

La emergencia sanitaria del SARS-CoV-2, una oportunidad de atención a distancia médica y psicológica

Dr. Victor Ricardo Aguilera Sosa
Instituto Politécnico Nacional

Resumen

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2 y el Covid-19 trastocaron no sólo el estado de salud, y el control de la morbi-mortalidad, principalmente en países con sistemas de salud fuertes, también trajo consigo una crisis social, económica, psicológica y de interacción que agudizó la carencia de atención en salud por la saturación de los hospitales en el mundo. A pesar de que la telemedicina ya era una opción viable desde la aparición del internet, con la pandemia la población buscó las diferentes modalidades de atención, que van desde el call center, hasta el uso de aplicaciones de salud. El objetivo de este artículo es describir las opciones de telemedicina, así como resaltar la importancia del cuidado de los protocolos, guías y procedimientos éticos.

Conclusión: Ante la imposibilidad de asistir a los centros de salud, el incremento de trastornos de ansiedad, estrés postraumático, trastornos del sueño, depresión, procesos de duelo, temor y angustia pueden ser tratados a distancia de manera eficaz y eficiente; sin embargo, es esencial que los servicios ofrecidos mantengan principios de seguridad, validez y funcionalidad, apoyados por guías y protocolos, y el ejercicio de análisis ético, relacionado con la atención en salud.

Palabras clave

Covid-19, atención a distancia, telemedicina, atención médica, atención psicológica.

Abstract

The new SARS-CoV-2 coronavirus and Covid-19 changed not only the state of health, and the control of mortality, mainly in countries with strong health systems, brought about social, economic,

psychological and interactional crises; and it exacerbated the lack of health care due to the saturation of hospitals in the world. Despite the fact that telemedicine was already a viable option since the appearance of the web, it was that with the pandemic the population looked for different types of care, ranging from the call center, to the use of health applications. The objective of this article is to describe telemedicine options, as well as to denote the importance of taking care of ethical protocols, guidelines and procedures.

Conclusion: The increased prevalence of anxiety disorders, stress, sleep disorders, depression and fear, can be treated remotely effectively and efficiently; however, it is essential that the services offered maintain security, validity and functionality principles, supported by guidelines and protocols, and the exercise of ethical analysis related to health care.

Keywords

Covid-19, distance care, telemedicine, remote medical care, remote psychological care.

Introducción

En el mes de diciembre del 2019 se empezaron a registrar pacientes con una extraña neumonía, y con alta tasa de contagio, mayor a la de las influencias. El SARS-CoV-2 surgió, en un mercado de la ciudad oriental de Wuhan en China, sin embargo, recientemente se encontró presencia de su ARN en muestras de aguas residuales, desde octubre del 2019 en Milán, Turín y Bolonia (Giuseppina et al, 2020). Por lo que sigue habiendo incertidumbre del lugar de origen del novel coronavirus y de la enfermedad Covid-19.

En cuanto a su estructura anatómica, esta es homóloga al SARS-CoV (Síndrome Respiratorio Agudo Severo), y al MERS, (Síndrome Respiratorio de Oriente Medio). Su genoma contiene casi 3,000 nucleótidos codificantes a 9,860 aminoácidos; en su superficie sobresale una proteína en forma de aguja, que es toral para el proceso infeccioso de las células huésped, su ARN entra al núcleo generándose gran cantidad de poliproteínas causantes de replicación y transcripción; los viriones del ARN del virus, al estar en la periferia celular, permiten la unión de la proteína S y la enzima convertidora de angiotensina 2 (Tolosa, 2020).

En la parte clínica, en un metaanálisis, se analizaron signos y síntomas más comunes en una n= 231 de artículos; hallando alta prevalencia de fiebre, tos y mialgia; seguidos de expectoración, disnea, dolor de cabeza, diarrea, náuseas y vómitos. En estudios clínicos de laboratorio, los datos con mayor porcentaje fueron linfocitopenia, incremento de proteína C reactiva, deshidrogenasa láctica y leucocitopenia. Al cruzar los datos de enfermos hospitalizados y fallecidos, con sexo, los hombres presentaron mayor porcentaje (60 %). La alta prevalencia de mortalidad y de ocupación en terapia intensiva correlaciona con edad (>50 años), obesidad, hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y del sistema respiratorio. Sin embargo, el dato distintivo, es el síndrome respiratorio agudo severo, correlativo con otros síndromes respiratorios de amplio espectro clínico de peligrosidad, de síntomas leves en vía aérea superior, hasta neumonía progresiva comorbil a fallo cardiaco, que en un 30 % de los casos hospitalizados, lleva a la muerte (Rodríguez-Morales et al, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al día primero de agosto del 2020, contabilizaba en el mundo 17 millones de infectados y 650, 000 muertos; México ya ocupaba el tercer lugar en fallecimientos con 47,472 y 434,193 casos confirmados. América es el continente con el mayor numero de diagnósticos, mayor crecimiento de casos, pacientes en cuidados intensivos. Del día 31 de julio al uno de agosto, se agregaron a los registros en todo el continente 4,096 muertes, aumento relativo de 1.84 %. Estando los Estados Unidos de América y Brasil con el 68.3 % de todos los casos en América (OMS, 2020).

La pandemia, fenómeno que modificó lo social y psicológico

El Covid-19 se convirtió no sólo en un fenómeno de salud pública mundial, que mostró la diversidad de toma de decisiones en política pública sanitaria ante contingencias, con resultados variables; sino que evidenció también que este tipo de fenómenos globales, impactan en la percepción colectiva, que lo identifica como sinónimo de peligro, protección, muerte, fragilidad, duelo y crisis. Mientras el porcentaje de asintomáticos es mayor al de los enfermos, el impacto económico, social y psicológico ha pegado duramente en el grueso de la población, y de manera profunda en los grupos vulnerables (Urzúa, Vera-Villaruel, Caqueo-Urizar, & Polanco-Carrasco, 2020). Al respecto, el filósofo surcoreano Byung-Chul Han en entrevista para EFE reflexiona, que hoy nuevamente nos percibimos frágiles antes la naturaleza: *“Cuanto la vida sea más una supervivencia, más miedo se tendrá a la muerte. La pandemia vuelve a hacer visible la muerte, que habíamos suprimido y subcontratado cuidadosamente.*

La presencia de la muerte en los medios de comunicación está poniendo nerviosa a la gente. La histeria de la supervivencia hace que la sociedad sea tan inhumana”, (Byung-Chul, 2020).

La repetición en un continuo sin descanso, por parte de medios de comunicación, del número de infectados y fallecidos, más que servir como elemento de conocimiento del estado de las cosas, impacta en el agudizamiento del estado de malestar, percepción de fragilidad, pérdida anticipada y activación del sistema de defensa fisiológico y psicológico, en forma de estrés; las medidas tomadas para combatirla, los efectos directos/indirectos del confinamiento, han causado miedo, ansiedad, malestar, frustración, enojo, estrés agudo-crónico-postraumático, y en el inverso, el rompimiento de las reglas mismas del confinamiento (no uso de cubrebocas por ejemplo); y en no pocos casos, discriminación y violencia social, hacia enfermos de Covid-19 y personal de salud. En particular, en esta población, los actos de violencia correlacionan con burnout, estrés crónico, estrés postraumático y depresión; en China, el 50 % del personal de salud refirió síntomas depresivos, 44 % ansiedad y 34 % trastornos del sueño (Jimeno, 2020).

En un metaanálisis para identificar variables del comportamiento, se observó aumento de trastornos psicológicos en población diagnosticada, cuidadores primarios y profesionales de la salud, en estrés postraumático, depresión, empeoramiento de síntomas psiquiátricos, ansiedad-angustia y trastornos del sueño. Cuando la indagación se hace en población abierta, y sin contacto directo con la enfermedad, se registra merma en el bienestar psicológico, ansiedad y depresión, en comparación al mes de

diciembre. En China se evaluaron a 7, 236 participantes con instrumentos de ansiedad, depresión y calidad del sueño; se encontró prevalencia elevada de ansiedad, síntomas depresivos y mala calidad del dormir (5.1 %, 20.1 % y 18.2 %); sin embargo, al hacer *clusters* en el grupo de personal de la salud, se tuvo la tasa más alta de trastornos del sueño, como insomnio, fase atrasada sueño, mala calidad y microdespertares (48 %); también correlación de ansiedad y número de horas en hospital, por lo que concluyen que el personal de salud, principalmente médicos y enfermeras de terapia intensiva, son grupo de riesgo a trastornos psiquiátricos (Huang & Zhao, 2020).

En otra investigación en personal de salud, evaluaron variables sociodemográficas y psicológicas en 1257 sujetos; encontraron que el 50.4 % padecía síntomas depresivos, 44.6 % ansiedad, 34.0 % insomnio, y 71.5 % angustia de muerte. Médicos y enfermeras de primera línea, a diferencia de aquellos en consultorio, tenían rasgos de angustia, depresión y ansiedad elevados. La percepción de riesgo “casi inminente”, por la muerte del otro, de los más cercanos y de los pacientes, mostró la cara de nuevos fenómenos psicológicos como el de la pérdida (duelo) anticipada, síndrome de la cabaña (sentir extrema seguridad en casa, fortaleciéndose la creencia de que el “mundo es peligroso, por lo que no es necesario salir”), y disonancia cognitiva por el rompimiento de patrones habituales laborales de interacción y movilidad, aunado a la conducta de sobreprotección de la familia, como mecanismo necesario para la supervivencia del sistema social primario, impactando negativamente en actividades de ocio, desarrollo social, actividades individuales y de otros roles externos al núcleo familiar (Lai et al, 2020). Se observa en la sociedad

de la “era de la pandemia”, reticencia al contacto social, pensamientos de paranoia, alejamiento, y sobrecontrol para defenderse de la amenazas externas, por ejemplo, de aquellos que no usan cubrebocas o no procuran el distanciamiento social.

Telemedicina como respuesta ante la emergencia global

La pandemia mostró la fragilidad de la respuesta de colaboración global, de sus organismos internacionales de salud, y sistemas de salubridad de las naciones ricas y más aun, de las pobres. El tiempo que la población pudo estar en resguardo, está relacionado directamente con el tamaño de las economías nacionales. Los países asiáticos y europeos, en la primera fase de la “primera ola”, pudieron de manera más efectiva mantener el distanciamiento social que en América latina, y paradójicamente en los Estados Unidos (cuyo sistema de salud es privado), donde el distanciamiento social fue endeble. Por ejemplo, en México, se registró incremento de casos contingente con “la nueva normalidad”, respuesta del Gobierno Federal ante el impacto negativo en la economía (OMS, 2020).

Pero, el cruce de todas estas variables, y reconociendo las diversas necesidades de atención, principalmente en el nivel preventivo médico, y de salud mental, llevó en poco tiempo a una reorganización de la forma de atención, prevaleciendo la consulta a distancia en sus diferencias modalidades. A pesar de que los ya viejos sistemas de salud, en su mayoría de consultas *in situ*, no tienen los recursos de infraestructura, humana y de tiempo, por la emergencia en los hospitales, algunas instancias estatales, privadas, fundaciones y organizaciones de la sociedad se adaptaron rápidamente, encon-

trando respuestas ante la gran demanda de atención. Estas innovaciones tecnológicas, permiten el triaje para generar categorías de niveles de urgencia de atención, con la meta de no saturar los hospitales, con el apoyo de algoritmos de detección y sistemas de análisis de flujos lógicos automatizados (chatbots), como es el caso de la aplicación mexicana, Jenny que utiliza un algoritmo binario con bases de datos de instrumentos psicológicos dicotómicos para realizar prediagnóstico, y sugerir en caso de requerirlo atención psicológica específica, de terapeutas pertenecientes a la plataforma (Hollander & Carr, 2020, Jenny, 2020).

La Telemedicina se define como aplicación y uso de tecnologías de informática con medios de comunicación electrónicos: teléfonos, celulares, computadoras, software y aplicaciones móviles, que permiten una gama de modalidades de atención de salud (figura 1):

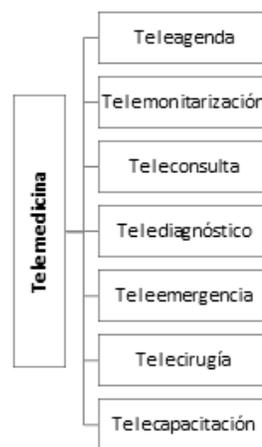


Figura 1. Modalidades de atención a distancia.

Cualquier profesional de salud puede usar estas herramientas. El cribado y derivación de pacientes desde atención primaria,

el segundo y tercer nivel de atención es funcional en manejo de patologías graves y patologías de alta prevalencia, como obesidad y diabetes. Hay evidencia de su eficacia en adherencia al tratamiento y el impacto en la mejora del estado de salud en pacientes crónicos y agudos; los factores que han aumentado el uso de la telemedicina, incluyen el aumento de conexión a internet en consultorios, clínicas y hospitales, mayor oferta de aplicaciones de teléfonos inteligentes, capacitación expofesa del personal de salud, y las redes 4G y 5G que aumenta las posibilidad de transmisión de datos. Algunas plataformas, aplicaciones y servicios de redes sociales que ofrecen la posibilidad del vínculo de salud, son (Contreras, Metzger, Beane, Dedhia, Ejaz & Pawlik, 2020):

- I. Zoom
- II. Skype
- III. Business/Microsoft
- IV. Teams
- V. Apple FaceTime
- VI. Facebook Live
- VII. Updox
- VIII. Facebook Messenger video chat
- IX. Twitch
- X. Google Hangouts
- XI. Google G Suite
- XII. Meet
- XIII. Cisco Webex Meetings/Webex
- XIV. Amazon Chime
- XV. GoToMeeting
- XVI. Spruce Health Care

Ming y su equipo (2020) analizaron contenidos y características de apps relacionadas con Covid-19, buscando funcionalidad, adecuación y validez, tanto en Android como en iOS, suscripción gratuita, conexión a internet, tamaño de la aplicación y la capacidad para exportación de datos. De

223 que cumplieron con los criterios, el 35 % estaban alojadas en App Store, el 85.7% en Play Store. La mayoría de App Store (33.3 %) y Play Store (35.7 %) obtuvieron 4 de 7 puntos; en funcionalidad el 43.3 % IOS tuvo puntaje de 3, a diferencia de Android (35.7%), que obtuvo 2 (puntaje máximo 5). El 88 % no requirió de suscripción, el 62 % proporcionaba consejos sobre manejo de signos y síntomas; el 45 % fueron psico-educativas acerca del Covid-19. La mitad fueron oficiales de la autoridad de salud para provisión de información Covid-19. Lo interesante es que entre el 40 % y 31 % tienen funciones de seguimiento por mapeo, vigilancia del hogar, pero sólo un 17 % tuvieron capacidad de realizar consulta médica y/o psicológica.

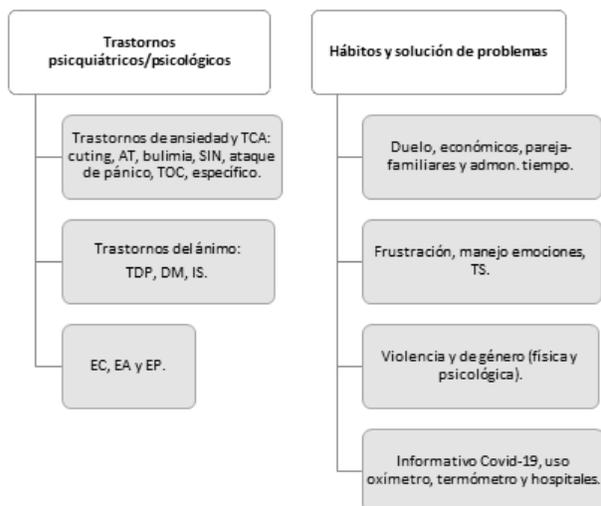
El impacto del aislamiento social en adultos mayores ha aumentado problemas médicos, físicos, cognitivos, y emocionales. El uso de aplicaciones expofesas ayuda a llevar seguimiento de atención, reforzar redes de apoyo, fortalecer comunicación y disminuir el aislamiento. Los adultos mayores que usan algún chat de vídeo, tienen menos sintomatología ansiosa y depresiva, en comparación a los que no la usan; el uso de paquetería de mensajes por otra parte no mejoró significativamente los síntomas (Banskota, Healy & Goldber, 2020).

En México la línea 911 ofrece atención de 24 por siete, los 365 días del año, en emergencias y para atender casos de Covid-19, se enlaza a una aplicación de celular que permite al interventor, mediante vídeo, observar frecuencia y tipo de respiración. La Secretaría de Salud de la Ciudad de México tiene un portal informativo y una aplicación chatbot, con un algoritmo de cribado de signos, síntomas, y georeferenciación de

hospitales cercanos según el porcentaje de ocupación (SEDESA, 2020).

Atención psicológica remota

En México la atención a distancia ante emergencias sanitarias inició con la Línea de Atención Psicológica a Distancia, a partir de la epidemia de A-H1N1, y actualmente se sumó el Call y Chat Center de la Facultad de Medicina, ambos servicios de la UNAM. En cuanto a los protocolos de tiempos de comunicación, pueden ser en tiempo real y asíncrono; para modalidad de atención, primera consulta y consulta de seguimiento. El Instituto Politécnico Nacional en el mes de junio del 2020 abrió un call center, con el apoyo de la aplicación *Avaya IX WorkplaceTM*, que permite la direccionalidad de las llamadas a los teléfonos celulares, de expertos en atención de primeros auxilios psicológicos, intervención breve/de emergencia e intervención en crisis. Este servicio se ofreció a población vulnerable, profesionales de la salud, cuidadores primarios y enfermos crónicos imposibilitados de asistir a centros de salud por temor a infectarse, y que requirieron atención psicológica. Del inicio de su funcionamiento al mes de agosto habían recibido un total de 5,000 llamadas de población abierta, docentes, alumnos, cuidadores primarios, personal de salud, y pacientes que cursaban o habían sanado de Covid-19; detectándose los siguientes motivos de consulta (Figura 2):



Nota: TCA, Trastornos del Comportamiento alimentario. AT, atracón. TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo. SIN, Síndrome de Ingesta Nocturna. TDP, Trastorno depresivo Persistente. DM, Depresivo Mayor. IS, Ideación Suicida. EC, Estrés Crónico. EP, Estrés Postraumático. TS, Trastornos del sueño (Insomnio inicio y final, Fase atrasada sueño y Fase invertida)

El tiempo de atención varió entre 15 minutos y una hora veinte minutos; los usuarios podían llamar al servicio sin restricción de llamadas, en horario de 12 a 20 horas, de lunes a sábado (Secretaría General IPN, 2020).

Principios éticos de la atención a distancia

En consultorio, clínicas, hospitales o a distancia mediante teléfono, videoconsulta, aplicaciones, mensajería e inteligencia artificial (algoritmos chatbot), la telemedicina requiere cumplimiento de principios básicos éticos y de cumplimiento de necesidades del usuario, y con un marco de referencia legal, normativo y con protocolos desarrollados por las instancias o profesionales que ofrecen los servicios. Por ello es importante que quién oferta el servicio haga un análisis

del la idoneidad, funcionalidad, validación de eficacia, efectividad e incluso potencia del efecto del tratamiento, de seguridad y bioética, que dé certeza al usuario y profesional que ofrece los servicios, del cumplimiento del objetivo de salud trazado.

Las diversas opciones de atención remota han ayudado a solucionar problemas de atención en grupos vulnerables, en zonas rurales y de difícil acceso, o en situaciones de emergencia, como huracanes, sismos y fenómenos que trascienden a sistemas de atención ortodoxos. Es toral que todos estos programas y proyectos sigan manteniendo principios de confidencialidad y resguardo de privacidad de usuarios. El desarrollo de guías y protocolos con flujogramas, procedimientos e indicadores operacionales, que incluya la entrega de reportes médicos/psicológicos, con la protección de la información, es un principio que todo servicio tendría que ofrecer y comunicar a los usuarios y autoridad responsable.

Es primordial llevar acabo valoraciones de estructura ética del producto y servicio, con revisiones por parte de comités de bioética, y sin importar modalidad, desarrollo tecnológico e incluso la eficacia, si se ponen en riesgo derechos y dignidad de usuarios, cuidadores primarios y profesionales de la salud. La atención de cualquier forma de telemedicina, que se apoye en protocolos, ayudaría a mejorar la trazabilidad de la gestión, y administración de la información, que impacta en la eficacia, en el control y seguimiento de los pacientes. La revisión de sistemas de seguridad, empezando por virus informáticos, debilidad de plataformas para ser atacadas por hackers también cumple con principios éticos, por la búsqueda de elementos técnicos y tecnológicos de resguardo de

la información. En caso de que se detecte algún tipo de vulnerabilidad informática, la comunicación del suceso con los usuarios debería de ser un procedimiento enmarcado en los protocolos y guías (Carregal, Mayo & Bustabad, 2020).

Conclusiones

1. La pandemia del Covid-19 impactó en la forma de interacción social, en lo económico, y psicológico, y de manera más profunda en los grupos vulnerables.
2. Por la rapidez de infección, el número de pacientes hospitalizados, y la demanda elevada de los servicios de salud públicos y privados, la telemedicina es la mejor opción de atención, para el cribado, información del Covid-19, búsqueda de hospitales cercanos al usuario por geolocalización, y atención que no requiere de asistencia *in situ*.
3. La pandemia del Covid-19 ha aumentado prevalencia de trastornos mentales en población abierta, y de manera significativa en población vulnerable, como gente de la tercer edad, pacientes psiquiátricos y personal de salud.
4. La atención psicológica a distancia con diversas herramientas tecnológicas, como atención por teléfono en los llamados Call centers, aplicaciones con algoritmos (chatbot), mensajería en tiempo real, viodeollamada, y aplicaciones que dan apoyo psicológico e informativo, es una realidad.
5. En México hay diversas instituciones gubernamentales, académicas y privadas que ofrecen telemedicina y telepsicología.

6. Es importante que los prestadores de servicios de salud a distancia, evalúen idoneidad de los procesos, procedimientos, herramientas tecnológicas y seguridad de la información, salvaguardando principios de atención éticos.

Referencias

1. Banskota S, Healy M, Goldberg EM. Smartphone Apps for Older Adults to Use While in Isolation During the COVID-19 Pandemic. *West J Emerg Med.*, 21(3):514-525. doi:10.5811/westjem.2020.4.47372 (2020).

2. Byung-Chul Han. La pandemia vuelve a hacer visible la muerte. Entrevista sobre la situación del mundo ante la pandemia de coronavirus. *Milenio diario. México*. Revisado el Domingo, 02(08/2020, 13:54 de: <https://www.milenio.com/cultura/byung-chul-han-la-pandemia-vuelve-a-hacer-visible-la-muerte> (2020).

3. Carregal, Mayo & Bustabad. Telemedicina, una nueva herramienta para la gestión del dolor. Resultados de su implementación en una estructura organizativa de gestión integral (EOXI). *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 27 (2):97-103. <http://dx.doi.org/10.20986/resed.2020.3756/2019> (2020).

4. Contreras CM, Metzger GA, Beane JD, Dedhia PH, Ejaz A, Pawlik TM. Telemedicine: Patient-Provider Clinical Engagement During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *J Gastrointest Surg.*, 24(7):1692-1697. doi:10.1007/s11605-020-04623-5 (2020).

5. Giuseppina La Rosa, Marcello Iaconelli, Pamela Mancini, Giusy Bonanno Ferraro, Carolina Veneri, Lucia Bonadonna, Luca Lucentini & Elisabetta

Suffredini. First detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewaters in Italy. *Sci Total Environ*; 736:139652. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.139652. (2020).

6. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med.*, 382(18):1679-1681. doi:10.1056/NEJMp2003539 (2020).

7. Huang. Y. & Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychology, Health & Medicine*, Apr 14; 1-12 DOI:10.1080/13548506.2020.1754438 (2020).

8. Mindful, S.A.P.I. de C.V. Jenny, Entrena tu mente como entrenas tu cuerpo. Página web y aplicación, revisado de: <https://jenny.com.ai/> (2020).

9. Ming LC, Untong N, Aliudin NA, et al. Mobile Health Apps on COVID-19 Launched in the Early Days of the Pandemic: Content Analysis and Review. *JMIR Mhealth Uhealth*, 10.2196/19796. doi:10.2196/19796 (2020).

10. OMS. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Emergencias Sanitarias. Revisado el 1 de agosto del 2020, 20 hrs: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019> (2020).

11. Jimeno, P. Psychological effects of COVID-19. *Arch Soc Esp Oftalmol*, S0365-6691(20)30245-8. doi:10.1016/j.oftal.2020.06.010 (2020).

12. Secretaría General del Instituto Politécnico Nacional. Cuida IPN Salud Emocional de la Comunidad Politécnica

ca ante Confinamiento por Covid-19. *Comunicado de prensa Comunicado 077, 17 de mayo de 2020*. Revisado de: <https://www.ipn.mx/assets/files/ccs/docs/comunicados/2020/05/c-077.pdf> (2020).

13. SEDESA. Página electrónica Covid-19. Gobierno de la Ciudad de México. Revisado de: <https://covid19.cdmx.gob.mx/> (2020).

14. Tolsa A. Coronavirus SARS-CoV-2: estructura, mecanismo de infección y células afectadas. *Genética Médica News*. Revisado de: https://genotipia.com/genetica_medica_news/coronavirus-estructura-infeccion-celulas/ (2020).

15. Urzúa, Alfonso, Vera-Villaruel, Pablo, Caqueo-Urizar, Alejandra, & Polanco-Carrasco, Roberto. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. Aportes desde la evidencia inicial. *Terapia psicológica*, 38(1), 103-118. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100103> (2020).