluntad anticipada del Estado de México	2013
Colima	Ley de voluntad anticipada para el Estado de Colima	2013
Chihuahua	Iniciativa de ley de voluntad anticipada para el Estado de Chihuahua	2014
Nuevo León	Iniciativa por parte del PRI en mayo de 2014	2014
Tamaulipas	Iniciativa por parte de Movimiento Ciudadano	2015



Durango\*

Fuente: Elaboración propia a partir de una búsqueda en páginas web relacionadas con las leyes de voluntades anticipadas

\* Además de Durango, los Estados de Jalisco, Campeche, Oaxaca, Puebla, Queretaro, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatan y Baja California Norte, no cuenta con ningún tipo de legislación vinculada con las voluntades anticipadas, a fecha de finales de 2014

En este escenario, la “Ley de voluntad anticipada del Estado de México” (LVAEM) (2013) que se promulgó el 3 de mayo de 2013, consta de 13 capítulos, 51 artículos y 8 artículos transitorios, los cuales de acuerdo con Estrada-Lechuga (2014), tienen como objetivo regular el derecho de una persona a planificar, de manera escrita, los tratamientos y cuidados que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz por sí misma de tomar decisiones. Las disposiciones más importantes de esta ley, pueden observarse en el cuadro 8.

Posteriormente, el 10 de abril de 2014 se publicó el “Reglamento interno de la ley de voluntad anticipada del Estado de México” (RILVAEM) (2014a), el cual contiene 6 capítulos y 24 artículos, que tienen por objeto definir el alcance de la LVAEM – todo establecimiento médico público, social y privado en territorio mexiquense–, las directrices que permitirán operar la lvaem, los requisitos que deben contener los formatos de va emitidos por la Secretaría de Salud (ya sean en hospitales o ante notario público), las formas en cómo se suscribirán las actas de va, las especificaciones para revocar la va y la nulidad de las actas. De igual forma, durante este mismo año también se publicaron los “Lineamientos para la aplicación de la Ley de la voluntad anticipada del Estado de México” (2014b) se dieron a conocer los formatos de acta de va.

Cuadro 8. Principales puntos de la Ley de voluntades anticipadas del Estado de México

<b>Artículo</b>	<b>Contenido</b>
Artículo 1	Es pública, de interés social y de aplicación obligatoria en el Estado de México.
Artículo 3	La Secretaría de Salud y el Instituto de Salud del Estado de México son las autoridades responsables para verificar el cumplimiento de la lvaem.
Artículo 7	Los derechos de los pacientes: información clara y oportuna sobre su enfermedad, tipo de tratamientos, decidir sobre el suministro o no de los tratamientos

<b>Artículo</b>	<b>Contenido</b>
	adecuados, entre otros.
Artículo 8	Los derechos del personal de salud: recibir capacitación profesional constante y discrepar la ejecución de las disposiciones de alguna acta o escritura de va (en estos casos las instituciones de salud garantizarán la prestación del servicio con otro médico).
Artículo 9	Obligaciones del personal de salud: brindar toda la información necesaria sobre el estado de los pacientes así como los posibles tratamientos; en caso de que sea enfermedad terminal, informar sobre la formulación de las actas de va.
Artículo 10	Obligaciones y facultades de las instituciones de salud: brindar servicios de calidad, promover la formación y capacitación de cuidados paliativos, así como de su infraestructura; de igual forma, las instituciones de salud remitirán a los pacientes a la coordinación de va.
Artículos 12, 13 y 14, 16, 17 y 18	Sobre las va: las cuales pueden ser suscritas por: a) pacientes mayores de edad en pleno uso de sus facultades mentales, b) tutores de pacientes menores de edad y c) representantes legales en caso de que el paciente ya no se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales. Por tanto, las instituciones de salud deben informar a los pacientes que este trámite es gratuito.
Artículo 23	Sobre la cancelación del tratamiento: la suspensión voluntaria del tratamiento supone la cancelación de medicamentos que busquen contrarrestar la enfermedad terminal y el inicio de tratamientos enfocados a la disminución de malestar o dolor.
Artículos 28, 29 y 30	Modificación, revocación o nulidad de las declaraciones de va.
Artículos 32 y 33	Las instituciones de salud y su personal tendrán acceso al sistema digitalizado de actas o escrituras de va de algún paciente sólo cuando éste sea diagnosticado en estado terminal.
Artículo 37	Si la institución de salud no cuenta con los recursos para ejecutar la va, debe de gestionar el traslado del paciente.
Artículo 38	La declaración de va debe de prevalecer sobre la opinión e indicaciones de familiares, representantes y personal de salud.
Artículo 44	De los comités de bioética: órganos interdisciplinarios de cada institución de salud que serán encargados de difundir los derechos de los pacientes, cuidar y opinar sobre los cuidados paliativos, supervisar el cumplimiento de las declaraciones de va.
Artículo 45	De la creación de la coordinación de voluntades anticipadas del Estado de México, la cual tendrá la responsabilidad de: construir un archivo digitalizado para

Artículo	Contenido
	recibir, digitalizar, archivar y resguardar las declaraciones, revocaciones y modificaciones de va; distribuir los formatos para tramitar las va; garantizar el acceso a las instituciones de salud (y a su personal) al sistema; capacitar y orientar a las personas; expedir copias certificadas de las declaraciones de va; coordinar a los comités de bioética; supervisar el cumplimiento de las va; vigilar irregularidades; elaborar y ejecutar programas de ejecución; realizar campañas de difusión en materia de va y, coordinarse con las instituciones federales para garantizar el cumplimiento de las va.

Fuente: Elaboración propia a partir de la “Ley de voluntades anticipadas del Estado de México”, 2013.

### 13.4 Discusión y conclusiones

De acuerdo con López-Ríos (1997), fue hasta la mitad del siglo XX que el avance del conocimiento de la medicina y la tecnología médica cobró relevancia; ya que esta situación se encuentra vinculada con las disposiciones técnicas: la especialización de la investigación médica, el desarrollo de las responsabilidades y de organización de salud pública, la inmunización y detección de varias enfermedades.

Junto con este proceso, puede observarse una reconfiguración de la percepción pública del conocimiento científico y las diferentes formas en que éste se relacionó con la sociedad en todas sus dimensiones. Derivado de este fenómeno, las disciplinas médicas fueron las que mayores cambios tuvieron, debido a que surgieron nuevos mecanismos de vigilancia jurídica, política, epistemológica y mercantil. En este escenario, la bioética nació como una forma de auto-observación dentro de las prácticas médicas, que sentó los fundamentos para dialogar sobre la autonomía de los pacientes y la posibilidad decisional en su último lapso de vida, mediante disposiciones legales como las va.

En este escenario, conviene señalar que el sistema de salud mexicano se organizó con base en un modelo segmentado, similar en toda la región latinoamericana, el cual ha separado el derecho y la atención sanitaria en dos grandes sectores de la población: los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y, los no asegurados. Al mismo tiempo, puede señalarse que la infraestructura del sistema de salud se instaló predominantemente

en las zonas urbanas con mayor densidad de población, en las que sus habitantes cuentan con empleos formales; creando así, una segmentación en el acceso a los servicios públicos de salud alrededor del país, priorizando las necesidades técnico-médicas de estas zonas y desatendiendo a diferentes grupos sociales con otras particularidades de atención sanitaria.

Muestra de este fenómeno, lo advierte la situación presentada sobre los índices de mortalidad e infraestructura de salud en el Estado de México, de la cual puede rescatarse que:

- A Esta entidad es la que registra el mayor número de muertes a nivel nacional (12%) las cuales durante poco más de una década ha presentado un crecimiento paulatino.
- B Las defunciones se encuentran concentradas (prioritariamente) en los municipios de la zona metropolitana del valle de México.
- C Del total de habitantes del Estado de México, tan sólo el 45% son derechohabientes, los cuales están concentrados, de igual forma que las defunciones, en la zona metropolitana del valle de México.
- D Debido al desarrollo de los municipios de esta zona, y que son los que cuentan con mayor densidad de población, las causas de muerte en la entidad se relacionan principalmente con enfermedades crónico-degenerativas.

En este escenario y analizando la Ivaem, puede anotarse que es un gran paso para estar a la vanguardia en las tendencias mundiales de la bioética, las cuales buscan salvaguardar la autonomía y la capacidad decisional de los ciudadanos que padecen alguna enfermedad terminal.

No obstante, también representa diferentes retos al ser coercitiva estrictamente sólo para las entidades de salud públicas asentadas en el Estado de México, y por lo tanto, aún no define los mecanismos de vinculación con las instituciones de salud federal para el cumplimiento de las actas de va mexiquenses, ya que la presente ley no es obligatoria para éstas, no existe una ley federal especial sobre va, salvo el marco general previsto en la ley general de salud, y las leyes estatales son todavía muy pocas, como consecuencia de esta situación, en nuestro país los conflictos prácticos de prever situaciones clínicas futuras presenta un alto grado de incertidumbre (Gobierno del Estado de México, 2013).

A la par, sobresale que la Ivaem regula principalmente a las entidades de salud pública que atienden a menos de la mitad de la población mexicana, dejando en la inseguridad legal –al no ejercer coerción directa– a aquellos que se atienden en instituciones privadas. Escenario que implica reconocer retos en términos de infraestructura y de personal, pues dicha legislación concentra la mayoría de las responsabilidades (gestión, administración, vigilancia, difusión, entre otras) a la coordinación de voluntades anticipadas del Estado de México.

Por este motivo, resulta paradójico que, una legislación que sigue las tendencias mundiales en materia jurídica, en términos de alcance legal no reconoce una autorreflexión del sistema local de salud pública y privada, la lógica de mortalidad estatal y la centralización de su infraestructura de servicios en poco más de 15 municipios de los 125 que se encuentran en su territorio.

En este contexto conviene señalar que la Ivaem tendría que prever:

- A Que el Estado de México es una sociedad multicultural, la cual cuenta con diferentes grados de desarrollo económico y que si bien sus pobladores comparten varias relaciones sociales, existen grandes diferencias educativas, económicas, culturales, religiosas, lingüísticas y políticas que forman un constructo bastante complejo sobre la aceptación de la muerte y la ejecución –o no– de cuidados paliativos para aliviar o disminuir el dolor en etapa terminal.
- B Las barreras tecnológicas que puede presentar la base de datos de la coordinación de voluntades anticipadas, pues en su reglamento, señala que ésta debe de administrar las actas y las instituciones de salud (públicas y privadas, y notarias públicas) deben de alimentar esta base, pero desconoce si las bases de datos de éstas son interoperables entre sí, teniendo como consecuencia un trámite burocrático tardado.
- C La difusión y divulgación en materia de voluntades anticipadas: a pesar de que la página web de la coordinación de voluntades anticipadas del Estado de México muestra diversas cifras sobre las capacitaciones realizadas en el tema, éstas se reducen a nivel profesional y, si se piensa que el Estado de México es la entidad con mayor densidad de población, éstas resultan menores. Es interesante señalar la deficiencia de estudios sobre el impacto comunicativo del

tema entre la comunidad médica y la ciudadanía; aquellos que se han realizado (Miranda, 2014 y López et al. 2012) muestran que ambos sectores de la población no tienen noción o conocen muy poco sobre las voluntades anticipadas.

397

- D Formación constante y contextualizada de profesionales en materia jurídica y bioética, la cual permita resolver las irregularidades en el proceso de ejecución de las voluntades anticipadas.
- E Proponer mecanismos de evaluación cualitativa y cuantitativa de los procesos, funcionarios y reglamentos que están implementando la Ivaem, para así conocer los mecanismos y líneas de acción para una mejor ejecución.
- F Incentivar propuestas de ley que permitan el acceso a toda la población mexiquense a servicios médicos públicos –sin importar el nivel de desarrollo económico de la población–, pues la IVAEM ni siquiera puede operar en aquellas zonas en las que no se cuenta con infraestructura sanitaria y que, en consecuencia, tiene otras necesidades médicas y otras dinámicas de mortalidad.

A pesar de que existen otras aristas por analizar, la presente investigación pretende dar cuenta de los desafíos que representa la implementación de la IVAEM, la cual es resultado de la evolución del sistema político-jurídico estatal, el cual empieza a reconocer que la relación ciencia-sociedad no es un proceso lineal ni uniforme; al contrario, es un proceso complejo y contingente que necesita de recursos legales, económicos y sociales que permitan el desarrollo de un sistema tecnocientífico y multicultural (compuesto por diferentes actores) que busque la protección y progreso de la sociedad mexiquense.

### **Bibliografía**

- Andorno, R. (2012) *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid, Tecnos, 2 edc.
- Ariza Andraca, R., Garza Ochoa, M., Guzmán Delgado, C. C., Escamilla Cejudo, M. de la S., Gaytán Becerril, A. y Mondragón y Kalab, M. (2008) *La voluntad anticipada: un dilema ético sustentado en una ley vigente*, Medicina interna de México, <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2008/mim085g.pdf>.

- Barcarlett, M. L. (2014) “Redacción para la comunicación de la ciencia” (presentación inédita).
- Beauchamp, Tom, Childress, James (1979) *Principles of biomedical ethics (Principios de ética biomedical)*, Oxford University Press.
- González Broquen (2014) “Ciencia, ética y política: la bioética como camino para la transformación de la praxis científica”, *Acta bioethica*, 20 (2), 271-7.
- Estrada-Lechuga, Ciro. *Ley de voluntad anticipada del Estado de México*. Abogado at Notaria Pública No. 7 del Estado de México presentado en; 2014.
- Gobierno del Estado de México (2014a) “Reglamento de la Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, LVIII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/rgl/vig/rglvig531.pdf>.
- (2014b) “Lineamientos para la aplicación de la Ley de la voluntad anticipada del Estado de México”, *Gaceta del Gobierno del Estado de México*, tomo CXCVII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2014/may094.PDF>.
- (2013) “Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, LVII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig191.pdf>.
- Hottois, G. (2011) *¿Qué es la bioética?*, México, Fontarama.
- INEGI (Instituto Nacional de Geografía y Estadística) (2012a) “México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios”, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/>.
- (2012b) “México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios”, (Estado de México), <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/descarga/>
- ISEM (Instituto de Salud del Estado de México) (2014) <http://salud.edomexico.gob.mx/html/article.php?sid=205>
- (2012a) “Población según municipio y derechohabencia\_2000\_2011”, [http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/poblacion/POB\\_MUNI\\_DERECHOHABENCIA\\_2000\\_2012.pdf](http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/poblacion/POB_MUNI_DERECHOHABENCIA_2000_2012.pdf).
- (2012b) “Unidades médicas por municipio según tipo”, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2014/may094.PDF>.

- López Moreno, S., Manrique Nava, C., Flores Rico, D. A., Hernández Reyes, M. y González Martínez, J. (2012) “Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: ciudad de México”, *Revista Vectores de Investigación*, 5 (5), 53-66. 399
- López-Ríos, Olga. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias especiales de la mortalidad mexicana. *Salud Pública de México*. 1997; 39(1):16-24.
- Márquez Mendoza, Octavio ([2004]) “Algunas contribuciones para la bioética en el siglo XXI”, [studylib.es/doc/7199603/algunas-contribuciones-para-la-bioética-en-el-siglo-xxi](http://studylib.es/doc/7199603/algunas-contribuciones-para-la-bioetica-en-el-siglo-xxi).
- Márquez Mendoza, Octavio, Olvera Garcia, Jorge, Ruiz Peña, Jorge, Veytia López, Marcela (s/f) “La mortalidad en el Estado de México y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación”, (sin publicar).
- Miranda, C. W. (2014) Actitudes ante la muerte, conocimiento y actitud ante voluntades anticipadas en pacientes con cáncer de mama en la Unidad de medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social de septiembre a diciembre del 2013, <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14557>, tesis de posgrado en la especialidad en Medicina Familiar, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Parra Sepúlveda, D. A. (2014) “La evolución ético-jurídica de la responsabilidad médica”, *Acta bioethica*, 20 (2), 207-13.
- Quijada González, C., Tomás y Garrido, G. M. (2014) “Testamento vital: conocer y comprender su sentido y significado”, *Perosna y biotetica*, 18 (2), 138-52.



## 14 CONOCIMIENTO Y ACTITUD ANTE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS: SINGULARIDADES Y PROSPECTIVAS ENTRE LOS PACIENTES Y PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL “LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS” DEL MUNICIPIO DE TOLUCA Y EL INSTITUTO DE ÉTICA CLÍNICA FRANCISCO VALLÉS DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID<sup>179</sup>

### 14.1 Antecedentes sobre el final de la vida

El final de la vida es un tema donde concurre la zozobra e incertidumbre ante el momento inexorable del fin de la existencia de los pacientes terminales; aun cuando los medios económicos y sociales permitan acceder a los avances tecnológicos en medicina que permitan prolongar la vida biológica del humano, puesto que resultan insuficientes para proporcionar una calidad de vida en sentido estricto de la palabra, pues la realidad, aceptación, voluntad y armonía de la vida queda truncada y sometida a circunstancias y aparatos del esfuerzo medico ajenos al ser del enfermo.

Cuando se habla del final de la vida es inevitable pensar en las palabras de Fiódor Mijáilovich Dostoievski cuando dice que “El hombre teme la muerte porque ama la vida”, pero, ¿qué sucede cuando la vida ya no es conciencia, ni actividad mental, mucho menos física, cuando la vida ya sólo es aquella constante permuta entre mera biología y tecnología sobre el cuerpo humano sin actividad mental? ¿Ello es amar la vida, o es el orgullo profesional del que desea salvar, aplazando, una catástrofe de inmovilidad o desahucio? o –como apunta Fernández-Carrión- cuando los recursos económicos familiares no pueden hacer frente a mantener la vida de forma prolongada y artificial.

Ante este panorama las personas recurren a prácticas controversiales como la eutanasia. La dimensión de esta práctica es

---

<sup>179</sup> “Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (Cuerpo académico Bioética y salud mental) (2017 ss).

un tema ciertamente antiguo pero de connotaciones estrictamente actuales al estar íntimamente relacionadas con las leyes en favor de la vida, propias de los derechos humanos y la constitución política del país que las trate, básicamente la mayoría de los países inscritos en la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El derecho a la vida entiende una dialéctica implícita con el derecho al bien morir del cual la eutanasia tiene repercusiones desde el pensamiento filosófico antiguo, pasando por el cristianismo en la Edad Media, hasta los autores clásicos del pensamiento moderno; todos cobran o hacen de la eutanasia un tema importante. Actualmente las reflexiones de la antigüedad se colocan en una nueva posición. Hoy el final de la vida sigue siendo un acto y una decisión de vida que nos mantiene unidos a la muerte, no sólo individual sino colectivamente.

La educación para la muerte no es ni rito, mucho menos superstición, en este momento es de gran importancia enseñar para hacer entender y comprender que los avances científico-tecnológicos no significan que la vida es una creación y permanencia artificial cuando la vida es esa permanencia entre vida y muerte individual.

Si bien estos avances han traído grandes beneficios a la humanidad en el campo de la medicina no por ello se debe negar que el final de la vida humana sea acto de vida singular, esto es corolario sabido para todos y cada uno de los pensadores o estudiosos del tema; sin embargo, el punto no es quiénes lo piensen todo el tiempo y entreguen su intelecto a descifrarle, sino que con lo expuesto hasta el día de hoy, se muestre y se haga entender a cada individuo de la población la importancia de ser responsables para consigo mismos, para con su familia y, en consecuencia, para con la comunidad al plantearse, en principio, la posibilidad de otorgar unos minutos para averiguar qué es el testamento vital o también conocida como voluntad anticipada o instrucciones previas.

## 14.2 Enfoque y repercusión en España

Al igual que ocurre con temas del tipo “la calidad de vida para los ciudadanos” las fórmulas utilizadas para el desarrollo del testamento vital han alcanzado el ámbito internacional. España es un ejemplo para los países hispanoparlantes pues, una vez que surge el Convenio de Europa para la protección de los derechos humanos

y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (convenio de Oviedo) en abril de 1997, comienza la elaboración de la propuesta e iniciativa de ley sobre el testamento vital o, como se establece oficialmente en dicho país, instrucciones previas. Dicha iniciativa se vio establecida en lo que ahora se conoce como “Ley 41/2002” de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 2002), en ella el artículo 11: conceptúa y establece los requisitos para su otorgamiento, contenidos, eficacia, revocación y registro. Ya para el año 2009 la “Ley 41/2002” de autonomía del paciente permeaba en el desarrollo legislativo por todas las comunidades autónomas de España, caso específico, la Comunidad Autónoma de Madrid, con la “Ley 12/2002”, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid (CM, 2002)<sup>180</sup>.

### 14.3 Enfoque y repercusión en México

Mientras tanto, en México, en el Distrito Federal donde se encuentra una legislación en cuanto a la voluntad anticipada pertinente con el marco teórico existente en cuanto al tema. Esta entra en vigor en el año 2008 y establece que el

(...) paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, LVADF, Artículo 3, Fracción VI, 2008).

La legislación propia del Estado de México recibe el mismo nombre que en el Distrito Federal, cambia solamente la denominación territorial, y en sí, tienen coincidencias de contenido y procedimentales, la “Ley de voluntad anticipada del Estado de

---

<sup>180</sup> Sobre la aplicabilidad de esta ley Cesáreo García Ortega, Victoria Cózar Murillo y José Almenara Barrios elaboran “La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002” (2004).

Posteriormente, en la Comunidad de Madrid promulgan la “Ley 4/2017, de 9 de marzo, de derechos y garantía de las personas en el proceso de morir” (CM, 2017).

México” fue publicada en la *Gaceta de Gobierno* el 3 de mayo de 2013.

Para el Estado de México todavía no existen datos que puedan compararse con alguna otra entidad en virtud que la ley apenas inicia su vida legal, ya que a partir de su publicación fueron noventa días naturales para inicie su vigencia.

403

En territorio mexicano además de encontrarse la voluntad anticipada legislada en el Distrito Federal y Estado de México, también en los siguientes estados: Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí (cuadro 1).

Es importante mencionar que el Distrito Federal es el ámbito local donde existe un mayor avance en cuanto a su aplicabilidad por lo que existen datos estadísticos confiables además de que el mes de marzo, es considerado el “mes de la voluntad anticipada”.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal proporciona datos estadísticos de los DVA suscritos ante notario del 7 de enero de 2008 al 28 de febrero de 2014.

Cuadro 9. Documentos de voluntades anticipadas suscritos ante notario de 2008 a 2014, según la Secretaría de Salud del Distrito Federal

<b>Rubro</b>	<b>Total en cifras</b>
Documentos suscritos ante Notario	2,386
Hombres que han suscrito el DVA	843
Mujeres que han suscrito el DVA	1,543
Sí donaría órganos	1,174
No donaría órganos	975
No especificó	237
<b>Suscriptores del Distrito Federal</b>	<b>2,110</b>
Suscriptores de otras entidades federativas:	270
Baja California Sur,	3
Chihuahua,	1
Coahuila,	1
Estado de México,	218
Guerrero,	4
Hidalgo,	1
Jalisco,	8
Michoacán,	2
Morelos,	18
Nayarit,	2
Puebla,	3
Querétaro,	5
Quintana Roo,	2
Tlaxcala,	1
Veracruz.	1
Suscriptores de otros países:	6

---

Chile,	1
España,	1
Estados Unidos de América,	3
Italia.	1

---

Fuente: Elaboración propia a partir de la Secretaría de Salud, Coordinación especializada en materia de voluntad anticipada, 2014.

### ***14.3.1 Acotación: Testamento vital, Toluca–Madrid***

El proyecto intitulado “Conocimiento y actitud ante el testamento vital en los pacientes y médicos del estado de México” con clave 3515/2013CHT, fue realizado entre el año 2013 y el 2014, autorizado por la Universidad Autónoma del Estado de México, desarrollado por el Cuerpo académico Bioética y salud mental, del Centro de Investigación en Ciencias Médicas en colaboración con el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos”.

Los resultados de dicho proyecto son el antecedente para la propuesta del mismo proyecto, ya que los productos obtenidos: tesis de licenciatura, artículo, y participación en congresos nacionales como internacionales, fueron observados por colegas del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés y al existir afinidad con el objeto de investigación y desarrollo del tema voluntad anticipada, se decidió trabajar en colaboración para que a partir de la aplicación de un único instrumento en Toluca y Madrid se obtuvieran resultados fundamentales en torno a la apreciación, sensibilización y legalización de las instrucciones previas.

### ***14.3.2 Hipótesis***

Obtener un modelo multidimensional entre el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Comunidad Autónoma de Madrid y el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca a partir de las variables de actitudes, conocimiento y desconocimiento frente y para suscribir la voluntad anticipada.

Segunda hipótesis: conocer las diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento y actitud frente a la voluntad anticipada entre el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la comunidad autónoma de Madrid y el Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca.

### 14.3.3 *Objetivo general*

Establecer un convenio de colaboración académica entre el cuerpo académico “Bioética y salud mental” adscrito al Centro de Investigación en Ciencias Médicas y el Instituto de Ética Clínica de la Universidad Europea de Madrid para realizar un estudio descriptivo de la voluntad anticipada y de ello generar el presente libro sobre las *Voluntades anticipadas* y en un futuro puede ir acompañado de un manual para la comunidad médica del Estado de México, extensible a otros Estados y países.

### 14.3.4 *Objetivos específicos*

- Conocer, entender y dar sentido a la voluntad anticipada entre los pacientes y el personal de salud del Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Valles de la Universidad Autónoma de Madrid, para generar un modelo e información veraz y eficaz relacionada con las voluntades anticipadas para poder beneficiar a la población toluqueña y madrileña.
- Identificar el nivel de conocimiento que tiene tanto los pacientes como los profesionales de la salud sobre el testamento vital del Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Valles de la Universidad Autónoma de Madrid de la Comunidad Autónoma de Madrid.
- Comprobar si existe relación entre las variables de actitud, conocimiento y desconocimiento ante la suscripción de la voluntad anticipada.
- Identificar los distintos grados de conocimiento de la voluntad anticipada entre el personal de salud y pacientes tanto de Madrid como de la ciudad de Toluca con la muestra representada por el Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” en Toluca y con el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid.
- Lograr un modelo multidimensional que permita la sensibilización, la enseñanza, la comprensión y la toma de decisiones ante la voluntad de anticipada por parte de los pacientes y el personal de salud.
- Elaborar el instrumento bilateral adecuado (México-España)

con los resultados de las investigaciones previas en torno al testamento vital, que logre ponderar singularidades: religiosas, educativas, económico, actitudinales, culturales, sociales, razones, conocimientos, subjetividades y privacidad.

- Facilitar la toma de decisiones de los médicos a nivel hospitalario sobre los métodos extraordinarios en la atención de pacientes que posean un acta de voluntad anticipada.
- Facilitar las decisiones familiares ante situaciones extremas con pacientes que posean un acta o escritura de voluntad anticipada.
- Evitar el desgaste emocional tanto de pacientes, familiares y personal de salud con respecto al fenómeno de la voluntad anticipada.

#### ***14.3.5 Metas***

La participación de los miembros del cuerpo académico se hace necesaria en éste proyecto dado que se tienen nuevas posibilidades para el desarrollo de investigación, así como la continuidad del trabajo colegiado que permita consolidar el Cuerpo académico “Bioética y salud mental”.

Fortalecer el vínculo del cuerpo académico: “Bioética y salud mental” con el Instituto de Ética Clínica Francisco Valles de la Universidad Europea de Madrid.

#### ***14.3.6 Metas de formación de recursos humanos***

La formación en el aspecto científico, como parte de este proyecto, considerara una ayudantía de investigación a alumnos del posgrado en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la UAEM, para fortalecer su habilidad en la investigación científica.

#### ***14.3.7 Metodología***

El proyecto de investigación se desarrolla de manera colaborativa con el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid, para poder realizar un estudio comparativo a partir de los resultados que surjan a partir de aplicar el cuestionario

sobre instrucción previas o sobre testamento vital para pacientes ingresados, que fue elaborado en el 2008 y el cuestionario sobre instrucciones previas (o sobre testamento vital) para profesionales de la salud, redactado en 2012.

Ambos instrumentos tienen la finalidad de obtener información que permita medir los parámetros de la realidad del fenómeno en el municipio de Toluca y en la Comunidad Autónoma de Madrid, a partir de una muestra representativa, que en el caso de Toluca será el personal de salud y pacientes del Hospital General “Lic. Adolfo López Mateos” y en el caso de Madrid de igual manera el personal de salud y pacientes del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés; por lo que se efectuará en la primera fase de la investigación un estudio descriptivo en ambas delimitaciones geográficas, para a partir de los resultados se pueda realizar un estudio comparativo que constituirá la segunda fase de la investigación.

Los instrumentos fueron elaborados por parte de los integrantes del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés y su uso ha sido establecido en artículos científicos.

Además es importante mencionar la conformación, estructura y funcionamiento del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid para poder establecer de manera fáctica la pertinencia de trabajar de manera colaborativa y cooperativa con este grupo de investigación. El comparar resultados estadísticos entre las muestras de Toluca y Madrid, es conveniente en virtud de que la población en Toluca es de 819.561 habitantes (INEGI, 2010) y en la Comunidad Autónoma de Madrid es de 6.499 millones (Instituto Nacional de Estadística, [2013]), a pesar de que la población en Madrid es mayor de la existente en el municipio de Toluca, la muestra que se tomará en ambos centros de salud será similar para poder obtener resultados que de manera fáctica contribuyan a realizar un estudio comparativo que arroje como consecuencias las principales singularidades del fenómeno por parte del personal de salud y pacientes, estableciendo también las diferencias que permitan mejorar los aspectos teórico, práctico y legal de la voluntad anticipada en un primer momento en Toluca, para poder extrapolar al Estado de México y finalmente al país.

Esa es, una de las intenciones, finalidades y motivaciones de este proyecto de investigación lograr un cumplimiento real del acta o escritura de voluntad anticipada en Toluca y posteriormente en el Estado de México.



Ya que en la actualidad la ley estatal no es congruente con el marco teórico existente en relación a las instrucciones previas, ya que la voluntad anticipada debe ser un acto personalísimo, puesto que, el interesado o particular en pleno uso de sus capacidades y facultades debe tomar decisiones en torno a los cuidados sanitarios y paliativos que desea recibir en el momento en que no pueda hacerlo por sí mismo y/o cualquier medio aunado a establecer los criterios de donación de sus tejidos y órganos y la “Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, en su artículo 18 a letra, hace público:

Artículo 18. Cuando la/el paciente no cuente con declaración de voluntad anticipada y no pueda expresar personalmente su voluntad, la decisión será asumida por:

- I. La/el cónyuge.
- II. La concubina o el concubinario.
- III. Las/los hijas/os/os mayores de edad o emancipados.
- IV. Los padres.
- V. Las/los hermanas/os mayores de edad o emancipados.
- VI. Cualquier pariente consanguíneo hasta cuarto grado.

Cuando atendiendo al orden de prelación concurren dos o más de las personas referidas, se requerirá unanimidad en la decisión.

Para los efectos de este artículo, se deben presentar ante el personal de salud que corresponda los documentos con los que se acredite el parentesco o relación a que haya lugar, debiendo asentarse dicha decisión ante dos testigos.

La persona que asuma la decisión en términos del presente artículo, fungirá a su vez como representante de la/el paciente.

El contenido de este artículo es incongruente con una característica fundamental de la voluntad anticipada que es el carácter personalísimo del acto, ya que esta acción es la manifestación externa del deseo e interés y en este caso debe ser la voluntad del interesado.

Es así que se vuelve necesario homologar criterios legales y teóricos para poder aplicar el acta de voluntad anticipada de manera real y útil en donde todos los sectores involucrados tengan sensibilidad entorno al fenómeno, conozcan su legislación y se pueda aplicar. Los resultados como su comparación servirán para detectar los factores de interés, como las posibles mejoras como los puntos clave de la voluntad anticipada.

Con relación al Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, el

instituto posee un espíritu tendiente a la investigación de la ética clínica y a la difusión de ese conocimiento, por lo que realiza un trabajo colaborativo para poder cumplir con ese objetivo:

Los problemas de ética clínica no tienen fronteras, por lo que es prioritario establecer colaboraciones con otros centros de España y del extranjero (sobre todo de Iberoamérica, donde la ética clínica está aún por desarrollar). Para ello el equipo que forma el Instituto establecerá convenios de colaboración en investigación y en docencia con instituciones que trabajen en el campo de la ética clínica (Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, 2013).

Por lo que el instituto al marcar esta pauta deja la apertura al trabajo colaborativo con otros países y no únicamente de la comunidad iberoamericana, lo que convierte sus aportaciones en más importantes, trascendentales y globales.

Es por ello que se eligió trabajar con el mencionado instituto, que para lograr su finalidad, que está

(...) compuesto por profesionales cualificados del campo de la ética clínica, muchos pertenecientes a la Universidad Europea. La estructura del Instituto consta de un Director, un Consejo Asesor, una Secretaría, un grupo de Asesores Científicos y 4 Áreas de trabajo, con sus correspondientes coordinadores (Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, 2014).

El trabajo se realiza conjuntamente con Benjamín Herreros Ruíz-Valdepeñas, director del Instituto, como con los coordinadores de las áreas de trabajo: Relaciones con el paciente y Ética en el final de la vida: Emanuele Valenti y Gregorio Jesús Palacios García-Cervigón, respectivamente.

La forma de colaboración, radica en un primer momento al aplicar los instrumentos que serán los mismos en ambos lugares, para, posteriormente se realiza un estudio descriptivo y a partir de los resultados se efectúa el estudio comparativo a través de las principales diferencias establecidas en una propuesta para el fenómeno de la voluntad anticipada.

La técnica utilizada es la siguiente: comunicación constante mediante correo electrónico y el último jueves de cada mes se realiza una videoconferencia entre los integrantes del proyecto de investigación de ambos países para comentar el avance mensual y evitar un desarrollo que sea congruente con el objetivo de la investigación.

Una vez aplicados los cuestionarios se elabora una base de datos en el paquete estadístico SPSS v.19. De acuerdo a los resultados se establecen y homologan criterios en torno a la voluntad anticipada entre el Cuerpo académico Bioética y salud mental con el Instituto de Ética Clínica Francisco Valles de la Universidad Europea de Madrid, estableciéndose un estudio comparativo del instrumento entre México y España.

Parte de los resultados obtenidos de esta investigación se presentan en el capítulo 5 al tratar sobre la “Intervención en los conocimientos y actitudes hacia el documento de voluntad anticipada en estudiantes de medicina”, con anterioridad, en una investigación previa (presente en el capítulo 2, titulado “Voluntad anticipada: una investigación por profesionales de la salud”), se trabaja sobre los profesionales de la salud en general, pudiéndose complementar ambos trabajos.

#### ***14.3.8 Integrantes del cuerpo académico Bioética y salud mental***

Responsable Técnico: Octavio Márquez Mendoza; corresponsable: Marcela Veytia López; miembro: Rosalinda Guadarrama Guadarrama y colaboradores: Miguel Héctor Fernández Carrión y Sergio Ruíz Peña.

#### ***14.3.9 Infraestructura disponible***

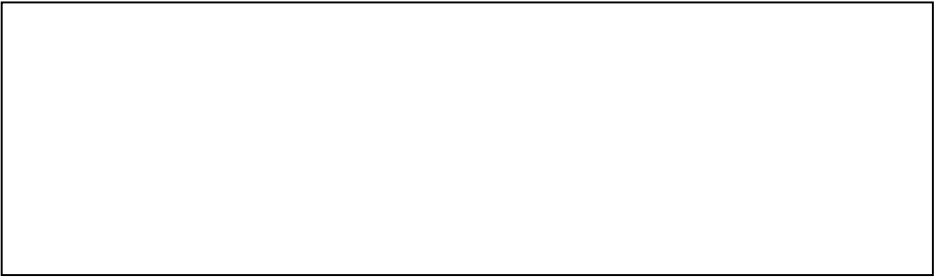
Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la UAEM y el Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” de la ciudad de Toluca, Estado de México, e Instituto de Ética Clínica Francisco Valles de la Universidad Europea de Madrid.

#### **Bibliografía**

- Advaldepenas (2013) “El testamento vital”, <http://www.advaldepenas.com/articulo/conoce-tus-derechos/el-testamento-vital/20130617093752013105.html>.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2008) “Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal”, [www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf](http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf).

- Ballesteros Garrido, J. A. (1999) *Las condiciones generales de los contratos y el principio de autonomía de la voluntad*, Barcelona, Bosch.
- Boletín oficial del Estado (BOE) (2002) “Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 15 noviembre. 411
- Comunidad de Madrid (CM) (2002) “Ley 12/2002, de 21 de diciembre”, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Comunidad de Madrid (CM) (2017) “Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir”,  
[http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9690&cdestado=P#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf?opcion=VerHtml&nmnorma=9690&cdestado=P#no-back-button).
- Ética Clínica Francisco Vallés (2013) *Ética clínica*, <http://institutoeticaclinica.blogspot.mx>
- Fernández García, E. (2001) *Dignidad humana y ciudadanía cosmopolita*, Madrid, Dykinson.
- García Ortega, Cesáreo, Cózar Murillo, Victoria, Almenara Barrios, José (2004) “La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002”, *Revista Esp. Salud Pública*, 78(4), 469-479.
- García Villegas, E. (2007) *La tutela de la propia incapacidad*, México, UNAM.
- Garza Garza, R. (2000) *Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles*, México, Trillas.
- Gobierno del Estado de México (2014) “Reglamento de la Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, LVIII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/rgl/vig/rglvig531.pdf>.
- (2013) “Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, LVII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig191.pdf>.
- Gómez Pin, V. (1995) *La dignidad. Lamento de la razón repudiada*, Barcelona, Paidós.
- González Pérez, J. (1986) *La dignidad de la persona*, Madrid, Civitas.
- Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés (2014)

- <http://www.institutoeticaclinica.org/>.
- (2013) <http://institutoeticaclinica.blogspot.mx/>.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) ([2013]) España en cifras 2012, <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/37387/Anuario+2012.pdf/57a0d22d-10a6-4856-ac4f-771741104747>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010) *Panorama sociodemográfico del estado de México*. [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/mex/Panorama\\_Mex.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/mex/Panorama_Mex.pdf).
- Kraus, A. (2007) “Voluntades anticipadas”, *La Jornada*, México, 12 de diciembre.
- Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela, Guadarrama Guadarrama, Rosalinda, Ruiz Peña, Sergio, Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017ss) “Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (Cuerpo académico Bioética y salud mental), Universidad Autónoma del Estado de México (proyecto de investigación aprobado, 2017-2021).
- Martínez Pineda, A. (2000) *El derecho, los valores éticos y la dignidad humana*, México, Porrúa.
- Secretaría de Salud (2014) Coordinación especializada en materia de voluntad anticipada, [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud).



## 15 VOLUNTAD ANTICIPADA: UNA INVESTIGACIÓN POR PROFESIONALES DE LA SALUD<sup>181</sup>

### 15.1 Introducción

El objetivo de esta investigación presente en este capítulo es obtener los conocimientos y actitudes que sobre las voluntades anticipadas tienen los profesionales de la salud en el área de medicina interna del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” de Toluca, Estado de México. La muestra consiste en exponer las opiniones de ochenta profesionales de la salud que participaron, de manera voluntaria, para contestar el cuestionario sobre conocimiento y actitudes ante el testamento vital, el cual consta de once preguntas cerradas; las primeras cuatro cuestiones versan sobre conocimientos, y las últimas siete sobre la actitud ante la voluntad anticipada (VA).

Los resultados obtenidos permiten observar que existe escasa noción respecto al tema. Se considera que el médico y la trabajadora social son quienes deben informar al paciente acerca de las VA. Sobresalen las observaciones para que los pacientes con enfermedad terminal deban tener elaborado el testamento vital (TV). Por lo que se concluye, aunque con la reserva del tamaño de la muestra, que existe poco conocimiento sobre las VA o TV, incluso cuando la inclinación es positiva para tomar las medidas pertinentes y la difusión necesaria; esto es, el TV se convertiría en un documento de aceptación, al menos por el lado de los profesionales de la salud.

La bioética, como parte fundamental de la atención médica, busca el respeto por la integridad del paciente además de la preservación de su salud. Los principios bioéticos otorgan al paciente el derecho de decidir lo que pasará al final de su vida (Ciconne, 2003). Es por ello que desde la década de los ‘70 el personal de salud de Estados Unidos de Nortamérica ha propugnado por una muerte digna o por el buen morir. Al tomar en consideración lo anterior se justifica la existencia de cualquier

---

<sup>181</sup> Texto coincidente con el título de “Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud”, Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guaderrama, Marcela Veytia López, *Dignitas*, Comisión de derechos humanos del Estado de México, Año IX, No. 27, 2015, 17-31.

legislación sobre las formas de morir, ya que el derecho natural dirige de manera inherente una muerte digna (Garay-Opazo, 2001).

Es así que bajo la tutela del derecho se ha instaurado el documento de voluntad anticipada (VA) o testamento vital (TV), el cual hace referencia a las instrucciones previas (IP), donde cualquier persona mayor de edad, capaz y libre puede manifestar anticipadamente y por escrito su voluntad sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que desea recibir o incluso tras su fallecimiento puede decidir el destino de su cuerpo o de sus órganos (Broggi, 2001; Casado et al., 2013 y León-Correa, 2008). De manera muy clara Serrano et al., han expresado:

415

el testamento vital permite que los ciudadanos decidan por adelantado, qué asistencia y tratamientos desean o no recibir en el caso en que se encuentren en una situación que no les permita expresarse, y que incluye aspectos como la donación de órganos, nombramiento de un representante en caso de incapacidad para expresar su propia voluntad, y actuaciones en casos de daño cerebral severo o irreversible, en fase terminal, administración de tratamientos para paliar el dolor, aplicación de medidas de soporte vital, reanimación, etc., y otros elementos que garanticen una muerte digna del paciente (Serrano et al., 2010).

En este sentido, algunos países, siguiendo el criterio de Estados Unidos, se han sumado a legislar al respecto, por ejemplo: España, Chile, Colombia, Argentina y México. Este tipo de decisiones han originado una gran polémica, no sólo en el ámbito legal, sino en el campo de la bioética; sin embargo, este tema no es nuevo en cuanto a la mención, pero sí en relación al sistema jurídico mexicano. En México, se discute hasta el punto de ser asunto legislado por algunas entidades como el Distrito Federal<sup>182</sup>, Michoacán, Morelos, Guerrero, Coahuila, Veracruz, Jalisco y, recientemente en 2013, el Estado de México<sup>183</sup>.

De acuerdo con León-Correa (2008) en Europa este tema es poco discutido, aunque recientemente en España se han realizado estudios que tratan de dar cuenta de qué tanto se conoce este docu-

---

<sup>182</sup> “Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal” publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 7 de enero de 2008.

<sup>183</sup> “Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, aprobada el 25 de abril de 2013, promulgada y publicada el 3 de mayo del mismo año. Esta ley entró en vigor a los noventa días naturales siguientes a su publicación en la *Gaceta del Gobierno del Estado de México*.



mento y cómo se actúa con respecto a él; por lo que éstos se pueden situar en dos vertientes, por un lado, los usuarios de los servicios de salud y, por otro, los profesionales de la salud.

Con respecto a los estudios realizados con profesionales de la salud encontramos, sobre todo de iniciativa española, el de Santos et al. (2007) en el cual reportó que de 169 médicos, 97% señalaba como útil el TV; sin embargo, 83,2% no cantaba con la información suficiente para apoyar a los pacientes. Por otra parte, 95,2% consideró que se debe tratar el tema sólo si el paciente lo pide, y 72,1% si se está ante una enfermedad crónica.

Por su parte, Abrigo y Delano (2007, cfr. León-Correa, 2008) han señalado que el personal de enfermería no tiene conocimiento sobre lo que es el documento de voluntad anticipada, ya que es algo que se discute en los círculos bioéticos y no en los clínicos; no obstante, manifestaron que es sumamente necesario que el paciente tenga claro de qué forma se debe actuar cuando se acerque a la muerte y así no continuar remitiéndose a la familia para saber qué hacer.

En el mismo sentido, Valle et al. (2009), encontraron que 68,1% de los participantes conocía la posibilidad de realizar el VA; mientras que 70% respondió que el paciente debería tener la iniciativa de hablar sobre el VA. Mientras que 53,2% consideró que la consulta de atención primaria (AP) es el entorno adecuado, existiendo diferencias según la categoría profesional (residentes: 70,8%, enfermeros: 48,7% y médicos de AP: 46,3%;  $p=0,005$ ) y según los años de experiencia laboral (menos de 15 años: 66,88%, más de 15 años: 36,84%;  $p=0,05$ ). Entre tanto 60,7% se sentiría cómodo abordando el tema. Empero, las principales dificultades se encontraron al hablar de la muerte con el paciente (52,2%) o al explicar trámites administrativos (45,1%).

Champer et al. (2010) encontró que, de una población de 219 profesionales en salud, solamente cuatro individuos tienen redactado su propio VA; 83% sabe lo que es, 41% conoce los aspectos legales, 5% tiene conocimiento sobre el procedimiento de registro, mientras que 1,4% conoce el contenido, y 38,6% sabe de la aplicación de éste. Lo que permite concluir a los autores que existe un conocimiento general sobre el VA, pero no por ello se detentan aspectos relacionados a la normatividad, el contenido y la forma de registro.

Ameneiros-Lago et al. (2012) al encuestar a 120 médicos encontraron que solamente 17,5% tenía conocimiento objetivo sobre

la IP, 23,3% había señalado a sus pacientes la importancia de redactar éstas y, de éste, un porcentaje mínimo (6,7%) había ayudado a redactarlo; aunque el 90,8% estaba convencido de su utilidad. Además, Toro et al. (2013) realizaron un estudio contemplando a médicos y enfermeras, obteniendo que 59,9% conocía que las IP están reguladas por la ley, pero sólo 22,4% había leído qué eran. Observando que un mayor porcentaje de médicos y enfermeras de AP tienen mayor conocimiento de la regulación legal que los médicos y enfermeras de atención especializada.

Sin embargo, en México sólo se ha encontrado un estudio realizado con pacientes, en el cual, Cantú-Quintanilla et al. (2013) encuestaron a 278 personas, obteniendo que 64 no conocía la ley de voluntad anticipada (LVA), 78% piensa que no se promueve la eutanasia en la LVA, mientras 97% advierte que no se difunde adecuadamente. A partir de lo anterior es necesario no sólo contar con los aspectos legales del VA, sino con los conocimientos y actitudes del personal sanitario, ya que como bien lo marca la ley de voluntad anticipada del Estado de México promulgada en 2013, el personal de salud de la institución en que se encuentra el paciente tiene la obligación de informar sobre la existencia de dicho documento. Por lo que es importante tener claro qué tanto el personal de salud conoce sobre el tema y cuál es su actitud para de ahí derivar estrategias que permitan, desde el plano de la bioética, contribuir a la planeación de la voluntad anticipada, convirtiéndolo en un acto de bien morir y no en un pensamiento negativo de muerte (Gobierno del Estado de México, LVAEM, 2014, artículo 9).

Contar con los conocimientos pertinentes permite generar formas de actuar respecto al tema; es decir, identificar la actitud de los médicos en relación al VA es un aspecto de suma importancia, ya que de ello dependerá en gran medida el éxito o fracaso de las estrategias que se implementen, ya sea como políticas de cada institución, o bien, como mandatos oficiales. Un gran número de trabajos han demostrado que cuando las actitudes son negativas, los actos, políticas, mandatos o decisiones están condenadas al fracaso, pues la operatividad no depende de que existan sino de que se realicen.

## 15.2 Método

### 15.2.1 Tipo de estudio

418 Se efectuó un estudio descriptivo de tipo transversal a profesionales de la salud del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

### 15.2.2 Participantes

La muestra que se utilizó fue no probabilística de tipo convencional, bajo los criterios de inclusión-exclusión siguientes:

- 1 Ser mayor de edad.
- 2 Aceptar participar de manera voluntaria en el estudio de investigación con previa lectura y firma de consentimiento informado.
- 3 Profesionales de la salud que trabajen en el área de medicina interna del Centro Médico “Lic, Adolfo López Mareos”, turno matutino o vespertino.

Participaron ochenta profesionales con un promedio de edad de 28 años, en un periodo que cubre de octubre a diciembre de 2013.

### 15.2.3 Instrumento

El instrumento que se empleó fue la encuesta de Herreros<sup>184</sup> o cuestionario sobre conocimiento y actitud ante el testamento vital para profesionales de la salud. Está hecho ad hoc, realizando las preguntas específicas sobre aquello que se pretende observar. Cuenta con validez para medir únicamente los parámetros en la realidad<sup>185</sup>.

Contiene once preguntas cerradas, con opciones de respuesta variable de acuerdo a la cuestionamiento. Las primeras cuatro

---

184 Encuesta elaborada por Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas.

185 Anteriormente, fue publicado en España en tres revistas, una de ellas, norteamericana.

cuestiones se refieren a conocimientos sobre el TV y las últimas siete hacen referencia a las actitudes ante el mismo.

#### 15.2.4 Procedimiento

Bajo los términos de inclusión-exclusión se pidió a los profesionales de la salud su consentimiento para responder la encuesta, el cual debería firmarse al explicar los términos y alcances del estudio. Posteriormente, se dejó el cuestionario para que ellos contestaran cómodamente, una vez que la encuesta fue entregada se les preguntó por dudas respecto a la misma; en la mayoría de los casos se tuvo que regresar al otro día para solicitar el cuestionario completo, esto a solicitud de los participantes debido a la carga de trabajo.

Una vez que se devolvía la encuesta se verificaba que estuviera totalmente contestada y se agradecía la participación. Además siempre se auguró la confidencialidad de los datos, tal como lo señalan los criterios bioéticos. Para obtener los resultados se empleó la estadística descriptiva, específicamente porcentajes y frecuencias que permiten obtener resultados por pregunta. El procesamiento de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS V.15

### 15.3 Resultados

La muestra de profesionales de la salud se distribuyó por sexo y categoría laboral: mayor proporción mujeres pertenecientes a enfermería de servicio, tal como se observa en la cuadro 10.

Cuadro 10. Distribución en porcentajes de la muestra por sexo y trabajo laboral

Sexo	Trabajo laboral			Porcentaje
	Médicos	Residentes	Enfermeros	
Hombres	8	11	19	48
Mujeres	1	10	41	52

Fuente: Elaboración propia

Una vez aplicado el cuestionario se elaboró la base de datos en el paquete estadístico SPSS V.19, lo que permitió realizar el

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

análisis de tabla cruzada para los reactivos, obteniéndose los siguientes resultados.

420 Para el conocimiento del TV se preguntó a los participantes si sabían qué era y si tenían conocimiento de la normativa; 17 personas respondieron conocer dicho testamento, pero de ellas, únicamente 14 conocen la normativa, 46% y 82%, respectivamente, manifestó no saber qué es el testamento vital y la normativa (ver cuadro 11).

Cuadro 11. Conocimiento sobre el testamento vital (TV) y su normativa, n=80

Saber que es TV	Conocimiento normatividad TV				Porcentaje	
	Si		No		Si	No
	F	%	F	%	F	%
Si	7	9	10	12	17	21
No	3	4	34	42	37	46
No lo tengo claro	4	5	22	28	26	33
Total	14	18	66	82	80	100

Fuente: Elaboración propia

F= frecuencia

En el cuadro 12 se aprecia que el mayor porcentaje de los profesionales de la salud no saben o no tiene claro cómo realizar un TV, tampoco cómo averiguar si el paciente lo ha elaborado ya.

Cuadro 12. Conocimientos sobre cómo realizar el TV y saber si los pacientes cuentan con él, n=80

Saber cómo realizar el TV	Buscar si un paciente lo tiene elaborado el TV						Total	
	Si		No		No lo tengo claro		F	%
	F	%	F	%	F	%		
Si	1	1	2	2,5	2	2,5	5	6
No	1	1	40	50	10	12,5	51	63,5
No lo tengo claro	-	-	18	22	6	7,5	24	29,5

Fuente: Elaboración propia

F= frecuencia

Respecto a las actitudes, se puede ver que el 46% de los profesionales consideraron deber del médico o del trabajador social

(36%) informar a los pacientes sobre el TV; un mínimo porcentaje consideró la opción de otros, la administración pública y el médico familiar (ver cuadro 13).

Cuadro 13. Quién debe informar a los pacientes sobre el TV, n=80

<b>¿Quién cree que debería informar a los pacientes sobre el TV?</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Médico responsable del hospital	29	36,3
Médico de familia	2	2,5
Trabajador social	37	46,3
La administración pública	5	6,3
Otros	6	7,5
No respondió	1	1,3
Total	80	100

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 14 se observa que los profesionales de la salud no informan a los pacientes sobre lo qué es el TV y cómo efectuarlo, ya que únicamente el 8,5% dice haberlo hecho alguna vez. De hacerlo priorizarían, bajo la condición de una enfermedad terminal, siguiendo con los pacientes ancianos, pero un bajo porcentaje (5%) informarían a los pacientes con demencia.

Cuadro 14. Conocimientos sobre cómo realizar el TV y saber si los pacientes cuentan con él, n=80

<b>Infor mar al pacie nte</b>	<b>Tipo de paciente</b>										<b>Total</b>	
	Dem encia		Enferme dad terminal		Enferme dad Crónica invalidan te		Pacient es anciano s		Otros		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Si	-	-	2	2,5	2	2,5	1	1	2	2,5	7	8,5
No	4	5	32	40	13	16	10	25	14	18	73	91,5

Fuente: Elaboración propia

F= frecuencia

De los profesionales encuestados el 94% refirió no preguntar al paciente si tiene realizado el TV, aunque piensa que ninguno o casi ninguno lo tiene (cuadro 15).

Cuadro 15. Quién debe informar a los pacientes sobre el TV, n=80

<b>Pregun</b>	<b>Los pacientes realizan el TV</b>	<b>Total</b>
---------------	-------------------------------------	--------------

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

422

tar a pacient e por TV	Ninguno		Casi ningun o		Algunos		Much os		Casi todos			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
Si	2	2,5	1	1	2	2,5	-	-	-	-	5	6
No	26	2,5	34	43	12	15	1	1	2	2,5	735	94

Fuente: Elaboración propia

F= frecuencia

Un porcentaje del 80% de los profesionales de la salud coinciden en afirmar la importancia de la elaboración del TV, tanto propio, como en los mismos pacientes (cuadro 16).

Cuadro 16. Importancia y gusto por la realización del TV, n=80

Importante que realicen	Le gustaría realizarlo						Total	
	Si		No		No lo tengo claro			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	55	69	2	2,5	7	8,5	64	80
No	-	-	2	2,5	1	1	3	3,5
No lo tengo claro	4	5,5	1	1	8	10	13	16,5

Fuente: Elaboración propia

F= frecuencia

### 15.4 Discusión

La muerte digna es un aspecto al cual todo ser humano tiene derecho. Es por ello que tanto a nivel internacional, nacional y local se ha legislado dicho aspecto, generando leyes sobre voluntad anticipada. Pero más que la existencia de normas, los cambios sustanciales vienen por los conocimientos y actitudes de quienes en ese desafortunado momento se ven inmersos en la situación. El estudio permite observar que en los años recientes, España ha dedicado un gran apoyo a la investigación y desarrollo del testamento vital, tanto para profesionales de la salud como para pacientes. En este sentido, México legisla sobre la importancia de la voluntad anticipada, aspecto que marca una pauta positiva de crecimiento al respecto.

Con relación al conocimiento de los profesionales de la salud sobre el VA se obtuvo concordancia con otras investigaciones

(Ameneiros-Lago et al., 2012 y Valle-Sánchez et al., 2009), pues los resultados permiten observar que, en su mayoría, el personal de salud dijo desconocer lo que es el TV y la normatividad del mismo; idéntica tendencia se obtuvo al preguntar si saben cómo realizar su propio TV y cómo identificar si un paciente lo tiene realizado, lo que lleva a afirmar que existe un gran desconocimiento por el tema, coincidiendo con las investigaciones que sirven de sustento a la presente.

Además, se preguntó a los profesionales quién debería informar al paciente sobre el tema y en su mayoría respondieron que el trabajador social o el médico responsable del hospital, lo que lleva a pensar que la responsabilidad, desde la perspectiva de los profesionales debe enfocarse en estos dos actores; sin embargo, la “Ley de voluntad anticipada para el Estado de México” (2013) señala al personal de salud, y en primera instancia al médico.

La muestra de profesionales de la salud señaló que el tipo de paciente que debe de ser informado sobre el testamento vital, es el que padece una enfermedad terminal crónica u otros, pero además dicen no haberlos informado sobre la existencia de tal documento. Este aspecto resulta interesante ya que la ley de voluntad anticipada del Estado de México, y cualquier otra ley a nivel nacional e internacional, marca que cualquier persona mayor de edad puede realizar su VA, y no necesariamente una persona que se encuentra enferma, lo que hace pensar que el conocimiento rebasa a la actitud, ya que los profesionales de salud actuarían sólo si tienen un paciente de este tipo, y no se promovería el VA como un aspecto de la vida cotidiana. Y lo anterior se relaciona con la actitud de pensar que los pacientes no realizan TV, pero tampoco les pregunta si lo tienen realizado, es decir, se convierte en un tema del que no se habla.

Otro dato de la encuesta señala una actitud más favorable hacia el TV, pues considera importante que los pacientes lo realicen, además de referir que a ellos mismos les gustaría elaborarlo. Efectuando un análisis en conjunto, esta investigación permite concluir que si bien hay un desconocimiento por el tema del TV, la actitud puede manejarse como positiva ya que se observa disposición por informarse e informar al paciente sobre dicha importancia; sin embargo, esta disposición positiva se limita sobre todo a los enfermos terminales, pero incluso cuando la intención del TV es el “bien morir” no debería esperarse hasta el último momento



para que el paciente tome decisiones sobre su propia vida o el final de ésta una vez que llegue la muerte.

424 Empero, esto se convierte en un tema difícil porque en México la muerte no se trata más que de manera negativa y sin pensar en las repercusiones que puede tener para todos los implicados en el proceso del bien morir que, por otra parte, debe convertirse en una nueva forma de observar el desfallecimiento.

Por ello, se sugiere que este tipo de estudios se continúen realizando en otros hospitales con el fin de obtener datos de una amplitud tal que permitan la generalización de los resultados, así como con poblaciones que no necesariamente se enfrentan a las enfermedades; es decir, podría realizarse con médicos particulares para conseguir saber qué tanto y qué tipo de conocimiento y actitud se tiene sobre el tema.

Además, cabe señalar que esta información viene de un centro médico público, por lo que sería conveniente realizar la investigación en hospitales particulares y en todos los niveles de atención posibles, con el fin de generar inquietud en la población sobre un tema que como se observa en el Estado de México y en la república, en general, es tan reciente pero no por ello menos importante para concretar una muerte digna. Ya Serrano et al. (2010) han demostrado que la mayoría de los ciudadanos están de acuerdo en dos temas que pueden ser considerados los más “controvertidos”: el derecho a que se aplique un tratamiento que le alivie el dolor aunque suponga vivir menos tiempo (87,5%) y preferir no prolongar su vida en situaciones irreversibles y por las cuales su calidad de vida es prácticamente nula (79,1%). Aspecto que el testamento vital puede solucionar, sin considerarse exclusivamente la eutanasia, sino el concepto general de bien morir.

## 15.5 Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos es posible determinar la actitud hacia el testamento vital o documento de voluntad anticipada en pacientes y profesionales de la salud del Centro Médico “Lic, Adolfo López Mateos”, se concluyó, que:

Los profesionales de la salud desconocen sobre lo qué es el documento de voluntad anticipada, las normativas que lo regulan,

así como la realización del mismo y la manera de indagar si los pacientes lo tienen realizado.

El documento de voluntad anticipada debe ser dado a conocer por un profesional de la salud, cuando el paciente se encuentre en la etapa terminal de una enfermedad, principalmente, y considerarán que es una función del trabajador social otorgar información sobre el tema.

Los profesionales de salud no informan a los pacientes sobre qué es el documento de voluntad anticipada, cómo deben realizarlo, o si consideran hacerlo, pues suponen que casi ningún paciente realiza estos trámites; sin embargo, consideran importante que los pacientes lo lleven a cabo, y tienen una actitud positiva al mismo.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes desconocen qué es el documento de voluntad anticipada y, por ende, no lo llevan a cabo; otros, a pesar de conocerlo, tienen una actitud pasiva para realizarlo.

Los pacientes muestran una actitud favorable hacia elaborar el documento de voluntad anticipada, aunque consideran que el médico podría cambiar los cuidados que le prodiga al paciente si lo realizan; no obstante, consideran importante que el documento constará en la historia clínica.

Aun cuando los pacientes no padecen alguna enfermedad crónica o terminal se muestran receptivos a recibir información sobre el documento de voluntad anticipada y adoptan actitudes favorables hacia la realización del mismo.

Sánchez (2012) señala que se trata de un documento con consecuencias jurídicas definidas, pero con poca difusión pese a la legislación existente y, por ello, el desconocimiento social y médico del contenido, función y alcance de la voluntad anticipada.

## **Bibliografía**

- Ameneiros-Lago, E., C., Carballada-Rico, J. A., Garrido-Sanjuán (2012) “Conocimientos y actitudes sobre las instrucciones previas de los médicos de atención primaria y especializada del área sanitaria de Ferrol”, *Revista de Calidad Asistencial*, Elsevier, 28 (2), 109-116.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2008) “Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal”, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 7 de enero, [www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf](http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf).

- Broggi, M. A. (2001) “El documento de voluntades anticipadas”, *Medicina Clínica*, Elsevier, 117 (1), 117-114.
- Cantú-Quintanilla, G., V., Ubiarco, M., Medeiros-Domingo, C., García-Juárez, R., Reyes-Acevedo, A., Reyes-López, J., Alberú-Gómez (2013) “La ley de voluntad anticipada del distrito federal en México: trasplantes e ideología”, *Persona y Bioética*, CunDinamarca, Universidad de la Sabana, 16 (1), 11-17.
- Casado, M., I., de Lecuona, A. R. (2013) “Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales”, *Revista española de medicina legal*, Elsevier, 39 (1), 2-5.
- Ciconne, L. (2003) *Bioética, historia, principios, cuestiones*, Madrid, Pelicano.
- Charnper-Blasco, A., Caritg-Monfort, F., Morquet-Palomer, R. (2010) “Conocimientos actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas”, *Atención Primaria*, Elsevier, 42 (9), 463-469.
- Garay-Opazo, O. (2001) “El testamento vital algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y al ensañamiento terapéutico”, *Revista de Derecho*, Valparaíso, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, vol. XXII, 344-347.
- Gobierno del Estado de México (2013) “Ley de voluntad anticipada del Estado de México”, LVII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/ley/vig/leyvig191.pdf>
- (2014) “Lineamientos para la aplicación de la Ley de la voluntad anticipada del Estado de México” (LVAEM), Gaceta del Gobierno del Estado de México, Tomo CXCVII, <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2014/may094.PDF>.
- León-Correa, F. J. (2008) “Las voluntades anticipadas: análisis desde las experiencias en ética clínica”, *Revista Colombiana de Bioética*, Bogotá, Universidad El Bosque, 3 (2), 83-101.
- Márquez Mendoza, Octavio, Guaderrama Guaderrama, Rosalinda, Veytia López, Marcela (2015) “Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud”, *Dignitas*, Comisión de derechos humanos del Estado de México, Año IX, No. 27, 2015, 17-31.
- Sánchez Barroso, José Antonio (2012) *Voluntad anticipada*, México, Porrúa.

- Santos, Carmen, M. A., Forn, R. Pérez, A. Corrales, L. Ugarriza, Sales, C. (2007) “¿Estamos preparados los médicos de familia para ayudar a nuestros pacientes a hacer el testamento vital?”, *Revista de calidad asistencial*, Elsevier, 22 (5), 262-265. 427
- Serrano del Rosal, R., Ranchal-Romero, J., García de Diego, J.M., Galiano-Coronil, S., Biedma-Velázquez, L. (2010) “Opiniones y actitudes de la población en Andalucía sobre testamento vital, muerte digna y eutanasia”, Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), <http://digital.csic.es/bitstream/10261/28106/1/informe%20Muerte%20Digna.pdf>.
- Toro-Flores, R., Silva-Mato, A., Piga-Rivero, A., Alfonso Galán, M. T. (2013) “Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas”, *Atención Primaria*, Elsevier, 45 (8), 1 -5.
- Valle-Sánchez, A., Farras-Villalba, S., González-Romero, P.M., GalindoBarragán, S., Rufino-Delgado, M.T., Marco-García, M.T. (2009) “Documento de voluntades anticipadas: opinión de los profesionales sanitarios de atención primaria”, *SEMERGEN-Medicina de Familia*, Elsevier, 35 (3), 111 - 114.

## **16 INTERVENCIÓN EN LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA EL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA**

### **16.1 Introducción**

El presente texto responde a la necesidad de evaluar e intervenir en estudiantes de medicina respecto a sus conocimientos y actitudes hacia el documento de voluntades anticipadas (DVA).

La voluntad anticipada o testamento vital tiene como condición la imposibilidad física y/o jurídica de una persona para manifestar su voluntad sobre su vida, salud y muerte en el momento de verificarse los supuestos descritos en el documento (Sánchez, 2012).

El objetivo del presente capítulo, que es resultado del proyecto de investigación “Intervención en los conocimientos y actitudes acerca del documento de voluntad anticipada en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México”<sup>186</sup>, fue evaluar la efectividad de la implementación de un taller formativo-informativo acerca de los conocimientos y actitudes hacia el DVA en estudiantes de medicina, previa detección de la presencia de conocimientos y tipo de actitud hacia dicho documento.

Se invitaron a participar a 392 estudiantes mayores de 18 años de ambos sexos, inscritos en el semestre 2017-B del programa de la licenciatura de medicina de una universidad pública del Estado de México. 195 aceptaron responder los cuestionarios de conocimientos y actitudes, posterior a la lectura del consentimiento informado conformando así muestra de la primera fase del estudio. A todos, se les invitó a formar parte de la muestra de la segunda

---

<sup>186</sup> Texto coincidente con “Intervenciones diagnósticas y tratamiento de desastre”, de Octavio Márquez Mendoza (2000). Es resultado de la investigación realizada con clave en la UAEM 4378/2017CI, bajo la responsabilidad técnica de Octavio Márquez Mendoza, la corresponsabilidad de Marcela Veytia López; y los miembros: Rosalinda Guadarrama Guadarrama y colaboradores: Maricela Carmona González, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Sheila Adriana Mendoza-Mojica.

fase (desarrollo del Taller) siendo 14 estudiantes los que participaron.

El diseño del estudio fue mixto de dos fases donde se evaluaron los cambios autopercebidos a partir de su asistencia y participación en el taller formativo-informativo respecto al tema del DVA. Se utilizaron inicialmente dos cuestionarios diseñados y aplicados previamente, útiles para indagar los conocimientos y actitudes acerca del DVA (Carmona, 2017). Además, posterior al taller, se utilizó un cuestionario retrospectivo de autopercepción elaborado específicamente para este estudio, basado en la evaluación reportada en una investigación con población y objetivo similares (Álvarez del Río, Torruco García, Morales Castillo y Varela Ruiz, 2015).

El taller se realizó en un único día con una duración de 2 horas en las instalaciones de la misma universidad, la sesión estuvo a cargo de Octavio Márquez Mendoza quien presentó la información básica del DVA y generó una discusión participativa en torno al quehacer médico en situaciones, clínicas, hospitalarias y de investigación como profesionales de la salud. Se utilizó la estadística descriptiva para frecuencias y porcentajes, para la diferencial se usó la prueba estadística t de student con 0.05% de nivel de significancia.

## **16.2 Concepción, difusión y legislación sobre voluntades anticipadas en España y México**

### ***16.2.1 Documento de voluntades anticipadas (DVA)***

El documento de instrucciones previas para los españoles, por ejemplo, según Ogando es el escrito donde “una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y tratamientos de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo” (Ogando, 2012: 276). Sin embargo -también comenta Ogando-, el desarrollo de la legislación manifiesta las dificultades de cohesión y aplicación para llevar a cabo esta estrategia de forma legal debido principalmente al procedimiento, sistemas de registro, posibilidades de acceso o posibilidad de

ejercer la objeción de conciencia entre otros factores (Ogando, 2012).

430

La VA es una manifestación escrita que hace una persona respecto a los tratamientos o intervenciones médico-hospitalarias que quieren recibir o rechazar para cuando por alguna razón estuvieran en la etapa final de su vida sin la capacidad de tomar decisiones por sí misma, respecto a su cuerpo, su salud y su vida (Siurana, 2005 y Sánchez, 2012). En el DVA se ejerce el derecho de rechazar tratamientos que prolonguen la vida, obligando así a los familiares y médicos a respetar la decisión del paciente. Su realización es consecuencia de la evolución en los ámbitos jurídico y de la ética. Brinda la confianza al personal de salud, que de llevarse a cabo, no incurrirá en responsabilidad jurídica y que lo importante es mantener la autonomía como decisión, al tener la información completa y adecuada de quien cuenta con dicho documento. La autonomía de la voluntad es un principio fundamental para mantenerse en todos los individuos (CONBIOÉTICA, 2016).

San-Vicente (2014) refiere que la función inmediata del documento es asegurar que los deseos del paciente sean respetados, guardando su dignidad en todo momento, aunque menciona que ello podría variar según el tipo de enfermedad que se padezca. Su objetivo es ante todo, aliviar los sentimientos en situaciones adversas y desconcertantes, así, con anterioridad a la hipotética incapacidad para expresar la propia voluntad, el DVA ayuda a que el proceso de decisión y dilemas en torno al final de la vida no se reduzcan exclusivamente a una cuestión jurídica formal.

### ***16.2.2 Legislación en México sobre voluntades anticipadas***

No existe una legislación federal mexicana aplicable a la VA, sólo se puede observar un marco de referencia en la “Ley general de salud” (LGS, cfr. Vega, 2006) y en la Constitución: los artículos 4, que otorga el derecho a toda persona a la protección de la salud, y el 24 que consigna el derecho a la libertad de convicciones éticas, de conciencia y de religión. En algunas entidades existen legislaciones especiales con vigencia que sirven de referencia (Vega, 2000). La ciudad de México (CDMX) fue la primera entidad en aprobar una ley para la VA que entró en vigor el 7 de enero de 2008, aprobada

previamente por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2007) aun siendo Distrito Federal (DF).

Al inicio regulaba las formalidades y requisitos del DVA, las obligaciones del notario, las reglas de suscripción, la representación y los testigos. Debido a los requisitos excesivos que obstaculizaban la elaboración de formatos y de los propios documentos, el 13 de diciembre de 2011 se modificó derogando muchas de las formalidades en los procedimientos, estableciendo además, de forma explícita la obligación de los familiares de respetar las decisiones expresadas por el paciente y de las facultades de sus representantes para hacer cumplir dichas decisiones. A pesar de esta medida, aún se observa que en casos donde no existe un DVA se omitió señalar lo que pueden o no hacer los familiares y el médico tratante, es decir, cuándo y cómo llevar a cabo una decisión subrogada y cuáles deberán ser los criterios.

Actualmente, 18 entidades ya están legisladas en este tema: Coahuila, Distrito Federal (actual ciudad de México), Aguascalientes, Michoacán, San Luis Potosí, Guanajuato, Hidalgo, Chiapas, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Chihuahua, Nuevo León, Tamaulipas, Baja California Sur, Morelos y Zacatecas (cuadro 1, presente en el capítulo 2). Las leyes de todos los Estados toman en cuenta aspectos similares y el trámite es parecido, la dignidad humana en la última etapa de la vida resulta lo más importante considerando también, los gastos generados durante el mantenimiento de tratamientos como un problema social. Estas leyes además, se relacionan con otros dilemas éticos hacia el final de la vida: enfermedad terminal, eutanasia, ortotanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, sedación controlada, obstinación terapéutica y objeción de conciencia; además, de manera indirecta promueven la donación y el trasplante de órganos. A diferencia de estos, en el documento de VA se prohíben las conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida, no intenta promover la eutanasia, sino reconocer el derecho a rechazar el tratamiento terapéutico y a recibir los llamados cuidados paliativos (CONBIOETICA, 2016).

En el Estado de México, la “Ley de voluntad anticipada” (LVA) fue aprobada por la H. LVIII legislatura del Estado de México (2013) entendida como la manifestación de forma escrita a través de un formato denominado “Acta de Voluntad anticipada o Escritura de voluntad anticipada”, respecto del tratamiento médico y cuidados de salud que el individuo desee tener cuando se



encuentre en situación terminal de la enfermedad y carezca de la capacidad de decidir de forma autónoma, manteniendo ante todo la dignidad humana. La manifestación de la VA deberá ser elaborada individualmente de forma consciente cuando tenga un padecimiento irreversible, progresivo e incurable. Ella podrá realizarse en cualquier momento mediante un acta en hospital o de forma escrita previamente fuera del mismo generada desde la obtención de información adecuada (León, 2008).

Sobre la comprensión del derecho de las voluntades anticipadas en México y España Sánchez elabora un artículo, que se tiene en cuenta en el presente trabajo, con el título de “La voluntad anticipada en España y en México. Un análisis de derecho comparado en torno a su concepto, definición y contenido” (2011).

### ***16.2.3 Difusión del DVA***

En los últimos años, el uso de avances médicos y tecnológicos para preservar la vida, ha generado planteamientos respecto a qué tan ético y obligatorio es usar todos los medios disponibles y posibles a través de terapias extraordinarias o de cuidados paliativos (Arce, Fernández, Lozano, Pacheco y Pérez, 1998; Santos 2003; Cano, 2005 y Aznar, Carrasco, García, Martínez, Zaragoza y Nuñez, 2005). Las distintas posturas acerca de una muerte digna mediante posiciones conceptuales, éticas, sociales, jurídicas y religiosas ha brindado una variedad de dudas respecto al reconocimiento del DVA como derecho (Lolas, 2011).

Aún con dificultades en el uso del DVA es evidente que reconocer los deseos de los pacientes acerca de los tratamientos de soporte vital y otros cuidados en las fases finales de la vida es mejor que tomar decisiones de acuerdo con la interpretación de la familia y el médico acerca de lo que es mejor para el paciente. ¿De quién dependen estas decisiones? Los familiares comúnmente son quienes lo hacen cuando los pacientes no pueden siendo en varias ocasiones, incorrecta e imprecisa la interpretación de la voluntad del paciente sobrestimando el uso de tratamientos de soporte vital (Vega, 2000).

Ogando en España, considera que dada la experiencia en otros países, es importante considerar el DVA como un proceso donde participan activamente tres principales actores: profesionales, pacientes y familiares que tiene como último objetivo adecuar la

atención sanitaria a las expectativas, necesidades, recursos, preferencias, experiencias previas (propias o ajenas) y temores del paciente, a la vez que ayuda a mejorar la calidad de las decisiones al final de la vida. Para ello, es imprescindible considerar el contexto cultural, ético, emocional, psicológico, familiar y comunitario en el que se produce el proceso de toma de decisiones, como elemento clave en la planificación. La estrategia deberá más que estar enfocada en “papeles” (documentos de instrucciones previas), enfatizar en los “procesos comunicativos” que dan lugar a la participación efectiva de los pacientes en la planificación de sus futuros cuidados de salud (planificación anticipada de la asistencia médica) (Ogando, 2012: 277).

En Zaragoza (España), en un estudio donde participaron 299 estudiantes universitarios, cuando se les interrogó respecto al testamento vital (TV) 77,6% dijo conocerlo. Acerca del conocimiento de la legislación (Registro General de VA de Aragón) 26,8% sabía de su existencia. La información sobre la diferencia existente entre la limitación del esfuerzo terapéutico y la eutanasia activa (“realización de una acción médica para acelerar la muerte o poner fin a la vida de un enfermo terminal” (Siurana, 2005: 33), mientras que el 55,9% no la tenía. Cuando se les preguntó si debía existir una legislación específica sobre los cuidados al final de la vida, 86% respondió que sí. Sin embargo, 25,1% sólo sabían dónde y a quién acceder para hablar del TV (Cucalón Arenal, Marín Ibañez, Cía Gómez y Blay Cortés, 2013).

El uso de terminología relacionada como eutanasia, testamento vital, voluntad anticipada, genera confusión entre los médicos y la población general (Vega, 2000; León 2008 y Sánchez, 2011). En Latinoamérica por ejemplo, mientras que en Chile, por ejemplo, en febrero de 2015 se rechazó la ley, en otros, se ha considerado su uso en la defensa y aceptación de la eutanasia. Ambas posturas coinciden en un concepto más enfático en el consentimiento informado sin llegar a convertirse propiamente en un DVA con utilidad en la toma de decisiones médicas en situaciones críticas (Romero-Castillo, 2015).

En la ciudad de México (CDMX), Pichardo, Casas, Jaimes, Sotelo, Sosa, Quintero y López (2017) aplicaron un cuestionario respecto a los cuidados paliativos (CP) y términos relacionados, a 89 personas mayores de 18 años que no trabajaran o hubieran trabajado en el sector salud y que no padecieran una enfermedad terminal. Respecto a los CP, 90% dijo comprender lo que son y

manifestaron su acuerdo en utilizarlos, 92% manifestó un buen entendimiento de la eutanasia y 69% manifestó estar de acuerdo con que un enfermo que la solicita no necesariamente puede estar en su sano juicio para solicitarla. Los participantes menores de 30 años (57%) estuvieron de acuerdo en que se aplique cuando la calidad de vida ya no es la adecuada. De los mayores de 60 años, el 57% opta por una muerte natural, 38% está de acuerdo con la eutanasia si no hay calidad de vida, 11% del total la rechaza y 87% opina que no es ético abandonar al paciente para que los médicos tomen decisiones por su cuenta sobre la suspensión de tratamientos útiles, sin avisar al paciente ni a la familia. Acerca del significado de la obstinación terapéutica, no fue claro para un 33% de los participantes, independientemente de sexo, edad y nivel escolar, sin embargo, el 67% dijo aprobarla. Finalmente, un 67% manifestó que no es ético continuar aplicando medidas que ya no son útiles para el paciente terminal.

En la zona sur-oriental del Estado de México, Carmona, Márquez, Veytia y Herreros (2018: 117) realizaron una investigación en torno al DVA donde participaron 806 pacientes que asistieron al servicio de consulta externa en cuatro instituciones públicas de servicios de salud donde se nota la escasa o nula información: 4,7% dijo conocer qué es la VA, mientras que 1,2% dijo conocer la existencia de una ley mexicana de la voluntad anticipada. El mismo estudio tuvo como objetivo informarles del DVA, en el que uno 67% manifestó disposición para realizarla.

### ***16.2.4 Personal de salud y DVA***

El quehacer constante de la bioética radica no sólo en la creación de leyes y normas que regulen el proceder de los profesionales de salud, familiares y propios pacientes en torno a los cuidados que les gustaría recibir hacia el final de la vida, ya que aún establecidas las leyes, a pesar del esfuerzos por darlas a conocer, aún queda mucho por hacer respecto no sólo a la difusión de conocimientos, sino también a la apropiación de la postura en torno a la utilización del DVA y por lo tanto a las actitudes ante el propio uso en profesionales de la salud y en casos de algunos pacientes que así lo dispongan.

En Canadá, desde la década de los '90, se encontró en médicos familiares, la participación hacia la VA pero con poco uso.

La mayoría de éstos profesionales opinaba que eran necesarios programas educativos sobre el tema (Hughes y Singer, 1992). En Finlandia y Australia también se mostró una actitud positiva hacia la VA así como la necesidad de mejorar sus conocimientos sobre la legislación y su uso (Ashby, Wakefield y Beilby, 1995; Connors, Dawson, Desbiens et al., 1995). Las VA han sido reconocidas ampliamente por los pacientes y los médicos como una herramienta conveniente para promover la autonomía del paciente al final de la vida. Sin embargo, las tasas de suscripción se mantienen bajas entre todos los segmentos de la población (Greco, Schulman, Lavizzo-Mourey y Hansen-Flaschen, 1991, citado por Carmona, Márquez, Veytia y Herreros, 2018: 108).

Las VA han sido reconocidas como una herramienta conveniente para promover la autonomía del paciente al final de la vida, más allá de las consideraciones jurídicas, supone, en el ámbito de la salud, una manifestación de la autonomía de la voluntad de las personas para determinar la aceptación o rechazo de determinados tratamientos médicos basados en su proyecto de vida, valores personales e incluso religiosos (Arce, et al., 1998 y Aznar et al., 2005). Bajo el amparo de la LVA, el paciente en fase terminal tiene el derecho de rechazar los esfuerzos médicos por prolongar su vida, al igual que sujeta bajo su régimen al personal médico para que acaten la última voluntad del paciente y así también excluirlos de toda responsabilidad en caso de muerte del sujeto ya que se realiza ante personal de salud.

Santos (2008) reportó que 21% de médicos españoles plantea a sus pacientes la posibilidad de hacer un TV, respondiendo estos: el 74.2% considera que este documento puede facilitar la toma de decisiones en la atención al final de la vida, mientras que un 76.3% desconoce cómo formalizarlo. En personal médico de la región de Andalucía (España) (Simón, Tamayo, González, Ruiz, Moreno y Rodríguez, 2008), encontraron que un 10,8% de los participantes conocía con detalle la legislación sobre la VA, mientras que el 9,8% sabía ampliamente de su existencia en otras comunidades autónomas del país. Resultó interesante que un 98,2% opinaba que se debería informar de la existencia del DVA a todos los pacientes, mientras que el 31,5% dijo poder llevar el deseo del paciente.

Un estudio de Piccini, Steffani, Bonamigo, Bortoluzzi y Schlemper (2011) efectuado en Joaçaba (Brasil), donde participaron médicos y abogados profesionales, así como estudiantes de las mismas disciplinas, destaca lo siguiente: de los 54 médicos: 37%

tenían una noción clara con respecto al significado del TV, 26% tenía una noción parcial y 37% lo desconocía; en cambio de los 56 estudiantes de medicina que responden: el 29% tuvieron una clara noción del TV, un 50% una noción parcial y un 21% lo desconocían. Lauroba (2012) en España, realizó acerca de los conocimientos y actitudes respecto al DVA en personal de enfermería de las unidades de hospitalización de cardiología, gastroenterología, medicina interna, neumología, nefrología, neurología y oncología, de los cuales un 59,8% sabía que la VA se encontraba regulada por ley y un 19,6% había leído el documento. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la autovaloración de conocimientos según la edad y la experiencia, así como por el papel desempeñado en el servicio donde laboraban. Respecto a la actitud, el personal manifestó una actitud favorable hacia la conveniencia de realizar las voluntades por su utilidad para los familiares del paciente y profesionales de la salud. El uso y respeto del documento también fueron aceptados con actitud positiva.

Cordero, Almeida, Furtado y da Costa (2015) preguntaron acerca del TV a 238 estudiantes de medicina en Brasil, mayores de 18 años, de los cuales un 6% de los participantes tenía una noción clara, 33,1% tenían una noción parcial y un 11% manifestaron desconocimiento del tema; mientras que un 50% no respondió a la pregunta. Respecto a la hipótesis de encontrarse frente a un paciente terminal con TV, la mayoría de todos los estudiantes afirmó que respetaría la decisión del paciente. Acerca de la legislación del TV del año 2012 aprobada por el comité de ética médica, un 29% declaró desconocerla, los que respondieron que sí la conocían, aseguraron que la propia universidad les había brindado la información. La relación directa del médico con el paciente y sus familiares respecto a la enfermedad y sus tratamientos debería estar presente en todo momento: informando, aconsejando y acompañándolo en la toma de decisiones. Actualmente el debate en círculos académicos, médicos y de la sociedad civil a nivel internacional surgido en torno a las implicaciones éticas relacionadas al término del dolor generado en algunos tratamientos médicos, ha logrado fortalecer la aceptación del documento legal que regula la realización de la VA. Sin embargo, sigue siendo un tema relativamente nuevo dentro de la sociedad, de manera particular en la mexicana (Cano, 2005).

En 2013, 80 profesionales de la salud (con un promedio de 28 años) que trabajaban en el área de medicina interna de un centro médico público en la ciudad de Toluca, México, participaron en un estudio realizado por Márquez, Guadarrama y Veytia (2015): el 17% de ellos dijeron conocer el TV y 82% manifestó no conocer la normativa; asimismo, un 63.5% no sabían o no tenía claro cómo realizar un TV, tampoco cómo averiguar si el paciente lo había realizado. Respecto a las actitudes: un 46% consideró que era deber del trabajador social informar a los pacientes sobre el TV; un 36% considera que era deber del médico y el resto consideró que otros (administración pública y médico de familia). El 8,5% dijo haber informado a los pacientes qué es el TV y la forma de elaborarlo, el resto no lo había hecho. Consideraron sin embargo, que lo harían bajo condiciones de una enfermedad terminal, pacientes ancianos o pacientes con demencia; de los cuales un 94% refirió no preguntar al paciente si tiene realizado el TV y finalmente 80% afirmó la importancia de la elaboración del propio TV y el de los pacientes.

Posteriormente, en 2015, en el mismo lugar, participaron en un estudio realizado por Rojas Olivares, Sánchez Lastra, Márquez Mendoza y Mendoza Mojica (2016)<sup>187</sup>, a 265 médico/as y 596 enfermero/as del servicio de medicina interna a quienes se les preguntó acerca de sus conocimientos y actitudes hacia el DVA, respondiendo un 94% que no había leído la LVA inscrita en la *Gaceta Oficial del Gobierno del Estado de México*. Quienes sí la habían leído, el 100% dijo conocer el concepto de VA, el 80% sabía que el DVA se fundamenta en el derecho de la autonomía, el 60% tenía conocimiento de lo necesario para efectuar el DVA: el 40% tenía nociones de la existencia del Capítulo VI de la LVA del Estado de México y el 90% sabía las atribuciones de la coordinación de VA del Estado de México. Respecto a las actitudes, 96% aceptó que es conveniente que sus pacientes deban planificar y escribir su VA, 91% afirmó que es un instrumento útil para los profesionales de la salud y el 93% estuvo de acuerdo con que la VA es un instrumento útil para los familiares. Mientras que un 91% reconoció que un representante facilita la toma de decisión

---

<sup>187</sup> Este material de investigación es resultado del trabajo para la elaboración de tesis de licenciatura de J. Rojas y K.L. Torres, presentada en la Universidad Autónoma del Estado de México, en 2015, con el título de *Conocimientos y actitudes ante la voluntad anticipada en profesionales de la salud del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, Toluca, México*.

a los profesionales de la salud, el 87% admitió que el personal de la salud debe informar a sus pacientes al hacer la VA, al 68% le gustaría que además de sus pacientes sus familiares hicieran su VA, este mismo porcentaje dijo llevar a cabo su VA el próximo año y 44% el mismo año. Por otra parte el 72% le confiaría a alguien su deseo en caso de que no pudiera decidir, un 89% respetaría la VA de su paciente y el 90% consideró que debería ofrecerse la posibilidad de hacer un DVA a todos los pacientes de su servicio, lo cual denota una amplia aceptación en torno al DVA en el personal participante.

Un año más tarde, en 2016, 190 personas de enfermería y 80 médicos de los servicios de hospitalización de medicina interna, urgencias y unidad de terapia intensiva de una Instituto de salud pública en la CDMX respondieron una encuesta acerca de CP y VA: menos del 50% de los participantes sabía de la existencia de las leyes en torno a estos temas y un 30% conocía cómo expresar una VA y un 94% contestó que le interesaba conocer más. Al comparar el nivel de conocimiento de la LVA, no se encontró diferencia significativa entre médicos y enfermeras (Galindo Huerta, Montáñez Orozco y Cantú Quintanilla, 2017).

En general, los profesionales de la salud no cuentan con los conocimientos necesarios para la utilización del DVA como herramienta, por lo que su planificación anticipada, no pueda llevarse a cabo convenientemente, aunque la evidencia apunta a que una vez conocido el tema, las actitudes son favorables hacia su uso.

### ***16.2.5 Intervención en conocimientos y actitudes***

El papel del médico es activo ante la discusión con el enfermo y su familia en torno al uso de tratamientos indagando en los valores y creencias de los pacientes así como su actitud hacia la incertidumbre. La falta de información acerca del DVA por parte de pacientes, familiares, medios de comunicación, sociedad en general y por supuesto de los médicos, resulta evidente en todo momento. Desde la aprobación de la Ley hasta su uso en el ámbito clínico y legal ha sido sumamente importante investigar aspectos fundamentales como la detección del nivel de conocimientos y tipo de actitudes que poseen los médicos y la efectividad de intervenciones en la definición de actitudes en torno a él a partir de

la proporción de información básica del tema, todo ello desde las posturas bioéticas que sostienen dicho documento.

Los médicos son quienes deberían plantear los futuros tratamientos de soporte vital con quienes presuntamente perderán la capacidad mental para decidir (pacientes con inicio de demencia, pacientes terminales, pacientes con enfermedades cardíacas y pulmonares graves, pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, entre otros). Con ellos principalmente se recomienda iniciar las conversaciones sobre VA en las primeras visitas de la relación clínica, poniendo énfasis en que esta discusión se enmarca en el contexto de un acto médico ordinario con la intención de conocer, comprender y respetar la voluntad del enfermo respecto a sus cuidados médicos futuros (Mañón, 2016).

Destaca aquí, que el médico debe considerar cuáles son los valores y preferencias generales del paciente, indagar en sus deseos que vinculados a escenarios clínicos concretos pueda preverse su situación. Además solicitar información si las VA deberían interpretarse estrictamente o con una cierta flexibilidad, reconociendo a quién debería actuar como su representante en las futuras discusiones. Así, esta habilidad de reflexión e indagación de información en torno a las VA en el médico, debería comenzar a desarrollarse desde sus años de formación. Si bien no remediará la aparición de aquellos casos de servicio profesional donde los planteamientos de opiniones contrarias entre miembros de la familia o de ésta, con el equipo de salud, especialmente en quienes estén a cargo de las decisiones terminales, trasplantes, medidas médicas y otras podría ser de utilidad, sí podría ser de utilidad para naturalizar la inquisición de los deseos del paciente y planificación como proceso en su historia clínica.

La planificación estratégica del tratamiento basada en conocimientos y actitudes de la VA consiste en que el médico junto con el paciente (y en la medida de lo posible, su familia), con base en el diagnóstico y pronóstico de una enfermedad conocida y padecida, deliberan y toman decisiones conjuntas sobre el tipo y nivel de atención y tratamiento disponible en función del avance de la ciencia médica, de los valores éticos implicados y del orden jurídico vigente. La incertidumbre de la práctica clínica no desaparecerá con el documento de VA, pero puede favorecer a la toma de decisiones si se tiene en cuenta la autonomía del paciente y se integra en la planificación de lo que deseé para el final de su vida.



La evidencia empírica demuestra la necesidad de implementar estrategias de educación en materia de salud, que fomenten por un lado la toma de decisiones autónomas de los pacientes respecto a las intervenciones de las cuales podrían ser objeto, una vez que por diversas circunstancias se encontraran en la etapa final de la vida y se hallaran imposibilitados para tomarlas; por otro lado, fomentar el conocimiento y la participación de familiares en la toma de decisiones, con la finalidad de brindar el acompañamiento necesario al paciente; y por último el conocimiento, participación y respeto por parte del personal de salud encargado de brindar al paciente y a su familia la atención sanitaria. Los temas sugeridos podrían incluir los relacionados a: definición, legislación, requisitos, límites de aplicación, fundamento y contenido de la VA

Un taller para que los estudiantes de medicina, como forma de difusión y espacio de reflexión donde puedan expresar opiniones en torno a lo que saben del DVA, podría generar un clima propicio para demostrar los propios valores y sensibilizarse en las decisiones que más preocupan a sus pacientes, así como, la mejor forma para facilitarles el acceso a sus derechos hacia el final de la vida.

### 16.3 Método

Objetivo general: intervenir en los conocimientos y actitudes acerca del DVA en los participantes.

Objetivos específicos:

- 1 Detectar el nivel de conocimientos y tipo de actitudes respecto al documento de VA en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- 2 Diseñar un taller donde se brinde información del DVA (concepto, características, uso y legislación) así como el reconocimiento de actitudes en torno a la información y uso del documento.
- 3 Implementar el taller en un grupo de 10 a 15 integrantes, estudiantes que hayan respondido el cuestionario y manifestado interés en incrementar su conocimiento y reconocimiento de actitudes respecto al DVA.

- 4 Evaluar la efectividad del taller mediante la detección de nivel de conocimientos y tipos de actitudes por segunda ocasión en los estudiantes participantes.

Universo y muestra: para la primera fase del estudio, a partir de un muestreo por conveniencia, se invitó a participar a 392 estudiantes mayores de 18 años inscritos en el semestre 2017-B del programa de la licenciatura de medicina de una universidad pública del Estado de México. Aceptaron participar 195 quienes llenaron la carta de consentimiento informado y contestaron completamente los instrumentos. En la segunda fase, participaron 14 estudiantes que manifestaron abiertamente su disposición a incrementar sus conocimientos y desarrollar actitudes en torno al DVA asistiendo al taller.

Diseño general de la investigación: estudio en dos etapas con enfoque mixto donde se contrastaron las respuestas de los conocimientos y actitudes de estudiantes de medicina antes y después de su asistencia a un taller formativo-informativo respecto al tema del DVA.

Instrumentos: se utilizó un cuestionario diseñado y aplicado previamente para indagar los conocimientos y actitudes acerca del DVA (Carmona, 2017), el cual consta de un apartado de datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, grado escolar, religión, presencia de enfermedad crónica y presencia de tratamiento médico). El segundo apartado es un cuestionario de 27 ítems que indagan la presencia de conocimientos del DVA con las opciones de respuesta: Sí, No, No sé. Finalmente, el último apartado, es una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta (desde Totalmente de acuerdo hasta Totalmente en desacuerdo) con 23 reactivos que incursionan en las actitudes ante el DVA.

También se utilizó un cuestionario retrospectivo de autopercepción (con el fin de evaluar la efectividad del taller) de 10 actividades donde se les solicita que evalúen la información y análisis antes y después del taller. Dicho instrumento fue elaborado específicamente para este estudio, basado en la evaluación reportada en una investigación con población y objetivo similares (Álvarez-del Río, Torruco-García, Morales-Castillo y Varela-Ruiz, 2015).

Descripción de técnicas y procedimientos: se solicitó el apoyo y aprobación de las autoridades educativas para la obtención de la muestra y la aplicación del cuestionario inicial. Se aplicó el

cuestionario de forma grupal en dos días sujetos a los horarios y recomendaciones de los directivos en octubre de 2017, en todo momento se respetó la voluntariedad de los participantes. En la presentación, se les explicó el objetivo de la investigación a partir de la lectura del consentimiento informado y se les reiteró su voluntariedad de participación y manejo confidencial de los datos obtenidos. Quienes aceptaron participar, respondieron los instrumentos en un lapso aproximado de 30 minutos y en otros 20 minutos, se les explicó de forma general en qué consiste el DVA, al final se les solicitó que proporcionaran su correo electrónico quienes estuvieran interesados en participar en el taller formativo-informativo, sólo 60 lo manifestaron así. Durante el mes de abril se les invitó a participar al taller, de manera personalizada mediante un mensaje por correo electrónico.

Debido a la escasa disposición que tuvieron los estudiantes de medicina, fundamentada principalmente en el escaso o nulo tiempo extra a sus labores académicas, se optó por realizar el taller en un único día en horario matutino con duración de 2 horas. Se hizo en mayo de 2018 en un auditorio de un espacio de investigación en ciencias médicas en las mismas instalaciones de la universidad. Asistieron 14 estudiantes: sólo uno de ellos previa invitación vía electrónica y el resto por invitación de forma oral. La sesión estuvo a cargo de Octavio Márquez Mendoza quien presentó la información básica del DVA desde las perspectivas, legal, bioética y médica. Posteriormente se generó una discusión participativa en torno al quehacer médico en situaciones, clínicas, hospitalarias y de investigación como profesionales de la salud respecto al uso del DVA. Así como de sus beneficios mediante la expresión de dudas y anécdotas relacionadas al planteamiento de problemáticas relacionadas.

El análisis de la información se logró mediante el uso de la estadística descriptiva para obtener frecuencias y porcentajes, acerca de los datos sociodemográficos (sexo/edad/religión/estado civil/grado/enfermedades crónicas/tratamiento médico) y de la presencia de conocimientos acerca del DVA (si-no) y del tipo de actitudes hacia dicho documento (favorable 1 y 2, neutro 3 y desfavorable 4 y 5). Respecto a la evaluación cuantitativa del taller se utilizó la estadística diferencial, mediante la prueba estadística *t* de student para distinguir las diferencias entre los primeros resultados, con los obtenidos después del taller de intervención en el instrumento de autopercepción. Además, se realizó un análisis

cualitativo del desarrollo del taller, permitiendo establecer categorías de interés/desinterés; participación activa/pasiva, y actitudes propositivas/contradictorias al uso del DVA en pacientes, familiares y en sí mismo.

### **16.3.1 Resultados y discusión**

En el cuadro 17 se aprecian las características sociodemográficas de los participantes siendo el promedio de edad 21.43 años. Se aprecia además el porcentaje por variable de quienes manifestaron tener conocimientos acerca del DVA.

Cuadro 17. Datos sociodemográficos de estudiantes de medicina y conocimientos acerca del DVA (N=199)

<b>Variables</b>	<b>Fc</b>	<b>%</b>	<b>Conocimientos %</b>	
Sexo	Mujeres	110	55,3	39,09
	Hombres	89	44,7	48,31
Estado civil	Soltero	194	97,5	48,45
	Casado/Unión libre	5	2,5	80,00
Año de estudio	1	89	44,7	13,48
	3	18	9,0	55,55
	5	5	2,5	60,00
Religión	Servicio social	87	43,7	83,90
	Católica	142	71,4	47,18
	Cristiana	12	6,0	58,33
	Otra	13	6,5	53,84
Enfermedad crónica	Sin religión	32	16,1	53,12
	Con	11	5,5	63,63
Tratamiento médico	Sin	188	94,5	48,40
	Con	21	10,6	61,90
	Sin	178	89,4	47,75

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la última columna del cuadro 17, el porcentaje de conocimientos varía según la condición del participante, si bien no se pueden hacer inferencias estadísticas respecto a la existencia de diferencias, sí se pueden señalar algunas que posiblemente después en un estudio que así lo permita, pueda indagar en la influencia de estas variables respecto a la adquisición y desarrollo de conocimientos acerca del DVA. Por ejemplo, casi la mitad de los estudiantes hombres dijeron tener conocimientos del

tema, además del alto porcentaje que manifestó tenerlos en quienes ya se encontraban realizando su servicio social, es decir en la práctica profesional y en constante interacción con los sujetos implicados al DVA. Además, resalta como entre quienes tienen una enfermedad crónica o tratamiento médico, el porcentaje de quienes tienen conocimientos del tema, parece ser más alto.

De los estudiantes de medicina encuestados, 49,5% manifestaron conocer las implicaciones del DVA, es decir que un poco más de la mitad desconocía el documento, estos datos son menores a lo reportado por Cucalón Arenal et al. (2013) en población similar en Brasil donde 80% de los participantes dijeron desconocer el documento de voluntades anticipadas o el testamento vital, los más jóvenes (18-30 años) fueron quienes dijeron conocer más el documento, mientras que en los estudiantes del Estado de México fueron los de mayor grado escolar (más años) quienes dijeron saber acerca de las voluntades anticipadas. La influencia no necesariamente pudo haber sido en la escuela, el estudio con estudiantes brasileños encontró que los que sabían había sido a través de los medios de comunicación (sólo un 10% a través del personal sanitario) y en el desarrollo del taller formativo-informativo, fue precisamente una de las sugerencias que hicieron los asistentes universitarios, uno de ellos puntualizó “es necesario que exista más divulgación/difusión de las características del DVA y principalmente a través de las redes sociales ya que ahí es donde más nos podemos enterar, además si hubiera un you tuber que sólo hablara de ese tema y temas relacionados, sería estupendo” (Cucalón-Arenal et al., 2013).

Cuadro 18. Porcentaje del tipo de actitudes acerca del DVA en estudiantes de medicina del Estado de México (N=199)

Afirmaciones	Con conocimientos (N=98)			Sin conocimientos (N=101)		
	De acuerdo	Neutro	Desacuerdo	De acuerdo	Neutro	Desacuerdo
Toda persona tiene derecho a aceptar o rechazar tratamientos o intervenciones de salud.	91,8	5,1	3,1	91,1	5,9	3,0

Toda persona tiene derecho a que se respeten sus decisiones en materia salud.	93,4	5,1	1,0	96,0	2,0	2,0	
Para tomar decisiones en materia de salud hay que tener información suficiente y fácil de entender.	96,0	4,0	-	98,0	2,0	-	445
El personal de salud debe asesorar al paciente en la toma de decisiones médicas.	96,0	4,0	-	95,0	4,0	1,0	
Todas las personas tienen derecho a manifestar su voluntad sobre las intervenciones médicas que desean recibir cuando se encuentren en la etapa final de su vida.	89,8	10,2	-	99,0	1,0	-	
Las personas con enfermedades crónicas deben tomar decisiones sobre su cuidado médico, antes de que la enfermedad se los impida.	86,7	13,3	-	92,1	6,9	1,0	
La voluntad anticipada favorece el respeto de los deseos del paciente.	89,8	10,2	-	87,1	11,9	1,0	
La voluntad anticipada facilita la toma de decisiones a los familiares.	80,6	15,3	4,1	77,2	19,8	3,0	
La voluntad anticipada facilita la toma de decisiones al médico.	72,4	24,5	3,1	75,2	17,8	7,0	
La voluntad anticipada evita prolongar la vida cuando la situación es ya irreversible.	75,5	20,4	4,5	63,3	31,7	5,0	
La voluntad anticipada debe ser libre.	91,8	7,1	1,1	91,0	8,0	1,0	
La voluntad anticipada debe hacerse por escrito.	88,8	8,1	3,1	86,1	13,9	-	
La voluntad anticipada debe otorgarse ante el personal autorizado.	89,8	9,2	1,0	93,1	6,9	-	
Las personas que han realizado un documento de Voluntad Anticipada deberían tener la posibilidad de revocarlo cuando lo deseen.	90,8	9,1	-	91,1	8,9	-	
La voluntad anticipada debe ser congruente con las buenas	92,9	7,9	-	93,0	6,0	1,0	

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

446	prácticas médicas.						
	La voluntad anticipada debe incluirse en el expediente clínico.	91,8	8,2	-	88,1	8,9	3,0
	Lo aconsejable es que el paciente sin la influencia de otras personas tome las decisiones médicas necesarias para la etapa final de su vida.	93,4	6,6	-	70,0	15,0	15,0
	La voluntad anticipada podría incluir el estar dispuesto a aceptar tratamientos encaminados a alargar la vida.	82,6	15,3	2,1	73,2	21,8	5,0
	La voluntad anticipada podría incluir la solicitud de fármacos para aliviar el dolor.	86,7	13,3	-	80,2	19,8	-
	La voluntad anticipada podría incluir instrucciones sobre la donación de órganos.	92,9	7,9	-	92,1	7,9	-
	La voluntad anticipada podría incluir instrucciones sobre el destino del cuerpo.	91,8	8,1	-	87,1	11,9	1,0
	La voluntad anticipada podría incluir el deseo de morir en casa o en el hospital.	90,8	8,2	1,0	80,2	16,8	3,0
	La voluntad anticipada podría incluir la solicitud de recibir asistencia espiritual, si se desea.	85,7	13,3	1,0	69,3	27,7	3,0

Fuente: Elaboración propia

El cuadro 18 muestra cual es el tipo de actitud en torno al DVA según si se tiene conocimientos. Se notan escasas diferencias entre saber o no del documento y aunque no se obtuvieron de manera estadística las diferencias, se pueden detectar aquellas afirmaciones donde existen mayores actitudes favorables y si se tiene conocimientos o no. Por ejemplo, resalta que en la última afirmación un porcentaje mayor con actitudes favorables, tuvieron conocimientos del tema, siendo una afirmación enfocada al aspecto espiritual del paciente y de la asistencia espiritual, cuando este aspecto no se contempla en la mayoría de los estudios relacionados.

Esto confirma la afirmación de Cordero et al. (2015) quienes proponen que la formación ética de los estudiantes de medicina es imprescindible en la mejora de la atención al paciente, lo cual implica promover su acompañamiento psicosocial y apoyarlo cuando se encuentra internado, conducta que también se extiende a

todos los familiares implicados en las situaciones vivenciadas por un enfermo en estado terminal. Los cursos de medicina deben desarrollar acciones de enseñanza-aprendizaje basadas en humanidades, incluyendo temas de bioética y ética médica, con el objetivo de formar médicos con visión crítica, ética y reflexiva y se agrega según estos resultados, aspectos de índole religiosa y espiritual como aspecto psicosocial muy presente en los pacientes y en el mismo personal de salud.

Algunas afirmaciones generales parecen tener más porcentaje de actitud favorable en quienes dijeron desconocer del tema, sin embargo en cuestiones específicas como el manejo del cuerpo y donación de órganos, el porcentaje es mayor en quienes conocen del tema. Piccini et al. (2011) encontraron en 63% de los médicos participantes nociones del significado del término "testamento vital", mientras que entre los estudiantes de medicina ese número era para 79% de los entrevistados, mostrando una mayor comprensión del término (16%) con diferencia estadística significativamente en comparación con los médicos. Los autores consideraron que esta diferencia se debía a que el currículo de medicina de la universidad cuenta con disciplinas obligatorias y con actividades complementarias abiertas relacionadas a la bioética, donde se privilegian discusiones, actividades prácticas con jurados simulados y actividades en general que proporcionan una base teórica mayor para los estudiantes en relación con los médicos ya formados quienes poseen cursos más tradicionales. Es decir que las actitudes, se ven relacionadas con los conocimientos adquiridos, aunque no se puede generalizar en todas las afirmaciones y tampoco se pueden establecer diferencias ya que no se hizo una diferenciación estadística que así lo probara.

Los DVA resultan un instrumento iluminador y de gran utilidad en situaciones límite. Los conceptos claves que tienen que estar presentes en la reflexión del DVA son:

- Rol, deber y compromiso del profesional médico.
- Autonomía del paciente. Reconocerlo como sujeto moral autónomo y respetar su voluntad.
- Información clara y detallada.
- Escucha atenta.
- Diálogo.
- Ponderación de valores, creencias, ideología, sentimientos, etcétera.



- Importancia de los comités de ética asistencial o comités de bioética

448

En el desarrollo del taller, los estudiantes expresaron que “sería de gran utilidad como personal de salud, promover una iniciativa legal para toda la república mexicana y no sólo para algunos estados, además deberá ser homogénea dada la transitoriedad del personal de salud”.

Alumnos de la facultad de medicina de Valencia en España, desde el 2006 reciben un curso denominado *El médico y la muerte* (Verdú, 2013: 251) en donde ha intentado rebasar lo que se les enseña a los estudiantes de medicina respecto a que la muerte es algo extraño para la medicina, analizan las disposiciones en este país acerca del documento de instrucciones previas, resaltando que dicho documento no obliga al profesional de salud a hacer algo contrario a la ley como sería acabar con la vida del paciente o dejar de hacer algo para salvarle y darle una vida de calidad, aún con el registro ante notario. Así que exhortan al profesional actuar según los protocolos y guías clínicas necesarias para alcanzar su objetivo: salvar la vida del paciente. Así, se distingue entre el suicidio asistido y los documentos de voluntades anticipadas.

Cuadro 19. Prueba t de student para comparar medias de la autopercepción antes y después del taller formativo-informativo (n=14)

Temporalidad	Media	DE	t	gl	Sig
Antes	31.57	7.29	-5.577	13	.000
Después	42.50	3.34			

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro 19, se aprecian las diferencias estadísticas entre el dominio de actividades relacionadas con el DVA evaluados en el cuestionario de autopercepción que respondieron el total de asistentes al taller. En ella se aprecia que sí hubo diferencias estadísticas siendo mayor el dominio percibido después del taller.

Terribas Sala (2017) menciona que la primera dificultad para la elaboración del DVA es la falta de cultura social y profesional de la escasa difusión y uso, incluso entre los profesionales sanitarios. Con estos resultados se demuestra que una vez que se cuenta con la información necesaria, los niveles de dominio percibidos se pueden modificar, principalmente porque se encuentran enfocados a las actividades, por ejemplo, una de las afirmaciones en tiempo pasado

fue “Estoy consciente de la importancia de suspender tratamientos que no ayudarán a un paciente terminal” y otra en tiempo actual “Reconozco el DVA como un proceso moral”. El taller permitió justo reconocer y reflexionar en torno no sólo del DVA sino también de los términos e implicaciones de su uso desde una perspectiva humanista.

Fernández-Carrión (2017) expresa que en la actualidad se da una dicotomía notable entre lo que se expresa en el DVA y la última toma de decisión por parte de los enfermos terminales, incluso en quienes no han elaborado el documento pero han expresado ser partidarios de limitaciones a la prolongación artificial de la vida, cambian de opinión. Por ello él propone un concepto del DVA como una “declaración” de intenciones orientativa y muchas veces independiente de la “última decisión de voluntades (UDV) en donde están las voluntades referidas por el paciente en los momentos últimos de su vida, independientemente de haber elaborado el DVA.

Los testamentos vitales, instrucciones previas o DVA recogen la declaración acerca de cómo el sujeto decide que se desarrolle el proceso de morir: puede expresar la inclinación a que no se administren medidas de soporte vital cuando ya no hay expectativas de recuperación; o pueden manifestar el deseo de recibir cuidados y tratamientos para paliar el dolor y los síntomas más desagradables (Márquez Mendoza, Olvera García, Ruíz Peña y Veytia López, 2017: 112).

López-Moreno, Manrique-Nava, Flores-Rico, Hernández-Reyes y González-Martínez resaltan cómo los trabajadores de instituciones de salud se enfrentan diariamente a situaciones de orden ético donde deben plantearse a sí mismos y en su relación con los pacientes, la toma de decisiones ante dilemas éticos (López-Moreno, Manrique-Nava, Flores-Rico, Hernández-Reyes y González-Martínez, 2017: 149).

Azulay señala que las voluntades anticipadas son innecesarias cuando la práctica médica es correcta, rigurosa en la aplicación de los principios bioéticos y establecida en el marco de una estrecha relación con el paciente (Azulay, 2004, cfr. Sánchez, 2012: 213).

La voluntad anticipada es parte del acto médico (de comunicación, entendimiento, ayuda, asistencia, acompañamiento...) la cual se expresa o exterioriza por medio de un documento de voluntad anticipada parte integrante de la historia clínica. Hay que distinguirse como un “proceso” (aspecto ético-médico) de contenido

moral y el “documento” (aspecto jurídico). Así, el DVA es el documento escrito por el cual, previo análisis y deliberación entre los sujetos de la relación clínica, una persona mayor de edad, con capacidad suficiente, de manera libre y de acuerdo a los requisitos legales, exprese las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que por las circunstancias que concurran no le permitan expresar voluntariamente su voluntad (Sánchez, 2012: 218). Los futuros esfuerzos para mejorar la toma de decisiones deben centrarse en una mayor comunicación y en una más comprensiva planificación anticipada de la atención sanitaria. Cualquier persona capaz y sana puede otorgar el documento de voluntad anticipada cuando tenga la intención simplemente de evitar los dos extremos maleficentes: el encarnecimiento terapéutico y la eutanasia. La VA debe confeccionarse conforme a la realidad biológica, moral y biográfica de cada persona en lo individual. Existen límites ético-jurídicos para la ejecución de los contenidos de los DVA. La bioética tiene como objetivo promover que la VA verdaderamente sea un producto del proceso de comunicación y deliberación entre el médico (incluyendo a todo el equipo sanitario), el paciente y su familia que permitan la planificación anticipada y estratégica de los cuidados, principalmente, pero no exclusivamente médicos. El derecho por su parte debe proteger, garantizar y regular la dignidad y el derecho de autodeterminación que tiene toda persona para decidir en su vida, salud y muerte.

Documento escrito, influencia de la cultura romana jurídica, comprobable, verídica que forma parte de la historia clínica esencialmente documental.

Lineamientos bioéticos para la elaboración y aplicación de los ordenamientos jurídicos que regulan la VA (Sánchez, 2012: 281-288).

## **16.4 Conclusiones**

El conocimiento y uso del DVA puede ser de ayuda en los casos de opiniones contrarias entre miembros de la familia o de ésta con el equipo de salud. Los médicos son quienes la mayor parte están a cargo de muchas de las decisiones finales. Un 49,5% de los estudiantes encuestados manifestaron conocer las implicaciones del DVA, y poco más de la mitad dijo desconocerlo. Entre quienes se encontraban realizando su servicio social se encontró un alto

porcentaje de estudiantes con conocimientos (83,90%). En quienes tenían una enfermedad crónica y/o tratamiento médico más de la mitad dijo conocer el DVA (63,63% y 61,90%, respectivamente).

Respecto a las actitudes, se pudo observar cómo variaban los porcentajes de los tipos (favorable/neutro/desfavorable) a partir de la presencia de conocimientos o no; precisamente, en aquellas afirmaciones que tienen que ver con valores personales como se observa en “La voluntad anticipada podría incluir la solicitud de recibir asistencia espiritual, si se desea”, se aprecia una actitud favorable del 85,7%, de quienes sí tenían conocimiento y quienes no un 69,3%. De forma contraria, para “Todas las personas tienen derecho a manifestar su voluntad sobre las intervenciones médicas que desean recibir cuando se encuentren en la etapa final de su vida”, quienes sí dijeron tener conocimiento un 89,8% manifestó una actitud favorable, mientras que en quienes no un 99% aseguró estar a favor. A pesar de la descripción del análisis, se entiende que los valores personales están expuestos en el desempeño profesional y que el desconocimiento, que puede generar una actitud favorable de primera instancia pero no concluyente, ya que no existe la reflexión en torno a la propia postura ética y en la forma de actuar ante situaciones específicas.

Finalmente, el taller de información sobre DV efectuado a estudiantes de medicina, tuvo su sentido, apreciándose las diferencias de medias en el nivel de dominio, antes el mismo correspondía al 31,57% y después del mismo alcanzó el 42,50%, reportando una significancia del  $<.005$ . Por ello, la puesta en marcha del taller aludido en la presente investigación tiene como objetivo general ser un medio de difusión y como espacio de reflexión en el rol participativo del médico en el proceso de toma de decisiones con pacientes autónomos.

### **Bibliografía**

- Álvarez del Río, A., Torruco García, U., Morales Castillo, J.D. y Varela Ruiz, M. (2015) “Aprender sobre la muerte desde el pregrado: Evaluación de una intervención educativa”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(5), 630-637.
- Arce, J., Fernández, F., Lozano, T., Pacheco, A. y Pérez, O. (1998) “Disposiciones y estipulaciones para la propia incapacidad”, *Revista de Derecho notarial mexicano*, <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/derecho->

- notarial/article/view/6769/6076 (trabajo presentado en la *VIII Jornada notarial iberoamericana* que se llevó a cabo en Veracruz, del 4 al 8 de febrero de 1998).
- 452 Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2007) “Proyecto de ley de voluntad anticipada”, 4 de diciembre, <http://www.aldf.gob.mx/leyes-107-2.html>.
- Ashby, M., Wakefield, M. y Beilby, J. (1995) “General practitioners’ knowledge and use of living wills”, *BMJ* 29(1): 310-330, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548624/pdf/bmj00577-0032.pdf>.
- Aznar, M. T., Carrasco, M., García, J. V., Martínez, J., Zaragoza, J. L. y Nuñez, M. A. (2005) “Morir en un hospital: los profesionales sanitarios ante este proceso”, *La bioética y la clínica. Una aproximación a la práctica diaria I*, V. Bellver, R. Torregrosa y L. Lloréns, Valencia, Escuela Valenciana de Estudios de la Salud. Consultado el 12 de marzo de 2017, Estudios para la salud 17, <https://clea.edu.mx/biblioteca/Torregrosa%20Sanchez%20Rafael%20-%20La%20Bioetica%20Y%20La%20Clinica%20-%20Una%20Aproximacion%20A%20La%20Practica%20Diaria.pdf>.
- Cano, V. F. (2005) *Temas humanísticos y jurídicos*, México, UNAM.
- Carmona González, Maricela (2017) “Actitud hacia la voluntad anticipada en pacientes de la zona sur-oriente del Estado de México. Construcción de una escala”, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México (tesis doctoral en ciencias de la salud, que ultima en el artículo titulado “Conocimiento sobre voluntad anticipada en pacientes de instituciones públicas de salud en México”, Carmona Gonzalez, Márquez Mendoza et al, 2018).
- Carmona González, Maricela, Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela y Herreros RuízValdepeñas, Bejamin (2018) “Conocimiento sobre voluntad anticipada en pacientes de instituciones públicas de salud de México”, *Educación actual. Entre el presente y el futuro*, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición), México, Editorial Torres Asociados, 107-119.
- Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) (2016) “Voluntades anticipadas —reflexiones bioéticas sobre el final

de la vida—”, [http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades\\_anticipadas.pdf](http://conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/voluntades_anticipadas.pdf).

- Connors, A., Dawson, N., Desbiens, A. et al. (1995) “The support principal investigators. A controled trial to improve care for seriously ill hospitalized patiend”, *JAMA*, 274(20): 1591-1598, <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/391724>. 453
- Cordero, J. A., Almeida, L. E., Furtado, J. L., da Costa, H. (2015) “El conocimiento de los estudiantes de medicina sobre testamento vital”, *Revista bioética*, 23 (3), 566-574.
- Cucalón Arenal, J. M., Marín Ibañez, A., Cía Gómez, P., Blay Cortés, M. G. y Grupo de estudiantes de la asignatura de ‘Estilos de vida’ (2013) “Opinión de los universitarios sobre los cuidados al final de la vida”, *Fundación Educación Médica (FEM)*, 16 (3), 181-186.
- Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2017) “Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento vital”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al., Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 59-80.
- Galindo Huerta, L. C., Montáñez Orozco, A. y Cantú Quintanilla, G. (2017) “Evaluación del nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre cuidados paliativos, Ley de cuidados paliativos y Ley de voluntad anticipada”. *Revista Mex. Enf.*, 5 (2), 70-75.
- Gobierno del Estado de México (2013) *Ley de voluntad anticipada del Estado de México*, <https://legislacion.vlex.com.mx/vid/ley-voluntad-anticipda-mexico-575245866>.
- Hughes, D. L. y Singer, P. A. (1992) “Family Phisicians attitudes toward advance directives”, *CMAJ*, 146(11), 1937-1944, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1490365>.
- Lauroba, P. (2012) “Conocimientos y actitudes acerca de las voluntades anticipadas del personal de enfermería de unidades de hospitalización con patologías crónicas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza”. Zaragoza, Universidad de Zaragoza, <http://zagan.unizar.es/record/7728?ln=es> (trabajo fin de master en Ciencias de la Enfermería).
- León Correa, Francisco Javier (2008) “Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la

- bioética clínica”, *Revista Conamed*:  
[http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista\\_jul-sep\\_2008.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_jul-sep_2008.pdf).
- 454 Lolás, F. (2011) “Temas actuales en Bioética”, *Acta Bioética*, 17 (2), 163-164, <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v17n2/a01.pdf>.
- López-Moreno, Sergio, Manrique-Nava, Carolina, Flores-Rico, Diana Alejandra, Hernández-Reyes, Manuel y González-Martínez, Jesús (2017) “Una exploración de las posturas filosóficas del personal operativo de servicios de atención a la salud ante dilemas bioéticos: Ciudad de México”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al., Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 147-164.
- Mañón, G. J. (2016) “La eutanasia: derecho a la muerte digna”, *Hechos y derechos*, revista de la IIJ-UNAM, No. 36, noviembre-diciembre, <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/10702/12860>.
- Márquez Mendoza, Octavio, Guadarrama Guadarrama, Rosalinda y Veytia López, Marcela (2015) “Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud”, *Dignitas*, No. 27, 17-31.
- (2000) “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre”, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Martha Yolanda Martínez Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 519-528.
- Márquez Mendoza, Octavio, Olvera García, Jorge, Ruiz Peña Sergio, Veytia López, Marcela (2017) “Voluntad anticipada y bioética: una perspectiva en México”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. (coordinadores), Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 107-125.
- Ogando Díaz, B. (2012) “Aspectos éticos de las nuevas leyes sobre la atención sanitaria al final de la vida”, *Bioética: de la globalización a la toma de decisiones*, B. Herreros Ruiz-Valdepeñas y F. Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Fundación Tejerina.

- Piccini, C. F., Steffani, J. A., Bonamigo, É. L., Bortoluzzi, M. C. y Schlemper, B. R. (2011) “El Testamento vital en la perspectiva de doctores, de abogados y de estudiantes”, *Revista Bioethikos*, 5 (4), 384-391.
- Pichardo, L. M., Casas, M. L., Jaimes, M., Sotelo, A. G., Sosa, A. P., Quintero, A. y López, T. L. (2017) “Términos que facilitan las decisiones de fin de vida. ¿Es necesario prepararse para una buena muerte?”, *Anales Médicos*, 62 (4), 266-270.
- Rojas, J. y Torres, K.L. (2015) “Conocimientos y actitudes ante la voluntad anticipada en profesionales de la salud del Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, Toluca, México”, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México (tesis de licenciatura en médico cirujano).
- Rojas Olivares, J., Sánchez Lastra, K. Y., Márquez Mendoza, O. y Mendoza Mojica, S. A. (2016) “Conocimientos y actitudes ante la voluntad anticipada en profesionales de la salud del Centro Médico ‘Lic. Adolfo Lopez Mateos’, Toluca, Mexico”, *Revista de Medicina e investigación*, 4(16), 2214-3106.
- Romero-Castillo, E. (2015) “Chile y la muerte asistida”, Deutsche Welle, Made for minds <http://www.dw.com/es/chile-y-la-muerte-asistida/a-18288910>.
- San Vicente, A.C. (2014) “Regulación legal de las voluntades anticipadas en México”, *Amicus Curiae*, Vol. 1 (2), <http://www.revistas.unam.mx/index.php/amicus/article/view/47477/42723>.
- Sánchez, B.J. (2011) “La voluntad anticipada en España y en México. Un análisis de derecho comparado en torno a su concepto, definición y contenido”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, (XLIV), 701-734, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42721161008>.
- Sánchez Barroso, José Antonio (2012) *Voluntad anticipada*, México, Porrúa.



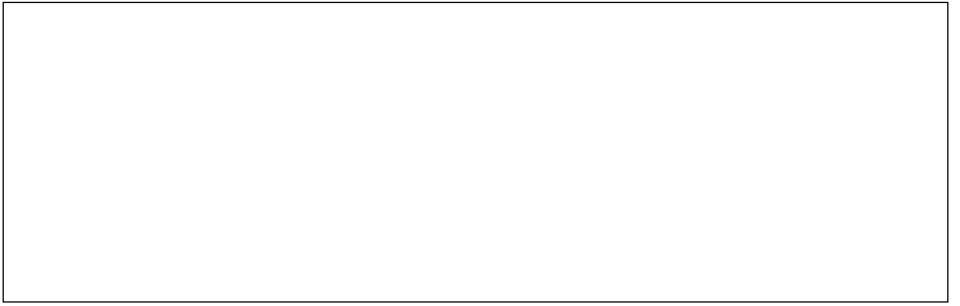
- Santos de Unamuno, C. (2008) “El 21% de los Médicos plantea a sus pacientes la posibilidad de hacer un testamento vital”, [www.medicosypacientes.com](http://www.medicosypacientes.com), <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-21-de-los-m%C3%A9dicos-plantea-sus-pacientes-la-posibilidad-de-hacer-un-testamento-vital>.
- (2003) “Documento de voluntades anticipadas: actitud de los pacientes de atención primaria”, *Aten. Primaria* 32 (1), 1-18, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703788489>.
- Simón, P., Tamayo, M. I., González, M. J., Ruíz, P., Moreno, J. y Rodríguez, M. C. (2008) “Conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca de la voluntad anticipada en dos áreas sanitarias de Andalucía”, *Enferm. Clin.*, 18(1), 11-17, [http://www.researchgate.net/publication/250776267\\_Conocimientos\\_y\\_actitudes\\_del\\_personal\\_de\\_enfermera\\_acerca\\_de\\_las\\_voluntades\\_anticipadas\\_en\\_2\\_reas\\_sanitarias\\_de\\_Andalucia](http://www.researchgate.net/publication/250776267_Conocimientos_y_actitudes_del_personal_de_enfermera_acerca_de_las_voluntades_anticipadas_en_2_reas_sanitarias_de_Andalucia).
- Siurana, Juan Carlos (2005) *Voluntades anticipadas*, Madrid, Trotta.
- Terribas-Sala, Nuria (2017) “Las voluntades anticipadas y su utilización en la toma de decisiones”, *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al., Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 41-57.
- Vega, G. J. (2000) “Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal”, *bioética.org*, [http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/EUTANASIA\\_2000.pdf](http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf).
- Verdú, F. (2013) “La voluntad anticipada”, *Bioética*, F. Lolas y J.G. de Freitas, Santiago de Chile, Mediterráneo.



## **CAPÍTULO III**

### **EUTANASIA: PROS Y CONTRAS**







## 17 PARADOJAS EN LA EUTANASIA<sup>188</sup>

### 17.1 Introducción



A lo largo de la historia, la muerte ha constituido una de las preocupaciones esenciales del hombre. Todas las culturas del mundo han elaborado ideas, creencias o supersticiones sobre este ineludible destino de la condición humana. De forma inevitable, inminente y, en muchos casos, azarosa, la muerte nos confronta hasta someternos ante su radicalidad. Constituye un suceso extraño e inadvertido, que no está previsto de manera frecuente en nuestros pensamientos cotidianos, hasta que no se encara con ella. Si bien es cierto que existen múltiples formas de vivir, la contraparte advierte que para vivenciar la muerte, también concurren los más variados caminos que se bifurcan en múltiples explicaciones.

Un esbozo condensado revela que la muerte, en sí misma, implica un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista médico, fisiológico, social, psicológico, psicoanalítico, antropológico, económico, religioso, bioético, entre otros. Dependiendo del sentido o enfoque, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, tragedia, acto, principio, redención, justicia, venganza, caos, final, escanso, liberación o incógnita, más aún misterio irresuelto.

En el contexto específico de una persona desahuciada —en situación de enfermedad avanzada o terminal, es decir, con un diagnóstico de irreversibilidad— la muerte ronda su entorno cual enfermedad amenazante. No hay cabida de cualquier negociación para concluir de manera inmovible el ciclo de la vida. La expresión enfermedad terminal —irreversible— conlleva a connotaciones complejas al saber que la vida se acaba; no obstante, tal hecho no es excluyente o justificante para asumir decisiones sin prever los escenarios e implicaciones posibles. En el escenario de la ciencia médica, “la prueba de que ‘ya no hay nada que hacer’ seguirá pesando como un desilusión en la efectividad social y existencial de una ciencia que no comprende que su ‘quehacer’ comienza precisamente ahí, en el umbral del aciago diagnóstico”

---

<sup>188</sup> Texto coincidente con las “Paradojas en la eutanasia”, de Octavio Márquez Mendoza (sin publicar).

(Mantegazza, 2006: 91)

460

Pese a los avances de la ciencia, la tecnología, el cambio de mentalidades, no existen respuestas o reacciones simples frente a la proximidad a la muerte. Se trata de un momento en el que confluyen la agonía y las angustias de la persona desahuciada, la familia o amistades cercanas y hasta los esfuerzos médicos. De ahí la importancia de ayudar a enfrentar la realidad con aceptación y armonía para todos los implicados. En la introducción del capítulo “Decisiones sobre la muerte”, de la obra homónima, Florencia Luna y Arleen Salles advierten desde el preámbulo temático, la problemática tácita:

Es indudable que para el paciente muy enfermo o terminal, para su familia y para los médicos que lo atienden, las decisiones sobre el curso de tratamiento a seguir acarrearán graves consecuencias. Muchos factores son especialmente relevantes en la toma de estas decisiones ante una muerte inminente (Luna y Salles, 2000: 109).

Independientemente de la experiencia de vida, es común que la muerte genere una gran diversidad de actitudes y emociones principalmente de naturaleza aversiva. Ante la presencia de una persona delicada de salud, la muerte supone su mayor amenaza. Pese a los grandes avances tecnológicos y la creación de estructuras sociales y económicas cada vez más sofisticadas, la muerte comprende un “complejísimo fenómeno cultural (...) una creación del hombre” que le intimida su posición de hecho natural, simple y unívoco (cfr. Gracia, 1998: 268).

Para hacer frente a algunos casos de personas desahuciadas se ha recurrido a la práctica de la eutanasia, la cual a pesar de cobrar dimensión de tema actual con carácter de dominio público, vale la pena seguir reflexionando, dado que el debate en torno al derecho a morir ha propiciado interpretaciones confusas y en ocasiones desafortunadas.

De raíces griegas, el prefijo “eu” significa “buena” y “thánatos” “muerte”; la inquietud que genera tan sólo el vocablo eutanasia, da lugar a que cualquier decisión que se adopte con el objetivo de finalizar la vida de un paciente en estado terminal, tendrá siempre al menos un filoso examinador, pues, sin cortapisas, están en juego la ética y la moral de la vida humana. “La eutanasia es un caso típico de conflicto entre el interés colectivo y el individual. Es un caso difícil porque no se pueden mantener a la vez valo-

res importantes como son el de la vida y el de la autonomía de la voluntad” (Vázquez, 2004: 151).

Argumentos a favor y en contra se despliegan de tal modo que el consenso se vislumbra lejano. Dietrich Von Engelhardt señala que “la verdad de la enfermedad y del morir posee un sentido integral al considerarse lo corporal, lo social, lo anímico y lo espiritual” (Engelhardt, 2004: 180).

## 17.2 Breviario histórico de la eutanasia

El sólo hecho de que el ser humano esté como comúnmente conocemos “delicado o en riesgo de salud” ha obligado a pensar en la creación de diversas condiciones posibles que permitan “salvar” la vida de quien está desahuciado o, en contraposición, de una muerte acelerada para acabar con el sufrimiento del afligido. El trasfondo de la eutanasia es complejo: “alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerte. Trata sobre la libertad y la subordinación, la naturaleza, la sociedad y la cultura” (Engelhardt, 2004: 205). El concepto de eutanasia, no obstante, ha evolucionado en su significación y contexto.

La eutanasia es palabra y acción desde la Antigüedad. Goldim (2000) expresa que Platón, Sócrates y Epicuro defendían la idea de que el sufrimiento resultante de una enfermedad dolorosa, justificaba la muerte o el suicidio. En la literatura clásica, eutanasia y desahucio son términos correlativos. Séneca, al abordar la relevante práctica médica, señala que a quienes no sea posible prolongar la vida, se les facilite una muerte llevadera (cfr. Gracia, 1998: 277). Plinio, por su parte, elaboró una lista de enfermedades, cuyo pronóstico mortal, socorría el apoyo médico para acelerar la declinación de la vida. De manera particular, la historiografía registra la palabra eutanasia en la época del emperador César Augusto (27 a.C. - 14 d. C.), cuando la imploraba para él y su familia tan pronto se enteraba de la muerte rápida y sin dolor de alguien.

Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, al contrario, lo condenaban. El Juramento de Hipócrates (siglo V a.C.) contemplaba el nacimiento y la muerte como parte esencial de la ética médica. Con respecto a la muerte, el mayor precepto consistía en demandar al médico la preservación y protección de la vida, evitar ponerla en

peligro o acabar con ella. “El ideal de la filosofía estoica es la aceptación de la muerte mientras haya vida (*mori discere*). Eutanasia, significaba, desde esta perspectiva, una muerte honrosa y agradable (*felici vel honesta morte mori*), no así término de la vida activa” (cfr. Gracia, 1998: 207).

En la Edad Media se suscita un cambio paradigmático con las ideas cristianas de piedad y amor al prójimo. En este contexto, la eutanasia, el suicidio y el aborto son vistos como pecados, debido a que el hombre no puede disponer de manera libre sobre la vida, que le fue otorgada por Dios.

En la Edad moderna, las reflexiones filosóficas de la antigüedad se colocan en una nueva posición. “La muerte y el fallecimiento se convierten, crecientemente, en un suceso privado; cada vez más también se vuelven un acontecimiento silencioso y solitario” (cfr. Gracia, 1998: 208).

El filósofo Sartre declara, en su obra *El existencialismo es un humanismo*, que no le debemos la vida a nadie, que no hay ningún Dios que nos la haya dado, y que cada uno es responsable de sus actos. Por lo que cada persona tiene derecho a poner fin a su vida, incluyendo eutanasia y suicidio (Sartre, 1947).

Desde comienzos del siglo XX, en numerosos países se fundaron sociedades integradas por médicos, filósofos y abogados, que discuten y apoyan la eutanasia, a fin de incidir en su legalización. Con sus respectivas diferencias, el análisis y comprensión del fenómeno de la muerte evocan un aforismo del escritor existencialista Albert Camus: “la única solidaridad real entre los hombres es la solidaridad ante la muerte” (cfr. Engelhart, 2004: 184).

De ahí la importancia de educar para la muerte, en estos tiempos de gran avance científico y tecnológico, que si bien han traído grandes beneficios a la humanidad en el campo de la medicina, no por ello se debe negar el fin de la vida humana en su acto de vida más importante la muerte, es por ello que las palabras de Camus al referirse a la solidaridad, nos orienta a vivir menos angustiados y menos solos, ya que a todos de alguna u otra manera nos une la muerte.

En la actualidad el debate continúa, situando la controversia a escala mundial; para las enfermedades agonizantes hoy se insiste en el auxilio de la muerte decorosa, digna e indolora. La opinión pública sobre la eutanasia adopta tonos cada vez más agudos, desde el hecho de lo que se debe entender propiamente por eutanasia,

pasando por las implicaciones éticas del problema, hasta la suerte de conveniencia de su legalización. En el umbral del funesto diagnóstico de la muerte próxima, resulta indispensable entender los escenarios posibles que envuelven una vida desahuciada.

Cuando una encuesta nos afirma que un determinado porcentaje de personas es favorable a la eutanasia, ¿qué significa esta afirmación? ¿Quieren decir que se oponen a que se les apliquen medidas extraordinarias, a que se les ponga en situación de encarnizamiento terapéutico? ¿Significa que son partidarias de que se les desconecte el respirador si están en una situación irreversible? ¿Aceptarían también que se les dejase de alimentar, cortando las sondas y tubos por los que se les nutre artificialmente? Dando un paso más adelante, ¿aceptarían también que un médico les administrase una sobredosis de morfina —o una cápsula de cianuro— para que pudiese fin a su vida? (Gafo, 2000: 92).

### 17.3 Cuidados paliativos

Cuando el personal médico comunica a alguien que su mal es irreversible y fatal, incluso con una medida casi exacta de los meses que le restan por vivir, la disciplina de los cuidados paliativos se presenta para encauzar las decisiones sobre el final de la vida.

Estudios especializados revelan que dada su evolución, los pronósticos del cáncer, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como las enfermedades crónico-degenerativas, las cardiovasculares y las geriátricas, dan lugar al continuo desarrollo de los cuidados paliativos a nivel mundial. Tales hechos posibilitan una nueva realidad que trastoca la vivencia de la muerte en comparación con siglos atrás. En los casos en que su aplicación no ha evitado la muerte, ha contribuido a variar la forma de morir.

En términos generales, los cuidados paliativos comprenden los programas de tratamiento activo destinados a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad no responde ya al tratamiento curativo.

En 1990, en su reporte técnico serie 804, la Organización Mundial de la Salud definió los cuidados paliativos como el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo, valorando como primordial, el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales, con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.



En este sentido, es válido resumir que lo anterior implica: contemplar la muerte como un proceso normal, no adelantar ni retardar la muerte, proporcionar alivio al dolor y otros síntomas, ofrecer apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte, dar apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del paciente y el duelo cercano, en virtud de que la atención de los cuidados paliativos va enfocada a proporcionar el confort y bienestar posibles, no sólo al enfermo al final de su vida, sino también a su familia y su entorno social.

En este contexto, la atención es integradora, dado que se toman en consideración las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y, en muchos casos, espiritual. Para otorgar dicha respuesta integradora en el proceso de morir, es imprescindible el trabajo interdisciplinar. La permanente comunicación entre el parte médico (especialistas, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, psicoterapeutas ocupacionales, tanatólogos entre otros profesionales), la persona desahuciada y la familia de ésta deberán constituir un eje rector para la toma de decisiones.

Las características que definen una enfermedad como terminal, pueden concretarse en las siguientes: la enfermedad está en un estadio avanzado, es progresiva e incurable y por lo tanto no puede responder a tratamientos activos; presenta numerosos y diversos síntomas de causa multifactorial, cambiantes y a menudo intensos. Esta sintomatología evoluciona de forma poco estable, pudiendo incluso variar en cuestión de horas. Por ello, no es fortuito hablar de cuidados intensivos de confort al referirse a los cuidados paliativos. Tales hechos generan un fuerte impacto emocional sobre el enfermo, la familia el entorno social y el equipo médico. El grado del impacto tendrá relación, entre otros aspectos, con el nivel intercultural de vida y la calidad de información que posee el paciente sobre la enfermedad, el grado de control de los síntomas, la edad y el soporte emocional y social que pueda recibir tanto el paciente como la familia y el equipo asistencial.

Una vez agotados los tratamientos específicos ante una enfermedad terminal, los objetivos de la asistencia terapéutica se encaminan a ofrecer el máximo de comodidad a la persona desahuciada y su familia, dada la expectante eventualidad de la presencia de la muerte a corto plazo. La atención médica no es tan factible de definir, si bien algunos se centran específicamente en cuestiones somáticas relacionadas con la enfermedad y/o

tratamiento, otros añaden criterios relacionados con el paciente en cuanto sujeto.

La situación de enfermedad terminal da lugar a grandes necesidades y grandes demandas, que requieren una respuesta eficiente. Los objetivos terapéuticos básicos serán la calidad de vida, definidos por el propio enfermo y su familia. Los resultados pueden evaluarse mediante la medición de los índices de calidad de vida; entre los componentes que se evalúan se incluyen los síntomas orgánicos, el nivel de desempeño físico, el estado psicológico y la interacción social. Los instrumentos terapéuticos conforman el control de síntomas (asociando medidas farmacológicas y generales), la atención psicológica del enfermo y la atención específica a la familia, la comunicación adecuada y el cambio y adaptación de la organización que permitan una atención de calidad no sólo en los centros hospitalarios, sino también en el propio hogar o lugar de residencia del enfermo, como las casas de cuidados de las personas enfermas.

Los cuidados paliativos comprenden acciones médicas, de enfermería, farmacéuticas, psicológicas, sociales, espirituales entre otros, que buscan mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo. Para conseguirlo, los cuidados paliativos basan su tratamiento en los siguientes aspectos:

- Atención integral. En la praxis de los cuidados paliativos se tiene en cuenta el soporte holístico. Se comprende el dolor como un síntoma compuesto por factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El sufrimiento puede tener causas multifactoriales y su tratamiento deberá tener presente las cuatro dimensiones de la persona.
- Agentes a tratar: el enfermo y su familia. Desde el inicio de los cuidados paliativos, la familia forma parte fundamental de los cuidados en el proceso de morir, convirtiéndose en un buen soporte emocional si recibe el apoyo adecuado.
- Promoción de la autonomía y la dignidad de la persona desahuciada. Las decisiones que se tomen deberán ser compartidas y consensuadas con la persona desahuciada y se llevarán a término según lo que se pacte y establezca.

- Concepción terapéutica activa. Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente y su familia.
- Importancia del ambiente. Un ambiente tranquilo que favorezca la comunicación, se considera tan importante como las posibles medidas farmacológicas que se puedan y deban administrar.

Debido a que en el contexto de cualquier enfermedad terminal, la muerte se aborda como concepto y como acontecimiento, resultaba importante incorporar algunas notas en torno a los cuidados paliativos, dado que si bien muchos de los sistemas y técnicas disponibles para el tratamiento de las enfermedades son de gran utilidad, con demasiada frecuencia se emplean porque están ahí, y porque suelen apoyar la creencia de que es posible esquivar la muerte aunque de forma indefinida. Es preciso dejar claro que la medicina paliativa no busca prolongar obstinadamente la vida del enfermo ni acortarla con una práctica eutanásica, sino que busca cuidar con dignidad el período terminal de la vida de la persona desahuciada. No obstante, en el curso de los cuidados paliativos aparece la controvertida eutanasia como una posible opción, que suele inquietar a la persona desahuciada, su familia y el personal médico que se ha empeñado en minimizar el sufrimiento de ciertas enfermedades letales.

### 17.4 Eutanasia

Por citar tres opiniones especializadas, tanto Laura Lecuona como Javier Gafo Fernández y Eduardo Rivera López coinciden en señalar que tan sólo el término eutanasia provoca diversas acepciones. La primera autora asevera que:

la eutanasia evidencia su carácter problemático desde el intento mismo de definirla. Definiciones meramente etimológicas pueden dar lugar, y de hecho históricamente han dado lugar, a equivocadas y peligrosas interpretaciones del concepto y a las consecuentes puestas en práctica de espeluznantes programas supuestamente eutanásicos ideados para exterminar gente ‘inservible’ o ‘indeseable’, de manera, eso sí, relativamente ‘suave’, ‘tranquila’ e ‘indolora’ (Lecuona, 1997: 97).

Por su parte, Gafo señala lo siguiente: “ante todo hay que decir que la palabra ‘eutanasia’ es ambigua. Esto nos lleva a la necesidad de definir mejor qué entendemos por eutanasia y cuáles son los tipos o formas de eutanasia existentes” (Gafo, 2000: 92-94).

Mientras tanto, Rivera López apunta que “uno de los problemas que enfrenta la discusión sería en torno a la eutanasia es la falta de acuerdo terminológico. Este desacuerdo conduce a que prácticas que para algunos son eutanásicas para otros no lo sean, o lo sean de un tipo diferente” (Rivera, 1997: 181).

De manera clara se ha dicho en el presente texto que la eutanasia comprende un fenómeno de dimensiones complejas y controvertidas, pues se trata de un tema que implica connotaciones éticas y morales difíciles de sustraerse a la influencia que nuestras propias experiencias han ejercido sobre nuestro modo de pensar acerca de la vida y la muerte. Conviene ser conscientemente respetuoso con aquello que se refiere a las cuestiones límite de la existencia humana y la muerte es, sin duda, una de ellas.

Filósofos, médicos, bioeticistas, abogados, religiosos, psicólogos, psicoanalistas, humanistas y muchos más han reflexionado sobre la eutanasia sin que hasta ahora se haya arribado a una conclusión contundente sobre la moralidad o aceptación de dicho acto, por la sensación de impotencia y desasosiego que deja el hecho de hablar de un tema tan complicado como es la muerte.

Todas las particularidades y desviaciones en los estadios y etapas de la muerte pueden ser prevenidas con empatía y humanidad (...) la eutanasia no es sólo un problema de la autonomía individual, también está relacionada con la reacción de la familia y la sociedad ante la enfermedad, limitación y edad (...) el hombre vive y muere en la sociedad (Engelhardt, 2004: 213).

Para augurar un análisis crítico y amplio acerca de la eutanasia, recorro a la definición que propone Rivera López:

es una conducta llevada a cabo por un agente de salud, una de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo con la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él (Rivera, 1997: 190-191).

Pensamos que la muerte tiene una dimensión saludable y liberadora cuando se ha llegado a lo irreversible de la existencia

humana con dignidad y sin sufrimientos, para no convertirse en un espantajo.

468 El análisis de tal concepto sustrae los siguientes aspectos a considerar:

- Por conducta subyace la ejecución de una acción, pero también la omisión.
- Tal conducta es operada por el agente de salud y no por otro agente ni mucho menos por la persona desahuciada, de lo contrario se trataría de un caso de homicidio o de suicidio asistido.
- Que la “consecuencia previsible” no implica necesariamente la intención de producir la muerte; ésta puede presentarse como un hecho no deseado o no buscado de manera intencional.
- De no realizarse la conducta (acción u omisión), la muerte podría producirse en algún momento posterior, de manera previsible.
- La gravedad irreversible del enfermo no significa necesariamente que su muerte sea inminente; el caso prototípico por excelencia es el alzheimer, por ser una enfermedad grave y progresiva que no necesariamente produce la muerte de manera inmediata.

Estas consideraciones nos permiten justamente comprender la dificultad para interpretar la eutanasia, por lo que toca el turno de vislumbrar los diferentes tipos que en ocasiones también son blanco de confusiones obceadas. Derivado de que la práctica eutanásica se ejerce a una persona específica, surgen tres modalidades diferentes:

#### ***17.4.1 Eutanasia voluntaria***

Cuando el paciente consiente en que se le practique la eutanasia. Pudiera no ser tan problemática, pero no está exenta de dificultades serias: Una de ellas, la posibilidad de que el paciente no esté realmente motivado por la búsqueda de su propio bien, que se sienta orillado por llevar a costas la sola idea de que representaría una carga para quienes la cuidan; otra dificultad está prevista cuando existe desinformación, sobre todo cuando la persona no tiene claros sus propios intereses o adopta fuertes, pero falsas

creencias de su condición; una dificultad más se centra cuando a alguien tiene intensos deseos y recurrentes deseos de morir, a causa de una depresión endógena o una psicosis maniaco-depresiva, que la pudiera inclinarlas, en momentos críticos, a tomar decisiones irreversibles.

Esto quiere decir que únicamente pueden considerarse candidatos, “las personas competentes, en pleno uso de sus facultades y libres de condiciones que pudiera distorsionar su juicio, que hacen una petición indudablemente voluntaria, efectivamente motivada por la búsqueda del propio bien, exenta de coerciones de ningún tipo y bien informada” (Lecuona, 1997: 106).

#### ***17.4.2 Eutanasia no voluntaria***

Cuando el paciente no consciente porque no es competente para hacerlo (es un niño o se encuentra en estado de perturbación). Los ejemplos más discutidos de eutanasia no voluntaria en su modalidad pasiva son los de individuos en estado de coma prolongada e irreversible. Cuando hay prueba contundente de que el paciente preferiría morir a continuar con una vida que no da ni sufrimiento ni satisfacciones, el bienestar de los deudos resulta para muchos especialistas más digno de procurar y considerar, más que “el ensañamiento terapéutico y el regocijo de algunos médicos ante sus hazañas de ciencia ficción”. Por deudos, Laura Lecuona señala a “la gente que lleva años en duelo, pero que aún no puede enterrar a su muerto” (Lecuona, 1997: 115).

#### ***17.4.3 Eutanasia involuntaria***

Cuando el paciente no consciente, o bien porque es consultado y rechaza, o bien porque, pudiéndosele consultar no se le pide su opinión; de modo que se trata de la modalidad de eutanasia más cuestionable porque influye la decisión de un tercero, contradiciendo los principios bioéticos de la autonomía o autodeterminación. Aunque para determinar su argumento justificante, los autores advierten sobre la importancia de ahondar en el caso específico, a efecto de valorar las vicisitudes éticas de la eutanasia. En muchas ocasiones, la pantalla mediática de los medios

de comunicación masiva actúa como tribunal parcial en demanda de la vanagloria del rating sin importar las opiniones cuestionables que genera la sociedad en general, al no contar con los elementos suficientes para brindar una opinión racional y ética.

Cualquiera que sea el caso, de lo que se trata es de advertir, aun cuando parezca una actitud reiterativa, la compleja actitud de adoptar una postura sin las reflexiones mínimas necesarias. Llegado la hora próxima de la muerte, la dificultad de decidir tiene implicaciones morales de largo y profuso aliento. Las líneas hasta ahora escritas de alguna manera exhortan a ver la eutanasia con todas las dimensiones que la envuelven. La comprensión de la salud, la enfermedad y la muerte moldea la capacidad de discernir en torno a la finitud de la vida digna y humana, pues es determinante la siguiente expresión: “Decidida está la orientación del hombre hacia su propia muerte, decidido está el comienzo de la muerte en la realidad social, decidida está la inminente unión de la vida y la muerte y de la muerte y la cultura” (Engelhardt, 2004: 214). La máxima de la ética kantiana cobra, en este contexto, verdadera importancia: “Obra de tal manera que uses siempre a la humanidad, tanto en tu persona como también en la persona de cualquier otro, como un fin, nunca como mero medio” (Engelhardt, 2004: 186).

Los aspectos éticos de la eutanasia tienden a valorar la premisa de que el ser humano enfrenta, con su enfermedad, una forma de vida en su mundo, que no puede generalizarse ni repetirse idénticamente. La práctica médica no es sólo el tratamiento de los cuerpos, sino de los hombres con conciencia, con lenguaje, con razón. Según Javier Gafo Fernández, “son bastantes los autores que subrayan que detrás de la petición ‘quiero morir’ hay un trasfondo que significa ‘quiero vivir —o morir— de otra forma’ (Gafo, 2000: 120); y más aún, este mismo autor relata como parte del anecdotario de la historiografía de los debates cruciales en torno a la eutanasia la siguiente historia: Ludwig Wittgenstein sentenció que si el suicidio podía permitirse, todo estaría permitido, reflexión curiosamente enmarcada del filósofo austríaco, proveniente de una familia en la cual hubo varios suicidios y él mismo sufrió severas depresiones con serios deseos de suicidio (Gafo, 2000:120).

Para especialistas médicos, la actuación de los profesionales de la salud en relación con los pacientes irreversibles y terminales, debe inscribirse dentro de un triple eje de coordenadas:

El primer punto se enmarca en ejercer sus actividades a favor si no de la recuperación de la salud, al menos de la prolongación de la vida, en virtud de que su formación tiende de manera esforzada a salvar vidas. Herederos de la medicina hipocrática con la carga paternalista de ver a los pacientes como hijos menores de edad, que no pueden decidir sobre su mejor cuidado, creando un poder tanto de la medicina como del quehacer médico que actualmente ya no se tolera como corriente de dominación, de ahí el cambio de paradigma a la medicina autonomista que respeta la voluntad y la autonomía de los pacientes, siempre transitoria y provisional dentro de los límites de la razón.

El segundo punto vendría definido por la exigencia que tienen los agentes de la salud de humanizar la situación de los enfermos próximos a la muerte; es decir, evitar el riesgo de incurrir en el criticado encarnizamiento terapéutico. La astucia médica podrá apelar hasta qué punto es racional seguir prolongando la vida de la persona desahuciada. Parece sensato advertir que pese a la masificación de los grandes hospitales y su tendencia de convertir a los enfermos en número de su cama o la enfermedad que sufre, debería existir la sensatez de brindar tratamiento personalizado, a fin de establecer cauces de cercanía entre el médico y la persona moribunda.

El tercer punto trata la opción del mismo enfermo. Justo en un tema que está en juego su propia vida, el paciente debe participar en caso de que la situación de la enfermedad que lo oprime, le permita adoptar un papel protagónico que en principio tiene el paciente sobre unas decisiones que a nadie afectan más que a él mismo.

En la mayoría de los casos, la suspensión de tratamientos inútiles y los cuidados paliativos serán suficientes para que la gente muera en buenas condiciones, pero en algunos casos el sufrimiento no podrá aliviarse y habrá pacientes que prefieran adelantar su muerte y requieran la ayuda médica para hacerlo en las mejores condiciones (...) Sólo así un enfermo podrá tomar decisiones dentro del pequeño margen de movimiento que le deja su enfermedad (Álvarez, 2009: 166).

Pocas noticias estimulan la actitud de un sano optimismo ante el futuro del hombre. Surge entonces la interrogante de si el progreso biológico de humanización tiene su continuación histórica en un proceso de humanización progresivo e irreversible. La



apariencia de la realidad parece responder de antemano negativamente: Al progreso técnico no parece acompañar un progreso moral. A la vez que constatamos que nunca como hoy se han defendido con tanto ahínco los derechos humanos, esta defensa se rompe precisamente por el más esencial: El derecho a la vida. La violencia no es un recurso extremo para “tratar” situaciones extremas, sino la forma más común para relacionarnos.

Sernet, Smith y Durán (1993: 2) plantean que los grupos que se oponen al aborto son generalmente los que se oponen también a la eutanasia, entre ellos se encuentran: los grupos religiosos conservadores, quienes se oponen a la libertad personal de elección en muchas áreas de la vida, las asociaciones médicas que se dedican a salvar y alargar la vida y se sienten incómodos ayudando a la gente a terminar sus vidas y los grupos de incapacitados que tienen miedo de que la eutanasia sea el primer paso hacia la inclinación de terminar, sin su voluntad, con las vidas de gente incapacitada.

En lo relativo a la eutanasia, la bioética —particularmente laica— indaga, cuestiona y responde acerca de las implicaciones que afectan potestades individuales y sociales vinculadas con la vida, la integridad y la dignidad de las personas, dentro del contexto de los derechos humanos. Al considerar el tema de la eutanasia, algunos condenan esta práctica y otros parecen dispuestos a aceptarla. Javier Gafo considera que la eutanasia debe entenderse como el acto de poner fin a la vida de una persona enferma en la que no existen esperanzas de vivir en condiciones humanas (Gafo, 2000: 159).

Tres cuestiones complejas están presentes en el debate de la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal. El primero convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un Parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de grupos hegemónicos que, en muchos casos, no asumen, la diversidad humana.

Al respecto, vale esgrimir que los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad, ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre, ni la verdad sobre el trato que le corresponde.

Por lo que toca a la dignidad de la vida humana, es prudente señalar que el ser humano es siempre, en todo caso y situación, excepcionalmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de lo que nos singulariza y cohesiona como sociedad.

El fundamento de la medicina paliativa es acompañar al enfermo hasta la muerte. El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. La eutanasia para diversos especialistas podría significar el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto. La solución pasa por dar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratándole tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales. La muerte debería ser también la compañera secreta de la medicina, que puede y debe aprender y enseñar a ser fiable ante los moribundos” (Mantegazza, 2006: 129). Que la medicina tome partido por la vida no debe suponer que deba considerar la muerte sólo como su lado sombrío.

Ya se expuso a lo largo de este trabajo que no hay interrogantes claras ni respuestas sencillas y quizá tampoco argumentos y contra-argumentos cuando se habla de enfermedad, muerte y eutanasia.

El propósito del presente trabajo fue abordar la muerte no para evitar el miedo o dolor que la caracterizan, sino para entender la parálisis que nos domina cuando nos acomete y nos exhorta hacia su horizonte definitivo. La sensación de la proximidad de la muerte, con seguridad nos impelerá a divagar ciertos confines de la vida como aquel sujeto lírico que canta:

“Soy un ser humano” (Cortez, 1985)

Más allá de cualquier ideología...  
más allá de lo sabio y lo profano,  
soy parte del espacio, soy la vida  
por el hecho de ser un ser humano.

Yo soy el constructor de mis virtudes  
como lo soy, a la vez, de mis defectos;  
torrente inagotable de inquietudes...  
genial contradicción de lo Perfecto.  
(...)

Por mí se hace polémica la duda...  
¿Quién soy?, ¿adónde voy?,  
¿de dónde vengo?...  
a través de los tiempos, tan aguda,  
que con ella renazco y me sostengo.  
(...)

Yo soy quien ha creado las prisiones,  
la lucha fratricida y la injusticia,  
más también he inventado las canciones  
y el encanto sutil de una caricia.  
(...)

¿Qué vale más, inquietud de mi existencia,  
cuando llegue el final y quede inerte?  
¿El arte, por fijar mi trascendencia  
o el eterno misterio de la muerte?

Por todo, más allá de ideología...  
más allá de lo sabio y lo profano...  
soy parte del espacio, soy la vida  
por el hecho de ser un ser humano.

No es objetivo de este texto llegar a una conclusión o grupo de conclusiones, antes bien, deja abierta la lectura para ahondar en torno la comprensión de la eutanasia en el vaivén del mundo de las paradojas. Al final del día, la literatura especializada comparte que

No hay una única posición frente a la muerte. No todos quieren acelerar el proceso a la muerte, muchas personas prefieren luchar minuto a minuto y no darse por vencidas fácilmente o desean encontrar cierto sentido o armonía en los últimos minutos. Esta pluralidad de valores y preferencias hace todavía más difícil una toma de decisión en esta área (Luna y Salles, 1998: 228).

El corolario de este corpus reflexivo no es asumir una postura a favor o en contra de la eutanasia, pero sí fundamentar los complejos senderos en torno a un tema que demanda análisis y comprensión integral para evitar decisiones arrogantes o fútiles, de las que podamos trastocar nuestra condición humana. Es por ello que la bioética, como una nueva disciplina, nos plantea que debemos evitar las posturas hegemónicas, pues todo problema es sujeto de reflexión sin olvidar considerar dos aspectos inherentes: la visión plural y laica, ajena a cualquier tipo de dogma. En el tema

del final de la vida, la información objetiva, veraz y oportuna será el primer paso para ejercer el derecho individual de vivir la vida. En muchas ocasiones, la cultura del miedo y del oscurantismo alrededor de la muerte, limita la visión integral de la vida digna.

### **Bibliografía**

- Álvarez del Río, Asunción (2009) “Algunos avances en la regulación sobre la eutanasia en América Latina: el caso de Colombia y México”, *Perspectivas bioéticas*, Año 14, No. 26-27, Buenos Aires, Flacso.
- Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) “Serie de informes técnicos 804”, Ginebra, OMS.
- Cortez, Alberto (1985) “Soy un ser humano”, <http://www.albertocortez.com/canciones/detail.asp?id=133>.
- Engelhardt, Dietrich von (2004) “La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente”, *Bioética y Humanidades Médicas*, Dietrich von Engelhardt, Mainetti et al. (edición), Buenos Aires, Academia Argentina de Ética en Medicina, Biblos.
- Gafo Fernández, Javier (2000) “Eutanasia”, *10 palabras clave en Bioética*, Navarra, Verbo Divino, 5 edc.
- Goldim, José Roberto (2000) *Breve Histórico da Eutanásia*, <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/euthist.htm> (texto publicado inicialmente en 1997 pero modificado em 2000)
- Gracia, Diego (1998) *Ética de los confines de la vida*, Bogotá, El Búho.
- Lecuona, Laura (1997) “Eutanasia: algunas distinciones”, *Dilemas éticos*, Mark Platts (compilador), México, Universidad Nacional Autónoma de México, Fondo de Cultura Económica.
- Luna, Florencia, Salles, Arleen L. F. (comps.) (1998) *Bioética. investigación, muerte, procreación y otros temas de ética aplicada*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- Mantegazza, Raffaele (2006) *La muerte sin máscara. Experiencia del morir y educación para la despedida*, Barcelona, Herder, traducción Rosa Rius Gatell.
- Márquez Mendoza, Octavi (s/f) “Paradojas en la eutanasia” (sin publicar).
- Rivera López, Eduardo (1997) “Aspectos éticos de la eutanasia”, *Análisis filosófico*, vol. XVII, Sociedad Argentina de Análisis Filosófico, Buenos Aires, p. 181.

## II DESASTRES, VOLUNTADES ANTICIPADAS Y BIOÉTICA

Edición Miguel-Héctor Fernández-Carrión

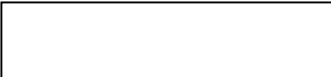
Sartre, Jean Paul (1947) *El existencialismo es un humanismo*, Buenos Aires, Sur, traducción Victoria Patri de Fernández.

476 


---

 Sernet Rodríguez, B., Smith Smith, V., Durán Castillo, F. (1993) *Dilemas bioéticos al final de la vida*, Santiago de Cuba, Instituto Superior de Ciencias Médicas.

Vázquez, Rodolfo (compilador), *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales* (2004), México, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Fondo de Cultura Económica, 2ª ed.



## **18 LA EUTONASIA Y EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA<sup>189</sup>**



### **18.1 La eutanasia y el derecho a una muerte digna: Introducción**

El dejar morir o ayudar a morir a un integrante de la especie humana por su bien o interés se ha denominado eutanasia (Plats, 1997). Se trata de un acto piadoso por naturaleza, encaminado a aliviar el sufrimiento intenso de un ser humano próximo a morir o en condiciones de salud tales que afectan de modo severo e irreversible su calidad de vida.

El tema ha dado lugar a múltiples controversias, desde el hecho de qué se debe entender propiamente por eutanasia, pasando por las implicaciones éticas del problema, hasta la conveniencia de su legalización. Filósofos, médicos, abogados, religiosos, psicólogos, humanistas y muchos más han reflexionado sobre esta cuestión sin que, hasta ahora, se haya llegado a una conclusión contundente sobre la moralidad o aceptación de dicho acto, por la sensación de impotencia y malestar que deja hablar de un tema tan complicado como la muerte.

La muerte está a la orden del día. Entra en nuestras casas, de forma inevitable, a través de los medios de comunicación social. Tanto en la información televisiva como en los periódicos, junto a noticias de carácter político, ocupan la primera página las notas relacionadas con masacres, atentados terroristas u homicidios.

Pocas noticias estimulan la actitud de un sano optimismo ante el futuro del ser humano. Surge entonces la interrogante de si el progreso biológico de la humanización tiene su continuación histórica en un proceso de humanización progresivo e irreversible. La apariencia de la realidad parece responder de antemano negativamente: al progreso técnico no parece acompañarle un progreso moral.

Si bien es cierto que nunca se han defendido como hoy, con tanto ahínco, los derechos humanos, también notamos cómo esta

---

<sup>189</sup> Texto coincidente con “La eutanasia y el derecho a una muerte digna” de Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López y Rosalinda Guaderrama (2014, 105- 124).

defensa comienza a quebrarse precisamente en el más esencial: el derecho a la vida. Mientras que en nuestras sociedades, todas las formas posibles de violencia se desarrollan de forma alarmante. El derecho de los más débiles a la vida -ancianos y niños- incluso en el plano legal se va resquebrajando. La encíclica "Evangelium Vitae" (Juan Pablo II, 2004) habla incluso de que en el siglo XX estamos asistiendo a amenazas programadas de manera científica y sistemática contra la vida, amenazas que suponen una verdadera "conjura". Esta denuncia afecta, sobre todo, a una realidad crucial; la eutanasia.

Así pues, la eutanasia es una de las caras de la realidad en relación a la muerte: el conocido bombardeo de atentados contra la vida. Frente a esto y paradójicamente, el hombre occidental no está siendo educado para acoger e integrar su propia muerte y la de los suyos como parte de la vida. Este es un tema que preocupa de forma creciente en nuestros tipos de sociedad hasta el punto que se ha desarrollado una ciencia especializada en el estudio de la muerte: la tanatología.

Los análisis sociológicos nos revelan que un elemento característico de la cultura actual es el disimulo ante la muerte. La muerte es el nuevo tabú. En algunos hospitales es ocultada como si se tratase de algo que no existe, que es incorrecto o indecoroso, los velatorios suelen estar en sitios ocultos, el duelo de la familia apenas se hace explícito, las manifestaciones de dolor, son consideradas de mal gusto.

Las controversias acerca de la ética de la eutanasia se originan desde la civilización greco-romana. Goldim (1997) expresa que Platón, Sócrates y Epicuro defendían la idea que el sufrimiento resultante de una enfermedad dolorosa justificaba el suicidio. Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, al contrario, lo condenaban con base en el juramento de Hipócrates, principal pilar de sustentación de la dignidad de la profesión médica. La escuela hipocrática se pronunciaba contra lo que hoy se denomina eutanasia o suicidio asistido.

Estas discusiones no sólo existieron en Grecia; Cleopatra VII (69 a. C. - 30 a. C.) creó en Egipto una "Academia" para estudiar formas de muerte menos dolorosas. El tema prosiguió a lo largo de la historia de la humanidad con la participación de Lutero, Thomas Moro -*Utopía*-, David Hume -*El suicidio*-, Karl Marx -*Medical Euthanasia*- y Schopenhauer, entre otros. Hasta los días de hoy, el término sigue constituyendo un motivo serio de la sociedad

(Keown y Matos, 2004).

Subsecuentemente el terna volvió a ser foco de atención en los años que precedieron a la segunda guerra mundial, basado en las teorías del jurista alemán Binding y del psiquiatra de origen germánico Hoche, quienes se tomaron en profetas de la eutanasia, esto es, la eliminación de la vida por razones médicas, y en este caso fundamentalmente ligadas a la “purificación” ética.

En el medio científico han sido establecidas directrices que normalicen conductas mediante un consenso para permitir un abordaje lúcido y racional de mencionado problema, infelizmente aún sin solución (Beauchamp y Childress, 1999).

En la actualidad el debate continúa, y la controversia ha llegado a escala mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la eutanasia como aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente (OMS, 2002) Esta definición resalta la intención del acto médico, es decir, el querer provocar voluntariamente la muerte del otro. La eutanasia se puede realizar por acción directa: proporcionando una inyección letal al enfermo, o por acción indirecta: no proporcionando el soporte básico para la supervivencia del mismo. En ambos casos, la finalidad es la misma: acabar con una vida enferma. De igual forma, la Organización Mundial del Comercio también se han tratado “Sobre la eutanasia”, como *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC* (1986).

Sernet, Smith y Durán (1993) plantean que los grupos que se oponen al aborto son generalmente los que están en contra de la eutanasia, entre ellos se encuentran: los grupos religiosos conservadores, quienes se oponen a la libertad personal de elección en muchas áreas de la vida, las asociaciones médicas que se dedican a salvar y alargar la vida y se sienten incómodos ayudando a la gente a terminar sus vidas y los grupos de incapacitados que tienen miedo de que la eutanasia sea el primer paso hacia la inclinación de terminar, sin su voluntad, con las vidas de la gente incapacitada.

La información y conocimiento del paciente sobre su enfermedad y su demanda libre y voluntaria de poner fin a su vida, el suicidio asistido, no cambia que se trate de un homicidio, pues lo que se propone entra en grave conflicto con los principios rectores del derecho, de la medicina y de la bioética hasta nuestros días.



## 18.2 La iglesia católica

480

Tradicionalmente la religión ha representado una influencia significativa sobre los valores morales, aunque ésta se vaya perdiendo en medida del funcionamiento secular de las sociedades, las convicciones religiosas subyacen en la mentalidad de los individuos y siguen presentes en el debate ético y legal que realizan las sociedades sobre diversos temas. Puesto que las religiones ayudan a enfrentar el misterio y terror que representa la muerte y sirven de consuelo para superar la angustiada situación de acercarse al final de la vida; quienes profesan un determinado credo no son indiferentes a lo que éste señale con respecto a la eutanasia.

Las raíces de la oposición católica con respecto a la eutanasia se encuentran en el antiguo testamento, particularmente en el quinto mandamiento que prohíbe matar; esto condena el homicidio, el suicidio, el aborto y la eutanasia; como se lo cuestiona la Conferencia Episcopal Española al tratar sobre *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos* (2004).

La Iglesia tiene la convicción de que Dios es el único dueño de la vida y el hombre es su mero administrador. A partir de los siglos XVI y XVII, la teología moral católica se refiere al tema basándose en la distinción entre medios ordinarios y extraordinarios.

El Papa recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales, en un momento tan trascendental como es el final de la vida, y por ello aprueba la administración de calmantes aun cuando estos acorten la vida (Álvarez del Río, 2005: 100).

Pío XII se refirió varias veces, dentro de sus numerosas enseñanzas sobre problemas médicos, al problema de la eutanasia. En sus textos, el papa rechaza la eutanasia entendida como “muerte piadosa” y acepta la eutanasia activa indirecta. El 22 de febrero de 1941 el Santo oficio se pronuncia contra la eutanasia eugenésica:

No es lícito matar directamente, por orden de la autoridad pública, a aquellos que, sin haber cometido delito alguno que merezca la muerte, no están en condiciones, a causa de sus deficiencias físicas o psíquicas, de ser útiles a la nación y son considerados más bien

como carga y obstáculo para su progreso y desarrollo (APV, 2009: s.p.).

Su defensa del valor y la dignidad de toda vida humana no es total, puesto que hay una implícita afirmación de la legitimidad de la pena de muerte. El vaticano se pronunciará también de un modo muy duro contra la eutanasia, mencionada junto al aborto, al suicidio y al genocidio: “Todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador” (Pablo VII, 1965, s.p.)

La congregación para la doctrina de la fe expresa la postura oficial de la Iglesia en el tema de la eutanasia:

- A Hay en él una clara afirmación de la inviolabilidad de la vida humana: nadie puede atentar contra la vida de un inocente sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable. Es inadmisibles poner fin a la vida de un enfermo, incluso ante un dolor prolongado e insoportable. Por tanto, el documento rechaza totalmente la eutanasia activa.
- B Suybraya el valor cristiano del dolor y se reafirma en la legitimidad del uso de calmantes.
- C Condena el encarnizamiento terapéutico y afirma el derecho a morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana (Juan Pablo II, 2004).

### 18.3 La escuela laica

Se tratará el ideal de la escuela laica de una manera abstracta, desligándolo de su historia y de su aplicación política, puesto que es una simplificación que no ayuda precisamente a resolver el problema de cómo conciliar la intervención del estado en la enseñanza con el derecho de los ciudadanos y las iglesias a enseñar sus convicciones religiosas. Por ejemplo, negar u ocultar que el laicismo tiene tras de sí una larga historia de abusos y que ha servido como coartada para prohibir enseñanza religiosa es útil para defenderlo pero supone ignorar una de las principales enseñanzas que la historia contemporánea nos ha dado: que el estado, responsable en última instancia de la escuela laica puede servirse de ella para imponer un determinado credo antirreligioso.

Piénsese, por ejemplo en lo que para la izquierda española de

la primera mitad del siglo XX y en la constitución de 1931 significó la escuela laica. Recurrir a la imposición e incurrir en la intolerancia es un peligro que no corren sólo quienes defienden un modelo de escuela fundada en convicciones religiosas y morales, sino también los defensores de la escuela laica.

Por eso parece muy peligroso defender el laicismo sin reconocer que éste debe tener también límites, que están marcados por los mismos derechos humanos en los que dice fundarse.

Hablar de la escuela laica de manera abstracta es también improcedente porque no permite abordar los problemas reales que se plantean en la enseñanza cuando se intenta aplicar dicho modelo educativo. Por ejemplo, supongamos que un gobierno desea regular el contenido de la educación sexual, dado que las convicciones en dicha materia tienen un carácter privado, algo parecido sucede con la enseñanza de una ética laica basada en los derechos humanos.

Tampoco tiene mucho sentido hablar de la escuela laica como si sólo existiera un modelo de laicidad. De hecho, la expresión “laicidad” es en sí misma francesa y Francia constituye una excepción dentro de Europa occidental. La mayor parte de los países europeos no han adoptado el modelo de la escuela laica, sino que más bien han optado por el modelo de la escuela aconfesional; es decir, en lugar de suprimir la enseñanza religiosa de las escuelas, la amparan siempre que padres y alumnos opten por ella de manera libre.

Por otra parte, parece que el modelo de escuela aconfesional es el más respetuoso con las creencias religiosas y morales, y el más adecuado para afrontar el reto de la sociedad multicultural que está en trance de constitución en nuestro país.

Otra cosa que es fundamental es la relativa del concepto “laico”. A partir del presupuesto de la separación entre fe y razón - que se consideraban incompatibles entre sí-, e inspirándose en el positivismo comtiano, se afirmó la necesidad de crear una nueva moral -sin principios a priori, fueran éstos religiosos o metafísicos-, basada en el consenso social, que se constituirá inevitablemente, una vez desterrados los caducos prejuicios teológicos y filosóficos, en virtud de la acción conjunta de la razón científica y el sentimiento social natural en el hombre.

En lugar de desarrollar en las personas amplias ~ sólidas convicciones, sean estas morales o religiosas, lo que hemos conseguido es formar multitud de hombres escépticos, en opinión de los cuales la ciencia apenas demuestra nada y las normas

morales se reducen a las vagas enunciaciones de los derechos humanos.

## **18.4 Posiciones frente a la eutanasia**

### ***18.4.1 Razones en contra de la eutanasia***

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma. La reciente legalización de la eutanasia en Holanda ha provocado la solicitud por parte de algunos partidos políticos la legalización de la eutanasia en España. Con este documento la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos quiere aportar al importante debate social reflexiones fundamentales ante un asunto tan delicado como la despenalización de acciones contra la vida humana.

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. Su despenalización modificará en su propia raíz la relación entre las generaciones y los profesionales de la medicina.

Amnistía Internacional publicó en el “Diario médico” del 3 de noviembre de 1998 (cfr. ACEB, [2000]), que los médicos que intervengan en la ejecución de un reo por medio de una inyección letal incurrir en una práctica contraria a la ética profesional, aunque les ampare la legislación del país. Se ha afirmado que cuando se introdujo el uso de la inyección letal se presentó como un sistema que humanizaba, de manera notable, las ejecuciones. Sin embargo, en la práctica, se tiene constancia de un alto número de casos en los que ha fallado y ha causado una muerte dolorosa. La despenalización de la eutanasia conllevará a la decadencia ética.

### ***18.4.2 Razones a favor de la eutanasia***

La verdadera alternativa a la eutanasia y al encarnizamiento terapéutico es la humanización de la muerte. Ayudar al enfermo a vivir lo mejor posible el último periodo de la vida. Es fundamental expresar el apoyo, mejorar el trato y los cuidados, y mantener el compromiso de no abandonarle, tanto por parte del médico, como por los cuidadores, los familiares, y también del entorno social (Fibla, 2000). La respuesta ante la petición de eutanasia no es la legalización sino una mejor educación y atención sanitaria y social.

La solución vendrá cuando se comience a practicar una buena medicina, es decir, dar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratando tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales del enfermo. Hay que ser respetuosos con la vida y también con la muerte.

En la declaración sobre la eutanasia publicada en 1980: "El documento reconoce el dolor que vive un enfermo terminal y aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aun si éstas abrevian la vida, desaprueba el encarecimiento terapéutico y acepta el derecho a morir con dignidad" (Álvarez del Río, 2005: 99).

Se recomienda entender las solicitudes de eutanasia de los enfermos como peticiones angustiantes de ayuda que no deben tomarse como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

Al considerar el tema, algunos condenan la práctica y otros parecen dispuestos a aceptarla. Javier Gafo considera que la eutanasia debe entenderse como el acto de poner fin a la vida de una persona enferma que no tiene esperanzas de vivir en condiciones humanas (Gafo Fernández, 2000).

Vico menciona que la eutanasia trata de acortar un proceso de muerte ya iniciado que inevitablemente va a ocurrir y que atenta contra el derecho del enfermo a morir dignamente. Dicho autor considera insuficiente la argumentación del vaticano para condenar la eutanasia y cuestiona la diferencia entre la eutanasia pasiva, permitida y la activa.

### **18.5 La eutanasia y la ley**

Según Taboada (2003) cada día surgen más voces que están pidiendo una legalización de la eutanasia. Hasta ahora se ha conseguido en algunos países algo que éticamente es aceptable. Se ha reconocido el derecho del enfermo a rechazar tratamientos extraordinarios y poder morir en paz y con dignidad.

Evidentemente, para varias de las asociaciones favorables a la eutanasia, se trata de un primer paso hacia una situación en la que también se admita la eutanasia positiva con aquellos pacientes que solicitan que se ponga fin a su vida (Zaffaroni, 2001).

Marrero et al. (1996) plantean que existe una serie de objeciones importantes en contra de la legalización de la eutanasia que se dividen en tres apartados: desde el punto de vista de los médicos, del enfermo y de la sociedad:

- 1 Por parte del médico: es muy importante el grave deterioro que puede seguirse en la imagen social del médico como consecuencia de la admisión de la eutanasia que lógicamente sería realizada por medios médicos. La vocación del médico se ha entendido siempre como un servicio a favor de la vida; si se admitiese legalmente la eutanasia el médico se convertiría, en determinados casos, en un agente de muerte. ¿Cómo sería la relación médico-enfermo si éste es consciente que está tratando con una persona que puede poner fin a la vida de los pacientes?
- 2 Por parte del enfermo: ante una petición de eutanasia siempre habrá que preguntarse si el paciente recibe la atención que debería prestársele. Se ha llegado a afirmar que la eutanasia es una práctica “pasada de moda” dadas las posibilidades de aliviar los sufrimientos de los enfermos mediante una administración racional de analgésicos que se disponen hoy. Una hipotética legalización de la eutanasia solicitada por el enfermo, puede actuar en forma de coacción moral sobre él mismo. Éste podría verse forzado a pedir una eutanasia que no desea interiormente pero que se resigna a solicitar ante las dificultades que su enfermedad ocasiona entre las personas que le rodean. En una situación en que la "salida" de la eutanasia es posible, resulta fácil que el enfermo se sienta coaccionado para pedir que se ponga fin a su vida, aunque no sea ésta su auténtica voluntad.
- 3 Por parte de la sociedad. En primer lugar no parece fácil una ley que regule la eutanasia y que evite los abusos que pudieran seguir con ella. Hay que reconocer que no es sencilla una hipotética legalización de la eutanasia que tenga en cuenta esta complejidad de matices y que evite los abusos que se pueden seguir.

Quienes defienden la legalización de la eutanasia afirman que se refieren únicamente a aquellos casos en que el propio enfermo pide insistente y conscientemente que se ponga fin a su vida y a sus sufrimientos. Sin embargo, creemos que no se puede infravalorar el peligro de pasar de una muerte a petición a una sin petición; de la eutanasia aplicada a personas que lo solicitan a la impuesta a enfermos inconscientes.

Subrayemos, además, que los mayores esfuerzos para exigir

la legalización de la eutanasia se hacen en países técnicamente desarrollados, donde se asiste a un importante y creciente envejecimiento de la población: donde los ancianos no encuentran su puesto en la sociedad y se da, para muchos de ellos, una muerte social que precede a su muerte física. El riesgo de una eutanasia aplicada coactivamente a las personas ancianas puede ser una consecuencia importante de una legalización de esa práctica.

### 18.6 Terminología

De acuerdo con diversas filosofías jurídicas los derechos humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el simple hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente.

Eutanasia. Viene del griego “eu”= bueno, “thánatos”= muerte. “Buena muerte” término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento.

Suicidio asistido. Consiste en proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte. Este concepto es altamente peligroso, ya que muchos están de acuerdo con la idea errónea del "derecho a morir", por lo cual no les parece tan censurable el suicidio como el asesinar a una, persona.

Tanatología. Deriva del nombre griego “thánatos”= muerte y “logos”= estudio. Es decir, se refiere al estudio científico de los fenómenos referentes a la muerte.

### 18.7 Conclusión

El ejercicio de la dignidad va ligado a la vida. La muerte es simplemente un hecho y, como tal, no puede recibir los calificativos de digno o indigno, propios de los actos humanos. El falso planteamiento de que la muerte digna no puede llegar al final de un largo proceso de enfermedad, sino que para ser tal ha de ser inducida a voluntad del hombre y fuera de los tiempos marcados

por la naturaleza, ha sido repetido hasta la saciedad. La dignidad la demuestran cada día quienes asumen las limitaciones de su existencia, y de aquellos que han optado por acompañarlos en su camino.

La eutanasia es un acto que busca provocar la muerte a una persona enferma que conlleva graves consecuencias familiares, sociales, médicas, éticas y políticas. El Informe Rimmelink sobre la práctica de la eutanasia en Holanda arroja a la luz 1.000 muertes por eutanasia involuntaria -sin consentimiento- en 1990. Igualmente en los casos en los que la eutanasia es solicitada por el enfermo existe un grave problema ético porque se trata de una derrota social y profesional ante el problema de la enfermedad y de la muerte. Los casos extremos y la autonomía personal, siempre aludidos por los partidarios de la eutanasia para su despenalización, no deben generar leyes socialmente injustas, que enfrentan el deseo individual con el ineludible deber del estado a la protección de la vida física de cada ciudadano.

Tres cuestiones complejas están presentes en el debate de la eutanasia: el consenso democrático, la dignidad de la persona humana y la autonomía personal.

### ***18.7.1 El consenso democrático***

El consenso convierte el principio legislativo en la única fuente de verdad y de bien, y deja la vida humana a merced del número de votos emitidos en un parlamento. Las legislaciones sobre el aborto, la clonación humana, la fecundación extracorpórea y la experimentación embrionaria son consecuencia de la aplicación del principio de las mayorías.

Los derechos humanos no son otorgados por el número de votos obtenidos, ni por la sociedad ni por los partidos políticos, aunque deben siempre reconocerlos y defenderlos. No se basan tampoco en el consenso social, ya que los derechos los posee cada persona, por ser persona. Las votaciones parlamentarias no modifican la realidad del hombre ni la verdad sobre el trato que le corresponde.



### ***18.7.2 La dignidad de la vida humana***

488

La acción de nacer y de morir, no son más que hechos y sólo hechos, adornados naturalmente de toda la relevancia que se quiera. Precisamente por ello no pueden ser tenidos como dignos o indignos según las circunstancias en que acontezcan, por la sencilla y elemental evidencia de que el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcionalmente digno, esté naciendo, viviendo o muriendo. Decir lo contrario es ir directamente en contra de lo que nos singulariza y cohesionamos como sociedad.

Legalizar la eutanasia es una declaración de derrota social, política y médica ante el enfermo que no acabará con las perplejidades de la vida, ni de la muerte ni con las dudas de conciencia de los médicos, de los pacientes y de los familiares.

### ***18.7.3 La autonomía personal***

El derecho a morir no está regulado constitucionalmente no existe en la constitución la disponibilidad de la propia vida como tal; si existiera este derecho absoluto sobre la vida, existirían otros derechos como la posibilidad de vender tus propios órganos o aceptar voluntariamente la esclavitud.

La autonomía personal no es un absoluto. Uno no puede querer la libertad sólo para sí mismo, ya que no hay ser humano sin los demás. Nuestra libertad personal queda siempre conectada a la responsabilidad por todos aquellos que nos rodean y la humanidad entera. La convivencia democrática nos obliga a someternos y a aceptar los impuestos, las normas y las leyes que en ningún momento son cuestionados como límites a la libertad personal. ¿Por qué no queremos descubrir un bien social en la protección legal de la vida en su finitud?, qué cultura dejaremos a nuestros hijos si les transmitimos que los enfermos no merecen la protección de todos?

### ***18.7.4 Papel del médico***

El acto médico se basa en una relación de confianza donde el paciente confía al médico el cuidado de su salud, aspecto primordial de su vida, de sí mismo. En la relación entre ambos no

puede mediar el pacto de una muerte intencionada. La eutanasia significará el final de la confianza depositada durante milenios en una profesión que siempre se ha comprometido a no provocar la muerte intencionalmente bajo ningún supuesto.

La eutanasia deshumanizará la medicina. Solamente desde el respeto absoluto es posible concluir que todas las vidas humanas son dignas, que ninguna es dispensable o indigna de ser vivida. Así mismo, la eutanasia frenará el progreso de la medicina. Los médicos se irán volviendo indiferentes hacia determinados tipos de enfermedad, no habrá razones para indagar en los mecanismos patogénicos de la senilidad, de la degeneración cerebral, del cáncer en estado terminal, de las malformaciones bioquímicas o morfológicas, etcétera.

Las curas se dan por brindar un cuidado integral a quien pronto va a morir, tratándole tanto los sufrimientos físicos como los sufrimientos psíquicos, sociales y espirituales. Este es el fundamento de la medicina paliativa que desde la perspectiva del respeto absoluto debido a toda persona y ante los límites terapéuticos de la propia medicina, pasa a controlar los síntomas de la enfermedad, especialmente la presencia de dolor, acompañando al enfermo hasta la muerte.

### **Bibliografía**

- Academia Pontificia para la Vida (APV) (2009) “Dignidad del moribundo: La eutanasia y el suicidio asistido”, *V Asamblea general de la academia pontificia para la vida* (27/02/99), <http://muertedigna.org/textos/euta420.htm>.
- Álvarez del Río, A. (2005) *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Associació Catalana d’Estudis Bioètics (ACEB) ([2000]) “Razones del ‘no’ a la Eutanasia”, [https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion\\_temas/eutanasia/Razones\\_del\\_no\\_a\\_la\\_eutanasia.pdf](https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/Razones_del_no_a_la_eutanasia.pdf).
- Beauchamp, T., Childress, J. (1999) *Principios de ética biomédica*, Barcelona, Masson, 4 edc.
- Conferencia Episcopal Española (2004) *La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos*, Conferencia Episcopal Español, Madrid, Ediciones Palabra.
- Fibla, C. (2000) *Debate sobre la eutanasia*, México, Editorial Planeta.

- Gafo Fernández, J. (2000) *10 palabras clave en bioética*, Ed. Navarra.
- Goldim J. R. (1997) “Breve Histórico da Eutanásia”, [www.ufrgs.br/HCPA/gppgl euthist.htm](http://www.ufrgs.br/HCPA/gppgl euthist.htm)
- Juan Pablo II (2004) *Evangelium vitae*, Roma, Vaticano.
- Keown J., Matos, T. (2004) *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Márquez Mendoza, Octavio, Veytia López, Marcela, Guaderrama Guaderrama, Rosalinda (2014) “La eutanasia y el derecho a una muerte digna”, *Reflexiones latinoamericanas en bioética*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guaderrama (compiladores), México, Editorial Torres Asociados, Universidad Autónoma del Estado de México, 05- 124.
- Marrero Amaro, M. *et al.*, (1996) “Principios básicos de la bioética”, *Revista Cubana de Enfermería*, 12 ( 1).
- Organización Mundial del Comercio (OMC) (1986) “Sobre la eutanasia”, *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002) *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, París, OMS.
- Pablo VII (1965) *Constitución pastoral*, Roma, [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/)
- Plats, M. (1997) *Dilemas éticas*, México, UNAM, Fondo de Cultura Económica.
- Sernet Rodríguez, B., Smith-Smith, V., Durán Castillo, F. (1993) *Dilemas bioéticos al final de la vida*, Santiago de Cuba, Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Taboada R. M. (2003) “Aspectos éticos y bioéticos en la atención del paciente crítico”, *Revista Cubana Medica*, 42 (1), 5-11.
- Zaffaroni, E. R. (2001) *Derecho penal, parte general*, México, Porrúa.



## 19 UNA REFLEXIÓN SOBRE LA EUTANASIA DESDE LA TRANSDISCIPLINARIEDAD<sup>190</sup>



Cuando se abre la caja de Pandora, los males que se escapan amenazan a los humanos que pueblan la Tierra. En el fondo de la caja, estaban guardadas la espera y la esperanza. Y es de esta espera y esta esperanza que pretende dar testimonio la transdisciplinarietà (Nicolescu, 1996: 15).

### 19.1 Introducción

La naturaleza humana coherente con toda su genialidad y creatividad genera proyecciones que han llegado a límites nunca antes vistos, sin embargo, dichas virtudes tienen su opacidad donde es inminente una autodestrucción masiva; tal devastación tiene una triple dimensión: material, biológica y espiritual, que es, por supuesto, el producto de una tecnociencia ciega, pero triunfante que sólo obedece a la impecable lógica de la eficacia por la eficacia.

Afortunadamente esta inminente degradación se ha visto acompañada de un ápice de genialidad sin perversidad, la transdisciplinarietà, entendiéndose, no como la única ruta, sino como una vía para dar testimonio de nuestra presencia en el mundo de la experiencia vivida a través de los extraordinarios saberes de nuestra época.

La transdisciplina es propositiva, paliativa, generadora de cambios imperiosos en diferentes estratos sociales no tratándose de un paradigma difuso, sino más bien complejo. Es así que un pensamiento transdisciplinario se convierte por sí mismo en una propuesta transcultural, transreligiosa, transnacional, transhistórica y transpolítica, capaz de reflejar una responsabilidad individual del desarrollo interior del ser humano donde las estructuras sociales deben crear las condiciones ideales para que dicha responsabilidad pueda surgir y realizarse, sin olvidar que el bienestar material y el bienestar espiritual se condicionan entre sí, evocando así que la dignidad del ser humano también es de orden cósmico y planetario.

El reconocimiento de la tierra como patria es uno de los

---

<sup>190</sup> Texto coincidente con “Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinarietà” de Octavio Márquez Mendoza (2014, 257-278).

principios de la transdisciplinariedad. Todo ser humano tiene derecho a una nacionalidad, pero como habitante de la Tierra es, al mismo tiempo, un ser transnacional (Nicolescu, 1996: 111), lo cual le confiere una responsabilidad que lo coloca en el camino del entendimiento de su Realidad y de los distintos niveles de la misma.

Un ser transdisciplinario estaría en busca del entendimiento de temáticas indiscutiblemente transdisciplinarias, concernientes a su raza humana, misma que se asume superlativa, virtuosamente peligrosa e invariablemente contradictoria, estos adjetivos no la excluyen de hechos reales casi nunca deseados para sí, pero inevitables, como el sol es a la luna la vida es a la muerte, el entendimiento, la aceptación, la interpretación y vivencia positiva de la misma se antojan complejos de cumplir, mismos que algunos dignamente y/o temerosamente deben enfrentar establecidos en la perspectiva de la eutanasia; por lo cual es claro pretender que toda disertación aquí plasmada está determinada en un contexto localmente global, y desde este panorama todo lo que una mujer u hombre pueda generar dada su capacidad creativa inexorablemente humana es su derecho y obligación, compartirlo y dejarlo que mane en pro de la dignificación humana.

La eutanasia ha sido un tópico que históricamente ha preocupado a la raza humana despertando diversos puntos de vista, todos ellos en referencia a una perspectiva histórico sociocultural (Goldim, 2004), sin embargo, dichas similitudes y/o diferencias no deben ser objeto de satanización o veneración, dado que las posturas que se han adoptado actualmente en muchos países son objeto de discusión, hallando que la conjugación de las diversas características que distinguen a cada cultura y nación son imposibles de equiparar, lo cual le otorga un estatus inimitable. Todo esto desde la perspectiva transdisciplinaria, nos indica que no existe un lugar cultural privilegiado desde donde se pueda juzgar las demás culturas, ya que el proceso transdisciplinario es, en sí mismo, transcultural.

Entendiéndose la Eutanasia como un ente temático actual, se propone un análisis holístico en pro de una perspectiva unificada para ésta y un sin número de materias que despiertan consensos o discrepancias, casi siempre vistas desde un punto de vista unidimensional, como lo enmarca Jacques Robin, la transdisciplinariedad vivida puede conducir no sólo al cambio de mentalidades, sino también a un cambio de comportamiento social (Almarza, 2006).

Todo lo que el ser humano asimila y comprende procede de una Realidad “misma que es objeto de estudio de esta área y da un punto más de complejidad, son consecuentemente diferentes grados de entendimiento por los cuales se deben acceder y trascender a nivel de conceptualización y esclarecimiento” (Nicolescu, 1996: 12), no sólo de la eutanasia, sino de todas aquellas temáticas que por ahora son las herramientas teórico prácticas con las cuales se cuenta, no se ha logrado disertar de una manera multidimensional e integradora.

De este modo, no se pretende descalificar cada uno de los aportes científicos realizados hasta el momento; sin embargo, las necesidades actuales a nivel sociocultural demandan una perspectiva transdisciplinaria. Todo este matiz teórico se ve apuntalado por un entendimiento aún más ambicioso que ayuda a comprender la Realidad desde un pensamiento poco conservador e ideales para nuestro tiempo, misma que se ve desfigurada gracias a la teoría del *quantum* atinada por Max Planck, en un problema simplemente complejo como la discontinuidad de la materia.

## 19.2 Transdisciplinarietà

La transdisciplinarietà, que pretende abordar el conocimiento de manera más profunda involucrando los clásicos valores lógicos, aquellos excluyentes de la diada objeto (cognoscible) y el sujeto (cognoscente), esto en un sistema dual reduccionista vigorizado por un tercero antes excluido, el cual perturba de sobremanera este sistema que demanda la creación y ampliación de aquellos valores lógicos, un sujeto interno y un objeto externo unidos, entendidos en una Realidad pragmática y ontológica que al mismo tiempo (Núñez, 2011: 16) es una perspectiva de inteligencia que requiere de una ética compartida necesaria para entender los significados disciplinares, pero también de “formar lazos de unión entre los resultados de las diferentes disciplinas”, como escribe Nicolescu:

La acción transdisciplinaria se manifiesta y produce interactiva y complementariamente entre, a través y más allá de disciplinarietà, simultáneamente en distintos niveles de Realidad, integrando y complementando conocimientos de todas en favor de una comprensión del mundo en los términos en que actualmente se problematiza, y teniendo como meta el compartimiento de un nuevo lenguaje y una nueva lógica conceptual producto del flujo de

la nueva información resultante, que permita el diálogo real e integrador entre especialistas de diversos campos y disciplinas de conocimiento (cfr. Almarza, 2006).

El entendimiento de la transdisciplinariedad debe remontarse a aquel momento en el cual se irrumpen los límites entre las disciplinas sobre todo en el campo de la docencia, para superar la pluri y la interdisciplinariedad. La necesidad de un punto de vista holista es inminente, sobretodo en temáticas tan complejas como lo es la eutanasia, ya que plantea enormes retos de concordancia y desafíos irrepetibles en nuestro mundo contemporáneo y convulsionado. El entendimiento nítido del conocimiento científico es una premisa válida en el mundo actual que va más allá de las disciplinas; al inhibir los límites teóricos-metodológicos en pro de una unificación de las asignaturas todas aquellas especialidades se verán inmersas y pertenecerán a un diagrama de flujo que conlleva a niveles holísticos, está por demás decir que dicha concepción es por sí misma compleja, más no imposible de entender y ejecutar.

Es claro que esta perspectiva contemplaba previsiones, si se recuerda a los fundadores de la mecánica cuántica, Planck, Bohr, Einstein, Pauli, Heisenberg, Dirac, Schrödinger, Born, de Broglie y otros, que entendieron el alcance sociocultural de sus aportes científicos y asumieron una actitud imparcial de sus descubrimientos, al dejar de lado sus convicciones religiosas o filosóficas, ante pruebas experimentales que guiaron su accionar teórico (Nicolescu, 1996: 23). Justo en los umbrales del siglo XX, Max Planck se enfrentó a un problema de física, de apariencia inocente, como todos los problemas de física. Pero para resolverlo, llegó a un descubrimiento que le provocó, según su propio testimonio, un verdadero drama interior, puesto que se había convertido en el testigo del ingreso de la discontinuidad en el campo de la física. Según el descubrimiento de Planck, la energía tiene una estructura discreta y continua. El quantum, que dio su nombre a la mecánica cuántica, iba a revolucionar toda la física y cambiar, de manera profunda, nuestra visión del mundo. Se descubren e introducen conceptualizaciones y paradigmas nuevos, en el que la reinterpretación de la “Realidad” era un estado inminentemente necesario.

El romper con paradigmas casi inexpugnables fue revolucionario, ya que existen herramientas metodológicas básicas para poder explicar la transdisciplinariedad: la lógica de la identidad aristotélica, la lógica multidimensional paraconsistente y

el teorema de Gödel, la física cuántica y la teoría del caos (Almarza, 2006). Al respecto, se cuenta con un programa claro de entendimiento por parte de Nicolescu que desarrolla los que serían designados como los tres pilares de la transdisciplinariedad, y a continuación se caracterizan:

- 1 Complejidad: dependiente de la teoría del caos, simple de plantear pero difícil de disponer, esencialmente todos y cada uno de los fenómenos son potencialmente complicados pues no responden a una raíz mono factorial, al contrario, su explicación jamás será simple, sino multifactorial y compleja.
- 2 Niveles de realidad: basados en la teoría cuántica, dada su complejidad, que va más allá de lo directamente observable, se concibe de modo multidimensional; esto, la Realidad no es un todo compacto, sino que la integran diversos niveles bajo un conjunto de sistemas que son invariantes (permanentes) bajo la acción de ciertas leyes de índole general.
- 3 Tercero excluido: Describe la coherencia entre los niveles de la Realidad, los niveles no son compartimientos estrictamente separados unos de los otros, sino que existen puentes que los unen. En esta medida existen territorios en los cuales coexisten contenidos de un nivel con algunos del otro.

La realidad según la transdisciplinariedad debería responder a principios ontológicos que esencialmente se entenderían desde la clásica construcción aristotélica. Elementos básicos de identificación en una lógica donde una cosa es una y no es la otra, pero no ambas, es disyuntiva y no inclusiva; es excluyente, no obstante, esta cuadratura tiende a desprender conjeturas que rompen con sus límites, mismos que desaparecen y arrojan distintas alternativas y soluciones de identidad, todo ello deviene de la física cuántica, o del *Teorema de la incompletud* de Gödel (Núñez, 2011: 32). Los principios de lógica de Sócrates, Platón y Aristóteles priorizaban la negación del principio y la identidad postulada en sus razonamientos, exhibiendo un opuesto excluyente, sin embargo, Hegel indica la existencia de un opuesto incluyente del principio y la identidad postulada, siendo dialécticamente recíproco (Núñez, 2011: 38). A este hecho se posiciona como eje principal la búsqueda de una lógica flexible incluyente que coadyuve a la reinterpretación de la Realidad, como la que se desprende de la física cuántica.



Lo cuántico muestra que la realidad va más allá y se descubre como un ente flexible que “reveló a los físicos el carácter subatómico de la realidad material, en el que es simultáneamente onda y partícula, continuidad y discontinuidad, materia y energía” (La Rosa, 2006), es decir, todo aquello que ocupe una identidad será a sí mismo su puesto y su recíproco en tiempo y forma en el mismo escenario, existiendo un tercero excluido donde A y No- A son simultáneos y existentes bajo esta lógica incorporándolo a un no menos complejo esquema aristotélico.

La lógica del tercero incluido plantea que existe un nivel de Realidad, aquel en el que A es sólo A, y B sólo B, en el cual cabe solamente la identidad respecto a sí misma; pero que también existe otro nivel de Realidad, aquel en el que A es A y esa misma A es B, donde tiene lugar la identidad misma y la que niega a sí misma, pero la lógica del tercero incluido puede explicar la coherencia que, en el otro nivel, se manifiesta como incoherencia (Almarza, 2006).

Complementándose, la lógica del tercer excluido es la lógica privilegiada del pensamiento complejo, es la pauta que conecta la parte con la totalidad. Es una lógica de aceptación/inclusión que no puede abolir la lógica del tercero destituido, pues abarca los excluyentes y por un proceso reiterativo, es capaz de describir la coherencia entre los niveles de realidad. Entendida como una relación con la totalidad estuvo presente como un todo cósmico. La trans-relatividad, implica que si algo afecta alguna parte del cuerpo afectara al todo en su totalidad, de igual manera el trans-sujeto afecta a todo el trans-objeto, independientemente de si hay o no conexión directa.

De esta manera se propone ver a la realidad no sólo como única y unidimensional, sino como fundada en niveles existentes. Dichos niveles de realidad son radicalmente diferentes de los niveles de organización, tal como están definidos en los enfoques sistémicos. Los niveles de organización no presuponen una ruptura de los conceptos fundamentales: varios niveles pertenecen a un único y mismo nivel de realidad.

Los niveles de organización corresponden a estructuras diferentes de las mismas leyes fundamentales (Almarza, 2006: 24). El surgimiento de al menos dos niveles de realidad diferentes en el estudio de los sistemas naturales es un acontecimiento capital en la historia del conocimiento. Puede llevarnos a repensar nuestra vida individual y social, a dar una nueva lectura a los conocimientos antiguos, a explorar de otra manera el conocimiento de nosotros

mismos aquí y ahora.

Niveles de realidad evocados desde la misma ruptura donde la ciencia moderna nace, la separación total entre el sujeto y la Realidad que es un elemento más y distinto de aquel que la observa. Difiriendo de la ciencia moderna que fundamenta su credibilidad en la razón como mejor juez, basada en leyes de orden (La Rosa, 2007), ya sea universalmente matemático o de experiencia científica e incluso reproductiva.

Así pues, el *Teorema de la incompletud* (García, 2010) es el esquema que rompe con el diseño cuadrado de la realidad, donde todo lo verdadero y lo falso deberían de convivir sin ser excluyentes uno del otro, es decir, aceptar la verdad pero también la falsedad, en donde la lógica expresada a través de la palabras nos insista a repensar cómo definir con palabras una palabra, visto desde este modo migramos de un nivel de realidad a otro en medida que distingue esta diferencia lógica (Núñez. 2011: 32).

Se cita nuevamente a Nicollescu, cuando respecto del teorema gödeliano afirma:

La estructura gödeliana de la organización de niveles de la realidad, asociada a la lógica del tercero excluido, implica la imposibilidad de sostener una teoría completa para describir el paso de un nivel al otro, para describir la estructura de esos niveles de realidad. La unidad relaciona todos los niveles de Realidad y, necesariamente, es una unidad abierta (Nicollescu, 1996: 35).

Los fenómenos complejos, simultáneos y de múltiples elementos enfrascados en dinámicas no lineales ni predecibles, sino azarosos o aleatorios, devienen del entendimiento de la Teoría del caos, misma que exige la comprensión de lo caótico mediante lo alternativo y lo abierto en el intento nítido de entender e interpretar fenómenos complejos alejándose de aquellos lineales y predecibles (Almarza, 2006).

Enmarcado en un mundo contemporáneo y convulsionado como el nuestro, induce que los intentos de explicación y entendimiento estén acorde a lo que se intenta explicar y entender, por ende abre sus directrices al caos como objeto de estudio, donde las ciencias humanistas observan una vertiente realimentadora. Al exhibir y reconocer que el caos hace posible el orden y la razón ya no se opone al caos, sino que se entiende como un medio para llegar a un orden distinto o más bien transdisciplinario, ya sea un nivel más complejo o más sencillo de manifiesto en la realidad, es

ahí donde esta Teoría concuerda con la epistemología transdisciplinar.

498 Los aspectos inéditos de la dinámica física descubiertos en el siglo XX arrojan lógicas, sentidos y explicaciones diferentes, contribuyendo con nuevos modelos de interpretación epistémica que devienen en alternativos instrumentos de solución que, si no suplantán a los anteriores, les enriquecen. Sus puntos de encuentro con otros ámbitos del pensamiento generan novedosas explicaciones correspondientes con la nueva lógica de enfoque transdisciplinar, y amplían el conocimiento del mundo físico, social y cultural, que enriquece los saberes antes estancados y hoy interrelacionados en múltiples conexiones disciplinarias.

Todo esto nos indica una realidad descrita por Sánchez González quien dice que los homínidos, al hacerse humanos, descubrieron la realidad. Se capta a la realidad como instancia independiente de nosotros mismos, que tiene poder y fuerza propios. Esa realidad tiene propiedades “objetivas” que se originan en ella misma (Sánchez, 2007: 9). Se tienen preferencias que se pretenden “realizar” en conjunto con actos voluntarios. Se tiene libertad para elegir y actuar.

El ser humano reconoce la realidad como instancia suprema, aspira a vivir en ella, se ajusta a sus deseos al adaptarse él mismo dentro de ésta. De esta manera la voluntad de realidad supera incluso al deseo de felicidad personal. El sentimiento de obligación moral surge después de descubrir que se posee libertad y se puede elegir entre los diferentes valores, es el origen de la ética.

### 19.3 Eutanasia

Un hecho inherente a la vida del hombre es la muerte. Este evento por sí solo es difícil de transitar, de forma inevitable, inminente y, en muchos casos, azarosa, la muerte confronta hasta someter ante su radicalidad. Constituye un suceso extraño e inadvertido, que no está previsto de manera frecuente en nuestros pensamientos cotidianos, hasta que no se encara con ella. Si bien es cierto que existen múltiples formas de vivir, la contraparte advierte que para vivenciar la muerte, también concurren los más variados caminos que se bifurcan en múltiples explicaciones.

La muerte como concepto abstracto y real, tan abstracto como poder comprender que el cuerpo de un ser querido está frente

a ti y emana vida sólo por un respirador artificial, las sensaciones y emociones se ven reducidas a un mínimo movimiento ambulatorio y tan real como aquella concertación del médico que dice: “ya no hay nada que hacer”, medicamente hablando; desde la antigüedad el fenecer es y continuará estableciendo una de las preocupaciones esenciales del hombre. Concepto inspirador de diversas expresiones, creencias y supersticiones es un hecho irrefutable de la vida humana, nos confronta de manera azarosa ante su radicalidad. Dicho suceso es capaz de extraer de la naturaleza humana variados significados divergentes; en múltiples expresiones todo dependerá de la perspectiva con la que se aborde, ya sea el punto de vista médico, fisiológico, psicológico, psicoanalítico, pasando por el antropológico, económico religioso, bioético, etcétera.

Conceptualmente la eutanasia es un homicidio por piedad (MercyKilling, en inglés) es decir homicidio por razones humanitarias, habitualmente para evitar el sufrimiento intolerable (Keown, 2004: 30) en la búsqueda nítida de una muerte honrosa y agradable.

Goldim expresa que Platón, Sócrates y Epicuro defendían la idea de que el sufrimiento resultante de una enfermedad dolorosa, justificaba la muerte o el suicidio. Seneca citado en Gracia señala al abordar la relevante práctica médica, “que a quienes no sea posible prolongar la vida, se les facilite una muerte llevadera. Plinio, por su parte, elaboró una lista de enfermedades, cuyo pronóstico mortal, socorría el apoyo médico para acelerar la declinación de la vida” (Gracia, 1998: 348).

Aristóteles, Pitágoras e Hipócrates, al contrario, lo condenaban. El Juramento de Hipócrates (siglo V a.C.) contemplaba el nacimiento y la muerte como parte esencial de la ética médica. Con respecto a la muerte, el mayor precepto consistía en demandar al médico la preservación y protección de la vida, evitar ponerla en peligro o acabar con ella. De manera particular, la historiografía registra la palabra eutanasia en la época del emperador César Augusto (27 a.C. - 14 d. C.), cuando la imploraba para él y su familia tan pronto se enteraba de la muerte rápida y sin dolor de alguien.

En la literatura clásica, eutanasia y desahucio son términos correlativos. En la Edad Media se suscita un cambio paradigmático con las ideas cristianas de piedad y amor al prójimo. En este contexto, la eutanasia, el suicidio y el aborto son vistos como pecados, debido a que el hombre no puede disponer de manera libre sobre la vida, que le fue otorgada por Dios. Todo esto no sólo

dictado desde la parte teórico explicativo, sino a su vez alcanzado por la praxis, donde la eutanasia esta provista a nivel filosófico, legal, médico, psicológico, de innumerables paradojas, por ejemplo, ante la instancia que actúa contradictoriamente al Juramento de Hipócrates, “no aplicare ningún veneno a nadie aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo” (Mainetti y Tealdi, 1989: 231), por la que se contemplaba el nacimiento y la muerte como parte esencial de la ética médica. Con respecto a la muerte, el mayor precepto consistía en demandar al médico la preservación y protección de la vida, evitar ponerla en peligro o acabar con ella. “El ideal de la filosofía estoica es la aceptación de la muerte mientras haya vida (moridiscere)” (Mainetti y Tealdi, 1989: 232).

El escuchar la palabra eutanasia y el entendimiento de la misma conlleva al ser humano a observar, a discutir y aceptar o rechazar, opiniones esenciales y taxativas, determinadas por universos, por los cuales está compuesto todo ser humano, de naturaleza ideológica, política o religiosa y en gran medida pensamientos cerrados que subrayan la noción de masa, confusa y deforme, concepto abstracto que elimina la importancia del desarrollo interior e ignora la nobleza interior de todo ser humano.

La polémica con respecto a la eutanasia y otros temas relacionados con la vida y la muerte, como el aborto y los experimentos con embriones, frecuentemente se aborda en términos del valor de la vida o de la manera en que debe entenderse el carácter sagrado de la vida o su importancia intrínseca. No obstante, todas estas apreciaciones parten del supuesto de una importancia especial adjudicable a la vida humana, o a la vida de algunos seres humanos, sin tratar de explicar en qué consistiese esta importancia especial.

No es la vida en sí lo que es especial, sino los individuos, de cuya vida se habla, y es así debido a que son individuos de cierta clase. Desde esta perspectiva, no es el respeto a la vida, sino el respeto a las personas lo que constituye el imperativo moral que debe ser comprendido (Keown, 2004: 34). Empero, el verdadero problema de la eutanasia se puede enunciar de manera breve y sencilla según Diego Gracia:

es la tragedia que constituye la muerte prematura y no deseada de miles de personas en todas las sociedades que mueren por falta de medicinas y otros recursos, a quienes se les deja morir o son

mueratas debido a que los demás creen que no vale la pena conservarles la vida y constituye una vana y perversa arrogancia frustrar los deseos de quienes desean morir o conservar indefinidamente la vida de aquellos quienes han perdido por completo su calidadde personas, mientras que los deseos de quienes no desean morir son continua e insensiblemente desatendidos (Gracia, 1998: 221).

Existen algunas atenuantes donde el ser humano por el sólo hecho de tener un estado que comúnmente se conoce como “delicado o en riesgo de salud” ha desencadenado en generar diversas formas de “salvación” de la vida de quien está desahuciado o, en contraposición, de una muerte precipitada en pro de terminar con el sufrimiento del afligido. Por tal motivo el concepto de la eutanasia es complejo, “alude profundamente a la autoimagen y a la imagen del mundo del hombre, a la comprensión de la enfermedad y la muerte. Trata sobre la libertad y la subordinación, la naturaleza, la sociedad y la cultura (Engelhardt, 2004: 205).”

Estas consideraciones nos permiten justamente comprender la dificultad para interpretar la eutanasia, por lo que toca el turno de vislumbrar los diferentes tipos que en ocasiones también son blancos de confusiones obcecadas. Derivado de la práctica eutanásica que se ejerce a una persona específica, surgen tres modalidades diferentes:

Eutanasia voluntaria: cuando el paciente consciente que se le practique la eutanasia. Pudiera no ser tan problemática, pero no está exenta de dificultades serias: Una de ellas, la posibilidad de que el paciente no esté realmente motivado por la búsqueda de su propio bien, sino más bien se sienta orillado por llevar a costas la sola idea de que representaría una carga para quienes la cuidan; otra dificultad está prevista al existir desinformación, sobre todo cuando la persona no tiene claros sus propios intereses o adopta fuertes, pero falsas creencias de su condición; una dificultad más se centra cuando alguien tiene intensos deseos y recurrentes deseos de morir, a causa de una depresión endógena o una psicosis maniaco-depresiva, que pudiera inclinarlas, en momentos críticos, a tomar decisiones irreversibles.

Esto quiere decir que únicamente pueden considerarse candidatas, “las personas competentes, en pleno uso de sus facultades y libres de condiciones que pudiera distorsionar su juicio, que hacen una petición indudablemente voluntaria, efectivamente motivada por la búsqueda del propio bien, exenta de

coerciones de ningún tipo y bien informada” (Lecuona, 1997: 97).

Eutanasia no voluntaria: cuando el paciente no consiente, porque no es competente para hacerlo (es un niño o se encuentra en estado de perturbación). Los ejemplos más discutidos de eutanasia no voluntaria en su modalidad pasiva son los de individuos en estado de coma prolongada e irreversible. En el momento que hay prueba contundente de que el paciente preferiría morir a continuar con una vida que no da ni sufrimiento ni satisfacciones, el bienestar de los deudos resulta para muchos especialistas más digno de procurar y considerar, más que “el ensañamiento terapéutico y el regocijo de algunos médicos ante sus hazañas de ciencia ficción”. Por deudos, Laura Lecuona señala a “la gente que lleva años en duelo, pero que aún no puede enterrar a su muerto” (Lecuona, 1997: 46).

Eutanasia involuntaria: cuando el paciente no consiente, o bien porque es consultado y rechaza o bien porque pudiéndosele consultar no se le pide su opinión; de modo que se trata de la modalidad de eutanasia más cuestionable, porque influye la decisión de un tercero, contradiciendo los principios bioéticos de la autonomía o autodeterminación. Aunque para determinar su argumento justificante, los autores advierten sobre la importancia de ahondar en el caso específico, a efecto de valorar las vicisitudes éticas de la eutanasia. “En muchas ocasiones, la pantalla mediática de los medios de comunicación masiva actúa como tribunal parcial en demanda de la vanagloria del rating sin importar las opiniones cuestionables que genera la sociedad en general, al no contar con los elementos suficientes para brindar una opinión racional y ética” (Keown, 2004: 30).

Adoptará irrelevancias o trascendencias que pondrán a prueba principios regidores de nuestro acontecer diario “el bien morir o el mal vivir”, dilema que viven en carne propia personas desahuciadas y todo aquel que rodea tan hiriente pero ineludible evento, pues sufrir es saber que tu hijo, tu madre o tú mismo sólo esperan el momento fatal, porque el diagnóstico es de irreversible arribo.

La inminente llegada de la muerte dispone que la naturaleza humana exponga conceptualizaciones simples de entender pero difíciles de decidir, lo cual no justifica tomar decisiones sin prever las posibles implicaciones. Desde la perspectiva medica la prueba de que “ya no hay nada que hacer” seguirá pesando como una desilusión en la efectividad social y existencial de una ciencia que

no comprende que su “quehacer” comienza precisamente ahí, en el umbral del aciago diagnóstico (Gracia, 1998: 200).

#### 19.4 Reflexiones finales

La necesidad de adquirir una perspectiva transdisciplinaria se basa en un supuesto e inminente caso del complejo proceso de la eutanasia, donde se encuentran, con algunos otros traspiés, la inminente muerte de un ser querido que se advierte desde el preámbulo temático, la problemática tácita: “Es indudable que para el paciente muy enfermo o terminal, para su familia y para los médicos que lo atienden, las decisiones sobre el curso de tratamiento a seguir acarrearán graves consecuencias. Muchos factores son especialmente relevantes en la toma de estas decisiones ante una muerte inminente” (Luna y Salles, 2000: 109).

Existe la posibilidad inevitable de que cualquiera fue, es o será parte de una situación tan compleja pero propia del transcurso de la vida humana; con un resultado inaplazable, el desbordamiento de sentimientos y emociones más profundos, donde el vínculo que se generará entre los participantes de tal escena es inexcusable, incluso para el personal de salud; descubriéndose así la parte más humana independientemente del papel que conlleve vivir en dicha escena, todo esto en una situación ideal y lo más dignificadamente posible y en su caso los prestadores de algún servicio de salud, lo más profesional y éticamente posible.

Sin embargo, en la praxis y en la lógica fundamental de la globalización, se ha propiciado la deshumanización en los servicios de salud, la cual evita y quizá condena tan ideal escena: donde casi todos o todos los actores aún no cuentan con la capacidad para afrontarla de la manera más humana y dignificadamente posible. Por otra parte algunos prestadores de algún servicio de salud no cumplen su papel de facilitadores que favorezcan un contexto lo más adecuado y permisible en tan amarga situación; se podrían argumentar diversos criterios en pro o en contra, la saturación de los diferentes centros de atención hospitalaria, el limitado presupuesto en el rubro de salud pública o la simple displicencia de las autoridades.

Empero, este no es el objetivo, más bien es poder exponer cómo dichas actividades que son parte del acontecer diario pueden mejorarse desde una perspectiva transdisciplinaria; por ello, se



propone un transhumanismo que ofrece a cada ser humano la capacidad máxima de desarrollo cultural y espiritual. Se trata de buscar lo que hay entre, a través y más allá de los seres humanos, lo que se podría llamar el Ser de los seres.

Temas tan importantes como la eutanasia por su naturaleza profundamente humana deberían ser cada vez más del dominio público para generar y exponer puntos de vista particulares y/o colectivos, para con ello obtener un resultado más sensible e informado no sólo en relación con los profesionales de la salud y sus pacientes, por lo cual se comprende la temática de manera holística, es decir saber que este tema involucra a distintas disciplinas como los abogados, a nivel legislativo, filósofos desde la ética y teólogos desde la religión.

Un punto preponderante es entender que esta temática concierne a cada uno de los miembros de la sociedad, pues es un hecho inexpugnable en el que todo mundo está expuesto por una situación similar ya sea en carne propia o con algún familiar cercano. Hoy en día existen puntos de vista multidisciplinarios donde cada uno desde su estrado aprueba o desaprueba, y el reto real aparece con el poder bajar de aquel estrado e inmiscuirse en discusiones para la búsqueda de acuerdos de tú a tú, que generen y divulguen el nuevo conocimiento transdisciplinario.

Provistos de una perspectiva bioética, la toma de decisiones es sustancialmente crítica y en especial cuando se trata de la vida humana y más aún al momento que se ostenta preponderar la dignidad de esa misma vida, con lo cual se suele argüir a principios explícitos en el marco teórico y filosófico, pero paradójicos en la praxis, sin embargo, se da la incongruencia de que muchos de los impulsores de la Bioética han partido precisamente desde distintas posiciones de fe:

La religión siempre ha jugado un papel significativo en el proceso de construcción de las identidades culturales del hombre, pero se ha convertido hoy, por desgracia, en un preocupante obstáculo en el intento de desarrollar un sistema de valores lo suficientemente universal, de manera que este pueda llegar a tener relevancia transcultural. Debido a que la perspectiva humanista se ve acompañada frecuentemente de un modo de vida secular, el fundamentalismo religioso se opone violentamente a cualquier intento por establecer un humanismo universalista como principio regulador del entendimiento en el campo de la diversidad cultural (León, 2010: 52).

Sin embargo, esta inevitable confrontación podría circular de manera productiva vista desde esta perspectiva “La visión transdisciplinaria es decididamente abierta, en la medida en que trasciende el campo de las ciencias exactas por medio del dialogo y su reconciliación no sólo con las ciencias humanas, sino también con el arte, la literatura, la poesía y la experiencia interior” (Nicolescu, 1996: 46).

La necesidad del hombre por dar soluciones a nuestra fatal y universal Realidad ha hecho que se alcancen niveles máximos de raciocino una vez dadas nuestras mejores respuestas, nuestras mejores preguntas y nuestras más nítidas intenciones en pro de una Realidad más digerible; eso es la transdisciplinarietà que se inventó para traducir la necesidad de una transgresión jubilosa de las fronteras entre las disciplinas.

Es inminente resolver que cada uno de los cambios de perspectiva referidos por esta corriente de pensamiento, cosmopolita y unificadora crecerá en la medida en que nuestra capacidad como seres humanos como pueblo o nación conserve dentro de sus mejores armas (no en el sentido bélico, sino en el sentido humanístico) las características esenciales que en un cierto momento hicieron triunfar a la especie humana, y que ahora hagan salvarla de la autodestrucción una vez que se comience a entender transdisciplinariamente problemáticas tan sensibles como lo es la eutanasia.

Todo ello serán buenos indicios en el entendimiento de una nueva forma de pensar; sin embargo, no será suficiente que todo un grupo de médicos, filósofos, etc., generen separadamente ese cambio de paradigma, ya que es necesaria la conjunción de todas las corrientes de pensamiento, sin ser azarasas, sino conjuntivas y constructivas.

Surgen entidades científicas que generan aportes verdaderos hacia la consolidación de una no menos prospera actuación ante los enfermos terminales. En 1990, en su reporte técnico serie 804, la Organización Mundial de la Salud definió los cuidados paliativos como la atención total y activa de los pacientes cuyos padecimientos no responden al tratamiento curativo, pero valora como primordial el control del dolor y otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales, con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.

En este sentido, es válido resumir que lo anterior implica: reconocer a la muerte como un proceso implícito a la vida, donde se debe proporcionar alivio al sufrimiento, así como el apoyo a los pacientes para vivir y morir lo más dignamente posible, asimismo la asistencia a las familias que están inmersas en un duelo próximo, en virtud de que la atención de los cuidados paliativos va enfocada a proporcionar el confort y bienestar posibles, no sólo al enfermo al final de su vida, sino también a su familia y su entorno social.

La perspectiva transdisciplinar indica romper paradigmas epistemológicos y reunir en un proceso integral y por ende buscar que los cuidados a los enfermos terminales se coadyuven desde las distintas instancias, al proporcionar un cuidado integral, ya existente desde los cuidados paliativos. Una propuesta integral que arriesgue sus perspectivas justo en las áreas de las ciencias de la salud. Esta perspectiva menciona que la permanente comunicación entre el parte médico, la persona desahuciada y la familia de ésta deberán constituir un eje rector para la toma de decisiones.

Es necesario determinar las características de una enfermedad terminal, considerado un estadio avanzado, progresivo e irreversible y la atención médica que se ve limitada dada su nula respuesta a tratamientos activos aunados a numerosos síntomas multifactoriales, variables e intensos, siendo súbitos los cambios positivos o negativos tanto en variabilidad de tiempo como de síntomas. De aquí se desprenden terminologías como lo son los cuidados paliativos (Colell, 2008: 21).

Los aspectos inherentes que estos cuidados ofrecen y generan una atención integral son: los lazos emocionales concernientes a todos los actores paciente, médico, familia y el nivel sociocultural e información sobre la enfermedad, variabilidad y vigilancia de los síntomas, edad y la empatía emocional tanto para el paciente como para la familia.

Una vez agotados los tratamientos específicos ante una enfermedad terminal, los objetivos de la asistencia terapéutica se encaminan a ofrecer el máximo de comodidad a la persona desahuciada y su familia, dada la expectante eventualidad de la presencia de la muerte a corto plazo. La atención médica no es tan factible de definir, si bien algunos se centran específicamente en cuestiones somáticas relacionadas con la enfermedad y/o tratamiento, otros añaden criterios relacionados con el paciente en cuanto sujeto.

La situación de enfermedad terminal da lugar a grandes

necesidades y grandes demandas que requieren una respuesta eficiente. Los objetivos terapéuticos básicos serán la calidad de vida, definidos por el propio enfermo y su familia. Los resultados pueden evaluarse mediante la medición de los índices de calidad de vida; entre los componentes que se evalúan se incluyen los síntomas orgánicos, el nivel de desempeño físico, el estado psicológico y la interacción social. Los instrumentos terapéuticos conforman el control de síntomas (asociado a medidas farmacológicas y generales), la atención psicológica del enfermo y la atención específica a la familia, la comunicación adecuada y el cambio y adaptación de la organización que permitan una atención de calidad no sólo en los centros hospitalarios, sino también en el propio hogar o lugar de residencia del enfermo, como la casa de cuidados de las personas enfermas.

Los cuidados paliativos comprenden acciones médicas, de enfermería, farmacéuticas, psicológicas, sociales, espirituales entre otros, que buscan mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad crónica, avanzada, progresiva (a pesar de los tratamientos instituidos), incurable y potencialmente mortal a corto o mediano plazo. Para conseguirlo, los cuidados paliativos basan su tratamiento en los siguientes aspectos según Colell Brunet(2008: 24):

Atención integral. En la praxis de los cuidados paliativos se tiene en cuenta el soporte holístico. Se comprende el dolor como un síntoma compuesto por factores físicos, psicológicos, sociales y espirituales. El sufrimiento puede tener causas multifactoriales y su tratamiento deberá tener presente las cuatro dimensiones de la persona.

Agentes a tratar: el enfermo y su familia. Desde el inicio de los cuidados paliativos, la familia forma parte fundamental de los cuidados en el proceso de morir, convirtiéndose en un buen soporte emocional si recibe el apoyo adecuado.

Promoción de la autonomía y la dignidad de la persona desahuciada. Las decisiones que se tomen deberán ser compartidas y consensuadas con la persona desahuciada y se llevarán a término según lo que se pacte y establezca.

Concepción terapéutica activa. Implica una actitud asistencial rehabilitadora y global con el objetivo de aumentar la calidad de vida del paciente y su familia.

Importancia del ambiente. Un ambiente tranquilo que favorezca la comunicación, se considera tan importante como las posibles

medidas farmacológicas que se puedan y deban administrar.

Los cuidados paliativos son una muestra de que la inquietud humana y su prospección para el cuidado y atención a sus semejantes es posible y real en un mundo tan irreverente como el nuestro; pero la premisa integradora y transdisciplinar en el tratado de la eutanasia es la propuesta que hace falta condesar, no sólo evocar a los cuidados de salud, sino al conjunto de los aspectos legales, tecnológicos y teológicos integrados en los diferentes niveles de Realidad que cada una de estas perspectivas indica, como lo enmarca Nicolescu es necesario que los conocimientos sean de índole transcultural, transreligiosa, transnacional, transhistórica y transpolítica y lo que se obtendrá será una perspectiva integradora de respeto que establezca los puntos de vista de cada uno de los inmiscuidos sin importar su estrato social, nivel profesional y religión es denotado en el cuidado que hoy en día se pueden preponderar encima de cualquier otra racionalización que genera una comprensión universalmente local y aplicativa a cada uno bajo nuestras circunstancias y bajo necesidades enmarcadas para cada uno.

La transdisciplinaria intenta demostrar y romper esquemas, paradigmas y la veracidad de impacto, al atreverse a cuestionar lo incuestionable, a pedir ver la moneda no sólo desde dos perspectivas, sino desde una tercera, lo que se consideraría el tercer excluidointegra y dimensiona la genialidad humana.

El hombre nunca encuentra satisfechas sus inquietudes, incógnitas y deseos con respuestas fáciles y rápidas, que si bien son ingeniosas no rescatan gran parte de la valía del ser humano y propiamente de una humanidad, generadora de un progreso retrógrada que por más irónico que parezca necesita entender mucho de su conocimiento en el sostenimiento y mantenimiento de una vida casi insostenible.

La búsqueda de conocimiento aún es larga y muy ardua, sería un error muy grande y extendido creer que la ciencia descubre el secreto último de la naturaleza. Si esto fuera cierto, físicos, geólogos, biólogos etc., estarían ya todos en el paro, sin trabajo alguno pendiente y desde hace muchos años. Pero más bien ocurre todo lo contrario. Cuando los científicos resuelven algún problema, surgen cien nuevos enigmas que aseguran trabajo para el porvenir. Por poner un ejemplo, ahora se conoce cómo es el átomo y hasta buena parte del núcleo del átomo. Pero la imagen del mundo que ofrece la física cuántica ya no tiene nada que ver con el mundo

percibido por nuestros sentidos. Es un nuevo mundo desconcertante en el cual un fotón parece convertirse de pronto en onda y pasar a la vez por dos agujeros muy distantes entre sí. Este experimento bien conocido con el que se introduce siempre en los misterios cuánticos, sigue sin estar resuelto. Lo que se sabe es controlar lo que ocurre y sacar provecho de ello. Se puede controlar la energía nuclear.

En realidad este es el logro esencial de la ciencia: construir máquinas que funcionan. Pero no cabe confundir el dominio utilitario de la naturaleza con la comprensión última de la misma. Por más que esta confusión sea tan corriente, no sólo entre la gente de la calle, sino entre los mismos científicos. Y por eso el dominio de la naturaleza es tan ilusorio. Sirve lo mismo para engrandecer al hombre como para destruirlo. La ciencia puede volverse en contra del hombre (Herrera, 2008).

La transdisciplinariedad y su actuación en la eutanasia pueden retomar perspectivas bioéticas donde, si bien cada corriente tiende a diseñar su propia metodología para analizar los problemas éticos-prácticos, se presentan como si estuvieran en competencia, aunque en cierto modo puede considerarse complementarias. Acciones nutridas y generadoras de un conocimiento holístico.

- A La bioética de los principios se plantea resolver los conflictos basándose en unos principios éticos universales que guían la actuación del médico (no-maleficencia, justicia, beneficencia, autonomía)
- B La bioética de las virtudes propone como cuestión fundamental el “buen hacer profesional”, estrechamente conectado con el “bien del paciente” que es el fin prioritario de la actuación del médico y anterior a sus intereses personales.
- C El casuismo analiza las situaciones concretas en función de sus circunstancias, sin recurrir a teóricas éticas de carácter universal (León, 2010: 106).

Así, la confianza es el eje integrador de una buena relación médico-paciente, concerniente a todos aquellos inmiscuidos profesionalmente en las ciencias de la salud, según Francisco Javier León, ellos deberían cumplir con los siguientes preceptos (León, 2011):

- 1 La competencia: es claro que la preparación del cuerpo médico entiéndase enfermera, trabajador social, psicólogo etc. es fundamental para que la relación paciente-profesional de la salud coadyuve y realmente se cumpla con el objetivo de mantener vida dignamente humana.
- 2 La buena comunicación: afirmaciones de algunos pacientes vislumbran lo primordial de este apartado “no me gusta que los doctores que me hablan como doctores” otro paciente más argumentaba “no me gustan los doctores que no me creen lo que les digo y que no me contestan lo que les pregunto”. El tener informado al paciente y a su familia en términos entendibles y digeribles para todos debe ser una premisa entre dicha relación, así mismo el escuchar y tomar en cuenta las necesidades del paciente y/o familiares, aunque dichas necesidades sean contrarias a los deberes del quehacer médico en ciertos momentos es primordial recordar el principio de la beneficencia para así hacer prevalecer el derecho a una vida digna, lo cual conlleva automáticamente al siguiente punto.
  - A La participación del paciente en la toma de decisiones: basado en el principio de la autonomía donde indica que es derecho del paciente conocer y participar en decisiones que competen a su propia vida, hecho inherente al desarrollo del praxis médica y del cuidado de las ciencias de la salud; sin embargo, ¿qué hacer con este principio si el paciente esta medicamente incapacitado para tomar parte en dichas decisiones?
- 3 La veracidad: este punto es un principio reciproco, comenzado por el paciente quien debe aportar toda la información necesaria y solicitada por el médico por más incómoda que esta información resulte, sin embargo, la praxis presenta una paradoja más, información oculta por el paciente en pro de resguardar una imagen moralmente aceptable o por miedo a la etiquetación social, información que en lo subsecuente pudiera ser crucial en la toma de decisiones, ya que existe la posibilidad de situaciones muy específicas en las cuales el paciente dado su estado de salud en proclive degeneración se vea imposibilitado por negar, afirmar y/o proporcionar información antes negada al cuerpo médico.

Desde la perspectiva del médico se encuentra en una postura

incomoda no sólo con el paciente, sino con la familia, con un caso en específico se puede denotar que la praxis ofrece diversas vicisitudes éticas, legales y sobre todos médicas que diversos postulados filosóficos no son suficientes para sobrepasar dicha situación. El médico está obligado a actuar con veracidad ante su paciente, pero esta información podría empeorar el estado de salud por sí mismo crítico del paciente donde las noticias que se tienen no siempre son agradables ¿qué hacer en tal situación? Cumplir cabalmente con dicha enmienda aunque esto signifique un deterioro.

- 4 Qué hacer cuando la familia no aporta toda la información necesaria en pro del mantenimiento de la vida de su ser querido en el entendido que ellos son la única vía de comunicación con el cuerpo médico.

Es paradójico entender, en el caso específico de la eutanasia, la relación médico-paciente que se establece en el principio de la beneficencia, ya que es un valor central que caracteriza e integra la disposición del médico y del paciente. En ambos hay un objetivo común: el bien del paciente, por ello el principio que comanda y justifica en cierto modo los demás es el principio de cuidar la vida y la salud (León, 2010: 121).

El azar no tiene sentido humano, pero tampoco lo tienen las leyes inexorables y ciegas. El problema es que el hombre soporta bastante mal la ausencia de sentido; es capaz de soportar cualquier “cómo”, pero sólo si tiene un “porqué”. La libertad es el presupuesto necesario para poder hablar de la existencia de actos humanos voluntarios. Se puede vivir en relación con la realidad y con la libertad mediante nuestros sistemas de: conocimiento empírico, ciencia, magia, religión y ética (García Capilla, 2007), aunque dichos sistemas deberán retomar una perspectiva integral y respetuosa entre sí para poder generar soluciones y garantizar que todo aquel que se enfrente a tan perturbadora situación tenga la posibilidad de respetar su dignidad como ser humano. Es claro que existen un sin número de preguntas y el doble de respuestas por dar, sin embargo, al apelar a esa genialidad humana que presencia la reinterpretación de la realidad, siempre introspectiva y nada rigurosa, e integradora y transdisciplinar, pero el camino no será fácil ya que tendrá y deberá ser basto y exigente, inmiscuyendo decididamente a las nuevas y anteriores generaciones.



**Bibliografía**

512

- Almarza Rísquez, Fernando (2006) “Convergencia transdisciplinar: una nueva lógica de la Realidad”, *Revista Tharsisdel* Programa de Cooperación Interfacultades de la UCV, Caracas, No. 2003.
- Colell Brunet, Ramón (2008) *Enfermería y Cuidados paliativos*, Lleida, Ediciones de la Universidad de Lleida.
- Engelhardt, Dietrich von (2004) “La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente”, *Bioética y humanidades médicas*, Engelhardt, Dietrich von, Mainetti et al. (edición), Academia Argentina de Ética en Medicina, Buenos Aires, Biblos.
- García Capilla, Diego José (2007) *El nacimiento de la bioética*, Madrid, Biblioteca Nuova.
- García, Hector (2010) “El teorema de incompletud de Godel: sus implicaciones filosóficas y su posible interés para el psicoanálisis”, <http://psicoanalisisyciencia.wordpress.com/2010/07/04/el-teorema-de-incompletud-de-godel-sus-implicaciones-filosoficas-y-su-posible-interes-para-el-psicoanalisis/>
- Goldim, José Roberto (2004) *Breve histórico de eutanasia*, <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/ euthist.htm21>.
- Gracia, Diego (1998) *Ética de los confines de la vida*, Bogotá, El Búho.
- Herrera Frago, Agustín Antonio (2008) *El cuidado de la Bboética*, México, Publicaciones Administrativas contables jurídicas.
- Keown, John (compilador) (2004) *La eutanasia examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, Fondo de Cultura Económica, traducción Esteban Torres Alexander.
- La Rosa, Amaro (2007) “Claves para una Comprensión de la Comunicación. *Consensus*, vol. 12, No 1, enero-diciembre, [http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1680-38172007000100006](http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1680-38172007000100006)
- “Una perspectiva transdisciplinaria para analizar la comunicación en la era digital”, *Revista Razón y palabra*, vol. 11, No. 48, diciembre-enero. 2006
- Lecuona, Laura (1997) “Eutanasia: algunas distinciones”, *Dilemas éticos*, Mark Platts (compilador), México, Universidad

Nacional Autónoma de México/ Fondo de Cultura Económica.

León Correa, Francisco Javier (2011) *Temas de Bioética Social*, Santiago de Chile, Fundación Interuniversitaria Ciencia y Vida.

513

- (2010) *Introducción a la bioética*, Santiago de Chile, Centro de Bioética Pontificia Universidad Católica de Santiago.

Luna, Florencia, Salles, Arleen L.F. (comps.) (2000) *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 2 edc.

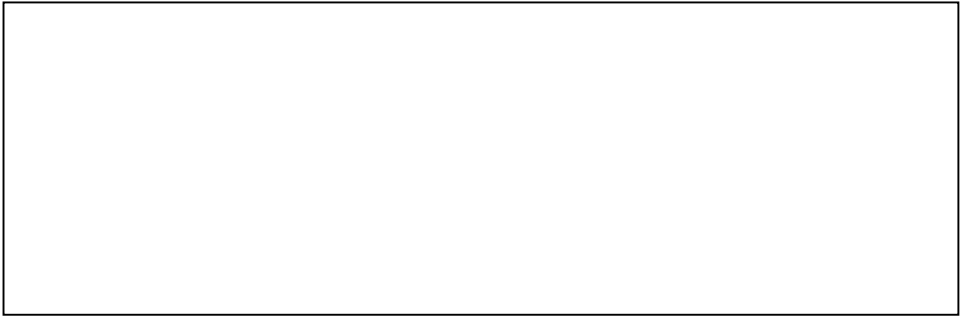
Mainetti, José Alberto, Tealdi, Juan Carlos (1989) “Ética Médica: Introducción histórica, con documentos de deontología médica”, *Quirón*.

Márquez Mendoza, Octavio (2014) “Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinariedad”, *Debates éticos con metodología transdisciplinaria*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Plaza y Valdés Editores, 257-278.

Nicolescu, Basarab (1996) *La transdisciplinariedad. Manifiesto*, México, Multidiversidad mundo real Edgar Morin.

Núñez, Cristina, Irmgard Rehaag, Alejandro Sánchez, Vargas, Enrique (compiladores.) (2011) *Transdisciplinariedad y sostenibilidad encuentro con Basarab Nicolescu*, Veracruz, Editoriales de la Nada.

Sánchez González, Miguel Ángel (2007) *Ética, bioética y globalidad*, Madrid, Editorial CEP.



## BIBLIOGRAFIA GENERAL SOBRE EL CONTENIDO DE LOS CAPÍTULO DEL LIBRO

(Compendio y extracto de los textos incluidos en el presente libro, agrupados de acuerdo al contenido de los capítulos)

### Capítulo I

#### Desastres naturales

#### 1. Desastres naturales y repercusiones psicológicas. Ayuda psicológica en condiciones de desastres naturales

*Notas para la Guía de ayuda psicológica en condiciones de desastre de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AMPAG*, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez, Irene Lenz (enero, 1986); “Los desastres” (2-9), “Los desastres en México” (10-13) y “La acción humana en la situación de desastre”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre (Guía)*, Octavio Márquez Mendoza (compilador, abril, 1986, 14-20); “Introducción” (5-8), “Los desastres, desquiciantes actos de la naturaleza o del hombre” (9-17) y “Recomendaciones mas relevantes”, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto (Manual)*, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez, Irene Lenz (mayo, 1986a, 36-40); “Intervención en la comunidad de la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo –AMPAG–, después de los sismos de septiembre de 1985. Experiencias y proposiciones”, Octavio Márquez Mendoza, Magdalena Juárez (junio-julio, 1986); “Los desastres”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (edición, 1993, 17-30) y “Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública”, *Salud mental, sociedad contemporánea*, Marcelino Castillo Nechar (coordinador, 2000, 153-159).

Como se indica al inicio del *Manual* “este documento fue elaborado con base en los trabajos de la coordinación general” del “Programa de emergencia”, establecido con motivo de los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985, a cargo de los médicos Magdalena Juárez, Irene Lenza y Octavio Márquez Mendoza (1986: 2), y formaron parte de la *Guía*, *Manual* y libro *Desastres* en los que es coautor, compilador o editor Octavio Márquez; pero, en los

“Anexos” de la *Guía de organización para la ayuda...*, se alude al proceso seguido en la elaboración del “Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre” (1986) y *Desastres* (1993): el “Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre (27 de septiembre de 1985)”, de Octavio Márquez (Márquez, Juárez, 1986: 37-42 –número de paginación según se indica en el “Índice”, pero no aparece recogido en el interior de la *Guía-*); “Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, de Juárez, Lenz, Márquez, Héctor Socorro (Márquez, Juárez, 1986: 43-63 – numeración señalada en el “Índice” pero no se incluye en el interior de la *Guía-*) y a los que hay que añadir las “Notas para la Guía de ayuda psicológica en condición de desastre de la clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo”, de Juárez, Lenz, Márquez (enero, 1986 b).

## **2. Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre**

“Técnicas de terapia breve para la atención de cuadro psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre”, *Desastres* (1993: 61-74), que según indica Márquez es resultado de una “adaptación” de “Algunas alternativas psicoterapéuticas para el tratamiento de individuos afectados por un desastre”, de Magdalena Juárez (Márquez, 1993: 316). “Fue necesario implementar estas técnicas sobre la marcha y en el mejor de los casos improvisar y tratar de sacar adelante la tarea con los recursos formativos previos de los cuales se disponía(...). Se presenta sólo un esbozo de algunas de las diferentes técnicas que pudieran ser aplicables par el tratamiento breve y de emergencia de pacientes. Existe el convencimiento de que el interés por el estudio e investigación de este tema, compartido con un sinnúmero de colegas, habrá de fructificar en una labor social más responsable y calificada en beneficio de nuestros semejantes y de nosotros mismos como profesionales de la salud mental” (Márquez, 1993: 316). Subcapítulo que fue publicado previamente por Márquez bajo el título de las “Intervenciones diagnósticas y tratamiento en situaciones de desastre” (2000, 519-528).

### 3. Primeros auxilios psicológicos en momentos de desastres

“Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, de Octavio Márquez Mendoza, *Urgencias médicas y primeros auxilios*, Martha Yolanda Martínez-Marroquín, Mariano García Viveros, Las Palmas de Gran Canaria, ICEPSS Editores, 2000, 507-516. 517

### 4. La organización y medio para remediar las situaciones de desastre

“La organización, medio para remediar las situaciones de desastre”, de Márquez (edición), *Desastres* (1993, 31-37) y “¿Qué hacer? La organización de las acciones”, de Márquez, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre* (1986, 21-36).

### 5. Programa para la ayuda psicológica en condiciones de desastre

“Estructura de organización para una institución en condiciones de desastre”, de Márquez (edición), *Desastres*, (1993, 39-60), “Proyecto de organización de la clínica para situaciones de desastre” (que incluye la “Propuesta de una estructura de organización), de Mendoza y Juárez, *Manual de organización para la ayuda psicológica en condiciones de desastre. Proyecto* (1986, 18-35) y “¿Qué hacer? La organización de las acciones” (que comprende el “Proyecto de organización de la Clínica en situación de desastre”), Márquez (compilador), *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre* (1986, 11-18).

### 6. Programa de psicoterapia breve

“Técnicas de terapia breve para la atención de cuadros psicológicos comunes con origen en situaciones de desastre” y “Programa de psicoterapia breve” de Octavio Márquez Mendoza, *Desastres*, Márquez Mendoza, 1993: 61-74 y 75-79.

En la elaboración del tema el autor atiende a los trabajos teóricos de Bellak, L., Small, L. (1969), Braier (1981), Itzigsohn,

Dasberg et al (1985), Malan (1963), Kesselman, H. (1977) y Siorini, H. (1975).

## **7. Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas**

“Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas”, de Magdalena Juárez, Irene Lenz y Márquez Mendoza (1986, 91-96) y “Programa de psicoterapia breve”, *Desastres*, Márquez (1993: 75-79).

El contenido de este subcapítulo 7 “Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas” es coincidente con la propuesta de trabajo de psicoterapia que se le dirige a todos los brigadistas voluntarios, sólo se presenta cambio en el inicio y al final del escrito que indica “14 de noviembre de 1985/ Estimado compañero...Si tienes interés en participar te rogramos que comuniqués en la oficina de la Asociación cuántos grupos desearías trabajara, en que días y horarios/ Te saludan atentamente/ Dra. Magdalena Juárez, Dr. Irene Lenz y Dr. Octavi Márquez”. Asimismo, en *Desastres* se indica que el “Programa de psicoterapia breve” (capítulo VI) es “adaptado de Márquez Mendoza y otros [de] ‘Diseño de un programa de psicoterapia breve para brigadistas’ (*Desastres*, 1993: II).

En la elaboración del tema el autor atiende a los trabajos teóricos de Bellak, L., Small, L. (1969), Itzigsohn, Dasberg et al (1985), Kesselman, H. (1977) y Siorini, H. (1975).

## **8. Psicología del rumor y los desastres naturales**

“Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, de Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2017a, 238-240); “Psicología del rumor y los desastres naturales”, Octavio Márquez Mendoza [y Miguel-Héctor Fernández-Carrión, por un error no indica el nombre en dicha publicación] (2017b, 36-48); “Reacciones psicológicas provocadas por los desastres”, Márquez Mendoza (2000, 507-516) y “El rumor: origen, elementos, desarrollo y ejemplo”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (1993, 185-194).

El presente subcapítulo es de la autoría de Octavio Márquez Mendoza y Miguel-Héctor Fernández-Carrión, consiste en la reproducción casi en su totalidad de “Psicología del rumor y los desastres naturales”; mientras que “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores” es un extracto del anterior artículo. 519

## **9. El programa para la ayuda psicológica en condiciones de desastre (27 de septiembre de 1985)**

“Anteproyecto de ayuda psicológica en condición de desastre (27 de septiembre de 1985)”, *Guía de organización para la ayuda psicológica en condición de desastre*, de Octavio Márquez Mendoza (1986, 37-42) y “Programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre (27 de septiembre de 1985)”, *Desastres*, Octavio Márquez Mendoza (1993, 109-114).

Según se apunta en *Desastres* “El programa de ayuda psicológica en condiciones de desastre...” es una adaptación realizada por Octavio Márquez Mendoza del “Anteproyecto de ayuda psicológica en condiciones de desastre...” (*Desastres*, 1993: 318).

## **10. Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985**

“Informe presentado en la reunión interinstitucional del 5 de noviembre de 1985”, *Guía*, Márquez Mendoza (compilador) (1986: 43-63) y “Los resultados inmediatos a la aplicación del Programa de ayuda psicológica”, *Desastres*, Márquez Mendoza (edición) (1993: 115-125).

## **Capítulo II**

### **Voluntades anticipadas**

#### **11. Voluntad anticipada y bioética: teoría y práctica**

“Voluntad anticipada y bioética. Una perspectiva en México”, de Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera García, Sergio Ruiz Peña, Marcela Veytia López (coordinadores), *Bioética. El final de la vida*



y *las voluntades anticipadas* (2017, 107-125); “Voluntades anticipadas”, Octavio Márquez Mendoza (2014); “La mortalidad en el Estado de México y la Ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera-García, Sergio Ruiz Peña, Marcela Veytia López (sin publicar).

El contenido del presente subcapítulo procede en su mayoría del texto titulado “Voluntad anticipada y bioética. Una perspectiva en México” (2017) y “Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2017 ss).

## **12. Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: la perspectiva de Juan Carlos Siruana**

“Reflexión en torno a los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas: La perspectiva de Juan Carlos Siruana”, de Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López (sin publicar) y “Reflection on the arguments for and against the Advance Directive: the prospect of Juan Carlos Siruana”, Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera García, Marcela Veytia López, Sergio Ruiz Peña (sin publicar).

## **13. La mortalidad y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación**

“La mortalidad en el Estado de México y la ley de voluntad anticipada del Estado de México: análisis sobre los alcances para su operación”, de Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera-García, Sergio Ruiz-Peña, Marcela Veytia-López (sin publicar).

**14. Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid**

521

“Procolo de investigación: Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: Singularidades y prospectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea de Madrid”, de Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, Sergio Ruiz Peña, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (Cuerpo académico Bioética y salud mental) (2017 ss).

**15. Voluntad anticipada: una investigación por profesionales de la salud**

Texto coincidente con el título de “Voluntad anticipada. Una investigación a profesionales de la salud”, Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guaderrama, Marcela Veytia López, *Dignitas*, Comisión de derechos humanos del Estado de México, Año IX, No. 27, 2015, 17-31.

**16. Intervención en los conocimientos y actitudes hacia el documento de voluntad ntipcada en estudiantes de Medicina**

“Intervenciones diagnósticas y tratamiento de desastre”, de Octavio Márquez Mendoza (2000). Es resultado de la investigación realizada con clave en la UAEM 4378/2017CI, bajo la responsabilidad técnica de Octavio Márquez Mendoza, la corresponsabilidad de Marcela Veytia López; y los miembro: Rosalinda Guadarrama Guadarrama y colaboradores: Maricela Carmona González, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Sheila Adriana Mendoza-Mojica.

**Capítulo III**  
**Pros y contra de la eutanasia**

### **17. Paradojas en la eutanasia**

522 Texto coincidente con las “Paradojas en la eutanasia”, de Octavio Márquez Mendoza (sin publicar).

### **18. La eutanasia y el derecho a una muerte digna**

Texto coincidente con “La eutanasia y el derecho a una muerte digna” de Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López y Rosalinda Guaderrama (2014, 105- 124).

### **19. Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinariedad**

Texto coincidente con “Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinariedad” de Octavio Márquez Mendoza (2014, 257-278).

## **BIBLIOGRAFIA GENERAL SOBRE EL CONTENIDO DE LOS CAPÍTULOS DEL LIBRO I BIOÉTICA, NEUROCIENCIA Y SALUD MENTAL**

(Completando la bibliografía de dicho primer volumen de las Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental)

### **2 Ética y derechos humanos: un cambio de paradigma en la atención de la salud**

“Bioética, salud mental y los derechos humanos”, de Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veyutia López, Sergio Ruiz Peña, Rosalinda Guadarrama, *Revista Redbioética/Unesco*, Año 7, vol. 2, No. 14, julio-diciembre, 2016, 96-115.

#### **BIO-BIBLIOGRAFÍA de Octavio Márquez Mendoza**

*Del amplio curriculum del autor, en este segundo volumen de las Obras completas de Octavio Márquez, se presenta la bibliografía del autor sobre bioética, psicología y psicoanálisis incluido en el primer volumen y se añade los que alude a los desastres, voluntades anticipadas y los de todos estos temas aludidos antes no presentados en el volumen uno, pero no se completa con las actividades de investigación y docencia.*

**Estudios y grados académicos:** Licenciatura como médico cirujano, por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D. F., mayo de 1975 / Especialidad como psiquiatra general, por el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Central Militar y la Asociación Psicoanalítica, Mexicana, A. C., Escuela de Graduados en Sanidad Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, México, D. F., 1975 / Subespecialidad como psicoterapeuta analítico de grupo, por la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A. C. (AMPAG), México, D. F., 1973-1978 / Certificación como médico general, por el Comité Normativo Nacional de Medicina General, agosto de 2000.

Maestro en administración de instituciones de salud, por la Dirección de Posgrado e Investigación, con la tesis titulada “Análisis de la problemática de salud mental y administrativa en el área de la bioética”, en la Universidad La Salle, México, D. F., septiembre de 2002 / Maestro en ciencias, Coordinación del

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, con la tesis: “La bioética y su negación referida a la pena de muerte, en un contexto cultural que se rige por una Pulsión de Thánatos”, en la Facultad de Medicina de la UNAM, México, D. F., mayo de 2004.

Doctor en ciencias, campo del conocimiento: Ciencias de la Salud, campo de estudios principal: Bioética, con la tesis: “Bioética y pena de muerte. Una reflexión psicoanalítica y ética”, en la Facultad de Medicina de la UNAM, México, D. F., 10 octubre de 2008 / Doctor en humanidades: ética, con la tesis: “Amor y justicia en la ética de Paul Ricoeur: una contribución a la defensa de los derechos humanos en la atención de la salud mental”, Comisión Doctoral de la Maestría y Doctorado en Humanidades, Coordinación de Posgrado, en la Facultad de Humanidades de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, noviembre de 2006.

**Cursos de actualización y posgrado** (tomados): Posgrado virtual, “Introducción a la bioética y a los comités de ética”, en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede Argentina, promoción 2005-2006 / “2° Curso-taller internacional de Bioética”, en el Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados, Toluca, México, 28 al 30 de marzo de 2007 / Posgrado virtual, “Introducción a la ética de la investigación”, en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede Argentina, mayo de 2007 / Curso de posgrado en Investigación clínico-farmacológica PICLIFA, en la Fundación Instituto de Biología y Medicina Experimental, IBYME, Buenos Aires, mayo de 2007 / Seminario intensivo: “Aspectos éticos de la investigación colaborativa internacional”, del 14 al 18 de mayo, en FOGARTY-FLACSO, Buenos Aires, mayo de 2007 / Ciclos de charlas sobre Ética en investigación clínica: “El doble estándar en investigación clínica”, en el Comité de Ética CER Investigaciones Clínicas, Instituto Médico CER, Quilmes, Argentina, julio de 2007 / Sesiones del Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI), en el Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, del 21 de junio al 12 de julio de 2007 / Estancia posdoctoral en el Programa de Entrenamiento en ética de la investigación (etapa presencial concluida del 16 de abril al 20 de agosto del 2007 y etapa virtual del 20 de agosto de 2007 a 2016), en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, codirectoras: Ph.

D. Ruth Macklin, Departamento de Epidemiología y Medicina Social del Albert Einstein College of Medicine de Nueva York; Ph. D. Florencia Luna, Proyecto Bioética de FLACSO, Universidad de Buenos Aires (Argentina), bajo el auspicio del Centro FOGARTY Internacional de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y Argentina, agosto de 2007 / Albert Einstein College of Medicine & FLACSO, Training Program in research Ethics in the Americas, FOGARTY International Center, National Institute of Health, Buenos Aires, 2007 / “Curso de posgrado Especialización en ética de la investigación” (modalidad virtual), FLACSO Argentina, agosto a diciembre de 2007 / “Curso de posgrado Bioética clínica” (modalidad virtual), FLACSO Argentina, marzo a agosto de 2008 / Post-grado en Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, expedido por el Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, A.C., julio de 2011 / “Curso Bioética y salud global” en el Instituto Nacional de Salud Pública, del 15 al 29 de julio de 2011 / “Curso Bioética clínica aplicada para profesionales sanitarios”, en el Hospital Clínica San Carlos de Madrid, del 24 al 28 de octubre de 2011 / Estudios avanzados “I Curso sobre Toma de decisiones en clínica”, en el Grupo Menarini, Fundación Tejerina, Madrid, el 25 y 26 de noviembre de 2011 / Curso “Ética para la ciudadanía (Ética sociopolítica)”, en la Fundación Xavier Zuribi, Madrid, del 1 de febrero al 30 de mayo de 2012 / Cursos de verano en el Departamento de Lingüística y Comunicación Técnica de la Universidad del Norte de Texas, en julio de 2012 / Curso de actualización “Ética y transdisciplinariedad”, en el Instituto de Estudios sobre la Universidad, de la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, abril, 2013 / Curso de actualización “Ética, transdisciplinariedad, educación y complejidad”, en el Instituto de Estudios sobre la Universidad, de la Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, junio, 2013 / Estancia posdoctoral en los módulos del Magister de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, julio, 2013 / Curso de actualización “Competencia completa, planificación y organización”, en la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, del 30 de septiembre al 28 de octubre, 2013 / Estancia de investigación sobre Bioética y voluntad anticipada, en la Universidad Europea de Madrid, Madrid, en junio y julio de 2016.

**Conferencias:** “Relaciones padres e hijos”, Liceo del Valle de Toluca, Metepec, abril de 2004 / “Los jóvenes universitarios y su libre albedrío”, Facultad de Lenguas, UAEMex, Toluca, mayo de

2004 / “Taller de manejo del stress”, XII Aniversario del Centro Médico Toluca, Metepec, octubre de 2004 / “Reflexión bioética y psicoanalítica de la pena de muerte”, X Congreso de Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, A. C., XVI Congreso, Federación Latinoamericana de Psicoterapia Analítica de Grupo, Guadalajara, Jalisco, México, noviembre del 2004 / “Ética, derechos humanos y salud mental”, II Congreso la salud del adolescente y los malestares contemporáneos, UAEMex, Toluca, noviembre del 2004 / “La salud del adolescente”, I Congreso caribeño y II Congreso cubano de salud integral en la adolescencia, XVII Encuentro Comité de Adolescencia ALAPE, Santiago de Cuba, Ministerio de Salud Pública, 25 febrero de 2005 / “Salud mental y derechos humanos”, Reunión temática de salud, La alianza por México, Atlacomulco, mayo de 2005 / “Atención de la salud mental de la mujer y sus derechos humanos”, Reunión temática de mujeres, La alianza por México, Toluca, junio de 2005 / “Eutanasia, aborto, violencia, decisiones éticas”, Facultades de Medicina y Química, UAEMex, Toluca, julio de 2005 / “Trastornos depresivos en el adolescente”, III Congreso Internacional: salud del adolescente, CICMED, UAEMex, Toluca, octubre de 2005 / “La ética de Paul Ricoeur: una contribución a los derechos humanos y la salud mental”, IX Simposio da Associação Ibero Americana de Filosofia política (AIFP), VII Colóquio Filosofia, Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos-Unisinós, Brasil, octubre de 2005 / “Contribución ética de Paul Ricoeur a la filosofía de los derechos humanos”, Simposio ética y retos sociales actuales, XIII Congreso de filosofía: El saber filosófico, Asociación Filosófica de México, Facultad de Filosofía “Samuel Ramos” de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, noviembre de 2005 / “Caso clínico en bioética”, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, 26 enero de 2006 / “Presentación y análisis de un caso clínico en bioética”, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca, 21 febrero de 2006 / “Violencia y no violencia”, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, UAEMex, Toluca, febrero de 2006 / “La humanidad y la regresión de la pena de muerte”, Academia Nacional Mexicana de Bioética, México, febrero de 2006 / “Otros hechos sociopolíticos, racismo, tortura, salud humana, sexismo, prostitución, circuncisión femenina, abuso de otras personas, derechos de los niños, adopción, invalidez y la pena de muerte”, Curso generalidades de bioética, UAEMex, ISEM, Gobierno del Estado de México, Toluca, mayo de 2006 /

“Salud mental y otras conductas neuróticas y psiquiátricas”, Curso generalidades de bioética, UAEMex, ISEM, Gobierno del Estado de México, Toluca, junio de 2006 / “Introducción a la bioética”, Jornadas de salud mental, Facultad de Economía, UAEMex, junio, 2006 / “Detección del trastorno depresivo en el personal académico de la Universidad Autónoma del Estado de México, Fundación GlaxoSmithKline, México, septiembre de 2006 / “Ética de la investigación”, IX Foro interinstitucional de investigación en salud: La investigación como respuesta a las necesidades de salud, 10º. Aniversario del CICMED, Toluca, noviembre de 2006 / “Adolescencia: derechos humanos y salud mental”, V Congreso internacional sobre la salud del adolescente, CICMED, Toluca, 20 octubre de 2007 / “La bioética y la anestesiología”, El Colegio de Anestesiólogos del Estado de México A.C., Toluca, 25 octubre de 2007 / “Introducción a la bioética y responsabilidad social universitaria”, Curso-taller Los valores de la educación, Facultad de Química de la UAEMex, Toluca, 29 enero de 2009 / “Bioética y pena de muerte un problema siempre actual”, II Congreso internacional de bioética y 4to. Curso-taller internacional de bioética y los comités de ética de la investigación biomédica y hospitalaria, CICMED, IESU de la UAMEX y UNAM, Toluca, 19 agosto de 2009 / “Pena de muerte”, Primeras Jornadas de bioética UVM, Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C., 5 mayo de 2010 / “Ética para bioética”, III Congreso internacional de bioética "En búsqueda de una bioética compartida", Instituto de Estudios sobre la Universidad, Centro de Investigación en Ciencias Médicas y Fundación de Ética Mundial, Toluca, 12 mayo de 2010 / “Sexualidad y los derechos humanos de los adolescentes”, VIII Congreso internacional sobre la salud del adolescente, Centro de Investigación en Ciencias Médicas, UAEMex, Toluca, 12 noviembre de 2010 / “La pena capital y la bioética”, Centro Nacional de Bioética Hospital Juárez, 10 febrero de 2011 / “Bioética”, II Congreso nacional multidisciplinario “Las humanidades y ciencias sociales como engranaje del estado”, UAEMex y Sociedad Novomexicana de Estudios Sociales Filosóficos y Humanísticos ANEFH. A.C., 14 marzo de 2011 / “Bioética y neurociencias”, VII Coloquio de neurohumanidades, Facultad de Lenguas y CICMED, UAMex, Toluca, 22 marzo de 2012 / “Algunos planteamientos éticos sobre la investigación en psiquiatría”, Foro de investigación, CICMED, UAEMex, Toluca, marzo 2014 / “Voluntad anticipada”, Seminario internacional sobre



bioética, Escuela Nacional de enfermería y Obstetricia de la UNAM y CIECAL, México, 25 marzo de 2014 / “Ética de la investigación y hospitalaria”, IV Curso bioética hospitalaria y primera reunión nacional del Colegio de Profesionistas Posgraduados en Bioética de México A. C., 4 septiembre de 2014 / “Voluntades anticipadas en Estado de México”, VIII Seminario de biomedicina, derechos humanos y ética, I Encuentro de ética y sociedad, Madrid, diciembre 2014 / “Papel de los valores en la ética profesional”, Instituto Técnico Profesional de Toluca, mayo 2015 / “Voluntades anticipadas, argumentos a favor y en contra”, Academia Mexicana de Bioética, México, febrero 2015.

**Libros (individual):** *Desastres*, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN 968-835-172-5, 1993 / *Bioética y derechos humanos*, Toluca, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, 2006 / *Pena de muerte y bioética: la cuestión capital*, Octavio Márquez Mendoza, Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-607-422-065-0, 2009 / *Amor y justicia, proyecto de vida. Interconexión ética, derechos humanos y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-7945-18-5, 2011 / *Bioética y pena de muerte: la sociedad regida por una pulsión de thánatos*, Octavio Márquez Mendoza, Bloomington, IN, Estados Unidos, Palibrio, ISBN 978-14633-1045-5, 2011 / *Bioética y pena de muerte. Un problema siempre actual*, Saarbrücken, Editorial Academia Española, 2012.

**Libros (colectivos):** *La bioética en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Gerardo Huitrón Bravo (coordinadores), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-607-422-243-2, 2011 / *Reflexiones latinoamericanas en bioética*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama (compiladores), México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-7945-54-3, 2014.

**Artículos (individual y colectivo):** “Medicina y psicoanálisis en el México actual”, *Revista Difusión de la Academia y la Cultura*, Escuela Nacional Preparatoria, UNAM, México, año V, vol. 1, No. 16, mayo, 2004 / “Bioética y pena de muerte en México”, *Revista Difusión de la Academia y la Cultura*, Escuela Nacional Preparatoria, UNAM, México, año 6, vol. 1, No. 19, agosto de 2005 / “Depresión en adolescentes: detección, evaluación y tratamiento estudiantes del nivel medio superior”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, *Revista Electrónica de Medicina*

*Neuropsicológica*, Honduras, Vol. 6, Bo. 9, septiembre de 2005 / “Desafío de los derechos humanos: la atención a la salud mental”, *Revista Difusión de la Academia y la Cultura, Escuela Nacional Preparatoria*, UNAM, Toluca, año 7, Vol. 1, No. 23, junio de 2006 / “Ricoeur, salud mental y derechos humanos”, *Revista Futuro*, UAEMex, Toluca, año 1, No. 8, mayo de 2006 / “Reflexión bioética sobre la muerte”, *Revista Mexicana de Bioética, Medilex, México*, No. 3, julio de 2007 / “Razones bioéticas para la abolición de la pena de muerte”, *Revista Cuadernos de Bioética, Buenos Aires*, ISSN: 0328-8390, No. 14, 41-58, 2008 / “Dilemas bioéticos elusivos. Wash-out y challenger studies en la investigación psiquiátrica”, *Cuadernos de Ética*, Buenos Aires, ISSN 0326-95-23, vol. 23, No. 36, 2008 / “Amor y justicia en Ricoeur: una reflexión bioética con base en los derechos humanos para la atención de la salud mental”, Quirón, *Revista de medicina y bioética*, La Plata, Buenos Aires, ISSN 0325-2345, vol. 39, No. 1-2, 64-69, 2008 / Reseña del libro *La biología contra la democracia. Eugenesia, herencia y prejuicio en Argentina, 1880-1940*. Sergio Cecchetto. Mar del Plata, EUDEM, 2008, ISBN 978-987-1371-23-5, *Revista Brasileira de Bioética, Sociedade Brasileira de Bioética*, ISSN: 1808602-0, vol. 4, No. 3-4, 2008, 265-273 / “Salud y derechos humanos”, *Dignitas, Revista de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, año 11, No. 07, 60-67, enero –marzo 2009 / “Justicia y pena de muerte: una reflexión bioética con base en Rouseau y Kant”, *Relaciones. Revista al tema del hombre*, Montevideo, ISSN 0797-0754, No. 310, 12-13, marzo de 2010 / “Paradigma bioético: amor y justicia de la no violencia”, *Veritas Bioética*, Universidad Católica Santa María, Centro Interdisciplinario de Investigación e Innovación CICA, Arequipa, Perú, ISSN 1684-7822, vol. 12, No. 1, 120-130, 2008 / “Contribución ética de Paul Ricoeur a la filosofía de los derechos humanos”, *Dignitas, Revista del Centro de Estudios de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, segunda época, No. 11, 7-18, enero-marzo 2010 / “Bioética y algunas reflexiones del caso Tatiana Tarasoff”, *Revista Escuela Nacional Preparatoria Ecos de San Ildefonso*, Año 2, No. 7, 21-24, junio 2010 / “Prevalencia de experiencias traumáticas en trabajadores universitarios del Estado de México”, *Revista Psiquiatría*, Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. ISSN-2001/310, época 3, vol. 26, No. 2, 14- 16, 2010 / “Funcionamiento familiar en estudiantes de nivel superior”, Octavio Márquez Mendoza,

Rosalinda Guadarrama, Marcela Veytia y Aurora León, *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, México, ISSN 1870-8420, vol. 14, No. 2, 179- 192, junio de 2011 / “Pena de muerte: Rousseau y Kant. Una reflexión bioética”, *Revista del Colegio de Profesionistas Posgraduados en Bioética*, ETBIO, México, año 1, No. 2, 42-43, junio-diciembre 2011 / “El caso Tarasoff: una reflexión bioética-jurídica y psicoanalítica”, *Revista de Bioética y Humanidades Médicas Quirón*, ISSN: 1853-4104, vol. 41, No. 2, 38-45, 2011 / “Depresión: estudio comparativo en adultos mayores asistentes y no asistentes a los clubes del DIF de la Ciudad de México”, Octavio Márquez Mendoza, Alma Gregoria Ayllón Hernández y Rosalinda Guadarrama, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, ISSN: 2007-0926, vol 4, No.1, 2012 / “Bioética y responsabilidad universitaria”, *Revista Vectores de Investigación*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, México, ISSN 1870-0128, vo. 5, No. 5, 85-96, segundo semestre 2012 / “Construcción de la ciudadanía en el espacio sanitario: entre frustración e indiferencia”, María Isabel de Fátima Luengas Aguirre, Jorge Alberto Álvarez-Díaz y Octavio Márquez Mendoza, *Ludus Vitalis*, ISSN: 1133-5165, vol. XXI, No. 39, septiembre de 2013 / “Significado psicológico de la calidad de vida para los adolescentes”, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Julio César Hernández-Navor, Marcela Veytia López y Octavio Márquez Mendoza, *Pensando Psicología*, vol.10, 2014 / “Confiabilidad y estructura factorial de Kiddo-Kindl, una herramienta de medición para la calidad de vida de los adolescentes mexicanos”, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Julio Cesar Hernández Navor, Marcela Veytia López, Octavio Márquez Mendoza y Sara Stephanie Carrillo Arellano, *Revista electrónica de Metodología Aplicada*, vol.20, 1-10, 2015 / “Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in the countries”, Emanuele Valenti, Ciara Banks, Alfredo Calcedo Barba, Cécile M. Bensimon, Karin María Hoffmann, Vaikko Pelto Piri, Tanja Jurin, Octavio Márquez Mendoza, Adrian P. Mundt, Jorun Rugkasa, Jacopo Tubini y Stefan Priebe, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol., 1297-1308, 2015 / “La reproducción médicamente asistida: un estudio desde el derecho y desde la moral”, Octavio Márquez Mendoza, R. Junquera de Estéfani, F.J. de la Torre Díaz, F.J. Derechos y Libertades. *Revista de Filosofía del Derecho y Derechos Humanos*, Uned, Madrid, vol. 2, 311-317, 2015 / “Voluntad anticipada. Una

Investigación a profesionales de la salud”, Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Marcela Veytia López, *Dignitas*, ISSN 2007-4379, año IX, No. 27, 15-31, 2015 / “La pena de muerte desde la bioética y los derechos humanos”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Sergio Ruíz Peña y Elba Margarita González Fabián, *Ciencia ergo-sum*, México, ISSN1405-0269, vol.22, 75-81, 2015 / “Analysis of the problem of psychotherapy of mental health and administration in the area of bioethics”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López y Flores Merino, *International Journal of Current Research*, vol. 8, No. 12, diciembre 2016: 44296-44298 / “Bioética, salud mental y los derechos humanos”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López Sergio Ruiz Peña, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *Revista Redbioética/UNESCO*, 2016, Año 7, vol. 2, No. 14, 96-115, ISSN 2077-9445 / “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, *Gaceta AMPAG*, 2017, vol.1 , No. 10, 238-240 / “Psicología del rumor y los desastres naturales”, Octavio Márquez Mendoza, [Miguel-Héctor Fernández-Carrión], *Seres psicoanalíticos. Complejidad y psiquismo*, 2017, Año 1, No. 2, 36-47 / “The teaching of Bioethics for health professionals from a transdisciplinary viewpoint”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *EACM Newsletter (European Association of Centres of Medical Ethics)*, 2019, No. 52, 13-16.

**Capítulos de libros (individual y colectivo):** “Apéndice: Manual de procedimientos de la clínica de AMPAG (1978)”, Octavio Márquez Mendoza y José Antonio Carrillo, *La psicoterapia de grupo en las instituciones, psicoanálisis y psicodrama: Alternativas complementarias*, México, Editorial Plaza y Valdés y Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría, AMPAG, 2004 / “Un desastre, amenaza imprevista para la salud pública”, *Salud mental, sociedad contemporánea*, Marcelino Castillo Nechar (coordinador), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN 968-835-492-9, 153-159, 2000 / “Bioética laica y derechos humanos”, *LV Legislatura, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México*, Toluca, ISBN: 968-5278-26-1, 21-41, 2006 / “Amor y justicia en los derechos humanos”, *Ética y derechos humanos*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), Toluca,

Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN 968-835-940-8, 49-72, 2006 / “El paradigma de la no violencia como alternativa pedagógica”, *Ética ante la violencia y paz cotidianas*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-970-757-107-107-5, 199-220, 2008 / “La no violencia. Contribución de los derechos humanos en la atención de la salud mental”, *De violencias para la no-violencia*, Juan Luis Ramírez Torres, María del Rosario Guerra González y Juan María Parent Jacquemín (coordinadores), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-970-757-077-1, 95-130, 2008 / “Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formas en emergencias”, Octavio Márquez Mendoza y Marcela Veytia López, *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdespeñas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Editorial Fundación Tejerina, ISBN: 978-84-937689-1-1, 83-98, 2010 / “Presencia de los médicos en el Estado de México”, Octavio Márquez Mendoza y Carlos Viesca Treviño, *Práctica médica*, Toluca, Gobierno del Estado de México, ISBN 978.607.495.036.6, 118- 143, 2010 / “Pena de muerte, paradoja de la justicia”, *Caras de la justicia: venganza legitimidad, compensación, distribución*, María del Rosario Guerra González y Rubén Mendoza Valdés (coordinadores), México, Editorial Torres Asociados, ISBN: 978-607-00-3460-2, 281-304, 2010 / “Una perspectiva para la bioética en el siglo XXI”, *En busca de una bioética compartida*, Gerardo Martínez Cristerna (coordinador), México, Ediciones Hombre y mundo, ISBN 978-607-7718-20-8, 179-203, 2011 / “Bioética laica y plural para el siglo XXI”, *Bioética desde la ética*, Rubén Mendoza Valdés, María del Rosario Guerra González, J. Loreto Salvador Benítez e Hilda C. Vargas Cancino (coordinadores), México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-7945-15-4, 157-175, 2011 / “Ética y derechos humanos, un cambio de paradigma en la atención de la salud”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Gerardo Huitrón Bravo y Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *La bioética en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre*, Octavio Márquez Mendoza, Gerardo Huitrón Bravo, Marcela Veytia López (coordinadores), Toluca, UAEMéx, Editorial CIGOME, ISBN: 978-607-422-243-2, 183-202, 2011 / “Introducción a la bioética”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Kennetlt Delgado Mendoza, *La bioética*

en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre, Octavio Márquez Mendoza, Gerardo Huitrón Bravo y Marcela Veytia López (coordinadores), Toluca, UAEMéx, Editorial CIGOME, ISBN: 978-607-422-243-2, 203-222, 2011 / “El debate bioética en la comprensión del derecho a la salud mental”, *La bioética en el siglo XXI. Una práctica en la incertidumbre*, Octavio Márquez Mendoza, Gerardo Huitrón Bravo y Marcela Veytia López (coordinadores), Toluca, UAEMéx, Editorial CIGOME, ISBN: 978-607-422-243-2, 223-237, 2011 / “La responsabilidad social universitaria ante la reflexión bioética. Aportes para una educación científico-humanista”, *Enfoque ético de la responsabilidad social universitaria*, María del Rosario Guerra González y Rubén Mendoza Valdés (coordinadores), México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-7945-28-4, 89-124, 2011 / “En tiempos de barbarie social: ¿pena de muerte? Una reflexión bioética”, *Ensayos selectos en bioética*, Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C., 147-154, 2011 / “Salud mental, un desafío para los derechos humanos”, *La salud y la migración en México*, Alfonso Mejía Modesto et al. (coordinadores), Toluca, Gobierno del Estado de México, ISBN 978-607-7637-28-8, 203-216, 2011 / “Salud mental, un desafío para los derechos humanos”, *La salud y la migración en México*, Alfonso Mejía Modesto, Dominga Austreberta Nazar-Beutelspacher, Benito Salvatierra Izaba (coordinadores), Toluca, Gobierno del Estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México, El Colegio de la Frontera Sur, Consejo Estatal de Población, 203-216, 2012 / “Es posible una bioética internacional”, *Bioética: de la globalización a la toma de decisiones*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (edición), Madrid, Además Comunicación Gráfica, ISBN 978-84-939918-2-1, 9-28, 2012 / “Panorama de la validación y construcción de instrumentos para la medición de los trastornos alimentarios en México”, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, José de Jesús López-Flores, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López y Javier M. Serrano García, *Psicología: Aspectos fundamentales de la formación y la profesión*, Rosalinda Guadarrama Guadarrama et al. (coordinador), México, Editorial Torres Asociados, ISBN: 978-607-7945-48-2, 119-138, 2013 / “Análisis del adolescente en terapia de grupo”, Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Marcela Veytia López y Gerardo Huitrón Bravo, *Psicología: Aspectos fundamentales de la formación y la profesión*, Rosalinda

Guadarrama Guadarrama (coordinador), México, Editorial Torres Asociados, ISBN: 978-607-7945-48-2, 181-198, 2013 / “La sexualidad de los jóvenes. Una revisión crítica bajo la perspectiva de los derechos humanos”, *Salud del adolescente*, Gerardo Huitrón Bravo (compilador), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-607-422-439-9, 143-155, 2013 / “Algunas contribuciones para la bioética en el siglo XXI”, *Investigación, innovación, responsabilidad*, Manuel Velázquez Mejía et. al. (coordinador), Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, ISBN: 978-607-422-469-6, 443-468, 2013 / “Una reflexión sobre la eutanasia desde la transdisciplinariedad”, *Debates éticos con metodología transdisciplinaria*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Editorial Plaza y Valdés, ISBN 978-607-402-744-0, 257-278, 2014 / “El consentimiento informado en los procedimientos de laboratorio: Calidad y respeto en primer nivel de atención”, José Enrique Gómez Álvarez, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *Reflexiones latinoamericanas en bioética*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López Rosalinda Guadarrama Guadarrama (compiladores), México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-7945-54-3], 143-156, 2014 / “La eutanasia y el derecho a una muerte digna”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *Reflexiones latinoamericanas en bioética*, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama, México, Editorial Torres Asociados, 105-124, 2014 / “La ética de Ricoeur como fundamento cultural de los derechos humanos para la atención de la salud mental”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *Enfermedades crónico-degenerativas y de rezago*, Hugo Mendieta Zerón (coordinador), ISBN 978-1-326-41140-4, 2015. / “Origen y evolución del neologismo ‘Bioética’”, Ricardo Andrés Roa Castellanos, Emanuele Valenti y Octavio Márquez Mendoza, *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (edición), Madrid, Además Comunicación Gráfica, ISBN 978-84-939918-9-0, 139-146, 2015 / “Historia de la bioética en América Latina”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López y Sergio Ruiz Peña, *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (edición), Madrid, Además Comunicación Gráfica, ISBN 978-84-939918-9-0, 199-228, 2015 /

“Educación superior de bioética y transdisciplinariedad”, *Educación, complejidad y transdisciplinariedad*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Editorial Torres Asociados, 193-214, 2016 / “La bioética latinoamericana”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López, Sergio Ruiz Peña, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, *La bioética en España y Latinoamérica ¿Hay una bioética iberoamericana?*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepañas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética (Funderética), ISBN 978-84-617-6011-4, 47-72, 2016 / “La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinar”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veytia López, *Educación actual. Entre el pasado y el futuro*, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición), México, Editorial Torres Asociados, 143-164. ISBN 978-607-97819-3-4 / “La trascendencia armónica en un mundo atribulado a través de la ética y la educación”, Andrés Sebastián Israel Galindo de la Mora, Octavio Márquez Mendoza, *Educación actual. Proceso de cambio*, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición), México-Madrid, Editorial Torres Asociado y Albahaca Publicaciones, 135-149, ISBN 978-607-98452-2-3 y 978-84-87372-19-3.

**Capítulos de memorias** (individual y colectivo): “La ética de Paul Ricoeur: una contribución a los derechos humanos y la salud mental”, *Caderno de resumos do IX Simposio internacional da Associação Ibero-Americana de Filosofia Política (AIFP)*, VII Colóquio filosofia: Unisinos, desafios da justiça e políticas para uma cultura de paz, Universidade Do Vale Do Rio Dos Sinos-UNISINOS, Brasil, octubre de 2005 / “Detección del trastorno depresivo en el personal académico de la UAEM y su impacto en el desempeño laboral”, Octavio Márquez Mendoza, et al. *Memorias del Coloquio de investigación 2006*, UAEMex, Toluca, abril de 2006 / “Ética de Ricoeur y derechos humanos en la atención de la salud mental”, *23º Congreso argentino de psiquiatría, Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)*, 19 a 21 de abril. Libro de abstracts, julio de 2007 / “Ética de Ricoeur como fundamento de los derechos humanos en la atención de la salud mental”, “Bioética y la pena de muerte”. *Memorias del 1er. Congreso internacional de bioética*, “3er. Curso-taller internacional de bioética y los comités de ética de la investigación biomédica y hospitalaria, VI Congreso nacional de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, dentro de



las Actividades del Programa FOGARTY-FLACSO Argentina, Centro de Investigación en Ciencias Médicas, 2 al 6 de junio de 2008 / “La sexualidad de los jóvenes. Una revisión crítica bajo la perspectiva de los derechos humanos”, *Memorias 8º Congreso internacional sobre la salud del adolescente*, Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la UAEMex, noviembre de 2010 / “Conducta antisocial y delictiva en estudiantes de secundaria”, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Nohemi Legorreta Ávalos, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Joaquín Martínez Peñaloza y Giovanni Arzate Hernández, *Memorias XL Congreso nacional del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. Aportes de la psicología al desarrollo humano contemporáneo: reflexión y crítica*, Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, Tuxtla Gutiérrez Chiapas, México, abril, 2013 / “Factores de riesgo y protección para el suicidio en adolescentes mexiquenses: diferencias por género”, Mendoza Mojica Sheila Adriana, López Veytia Marcela, Márquez Mendoza Octavio, Guadarrama Guadarrama Rosalinda, Bobadilla Beltrán Salvador y Villa Santos María Erika, *Memorias V Congreso internacional, Foro estatal de estrategias de prevención del suicidio*, Campeche, México, 2013 / “Insatisfacción corporal en mujeres jóvenes y adultos con sobrepeso y obesidad”, Erika Magali Jaimes Pérez, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Octavio Márquez Mendoza y Marcela Veytia López, *Memorias XXI Congreso mexicano de psicología “Formación profesional y ética: ejes de la práctica de la psicología”*, Sociedad Mexicana de Psicología A. C. y El Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología A. C., 2013 / “Consideraciones bioéticas en torno al bullying: consecuencias en la salud del adolescente”, Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, González Fabián Elba Margarita y Aguilar Camacho Sonia Yadira, *Memorias XI Congreso internacional sobre la salud del adolescente*, Centro de Investigación en Ciencias Médicas, Universidad Autónoma del Estado de México, 2013.

**Proyectos de investigación:** “Detección del trastorno depresivo en el personal académico de la Universidad Autónoma del Estado de México y su impacto en el desempeño laboral. Aplicación de estrategias psicoterapéuticas para su manejo”, (corresponsable), clave: 1878/2004, UAEMex, Toluca, octubre de 2006 / “Trastorno por estrés postraumático en trabajadores de la Universidad

Autónoma del Estado de México”, clave 2619/2008U, UAEMex, responsable: Dr. Octavio Márquez Mendoza, participantes: Lic. Marcela Veytia López y Mtro. Gabriel Gerardo Huitrón Bravo. Vigencia 21/04/08 al 21/04/09. Fecha de registro: 21 de abril de 2008 / “Trastorno por estrés postraumático en trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México”, clave 2619/2008U, UAEMex, responsable: Dr. Octavio Márquez Mendoza, participantes: Lic. Marcela Veytia López y Mtro. Gabriel Gerardo Huitrón Bravo. Vigencia 21/04/08 al 21/04/09, autorización de solicitud de prórroga hasta el 17 de abril de 2010 / “Cohorte de trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México: Etapa III”, clave 2947/2010 SF, SF09/2010, UAEMex, responsables: Mtro. Gerardo Huitrón Bravo y Dr. Octavio Márquez Mendoza, participantes: Mtra. Eneida del Socorro Camarillo Romero y Mtra. Marcela Veytia López. Vigencia 22/11/2010 al 22/11/2011 / “Incidencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México”, clave SF21/2009, UAEMex, responsable: Dr. Octavio Márquez Mendoza, participantes: Mtra. Marcela Veytia López y Mtro. Gabriel Gerardo Huitrón Bravo. Vigencia de un año a partir del 08/12/2009 al 08/12/2010 / “Validez de constructo, confiabilidad y normalización de Body imagen Shape (BSQ) e Inventario de Depresión de BECK (BDI-II) en población rural”, clave 3308/2012, UAEMex, corresponsables: la Dra. Rosalinda Guadarrama Guadarrama y la Mtra. Marcela Veytia López, colaborador: Dr. Octavio Márquez Mendoza. Fecha de registro 3 julio de 2012 / “Validez de constructo, confiabilidad y normalización de Body Imagen Shape (BSQ) e Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población rural”, clave 3308/2012, UAEMex, responsable: Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Marcela Veytia López, participante: Octavio Márquez Mendoza. Vigencia 01/06/2012-28/02/2013 / “Conocimiento y actitud ante el testamento vital en los pacientes”, clave 3394/2013, UAEMex, responsable: Octavio Márquez Mendoza, becario participante: Elba Margarita González Fabián. Vigencia 09/2013-09/2014 / “Significado del suicidio en adolescentes mexiquenses”, clave: 3394/2013, UAEMex, participantes: Sheila Adriana Mendoza Mujica, Marcela Veytia López, Octavio Márquez Mendoza y Rosalinda Guadarrama Guadarrama. Vigencia: 05/2013-05/2014 / “Factores psicológicos positivos como elementos protectores de la depresión en estudiantes adolescentes: un estudio comparativo entre

adolescentes mexicanos y españoles”, UAEMex, participantes: Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Marcela Veytia López, Edgar Denova Gutiérrez y Octavio Márquez Mendoza. Vigencia: 08/2014-08/2016 / “Estilos de afrontamiento y salud mental en adolescentes con y sin insatisfacción corporal”, UAEMex, participantes: Octavio Márquez Mendoza, Rosalinda Guadarrama Guadarrama y Miguel Héctor Fernández Carrión. Vigencia: 08/2014-08/2016 / “Conocimiento y actitud ante las voluntades anticipadas: singularidades y perspectivas entre los pacientes y personal de salud del Hospital General Lic. Adolfo López Mateos del municipio de Toluca y el Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés de la Universidad Europea, Madrid, participante: Octavio Márquez Mendoza, Jorge Olvera García, Marcela Veytia López y Sergio Ruíz Peña. Vigencia: 08/2014-08/2016 / “Red temática de cooperación internacional ‘Bioética e investigación en salud’”, Uaemex-Flacso-Argentina, participantes: Amado López Arriaga, Octavio Márquez Mendoza, Florencia Luna, Ángeles Ma. Del Rosario Pérez Bernal y Luis Alberto Quevedo. Vigencia: 02/2015-02/2016 / “Red bioética e investigación en salud”, UAEMex, participantes: Florencia Luna, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Octavio Márquez Mendoza y Marcela Veytia López. Vigencia: 02/2017-02/2018.

**Experiencia profesional no docente:** Asociaciones Profesionales: Miembro Numerario, Academia Nacional Mexicana de Bioética, México, Distrito Federal, febrero de 2006 / Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, Capítulo Estado de México, Toluca, marzo de 2008 a julio de 2009, y como Académico Numerario de julio de 2009 en adelante.

**Premios y distinciones:** Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), para estudios de doctorado, de septiembre de 2005 a febrero de 2007, Dirección Adjunta de Formación de Científicos y Tecnólogos, México / Segundo Lugar 9º. Certamen de ensayo: Derechos humanos y bioética, versión 2006, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, julio de 2006 / Presea Ignacio Manuel Altamirano, versión 2006, por obtener el más alto promedio general del doctorado en Humanidades, UAEMx, Toluca, septiembre de 2006 / XVII Premio Nacional de Investigación 2006, de la Fundación GlaxoSmithKline por “Detección del trastorno depresivo en el personal académico de la Universidad Autónoma del Estado de México”, México, septiembre de 2006 / Investigador Nacional Nivel I del Sistema

Nacional de Investigadores, SEP-CONACYT, vigente de 1 enero de 2011 al 31 diciembre de 2014 / Renovación de investigador Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores 2013, vigente 1 enero de 2014 al 31 diciembre de 2017.

**NOTA AUTOBIOGRÁFICA DEL EDITOR (autor de la edición)**

540 Miguel-Héctor Fernández-Carrión, doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid y doctorado en Economía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia de España. Ha sido docente o/e investigador en el Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de París (EHESS), Francia (invitado por Alain Touraine); Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina; Facultad de Geografía e Historia y Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid; Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca, España, entre otras instituciones académicas.

Actualmente es Director del Instituto de Estudios Históricos y Económicos, del Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas y del Centro Internacional de Estudios y Creación Artística y Literaria con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid y del Centro de Investigación y de Estudios de América Latina y Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, en México. Investigador miembro colaborador del Cuerpo Académico Bioética, salud mental y sociedad del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, e investigador colaborador de la Universidad Nacional Autónoma de México. Director de la Revista indexada *Vectores de Investigación*. Autor de numerosos libros y artículos publicados en revistas arbitradas e indexadas sobre Ciencias Sociales (Economía, Política, Sociología, Historia), Humanidades (Geografía, Filosofía, Literatura...) y Ciencias de la Salud (Bioética, Salud mental...), en Estados Unidos, España, Argentina, Brasil... y México.

**Libros (individuales, edición)** *Historiografía, Metodología y Análisis de América*, Madrid, Albahaca Publicaciones, 2006, ISBN 978-84-87272-13-1 / *Cuatro trabajos de Historiografía, Metodología y Análisis de América*, Madrid, Albahaca Publicaciones 2008, ISBN 978-84-87272-12-4 / *Metodología e Historiografía de Hisotriral del Pensamiento Económico*, Madrid, Albahaca Publicaciones, 2009, ISBN 978-84-87372-15-5 /

*Metodología y análisis en Ciencias Sociales, Humanidades y Salud. Aproximación y debate*, Madrid-Toluca, Alhambra Publicaciones, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, 2011, ISBN 978-84-87372-17-9 / *Ciencias sociales, humanidades y Salud. Metodología y análisis*, Toluca, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, Universidad Autónoma del Estado de México, 2012, ISBN 978-607-95603-0-0 / *Obras completas de Octavio Márquez Mendoza. I Bioética neurociencia y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, 2017, ISBN 978-607-7945-97-0 / *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*. Marcela Veytia López, México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-97819-4-1 / *Educación actual. Entre el pasado y el futuro*, México, Editorial Torres Asociados, ISBN 978-607-97819-3-4 / *Educación actual. Proceso de cambio*, Madrid-México, 2019, ISBN 978-84-87372-19-3, 978-607-98452-2-3.

**Artículos (individuales y colectivos sobre Salud)**

“Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética”, *Revista Vectores de Investigación*, vol. 5, No. 5, 2012, 97-104, ISSN 1870-0128 / “Analysis of the problem of psychotherapy of mental health and administration in the area of bioethics”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al., *International Journal of Current Research*, vol. 8, No. 12, diciembre 2016: 44296-44298 / “Bioética, salud mental y los derechos humanos”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al., *Revista Redbioética/UNESCO*, 2016, Año 7, vol. 2, No. 14, 96-115, ISSN 2077-9445 / “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, *Gaceta AMPAG*, 2017, vol.1, No. 10, 238-240 / “Psicología del rumor y los desastres naturales”, Octavio Márquez Mendoza, [Miguel-Héctor Fernández-Carrión], *Seres psicoanalíticos. Complejidad y psiquismo*, 2017, Año 1, No. 2, 36-47 / “The teaching of Bioethics for health professionals from a transdisciplinary viewpoint”, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al., *EACM Newsletter (European Association of Centres of Medical Ethics)*, 2019, No. 52, 13-16.

Este libro se imprimió mil ejemplares  
en el mes de septiembre de 2019  
en los talleres de Creative CI  
Ángel del Campo 14-3, Colonia Obrera  
Delegación Cuauhtémoc, D.F., México, C.P. 06800