

## **Consideracions eticofilosòfiques sobre la pandèmia: passat, present i futur**

---

*Revista Catalana de Psicoanàlisi, Vol. XXXVIII/2*

Sergio Ramos Pozón<sup>1</sup>  
Sant Boi de Llobregat

*La pandèmia ha significat un autèntic repte per a la nostra societat. La velocitat amb què ha aparegut i s'ha desenvolupat ha provocat haver d'actuar sense gairebé tenir recursos ni una reflexió prèvia. Les «primeres onades» van provocar estralls entre els més vulnerables, i aviat vam veure conseqüències negatives en el conjunt de la societat sobre les diferents esferes biopsicosocials (i en especial, en certs col·lectius: professionals socio-sanitaris, dones o adolescents). La feina que ara ens toca fer per tornar a la «normalitat» o «postnormalitat» és una exigència eticopolítica que argumenti*

---

Article rebut el 1-10-2021. Acceptat el 9-11-2021.

1. Doctor en Filosofia. Professor lector a l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona. E-mail: sergioramos@ub.edu

*quin tipus de societat volem reconstruir després de la pandèmia per poder viure dignament.*

**Paraules clau:** pandèmia, conseqüències de la covid-19, filosofia, ètica, vulnerabilitat

### **Introducció**

És evident que l'actual pandèmia generada per la covid-19 ha significat un autèntic repte en conjunt per a tota la ciutadania. Ha mostrat les insuficiències del nostre sistema sanitari, la dificultat per gestionar la incertesa, i ha posat en evidència la vulnerabilitat de l'ésser humà. Ha modificat la nostra manera de viure en el món i de relacionar-nos amb les persones, i així, ha generat un fort impacte tant en la nostra personalitat com en la nostra salut mental.

En aquest article volem fer algunes reflexions eticofilosòfiques sobre com ha estat la convivència durant tot aquest temps de pandèmia. Amb això, dirigim la mirada a les «primeres onades» i emfasitzem el concepte de vulnerabilitat inherent, situacional i patogènica. El segon apartat reflexionarà sobre les «últimes pandèmies» i ens aturarem en les *lesions morals* que van patir els professionals, així com en les seqüeles psicopatològiques causades en certs col·lectius de persones, i la corresponent incidència en la identitat i personalitat. Per acabar, i sense finalitat de ser exhaustius, volem mostrar algunes reflexions eticofilosòfiques per orientar en la reconstrucció de la societat, és a dir, sobre quin tipus de societat volem reconstruir després de la pandèmia per poder viure dignament.

### **Algunes reflexions eticofilosòfiques sobre les «primeres onades»**

Amb l'arribada de la pandèmia vam veure clarament que som éssers vulnerables. La vulnerabilitat seria aquella capacitat de les persones de ser ferides o lesionades des de qualsevol aspecte biopsicosocial. Per bé que certament no és senzill poder delimitar clarament quin és el contingut i les implicacions d'aquest concepte, alguns autors consideren que té diverses accepcions: *inherent* (pròpia de l'ésser humà, associada a la corporeïtat i a la seva dependència dels altres), *situacional* (causada o exacerbada pel context personal, social, polític o econòmic d'una persona o grup social) o *patogènica* (fruit de l'opressió, la dominació, la injustícia, la violència política... que s'aplica a aquells col·lectius indefensos com són les persones grans, els que presenten discapacitat intel·lectual, malaltia mental, etc.) (Rogers *et al.*, 2012).

En aquest sentit, aquesta vulnerabilitat inherent es va exemplificar en què tots estàvem exposats al contagi i a les seves conseqüències. Ràpidament vam veure com aquest virus incidia més en certs grup de persones. Les dades empíriques sembla que indiquen que pacients amb hipertensió, diabetis, malalties respiratòries, cardiovasculars o cerebrovasculars (Spencer *et al.*,

2020; Cheng *et al.*, 2021), i també aquelles persones més grans de seixanta anys, tenen més probabilitat de morir. Per tant, aquesta vulnerabilitat es va mostrar en tant que tots estàvem exposats al virus, però, no obstant, per motius clínics, alguns ho estaven en una proporció més gran. També observem que aquesta vulnerabilitat social i econòmica va incidir notablement en els que no tenien casa i això va provocar una probabilitat superior d'encomanar-se i, per tant, de morir (Leifheit *et al.*, 2021).

Amb l'agressivitat amb què va incidir el virus, substancialment en les primeres onades, el sistema sanitari es va col·lapsar i va deixar clar que estàvem molt poc preparats i coordinats. La societat, en el seu conjunt, partia de les tesis kantianes que sostenen que tot ésser humà és digne de respecte, en condició d'igualtat i, per tant, que tots teníem el mateix dret *a tenir drets*. Tots posseïem la mateixa dignitat, la qual cosa és també una característica inherent que mereix ser reconeguda i respectada, només pel simple fet de ser persones. Ara bé, amb la insuficiència de recursos vam haver de fer triatges que no sempre respecten aquesta dignitat.

Autors com Peter Singer, filòsof utilitarista de prestigi mundial,<sup>2</sup> reconeixien que quan vam haver de fer triatges i decidir qui es mereixia un respirador per així tenir més probabilitats de viure, l'edat va ser un punt decisiu. Aquelles persones amb més edat quedaven en un segon pla. Es calculava que qui podia viure més anys, havia d'estar en primer ordre d'elecció. Feia la sensació que la dignitat tenia graus. En aquest sentit, es va incórrer en una discriminació per edat, *edatisme*, o per discapacitat. Novament, aquesta vulnerabilitat patogènica es va fer patent, a manera de discriminació, en els col·lectius més indefensos.

L'utilitarisme va ser fortament defensat tant per al triatge com per a la futura «desescalada» (Savulescu *et al.*, 2020), encara que, per sort, es va rectificar i es va mostrar que l'atenció sanitària havia de ser individualitzada, és a dir, en relació amb l'estat clínic concret per determinar qui sí o qui no. En aquest sentit, va caldre deixar clar que hi ha una gran varietat de factors, com per exemple, les malalties prèvies a l'ingrés, la situació clínica actual, indicadors de mal o bon pronòstic i també l'edat (però mai aquest criteri com a únic a tenir en compte).

En qualsevol cas, la pandèmia generada per la covid-19 significava un repte per als mitjans de comunicació, perquè s'estava creant un volum immens d'informació en molt poc temps. S'havia d'informar la ciutadania de manera precipitada en un clima d'incertesa. Això va significar una *infodèmia*, que va generar un desconcert i una desinformació.

---

2. Disponible a: <https://www.larazon.es/coronavirus/20200616/md57e2uhpjxbfq5fnpturmuri.html>

Els mites, les falses creences i/o les idees conspiratives van començar a proliferar en la societat (Naeem *et al.*, 2021). Totes elles són les que habitualment es coneixen com a *fake news* (Moscadelli *et al.*, 2020). Les teories conspiratives i els grups de *negacionistes* no van trigar a aparèixer.

Tot això ens generava molta ansietat, preocupació, por, etc. D'una banda, pel desconcert que suposava i per no saber què fer i què no fer per evitar encomanar-se. De l'altra, també va comportar una desconfiança i malestar cap als nostres governants per la sensació que no sabien gestionar correctament aquesta incertesa, ja que constantment anaven rectificant els criteris a mesura que coneixien més evidències. Així, encara que per a molts aquesta constant modificació de plans suposava «ignorància», «incertesa» i «incompetència», en la meua opinió, en realitat no és més que anar adoptant la (possible) millor estratègia en relació amb el coneixement disponible (fiable, si bé sempre revisable) acumulat que s'anava produint. En això consisteix intentar gestionar la incertesa.

Ara bé, tota aquesta improvisació, aquests canvis d'estratègia, aquesta necessitat de decidir ràpidament què fer amb els pacients urgents, etc., aviat es va convertir en focus de preocupació (moral, psicològica, etc.) també cap als professionals que atenien els pacients. I aquesta situació es va expressar en problemes de salut mental.

### **Algunes reflexions eticofilosòfiques sobre «les últimes onades»**

Durant els mesos següents d'atenció sanitària, els professionals sanitaris es van haver d'enfrontar a molts dilemes amb un fort component ètic. L'obligació d'actuar ràpidament per evitar morts —moltes vegades sense probabilitats reals d'èxit—, els triatges agressius, etc., van posar en una situació excepcional el sistema sanitari donada l'escassetat de recursos. Des d'un punt de vista filosòfic, aquells professionals que van adoptar actituds més kantianes, o pròpies de les ètiques de les virtuts (ètica de la cura, principalment) van intentar aplicar sense excepcions les seves conviccions morals: «no he d'abandonar mai el meu pacient», «sempre els haig de tractar tots igual, sense discriminació», «he de tenir empatia i compassió», etc.; i en intentar dur-les a terme, moltes vegades, van haver de prendre decisions utilitaristes que xocaven amb els seus propis principis. Haver de decidir qui rebria un respirador quan es partia del fet que totes les persones eren iguals, o haver de prohibir les visites de les famílies per acomiadar-se dels pacients en procés final de la vida contradeia el que empàticament i compassivament percebien com un imperatiu ètic (Akram, 2021). D'aquest context, els mateixos professionals i pacients van començar a percebre angoixa psicològica, sentiments de desconcert, humiliació o ressentiment. Amb això, es provocaven *lesions morals* (*moral injury*) (Brandon *et al.*, 2019; Shale, 2020).

Aquestes lesions morals es donen quan no hi ha un fort reconeixement de la ciutadania en les diverses esferes que integren la seva pròpia vida. Axel Honneth és un filòsof i sociòleg que ha treballat amb profunditat aquesta àrea. Axel Honneth (1999) considera que totes les societats haurien de proporcionar un *reconeixement* a tots els seus ciutadans. En aquest sentit, defensa una tripartició de les diverses formes de *reconeixement*, a saber: (1) *l'esfera de l'amor*; (2) *l'esfera del dret*; i (3) *l'esfera del reconeixement social*. En *l'esfera de l'amor*, el subjecte és reconegut com un *individu* que té uns desitjos i unes necessitats. En *l'esfera del dret*, el *singular* és reconegut com a persona, amb drets i obligacions. Finalment, en *l'esfera del reconeixement social*, la persona té un valor constitutiu per a una comunitat. En aquest espai es reivindica un sentiment de solidaritat i preocupació pel seu benestar. Quan aquestes peticions fallen en alguna d'aquestes esferes, es produeixen el que Honneth anomena «ferides morals». Això el porta a postular que la integritat de la persona depèn en gran mesura de l'experiència de reconeixement intersubjectiu. L'absència d'aquest reconeixement implica una *experiència de menyspreu personal* que es pot desglossar en tres formes elementals (1992).

Quan a una persona se li retiren a la força totes les opcions de ser amo del seu propi cos, es produeix una d'aquestes *ferides*. Exemples típics són la tortura o la violació; però el que és rellevant no és tant el dolor corporal que comporten, sinó més aviat «la seva unió amb el sentiment d'estar exposat, indefens, a la voluntat d'un altre subjecte fins a la privació conscient de la realitat» (Honneth, 1992, p. 81). Que sigui un altre qui decideixi per la persona implica que se li nega la possibilitat de dur a terme la seva realització social. La persona és reconeguda com a subjecte amb la capacitat d'emetre judicis morals, i no permetre-l'hi implica no respectar la igualtat de totes les persones. Una altra forma d'humiliació té lloc quan es retira el valor social d'un individu o grup, que té com a conseqüència una ofensa o deshonra. Conceptes com el de la dignitat, l'honor o l'estatus indiquen l'apreciació social que atorguem a una persona en un context cultural determinat. I la seva vulneració implica desprestigiar formes de vida o conviccions individuals en considerar-les d'un rang inferior. Per tant, el no-reconeixement suposa la negació d'una aprovació social perquè no es permet l'autorealització que ell mateix ha elegit.

Això, precisament, és el que vam poder observar a mesura que els professionals de la salut van haver d'anar atenent els pacients que duïen als centre sanitaris, però també les conseqüències en els pacients i en les seves famílies. Des d'un punt de vista psicopatològic, les conseqüències de la pandèmia i de la manera com s'ha gestionat han provocat que la depressió major i el trastorn d'ansietat hagin augmentat un 28% i un 26% respectivament (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021). Els confinaments, el sistema sanitari col·lapsat, les cancel·lacions de visites mèdiques, les restriccions socials, la incertesa que provocava el virus, les pors i preocupacions pels familiars encomanats, etc., van ser-ne els desencadenants.

Precisament, en aquest mateix estudi, les dades semblen indicar que certs grups socials han estat molt més vulnerables, a saber: les dones (perquè són més propenses a cuidar-se dels familiars i de la càrrega de les activitats domèstiques, o per haver patit violència domèstica) i els joves (tancament de les escoles, restriccions de la vida social o l'atur, entre altres). Entre els mateixos professionals, també tenim dades en els nostre país sobre quin ha estat l'impacte i quines les conseqüències: l'ansietat, l'estrès, l'insomni i la qualitat de vida en el seu conjunt (Martin *et al.*, 2021). Sembla ser que en altres països les conseqüències van ser les mateixes (Kim *et al.*, 2021). En general, sembla que els professionals del nostre han tingut un empitjorament de la salut, amb malestar i deteriorament físic, mental i emocional. Han patit *burnout*, dolor, fatiga, sensació de «no poder més», i en un percentatge considerable de casos han necessitat ajuda psicològica (Fundación Galatea, CoMB, FPS-OMC i Mutual Médica, 2021).

I sembla assenyat pensar que moltes d'aquestes persones han patit un canvi de personalitat i de la pròpia identitat. Els éssers humans som éssers socials per naturalesa. Vivim en grups socials i ens relacionem amb persones. I el problema és que sabem que hi ha hagut un augment considerable de l'ús d'internet i de les xarxes socials; un consum d'alcohol superior —fins i tot, una gran tendència a consumir-lo en solitari i una permissibilitat a la pròpia casa— (Ramalho, 2020); un aïllament motivat pel teletreball; desconfiança i por de relacionar-se, etc. Tot això en conjunt probablement ha fet que moltes persones hagin notat «un abans i un després» en les seves vides i que sentin que «han canviat»: més solitàries, més desconfiades, més temoroses, més previngudes, etc.

Les teories de la identitat i la personalitat són abundants en la literatura (Stryker, 2007). Per la nostra part, considerem que la identitat és fruit de la interacció social, i gràcies a allò que vivim i que experimentem anem adquirint hàbits, maneres de pensar, etc., en definitiva, un *caràcter*, que està en canvi constant. La identitat l'observariem quan hi ha una certa coherència en el temps i veiem que aquest caràcter es manté. Aquesta identitat es refereix, aleshores, tant a com la mateixa persona es veu a si mateixa, la manera en què ha interioritzat els seus rols i els seus valors; però també a la manera com aquesta persona es manifesta i es relaciona amb les altres.

Ara bé, l'impacte que ha provocat en les nostres vides la pandèmia ha modificat del tot el nostre caràcter, i per això moltes vegades serà fàcil veure «un abans i un després» en la identitat de les persones. Molts es consideren més apàtics, més desconfiats, amb menys ganes de socialitzar, etc. Per poder observar, entendre i comprendre aquesta ruptura caldrà un enfocament narratiu que mostri com, on i en quina mesura s'ha manifestat aquest impacte.

En aquest sentit, els professionals que atenen els pacients han de poder captar en tota la seva magnitud, no tan sols el dolor (físic), sinó, sobretot, el patiment de la persona. Eric Cassell (2007) considera que el patiment se cenyeix a la

persona que veu amenaçada la seva pròpia vida, la continuïtat de la seva existència i la seva integritat. El patiment és personal, individual i solitari, i implica un conflicte amb un mateix i la pèrdua d'un objecte. Per tot això, per entendre-ho en tota la profunditat, cal un enfocament narratiu, temporal i fenomenològic.

Amb tot, considerem que el patiment que ha generat la covid-19 és una problemàtica de primer ordre, de manera que la societat i els governs tenen una tasca immensa per poder-lo reparar. Per aquest motiu, considerem que la futura tasca és una obligació ètica per desconstruir la societat i «ocupar-se» de les conseqüències negatives en les persones. És una qüestió de solidaritat, corresponsabilitat i compromís amb la ciutadania i, en especial, amb els més vulnerables, sense oblidar-nos dels que ens han de cuidar, ja que difícilment ho podran fer si no es cuida el cuidador.

### **Perspectiva de futur**

Però per poder atendre i cuidar amb qualitat, seria important reflexionar també des de quina mirada ho fem, des de quin model d'atenció volem «cuidar i curar». És obvi que el model actual i que impera és el biomèdic, biologicista i reduccionista. Les neurociències han ocupat un paper central en la manera d'entendre i tractar les malalties. Ens hem centrat molt en la part orgànica (neurotransmissors, biomarcadors, etc.), però no hem emfasitzat tant la part més humana, més subjectiva. De manera recurrent, hem intentat psicopatologitzar tots els processos per entendre'ls, mesurar-los i objectivar-los. Ara bé, en aquest afany hem intentat «psicopatologitzar la vida quotidiana» medicalitzant en excés les persones i provocant, per tant, iatrogènia. Processos «naturals» per pèrdua d'un ésser estimat, per problemes econòmics, etc., òbviament no tenen una arrel orgànica, de manera que l'enfocament estrictament biologicista falla. Per aquesta raó, avui és més necessari aquest model holístic, integral, biopsicosocial proposat inicialment per George Engel (1977), si bé certament considerem que caldria revisar-lo per poder entendre més bé el model, si més no, per a les malalties mentals: com opera el mateix model, quin pes tenen les diferents esferes biològica, psicològica o social, o fins i tot els mateixos conceptes que utilitza en el seu desenvolupament (*illness* o *disease*, per exemple) (Ramos, 2015).

Efectivament, la pandèmia ha demostrat que molts problemes de salut mental que han patit les persones no tenien una causa biològica: la pèrdua de rutines, la saturació del sistema sanitari i, per tant, l'excés de feina, la por d'encomanar-se i de les relacions interpersonals per evitar-ho, la desconfiança envers les persones, el drama per la pèrdua de la feina, etc., han tingut una arrel substancialment social. Més que mai cal un enfocament integral per atendre tots els problemes de salut mental i, per això, es necessita l'ajuda d'infermeria, psicologia, psiquiatria, treball social, etc. Per tant, és de sentit comú una aplicació del model biopsicosocial i d'aquesta manera evitar reduccionismes. Ara bé, també són necessàries unes polítiques i un

compromís amb la ciutadania que augmentin les ajudes als més vulnerables (econòmiques, socials, etc.). I encara que certament es digui —no sense motiu— que cal potenciar més la infermeria i la medicina, a qui ha patit problemes econòmics poc l'ajudarà la inversió en el sector sanitari; el mateix passarà amb la població juvenil, que té moltes dificultats laborals que generen molta frustració, perquè veu molt difícil que la societat es recuperi econòmicament; o fins i tot, quan hi ha hagut violència domèstica cap a les dones o una sobrecàrrega de les tasques de casa a sobre d'elles.

Cal demanar als governants que hi hagi una organització sanitària més gran (fent èmfasi en l'hospitalitat i eliminant discriminacions per «edats» o per discapacitats), una veritable lluita i erradicació (o reducció significativa, si més no) de les desigualtats econòmiques i d'exclusió (per motius socials), o una inversió més gran en l'àmbit sociosanitari, entre altres qüestions.

En aquest sentit, s'ha d'exigir una ètica de la cura cap als més vulnerables. S'ha d'intentar cuidar els pacients amb tant d'èmfasi, com èmfasi posem quan intentem curar-los. Hi ha d'haver una ètica de la responsabilitat per part dels responsables dels centres, els gestors, els polítics, etc., per intentar solucionar les desigualtats, les mancances, els estigmes i les discriminacions.

Tot això implica anar un pas més enllà del que tradicionalment entenem per «estat del benestar», és a dir, aquella proposta de model d'estat i d'organització social que té per objectiu satisfer tots els drets socials de la ciutadania. Què vol dir aquest «pas més»? Un veritable compromís ètic per la ciutadania. Adela Cortina (2021) sosté que cal una ètica cosmopolita, un projecte social i polític, per poder, gràcies a uns valors ètics, instaurar un *ethos* que impregni les institucions polítiques, jurídiques, econòmiques i socials, i que es faci càrrec *seriosament* de com gestionar la malaltia, el patiment i les necessitats de les persones, i això posant un èmfasi especial en els més vulnerables (per motius econòmics, clínics, etc.) per treballar pel benestar de tots els ciutadans sense excepcions.

Hi hauria d'haver un reconeixement recíproc de totes les persones i posar un èmfasi especial en la justícia, la compassió, la vulnerabilitat, la solidaritat, la igualtat, la dignitat, etc. És, en definitiva, una exigència eticopolítica la de reflexionar sobre quin tipus de societat volem reconstruir després de la pandèmia per tornar a això que es denomina «tornada a la normalitat» o la «nova normalitat».

*Traduït del castellà per Margarida Trias*

## RESUMEN

La pandemia ha significado un auténtico desafío para nuestra sociedad. La velocidad con la que ha aparecido y se ha desarrollado ha provocado tener que



actuar sin apenas recursos ni una reflexión previa. Las «primeras olas» provocaron estragos entre los más vulnerables, y pronto vimos consecuencias negativas en el conjunto de la sociedad sobre las distintas esferas bio-psico-sociales (y en especial en ciertos colectivos: profesionales socio-sanitarios, mujeres, o adolescentes). La tarea que nos toca hacer para volver a la «normalidad» o «postnormalidad» es una exigencia ético-política que argumente qué tipo de sociedad queremos reconstruir después de la pandemia para poder vivir dignamente.

**Palabras clave:** pandemia, consecuencias de la covid-19, filosofía, ética, vulnerabilidad

## SUMMARY

The pandemic has been a real challenge for our society. The speed with which it appeared and developed has caused the need to act without having barely any resources or prior reflection. The «first waves» wreaked havoc on the most vulnerable, and we soon saw negative consequences for the whole society on the various biopsychosocial spheres (and especially, in certain collectives: socio sanitary professionals, women and teenagers). The work we now need to do to return to a «normality» or «post normality» is an ethical-political demand that argues what kind of society we want to rebuild after the pandemic, to be able to live with dignity.

**Key words:** pandemic, covid-19 consequences, philosophy, ethics, vulnerability

## BIBLIOGRAFIA

- AKRAM, F. (2021). Moral injury and the COVID-19 pandemic: A philosophical viewpoint. *Ethics Med. Public Health*, 18: 100661.  
doi: 10.1016/j.jemep.2021.10066
- BRANDON, J., GRIFFIN, N., BURKMAN, K., LITZ, P., BRYAN, B. & SCHMITZ, M. (2019). Moral Injury: An Integrative Review. *Journal of Traumatic Stress*, 32, p. 350-362
- CASSELL, E. (2007). *La persona como sujeto de la medicina*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Disponible a: <https://www.fundaciogrifols.org/es/web/fundacio/-/19-the-person-as-the-subject-of-medicine>
- CHENG, S., ZHAO, Y., WANG, F., CHEN, Y., KAMINGA, A.C. & XU, H. (2021). Comorbidities' potential impacts on severe and non-severe patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100, 12 (e24971)
- CORTINA, A. (2021). *Ética cosmopolita. Una apuesta por la cordura en tiempos de pandemia*. Barcelona, Paidós
- COVID-19 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

- ENGEL, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, Apr. 8; 196 (4286), p. 129-136
- FUNDACIÓN GALATEA, CoMB, FPS-OMC i MUTUAL MÉDICA (2021). Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España. Disponible a: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/resumen\\_ejecutivo\\_estudio\\_impacto\\_covid.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/resumen_ejecutivo_estudio_impacto_covid.pdf)
- HONNETH, A. (1992). Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento. *Isegoría*, 5
- (1999). Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento. *Logos: Anales del Seminario de Metafísica*, 32
- KIM, D., BANG, Y., KIM, H. & PARK J. (2021). The Prevalence of Depression, Anxiety and Associated Factors among the General Public during COVID-19 Pandemic: a Cross-sectional Study in Korea. *J. Korean Med. Sci.*, Jul., 26; 36 (29):e214
- LEIFHEIT, K., CHAISSON, L., MEDINA, J., WAHBI, R. & SHOVER, CH. (2021). Elevated Mortality Among People Experiencing Homelessness With COVID-19. *Open Forum Infect. Dis.*, Jun 4; 8 (7):ofab301. doi: 10.1093/ofid/ofab301. eCollection 2021 Jul.
- MARTIN, J., PADERNIA, A., VILLANUEVA, E. & QUINTANA, J. (2021). Evaluation of the mental health of health professionals in the COVID-19 era. What mental health conditions are our health care workers facing in the new wave of coronavirus? *Int. J. Clin. Pract.*, Oct; 75 (10):e14607. doi: 10.1111/ijcp.14607
- MOSCADELLI, A., ALBORA, G., ALBERTO, M., GIORGETTI, D., INNOCENZIO, M., PAOLI, S., *et al.* (2020). Fake News and Covid-19 in Italy: Results of a Quantitative Observational Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Aug 12; 17 (16):5850
- NAEEM, S., BHATTI, R. & KHAN, A. (2021). An exploration of how fake news is taking over social media and putting public health at risk. *Health Information and Libraries Journal*, 38 (2), p. 143-149
- RAMALHO, R. (2020). Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australas Psychiatry*, Oct; 28 (5), p. 524-526
- RAMOS, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 35 (127), p. 511-526
- ROGERS, W., MACKENZIE, C. & DODDS, S. (2012). Why bioethics needs a concept of vulnerability. *Int. J. Fem. Approaches Bioeth.*, 5 (2), p. 11-38
- SAVULESCU, J., PERSSON, I. & WILKINSON, D. (2020). Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*, 34, p. 620-632
- SHALE, S. (2020). Moral injury and the COVID-19 pandemic: reframing what it is, who it affects and how care leaders can manage it. *BMJ Leader*, 4, p. 224-227
- SPENCER, M., SEHAYEK, D., GABRIELLI, S., ZHANG, X., McCUSKER, Ch. & BEN, M. (2020). COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Postgrad Med.*, Nov; 132 (8), p. 749-755
- STRYKER, S. (2007). Identity theory and personality theory: mutual relevance. *J. Pers.*, Dec., 75 (6), p. 1083-102