

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» durante la pandemia por SARS-CoV-2

Presa-García M.E.¹, Pérez-Íñigo-Gancedo JL.², Alonso-Martín A.³, Muñoz-Cenfor M.J.³, Iglesias-García, C.T.², Abril-García M.A.⁵, Martínez-Sanz M.⁴, Robles-Bermejo F.⁴, Ric-Benito P.⁶, Fernández-Faber D.⁷, Suárez-Guinea R.⁷, Rodríguez-Villarino C.⁷, Juárez-Calvo V.⁸, Rubio-Zabala I.⁵, Benavente-López S.⁵

Sanid. mil. 2020; 76 (2): 90-94, ISSN: 1887-8571

RESUMEN

En el presente trabajo se exponen las medidas estructurales y logísticas, así como la práctica clínica planificada, para poder responder a la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». La planificación de la función asistencial se dividió en cinco grupos: los pacientes psiquiátricos ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve; los pacientes con patología psiquiátrica ingresados en otros Servicios diferentes de Psiquiatría; los pacientes ambulatorios atendidos en Consultas Externas; los familiares de los pacientes ingresados por la COVID-19; el personal sanitario del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». En función de las necesidades de estos grupos asistenciales se realizó una planificación integral de la atención a los mismos. Durante el periodo 14 de marzo al 30 de mayo el 13% del grupo de profesionales del departamento de psiquiatría y salud mental, presentó síntomas moderados- graves de COVID-19; el 19% de los pacientes psiquiátricos ingresados en la unidad de hospitalización fueron COVID19 positivos, no falleciendo ninguno. El 74% de las interconsultas realizadas fueron sobre pacientes ingresados por COVID-19 que presentaron mayoritariamente cuadros confusionales de diversa intensidad o psicosis secundarias al uso de fármacos en el tratamiento activo del COVID-19. Se hicieron 4.185 llamadas a familiares, de las cuales el 14% (n=575) fueron a demanda de los propios familiares. Se hicieron más de 200 videollamadas y se mantuvo de forma telemática el 100% de las consultas externas.

PALABRAS CLAVE: Salud mental. Pandemia, COVID-19, Psiquiatría. Intervención en crisis. Atención a familiares. Duelo.

The Department of Psychiatry and Mental Health of the Military Hospital «Gómez Ulla» during the SARS-CoV-2 pandemic SUMMARY

In this work the structural and logistical measures are exposed, as well as the planned clinical practice, to be able to respond to the pandemic caused by the virus SARS-CoV-2 in the Department of Psychiatry and Mental Health of the Central Defense Hospital «Gómez Ulla». The planning of the care function was divided into five groups: psychiatric patients admitted to the Brief Hospitalization Unit; patients with psychiatric pathology admitted to other different Psychiatric Services; outpatients treated in Outpatient Consultations; the relatives of the patients admitted by COVID-19; the health personnel of the Central Defense Hospital «Gómez Ulla». Based on the needs of these care groups, comprehensive care planning was carried out. During the period March 14 to May 30, 13% of the staff presented moderate-severe symptoms of COVID-19; 19% of the psychiatric patients admitted to the hospitalization unit were COVID19 positive, none of whom died. 74% of the inter-consultations carried out were on patients admitted for COVID-19 who presented mostly confusional symptoms of varying intensity or psychosis secondary to the use of drugs in the active treatment of COVID-19. 4.185 calls were made to family members, of which 14% (n = 575) were at the request of the family members themselves. More than 220 video calls were made and 100% of the external consultations were kept online.

KEYWORDS: Mental health. Pandemic, COVID-19, Psychiatry. Crisis intervention. Attention to relatives. Duel.

1 Teniente Coronel, médico especialista en Psiquiatría. Jefe de Servicio. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

2 Teniente Coronel, médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

3 Comandante psicólogo clínico. Jefe de Sección de Psicología Clínica Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

4 Comandante Psicólogo Clínico Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

5 Médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

6 Psicólogo clínico. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

7 Comandante médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

8 Teniente médico especialista en Psiquiatría. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Madrid.

Correspondencia: Marta Esperanza Presa García. Glorieta Ejército, 1, 28047 Madrid. Email: mpregar@oc.mde.es

Recibido: 4 de junio de 2020

Aceptado 18 de agosto de 2020

doi: 10.4321/S1887-85712020000200008

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud elevó el pasado 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el SARS-CoV-2 a pandemia internacional y el 14 de marzo de 2020 es declarado el Estado de Alarma por parte del gobierno español. Esto conllevó una serie de medidas preventivas que tenían como finalidad el distanciamiento social y la protección de los pacientes que necesitaran asistencia sanitaria, así como a los propios sanitarios¹.

Estas medidas incluyeron la reducción al mínimo de la asistencia presencial sanitaria no COVID-19 a nivel ambulatorio, la transformación del 95% de las camas del hospital en camas para la atención de pacientes afectados por la COVID-19, el aislamiento de aquellos pacientes infectados por SARS-CoV-2 o los sospechosos de tener dicha infección, y la restricción de las visitas por parte de los familiares de los pacientes ingresados. Todo ello no solo supuso una transformación física del hospital y de sus procedimientos operativos; el personal sanitario experimentó un aumento súbito de la carga asistencial y debió enfrentarse al brote epidémico reciclando súbitamente sus conocimientos básicos, presentando por todo ello una mayor probabilidad de padecer estrés y ansiedad^{2,3}.

Basándose en estas necesidades asistenciales y en diversos protocolos de actuación ante crisis sanitarias⁴⁻⁶, desde el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» se gestionaron cambios en el modelo asistencial para poder cubrir las necesidades derivadas de la pandemia^{7,8}. Se realizaron importantes cambios en las distintas secciones del departamento que se detallan a continuación.

RECURSOS HUMANOS

El staff del servicio cambió su funcionalidad. Cuatro psiquiatras se integraron en el equipo médico de atención directa a pacientes con COVID-19. Los Residentes de psiquiatría igualmente implementaron su actividad con guardias de puerta no especializada y atención en primera línea en plantas COVID-19. El resto de personal mantuvo la continuidad asistencial del paciente psiquiátrico, asumiendo las nuevas demandas asistenciales. Se aumentó el staff con dos comisionados. El 13 % del staff se infectó, cifras parecidas a las de otros centros⁹.

ATENCIÓN A LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

1. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

La Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» consta de 31 camas, todas ellas en habitaciones individuales. Desde un punto de vista funcional, está dividida en dos secciones: una Unidad de Vigilancia Intensiva Psiquiátrica (UVIP) con 11 camas y otra Unidad de Hospitalización Breve (UHB) con 20 camas.

Desde los primeros momentos de la pandemia, la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría permaneció operativa en su totalidad y prestó apoyo a otros hospitales de la Comunidad de

Madrid cuyas camas psiquiátricas estaban total o parcialmente cerradas como consecuencia del brote epidémico.

Los ingresos psiquiátricos que procedían de otros hospitales fueron coordinados por la Jefatura de Servicio y la Coordinadora de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

A todo paciente psiquiátrico y con objeto de identificar portadores de coronavirus, en el momento de su ingreso se les hacía un screening (analítica general, RX de tórax, y PCR). El resultado de la PCR estaba disponible en las primeras 24 horas de ingreso.

Se designó la UVIP con sus 11 camas como lugar de hospitalización de aquellos pacientes que precisasen una hospitalización psiquiátrica y presentasen una infección por SARS-CoV-2.

De la UHB se destinaron 4 habitaciones de transición para aquellos pacientes psiquiátricos que ingresaban sin clínica compatible con COVID-19 pendientes de resultados de las pruebas de screening.

Para el tratamiento de los diversos cuadros psiquiátricos en pacientes infectados por SARS-CoV-2, se siguieron las recomendaciones aportadas por las principales guías clínicas publicadas hasta el momento^{10,11}.

Durante el periodo de tiempo transcurrido desde el día 14 de marzo del 2020 hasta el 30 de mayo de 2020, se han realizado un total de 62 ingresos en el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. De ellos, 20 (32%) fueron procedentes de otros hospitales de Madrid. Del total de ingresos, el 19% (12 pacientes) presentaron SARS-CoV-2 positivos.

Los 12 pacientes se recuperaron satisfactoriamente de la infección por SARS-CoV-2, negativizando las PCR y cesando los síntomas por completo, no falleciendo ninguno de ellos.

2. Unidad de Interconsulta de Psiquiatría

La sección de Psiquiatría de Enlace tuvo 132 interconsultas entre el 14 de marzo y el 31 de mayo. El 74% (n=97) fueron sobre pacientes ingresados por COVID-19 que presentaron mayoritariamente cuadros confusionales de diversa intensidad o psicosis secundarias al uso de fármacos en el tratamiento activo del COVID-19. El 26% restante de las interconsultas correspondieron a pacientes no covid-19 que estaban ingresados por otras patologías. Los cuadros más frecuentes fueron reacciones adaptativas o descompensaciones de psicopatología previa.

ATENCIÓN A FAMILIARES

1. Atención telefónica a familiares de pacientes ingresados

El equipo de Salud Mental, en coordinación con las diferentes unidades médicas hospitalarias, ha procedido a informar telefónicamente a los familiares de todos los pacientes ingresados por COVID19. Dicha asistencia se realizaba diariamente, de lunes a domingo, una vez recibido el parte médico de la evolución de cada paciente. La intervención estaba protocolizada, pudiendo hacerse en un momento dado contención y apoyo psicoterapéutico. Se realizaron 4185 llamadas, una media de 110 por día.



Imagen 1. *Manteniendo una videollamada.*

Otra actividad que se ha desarrollado ha sido mantener una «línea telefónica caliente» bajo demanda de los familiares de los pacientes ingresados por COVID19.

Para realizar una buena gestión de todas las llamadas de familiares de pacientes recibidas en la central telefónica del hospital y, con el fin de informales en el día, se derivaban de lunes a viernes, en horario de mañana, al Servicio de Atención al Paciente, quien trasladaba todas las solicitudes de información al teléfono de la Jefatura del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. En horario de tarde y los sábados y domingos dichas llamadas eran derivadas directamente al teléfono de la jefatura del Servicio. En el periodo del 14 de marzo al 30 de mayo se registraron un total 575 llamadas de familiares al hospital.

Con el fin de minimizar el impacto del necesario aislamiento al que estaban sometidos los pacientes de sus familias, se abrieron canales de comunicación nuevos. Aquellos pacientes que no podían por sí mismos contactar con su familia se les ofertó la posibilidad de hacer en un primer momento llamadas telefónicas con dispositivos móviles, y ya desde mediados de abril se incorporaron las llamadas por videoconferencia con la ayuda de tabletas digitales que la Comunidad de Madrid cedió al hospital.



Imagen 2. *Recibiendo a un familiar de un paciente en situación terminal.*

Un profesional del equipo ponía en contacto al paciente con su familia y realizaba la videoconferencia con un resultado de gran satisfacción para todos ellos. Se realizaron un total de 220 videoconferencias.

Otra manera de acercar a los familiares al paciente fue facilitándoles un correo electrónico donde los familiares podían escribir cartas, notas o mandar fotos que el equipo de Salud Mental hacía llegar a los pacientes.

2. Acompañamiento a los familiares en el final de la vida

Desde el primer momento en el que era posible, cuando se preveía un final cercano, se contactó con la familia de los pacientes y se trató de comunicar la situación de una manera cercana y clara, permitiendo la expresión emocional y facilitando el acceso a información. Cuando el familiar acudía al hospital, se le esperaba en el hall, se le preparaba para la situación, intentando resolver las dudas que hubiera y ayudándole a gestionar emociones. Se le acompañaba a la planta donde el paciente estuviera ingresado.

3. Acompañamiento en duelo

Debido a las circunstancias especiales (muerte inesperada, no posibilidad de despedida, no posibilidad de rituales y funeral) era conveniente un acompañamiento y monitorización del proceso de duelo¹². Para ello se dispuso de un número de teléfono para atender a las familias que solicitaban la ayuda. No debemos olvidar que esta situación dificulta la elaboración de un duelo normal. Se tiene constancia, por ejemplo, de algunos casos en los que aparece una negación de la pérdida cuando ninguno de los familiares ha podido ver sin vida al paciente, llegando en

A la atención de la familia de:

Querida familia,

En momentos tan duros como éste, en los cuales parece tan difícil expresar una palabra que pudiera aliviar el dolor causado por la pérdida de vuestro familiar, desde este hospital queremos transmitir nuestro profundo pesar y nuestras sentidas condolencias.

Hemos trabajado para poder dar la mejor atención nuestros pacientes, a pesar de ello, somos conscientes de lo doloroso que ha podido resultar que, debido a estas circunstancias excepcionales, os hayáis visto separados de ese ser querido sin poder estar presentes en el adiós y sin poder llevar a cabo el funeral que hubierais deseado. Por todo ello, os agradecemos vuestra comprensión y colaboración.

Queremos expresaros que en este Hospital que es Vuestra Casa, seguiremos trabajando conjuntamente civiles y militares para poder seguir prestando la mejor asistencia sanitaria.

Os adjuntamos una guía de apoyo al duelo que podrá seros de ayuda.

Con la mayor consideración, quedamos a vuestra disposición.

El General Director del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

Imagen 3. *Carta de condolencias del Director del HCD.*

algunos casos a «*creer que sigue aún en el hospital*». Con frecuencia los familiares de pacientes fallecidos se pusieron en contacto con el equipo de Salud Mental en contestación a una carta de condolencias que el Hospital envió al domicilio de los pacientes fallecidos. Si bien inicialmente el acompañamiento se realizó vía telefónica, en la medida que fue posible, y si se consideraba necesario, se hizo de manera presencial, tratando de facilitar la identificación y expresión emocional, intentando ajustarse a las tareas del duelo propuestas por Worden¹³.

ATENCIÓN A PACIENTES DADOS DE ALTA INFECTADOS POR SARS-COV-2

Se dió apoyo y asesoramiento los pacientes y sus familias tras el alta hospitalaria. El paciente y los familiares han podido experimentar una serie de sentimientos encontrados como alegría por la vuelta a casa, miedo, culpa o incertidumbre, ignorando la gran mayoría de éstos, que todo ello forma parte de la normalidad en esta fase de regreso al hogar. En numerosas ocasiones, al no saber qué hacer ante dichos sentimientos, se incrementa el sufrimiento y favorece el que pueda aparecer a medio plazo una sobrecarga emocional. La finalidad de este asesoramiento, fue disminuir esta sobrecarga emocional mejorando la calidad de vida.

Por otro lado, para identificar a aquellos pacientes COVID19 ya dados de alta, pero con necesidad de ser tratados por el equipo de Salud Mental se ha implementado, en su valoración global de salud, un cuestionario de cribaje como el PHQ90¹⁴, que unido a una entrevista telefónica está detectando la aparición de patología psiquiátrica frecuente que pudiera ser subsidiaria de atención psiquiátrica.

ATENCIÓN A LOS PACIENTES DE CONSULTAS EXTERNAS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

El gran reto a nivel ambulatorio de la atención en Salud Mental en este periodo ha sido mantener el seguimiento de una población que tiende a presentar, incluso en condiciones normales, problemas de adherencia. Se decidió mantener la atención de forma telefónica¹⁵, asumiendo la totalidad de las agendas (de pacientes adultos e infanto-juveniles) y garantizando el registro documental de dicho acto médico.

La telemedicina, ha permitido el seguimiento de forma rápida y segura de los pacientes, con una respuesta muy favorable por parte de éstos. En la fase 0 del confinamiento se ha mantenido la actividad presencial para aquellos pacientes que presentasen una descompensación clínica, o para aquellos pacientes que estuvieran incluidos en programas terapéuticos específicos (administración de fármacos depot, con la colaboración del personal de enfermería de hospitalización). Desde la entrada en fase I, a mediados de mayo, hasta la finalización del estado de alarma, la actividad presencial ha sido de un 30% pero manteniéndose la asistencia presencial para el 100% de los pacientes nuevos, y para aquellos pacientes más inestables. A partir del mes de julio la actividad presencial está siendo del 100% salvo para los pacientes más vulnerables por la edad o por la existencia patologías

previas no psiquiátricas, que permanecerán en seguimiento telefónico durante más tiempo.

En el desarrollo de la actividad presencial se han implementado todas las medidas de seguridad reglamentarias, tanto para los pacientes como para los profesionales, observándose que las barreras físicas que se están introduciendo (mascarillas, distancia de seguridad, pantallas, etc.) afectan claramente la interacción y por tanto la relación médico-paciente. Este aspecto debería ser estudiado con más detenimiento, dadas las implicaciones que supone una anomalía en el vínculo terapéutico.

Especial consideración ha tenido la atención ambulatoria de la población infanto-juvenil. Se ha mantenido el seguimiento de los pacientes vía telefónica, de forma tan estrecha como fuera preciso en cada caso, en ocasiones incluso manteniendo consultas semanales. Igualmente se ha mantenido contacto con los orientadores de los centros educativos y los trabajadores y educadores sociales.

ATENCIÓN AL PERSONAL SANITARIO

Se ha realizado psicoeducación a través de carteles que se repartieron por todos los Servicios del Hospital. Se habilitó un teléfono que estaba atendido por un psiquiatra o un psicólogo clínico las 24 horas del día, junto con una consulta presencial



Imagen 4. Cartel destinado a la información del personal sanitario.

abierta tanto por la mañana como en horario de tarde. La atención aportada ha sido inmediata, cercana y confidencial, lo cual ha permitido la detección de cuadros de estrés o ansiedad y actuar sobre ellos de manera temprana.

CONCLUSIONES

Durante la crisis sanitaria acontecida a causa de la pandemia por el SARS-CoV-2, ha sido necesario realizar una amplia reestructuración a nivel asistencial para poder gestionar las necesidades de Salud Mental en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla». Las medidas implementadas, que han sido descritas en este trabajo, han permitido la asistencia eficiente de los pacientes, los familiares de los pacientes y los trabajadores sanitarios en un ambiente seguro, cercano y confidencial. Estas medidas planificadas e implementadas durante esta crisis sanitaria pueden ser útiles y servir como modelo para futuras situaciones de crisis que puedan acontecer.

SUBVENCIONES, BECAS O INSTITUCIONES QUE HAN CONTRIBUIDO AL ESTUDIO

El trabajo no ha sido subsidiario de becas ni subvenciones, no siendo necesario presupuesto alguno para la realización del mismo.

AGRADECIMIENTOS

Ante la limitación de las normas editoriales para incorporar a los participantes como autores se procede al nombramiento y agradecimiento de los colaboradores del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental: Psicólogo clínico Dña. María Dolores Cánovas Coutiño; Psicólogo clínico Dña. Mercedes Alonso Úbeda; MIR de psiquiatría Dra. María Plaza Yuste, DR. José David Cózar Ortiz, Dra. Celia María Hernández Caro, Dra. Cristina Rodríguez Delgado, Dra. Coral Esperanza Torrente Seoane; Psicólogo Interno Residente Capitán Dña. Andrea Otero Gonzalez; Comisionados durante el periodo de Pandemia: Comandante Psicólogo clínico D. Miguel Angel Rozas Rodriguez, Capitán Psicólogo clínico D. Jose Juan Nogales de la Torre.

Las imágenes que aparecen en el texto están tomadas con el permiso de los que aparecen en ellas.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOE.es - Documento BOE-A-2020-3692 [Internet]. [citado 2020 Jun 3]. Recuperado de: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692.
2. Sommer IE, Bakker PR. What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks? The Lancet. 2020. Disponible en [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30219-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30219-4.pdf)
3. Ommeren M, Flaxman F, Cornett J, Whiteford H, Saxena S et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis Lancet 2019; 394: 240-48.
4. Robles JI, Medina JL. Manual de salud mental en desastres. 1ª ed. Madrid. Síntesis; 2008.
5. OMS. COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak Interim guidance. 25 March 2020 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331561?show=full>.
6. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. nejm. org 2020 DOI: 10.1056/NEJMs2005114.
7. Bojdania E, Rajagopalana A, Chena A, Gearina P, Olcott W et al. COVID-19 Pandemic: Impact on psychiatric care in the United States. Psychiatry Research 289 (2020) 113069 Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113069>.
8. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G. Psychiatric and Neuropsychiatric Presentations Associated With Severe Coronavirus Infections: A Systematic Review and Meta-Analysis With Comparison to the COVID-19 Pandemic Lancet Psychiatry. 2020 7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0.
9. Arango C. Lessons learned from the coronavirus health crisis in Madrid, Spain: How COVID-19 has changed our lives in the last two weeks. Biological Psychiatry (2020), DOI <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.04.003>.
10. Esteve A, Agüera L, Manzano S. Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID19: interacciones y recomendaciones terapéuticas. 2020. [Internet]. [citado 2020 Jun 3]. Recuperado de: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/19.pdf>.
11. Adorjan K, Streb D, Falkai P, Pogarell O. Clinical management for patients with psychiatric disorders and a SARS-CoV-2 infection. 2020. [Internet]. [citado 2020 Jun 3]. Recuperado de: https://www.europsy.net/app/uploads/2020/04/GUIDANCE_SARS-CoV-2_PSY_ENGL.pdf.
12. Zhai Y, Du, X Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. Brain Behav Immun. 2020; 87:80-81. Doi:10.1016/j.bbi.2020.04.053. Epub 2020 Apr 23. PMID:32335197.
13. Worden J.W. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona: Paidós, 1997.
14. Kurt MD, Robert L, Spitzer MD, Janet B, Williams DS. The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. 2001; 16(9): 606-613.
15. American Psychiatric Association. Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health. 2018. disponible en: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Telepsychiatry/APA-ATA-Best-Practices-in-Videoconferencing-Based-Telemental-Health.pdf>.