

INTERVENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE MÉDICOS Y DOCENTES, DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 (COVID19), A TRAVÉS DE LOS SEMINARIOS DE FORMACIÓN DE EMERGENCIAS

Octavio Márquez Mendoza
Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Universidad Autónoma del Estado de México, México

1 Introducción. Breve historia de las epidemias

La historia de la humanidad se halla enmarcada por la inevitable irrupción de infinidad de padecimientos infecto-contagiosos, cuya incidencia ha provocado el fallecimiento de millones de seres humanos a lo largo de la historia, así como las inherentes afectaciones en los ámbitos económico, social y cultural.

Las pandemias se han convertido en referentes históricos, que permiten comprender la evolución de la especie humana y anticipar el futuro con un alto grado de certidumbre, ello a merced del grado de afectación y la periodicidad con que se manifiestan.

Para fundamentar con mayor precisión lo expresado, es necesario efectuar un somero recorrido a través de algunas manifestaciones epidémicas acontecidas a lo largo del tiempo (Damir Huremovic, 2019).

En primera instancia se refiere la plaga ateniense, surgida en Etiopía durante el año 430 AC. La enfermedad (posiblemente fiebre tifoidea, peste bubónica o ébola de la fiebre hemorrágica) se extendió vertiginosamente a través de Egipto y Grecia, ocasionando estragos en la salud de miles de personas. Al mismo tiempo, se generaron serios problemas económicos, sociales y religiosos. Dos siglos más tarde vio la luz una nueva manifestación epidémica, algunos datos apuntan a la viruela. Esta vez en el imperio romano durante el mando del emperador Marco Aurelio, de 161 hasta 180, quien observó impávido como la manifestación viral cobró la vida de un tercio de la población romana, diezmando la supremacía militar, social y económica del imperio. Previamente, la plaga Antonina (emperador Antonino Pio -86-161-), fue tan mortal, que supuso la muerte personajes notables, entre los que destaca el propio Marco Aurelio. No menos fatal resultó la peste bubónica, cuyo epicentro se focalizó en China meridional durante 1334, alcanzando su cenit una década después, justo cuando se introdujo en Europa a través de las rutas comerciales. Su presencia fue devastadora, y algunas estimaciones consideran que ocasionó la muerte de alrededor de 150 millones de ciudadanos europeos y asiáticos. Varios siglos después, en 1918, vio la luz la denominada gripe española, cuyo origen es incierto, al ubicarse en regiones tan dispares como Estados Unidos, China, España o Austria. La tasa de mortalidad se mantuvo en un rango cercano al 20%, ocasionando la muerte entre 50 a 100 millones de personas en un periodo relativamente corto, de 1818 a 1920.

Recientemente la humanidad sufrió los estragos de la pandemia por VIH, la cual comenzó durante la década de 1980, afectado a cerca de 40 millones de personas en el mundo y truncando la existencia de aproximadamente 2 millones de seres humanos cada año. Igualmente abrumador resultó el Síndrome agudo respiratorio severo (SARS CoV), a principios del siglo XXI, afectando a cerca de 10.000 ciudadanos en China y Hong Kong. Durante el brote de SARS CoV fueron desarrollados los primeros estudios sobre la salud mental, al recabar información sobre los efectos de la epidemia en la psique de las personas afectadas. Solo algunos años después se materializó un nuevo brote pandémico de virus H1N1, en la región de América central. Su presencia es considerada como la repetición de la gripe española de 1918, aunque con repercusiones de menor envergadura, aun cuando afectó a cerca del 10% de la población total del planeta.

Como era previsible, la humanidad enfrenta un nuevo desafío a la salud pública internacional, esta vez encarnado en la figura de una nueva cepa viral, denominada genéricamente como SARS CoV2, Covid 19. El Covid19 pertenece a la familia coronavirus y está emparentado con el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el Síndrome respiratorio de Oriente medio (MERS), con quienes comparte ciertas características en común:

2019-nCoV estaba estrechamente relacionado (con una identidad del 88 por ciento) con dos coronavirus similares al síndrome respiratorio agudo severo derivado del murciélago (SARS), bat-SL-CoVZC45 y bat-SL-CoVZXC21, recolectados en 2018 en Zhoushan, este de China, pero estaban más distantes de SARS-CoV (aproximadamente 79 por ciento) y MERS-CoV (aproximadamente 50 por ciento) (Salinas Ramos, 2020).

El SARS CoV2 fue rastreado originalmente hasta el mercado de animales de la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en la región de China continental. Los reportes iniciales, otorgados por la autoridad sanitaria china, referían el surgimiento de neumonía de características atípicas en una veintena de pobladores de Wuhan. La investigación preliminar descartó que la infección fuera consecuencia directa de algunos patógenos conocidos, como los virus que ocasionan el resfriado común, adenovirus vinculados con la gripe aviar o coronavirus que ocasionan el Síndrome respiratorio de Oriente medio (MERS) y el Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) (OMS, 2019). Ante el desconocimiento de los mecanismos de contagio del incipiente virus, se desplegaron severos protocolos de salud pública, por parte de los políticos¹ (incluyendo una cuarentena obligatoria, el cierre de los aeropuertos, puertos y centrales ferroviarias), encaminados a mitigar la propagación de la nueva infección. Infortunadamente, los esfuerzos desplegados fueron inútiles y pronto se diseminó la infección por todo el mundo. En la actualidad el virus ha ocasionado afectaciones a un estimado de 36.638.001 de personas y ha provocado el fallecimiento de más un millón de muertos (en torno al 9 de octubre de 2020), y la previsión es que alcance de dos a cinco millones, de uno a dos años que pueda perdurar la pandemia, con sus sucesivos olas de rebrotes por todo el mundo, principalmente en Europa, América y parte de Asia (Fernández-Carrión, 2020).

2 Repercusión psicológica de los desastres sanitarios²

Paradójicamente, el funesto legado de las enfermedades transmisibles ha motivado el irrefrenable ascenso de la ciencia y la tecnología, permitiendo la formulación de tratamientos y medicamentos con mayor eficacia e inocuidad, con lo cual se ha garantizado el mejoramiento sustancial de la esperanza y la calidad de vida de la sociedad. Desafortunadamente, la mayor parte de los esfuerzos de mitigación de la pandemia se han focalizado en la búsqueda de tratamientos y medidas terapéuticas, que incidan en la regeneración del bienestar orgánico de los individuos, obviando casi en su totalidad la búsqueda de mecanismos y estrategias enfocadas en la preservación de la salud mental de la población, a pesar de los millones de individuos afectados en su ámbito intelectual durante la ocurrencia de un fenómeno pandémico. Y es que en el ámbito clínico de la psiquiatría y la psicología se encuentra bien documentada la relación existente entre las vivencias traumáticas experimentadas cotidianamente y el aumento de las tasas de problemas de salud mental. Esto se ve exacerbado considerablemente durante situaciones de emergencia sanitaria, como el caso de la pandemia por SARS-Cov-2 (Covid19), tal y como documentan Castillo y Coy, quienes refieren que

¹ En "Pandemia del covid-19" en la "Introducción a la crisis mundial de salud 2019-2020" en "Crisis mundial de salud 2020", Fernández-Carrión (2020), coincidiendo con el criterio de otros analistas políticos de pandemias, llegan a la conclusión de que esta crisis sanitaria tiene origen una guerra bacteriológica de Rusia, Estados Unidos, China en contubernio con distintas organizaciones criminales de ámbito global (GCO) la ha provocado para el establecimiento de un "nuevo orden global", propuesto públicamente por la ONU, en 2008, como "The United Nations New World Order Project –UNNWO–, y que posteriormente ha querido desmentir a través de tercero (Fernández-Carrión, 2020: 13-24).

² Sobre este tema han trabajado Octavio Márquez en *Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética* (2019) y en *Desastres: efectos psicosociales y alternativas de intervención* (1993) y León Correa en "Después de un terremoto. Bioética en situaciones de catástrofe" (2012).

“alrededor de una de cada diez personas desarrollan algún trastorno psiquiátrico en esas situaciones” (Castillo, 2018: 1).

Los desastres sanitarios provocan severas consecuencias psicológicas, difíciles de curar, no solo en relación con la atención especializada requerida, sino en cuanto a su repercusión negativa en tensiones sociales (De la Fuente, 1986, 3-8). Las reacciones ante la emergencia sanitaria son claramente catalogadas por la psicología. En este sentido, 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; Wilkinson, 1985). Según Villalobos, la duración de la crisis psicológica dependerá de las peculiaridades e intensidad del evento así como de la personalidad de cada persona (Villalobos, 1986).

La prevalencia de los desastres sanitarios requiere una visión multidisciplinaria, donde se coordinen los esfuerzos del personal médico y los especialistas en salud mental (ámbitos de la psicología y psiquiatría). De tal manera, será posible sortear la crisis de manera integral. Sin embargo, ¿cómo es definido el término de emergencia sanitaria?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "emergencia de salud pública de interés internacional" para significar las características usuales de una pandemia, la cual requiere una estrategia conjunta multinacional para enfrentarla; pues, una emergencia sanitaria provoca angustia ante lo inesperado, despertando un temor exacerbado ante la posibilidad de perder el equilibrio psíquico o morir. Es un fenómeno grave porque propicia una gran cantidad de sentimientos como soledad, abandono e impotencia ante la pérdida de familiares, amistades y conocidos. Al mismo tiempo, se articula una enorme incertidumbre ante la posibilidad de perder los bienes materiales obtenidos durante muchos años de trabajo, en virtud de la desaceleración económica que suele acompañar un brote pandémico.

Se trata de un suceso que trasciende los ámbitos individuales y adquiere una connotación social y ecológica; es decir, rebasa la “suma” de los sufrimientos individuales y da lugar a fenómenos de malestar colectivo.

Una emergencia sanitaria requiere la asistencia urgente de todos los actores involucrados, ya que la acción inmediata puede evitar mayores consecuencias psicológicas, individuales y colectivas.

3 Reacciones emocionales típicas

Durante la ocurrencia de una emergencia sanitaria es posible distinguir tres tipos de síndromes:

- Síndrome de la emergencia sanitaria. Durante dicha fase se presentan varias etapas: trauma, estado de sugestión, de euforia y ambivalencia, que transitan entre uno y otro estadio aleatoriamente.
- Síndrome de la contra emergencia. Se caracteriza por un inusitado interés de la gente por llevar a cabo sus sentimientos de solidaridad, mediante la prestación de servicios personales por un espíritu genuino y positivo de ayuda.
- Síndrome del derrotismo. Se configura por sentimientos de ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga, indiferencia, impotencia, desesperanza, entre otros.

4 Apoyo psicológico durante la emergencia sanitaria por covid19

El primer apoyo esencial durante la emergencia sanitaria por covid19 es la solidaridad, la cual repercute en forma positiva sobre la crisis emocional, retrasando la aparición del trastorno de estrés postraumático y de la depresión. Posteriormente, es de vital importancia otorgar apoyo psicológico basado en la psicoterapia cognitivo-conductual, planificada con base en tres estrategias de intervención:

- 1 Reestructuración cognitiva. Promueve el enfrentamiento del paciente con los recuerdos traumáticos, mediante la identificación y la modificación de pensamientos catastróficos. Paulatinamente, el paciente adquiere la capacidad de seguridad y autoeficacia, por medio del

- análisis y del cambio de los pensamientos.
- 2 Terapia de exposición. Se basa en la teoría de procesamiento emocional (Foa y Kozak, 1986). Bajo esta perspectiva se concibe al miedo como una representación en la memoria que aparece en forma de una estructura del pensamiento para huir del peligro. El presente enfoque terapéutico permite al paciente interpretar las circunstancias experimentadas, para cambiar su estado anímico; para ello, la terapia de exposición trabaja sobre dos ámbitos:
 - A Activar la estructura del miedo.
 - B Incorporación de una nueva información relacionada con el miedo, para enseñar al paciente estrategias de autorregulación emocional, así como incrementar la sensación de seguridad y autoeficacia.
- 3 La terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares. Dicha técnica ha mostrado su eficacia en el manejo de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. La llamada EMDR (eye movement desensitization and reprocessing), se refiere a la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares. Esta psicoterapia incluye la terapia de exposición, movimientos oculares y la evocación y verbalización de uno o varios eventos traumáticos (American Psychiatric Association, 2004).

5 Seminarios de formación de emergencias

En estas circunstancias de crisis mundial de salud se hace necesario la organización de Seminarios de formación de emergencias (SFE), para preparar teóricamente, con la aplicación de algunos casos prácticos, a profesionales que están a cargo de colectivos de población, desde el ámbito de la salud y la docencia. Los seminarios de formación de emergencias son talleres de aprendizaje teórico-vivencial intensivos, para un máximo de 10 personas, con una duración que oscila entre las 15 y las 20 horas. Cada seminario se conforma por tres módulos:

- Conferencias breves sobre neurosis traumáticas.
- Trabajo de duelo.
- Creación de grupos multidisciplinarios de amplitud variable.

Al finalizar el periodo del taller, los asistentes reconocerán los elementos clínicos necesarios para realizar el trabajo de emergencia. Al mismo tiempo, experimentarán en su propia persona la pertenencia a una gran variedad de grupos humanos, para adquirir las habilidades comunicativas suficientes, que les permitan relacionarse eficientemente con los sujetos afectados por la pandemia.

Los seminarios proporcionan al personal asistencial los elementos teóricos y prácticos para desarrollar su práctica de manera exitosa y con el mayor beneficio social posible. Entre estos se incluyen:

- 1 Información mínima y esquemática sobre temas teóricos y técnicos pertinentes.
- 2 Trabajo en grupos restringidos.
- 3 Desarrollar ejercicios en grupos pequeños, de dos a cuatro veces por semana dependiendo la demanda.
- 4 Experiencias de sensibilización hacia los fenómenos de colectivos amplios y una posterior conceptualización de la vivencia.
- 5 La formación, en fase de emergencia, pueden llevarse a cabo cada 15 días y terminar tres meses después de ocurrido el mensaje.
- 6 Entre un seminario y otro, el equipo coordinador se reúne con la finalidad de evaluar, afinar el diseño y llevar a cabo el análisis intertransferencial.

5.1 Objetivos de los Seminarios de formación de emergencias

- Objetivo general: al intervenir en la emergencia de salud pública de alcance internacional

(pandemia) a través de los Seminarios de formación de emergencia, cuyo objetivo fundamental es la detección oportuna de participantes con problemáticas emocionales definidas, quienes son o fueron acumuladores- receptores de las ansiedades y fantasías de los individuos afectados por el acontecimiento traumático.

- Entre los objetivos específicos, destacan los siguientes aspectos:
 - Incorporar a los pacientes afectados permanentemente o con una patología previa (agudizada por el trauma) a los grupos regulares del trabajo del seminario.
 - Realizar trabajo de campo con la población afectada en las distintas instancias que sean requeridas (delegaciones, hospitales u otros).
 - Entrenamiento y asesoría al personal asistencial (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, docentes, entre otros) para favorecer la acción de asistencia primaria, secundaria y terciaria a la comunidad.
 - Elaboración de un boletín informativo enfocado en el manejo de la crisis y otros fenómenos vinculados con ella (especialmente contra la difusión de rumores).
 - Atención inmediata de la emergencia sanitaria a través de trabajo clínico gratuito, enfocado en la elaboración de la situación traumática, con una duración de tres a seis meses.
 - Detectar el nivel de conocimientos y tipo de actitudes preponderantes en el personal receptor de la información, para adecuar los contenidos.

5.2 Alcances y metas de los Seminarios de formación de emergencias

Los Seminario de formación de emergencias pretenden ser un medio oportuno y eficaz para detectar pacientes afectados por una patología psíquica previa, la cual repercute en su calidad de vida y la de la gente que le rodea. En consecuencia, se pretende la recuperación integral de los pacientes que sufren desajustes mentales, en virtud de los continuos mensajes que acompaña la pandemia por SARS CoV2, los cuales podrían generar condiciones de estrés, miedo, desesperanza, entre otros síntomas psicológicos.

La planificación estratégica del tratamiento se fundamenta en la relación de mutua confianza que debe prevalecer entre los especialistas en la salud mental y los pacientes, quienes con base en el diagnóstico de la enfermedad deliberan y toman la mejor decisión en beneficio del sufriente y de su familia.

6 Técnicas terapéuticas en condiciones de emergencia sanitaria

El objetivo del tratamiento de emergencia consiste en brindar un alivio inmediato a los pacientes inmersos en un estado de descompensación psicológica grave, la cual les impide enfrentar apropiadamente las situaciones estresantes; para ello, el tratamiento alivia la situación de estrés mediante el apoyo y reaseguramiento del paciente que presenta necesidades de dependencia.

Una vez logrado esto, se procura la catarsis y la repetición del trauma cuantas veces sea necesario. Catarsis y reexperimentación repetidas es lo que permite realmente la reelaboración analítica (Fenichel, 1977).

6.1 Intervención en crisis

La intervención en crisis tiene aplicación en los casos en lo que hay peligro de descompensación a partir de eventos amenazantes y/o precipitantes. Los factores suelen ser variados en la población afectada por la pandemia. Ocupa un lugar preponderante la pérdida de seres queridos, situaciones vitales importantes, la pérdida de la salud e incluso la propia vida. Existen cuatro componentes en una crisis emocional:

- A El acontecimiento amenazador.
- B El estado de vulnerabilidad.
- C El factor precipitante.

D El estado de crisis activa.

Las características más importantes de la intervención en crisis son:

- Al paciente se le trata personalmente.
- Las sesiones tienen un límite de participantes (entre seis a diez personas).
- La terapia se focaliza en el aquí y ahora, proporcionando el apoyo requerido para reestablecer la homeostasis.
- El rol del terapeuta es más directivo que confrontativo o interpretativo.

7 Psicoterapia breve

La psicoterapia breve se dirige hacia una determinada problemática del paciente, que adquiere prioridad por su urgencia o importancia. En este modelo el foco se constituye por:

- Un eje conformado por el motivo de consulta.
- Un conflicto nuclear reactivado que se relaciona igualmente con el motivo de consulta.
- Un determinado contexto grupal.

La psicoterapia breve tiene aplicación posterior a las situaciones de crisis, principalmente en las emergencias sanitarias relacionadas más con un conflicto nuclear subyacente que con el trauma mismo. Por esto es necesario considerar los siguientes aspectos antes de elegir este método de terapia.

7.1 Fases de la psicoterapia breve

- 1 La situación problema, desencadenante, manifestada a través de hechos objetivos y claros, como la pérdida de un ser querido, la pérdida de la salud, entre otros. Cuando los eventos expuestos no pueden resolverse favorablemente, ocasionan síntomas variables en el paciente, como la depresión, la angustia y el temor.
- 2 Al atender al foco, el terapeuta elige una situación problemática, hacia la cual dirige su actuación interpretativa, respetando el resto de la organización patológica. Trabajar con una técnica de enfoque implica:
 - Mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos.
 - Planificar el tratamiento.
 - Combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta.
 - Contrarrestar el desarrollo de la neurosis por transferencia.
- 3 El punto de urgencia, se refiere a la situación psíquica inconsciente de conflicto predominante en el paciente durante un momento determinado, la cual se concibe por medio de la presencia de factores actuales provenientes de la vida cotidiana del paciente y/o situación terapéutica, los cuales pueden originar ansiedades y defensas (como la muerte, pérdidas importantes, entre otros). Las interpretaciones serán efectivas sólo si están dirigidas al punto de urgencias.
- 4 Como hipótesis psicodinámica inicial, se entiende como un esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, un intento de comprensión global de su psicopatología, con tendencias a incluir diversas perturbaciones desconocidas y que se constituye a partir de los datos que aportan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico (Braier, 1981).

Las ventajas de la hipótesis psicodinámica son:

- A Permite la obtención de toda la información relevante, permisora de un diagnóstico certero, el cual servirá como base para un acuerdo conjunto sobre las metas terapéuticas.
- B La planificación del tratamiento por parte del terapeuta.

7.2 Técnica de terapia breve

Las entrevistas iniciales pueden ser dos o más y se desarrollan para cumplir varios propósitos:

- En el establecimiento de la relación terapéutica, es muy importante la actitud del terapeuta, quien deberá mostrarse interesado en la problemática del paciente y estar dispuesto a ayudarlo. También le hará saber previamente las finalidades de las entrevistas.
- En la elaboración de la historia clínica, es recomendable una guía para realizar 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.
- En la realización de la evaluación diagnóstica, se incluyen:
 - Diagnóstico nosográfico dinámico (sin faltar las condiciones yoicas).
 - Evaluación del grado de motivación para el tratamiento y la capacidad insight.
- 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; el yo fuerte con funciones básicas conservadas; la capacidad insight y la determinación temprana del foco.
- Convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento. Los objetivos propuestos deberán ser alcanzables y preferentemente definidos en común acuerdo con el paciente, aun cuando puede variar según circunstancias o modalidades institucionales y/o situaciones propias del paciente.
- La 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 las de otros elementos de apoyo. También es conveniente que el paciente tenga una idea de lo que hará el terapeuta durante las sesiones, y si piensa utilizar otros métodos de apoyo como farmacoterapia, entrevistas preliminares, entre otros.
- En el tratamiento, el terapeuta actuará en forma activa y tendrá una importante proximidad afectiva con el paciente y evitará crear situaciones de ambigüedad. Eludirá la regresión y estará atento para interpretar transferencialmente, siempre y cuando lo considere importante para la comprensión del conflicto y evitación de transferencias. Además tratará de mantener la consigna de trabajo, equivalente a la asociación libre psicoanalítica, que se basa en asociaciones intencionalmente guiadas.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2004) *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post traumatic stress disorder*, Arlington, APA.
- Braier, Eduardo Alberto (1981) *Psicoterapia breve en orientación psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Castillo Berthier, Héctor (2018) "Jóvenes, terremotos y cambio social", *Revista Mexicana de Sociología*, 80(1), 233-239.
- Cohen, Raquel E. (1985) "Reacciones individuales ante desastres naturales", *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, 98(2), 171-180.
- De la Fuente, Ramón (1986) "Las consecuencias del desastre en la salud mental", *Salud mental*, 9(3), 3-8.
- Fenichel, Otto (1977) *Teoría psicoanalítica de la neurosis*, Buenos Aires, Paidós.
- Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2020) "Crisis mundial de salud 2020", *Revista Vectores de investigación*, 18(18), 13-25.
- Foa, Edna, Kozak, Michael (1986) "Emotional processing of fear: Exposure to corrective information", *Psychological Bulletin*, 99(1):20-35.
- Huremovic, Damir (edición) (2019) *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection*

- outbreak*, Cham, Suiza, Springer Nature Switzerland.
- León Correa, Francisco (2012) "Después de un terremoto. Bioética en situaciones de catástrofe", *Revista Médica de Chile*, No. 140.
- Márquez Mendoza, Octavio (2019) "Obras completas II, Desastres, voluntades anticipadas y bioética", México-Madrid, Editorial Torres Asociados, Albahaca Publicaciones.
- (1993) "Desastres: efectos psicosociales y alternativas de intervención", Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Salinas Ramos, Javier (2020) *Covid-19 hacia la nueva normalidad: una pandemia anunciada*, Cartagena, Murcia, España, Malbec Ediciones
- Villalobos Lemus, Rigoberto (1986) *Correlación de frecuencia y diagnóstico pre y posterior a una situación de desastre en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*, México, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (tesina).
- Wilkinson, Charles (1985) "The psychological consequences of disasters", *Psychiatric Annals*, 15(3), 135-139.
- Wilkinson, Charles, Vera, Enrique (1985) "The management and treatment of disaster victims", *Psychiatric Annals*, 15(3), 174-184.