

Fontao, María Isabel ^{a*}, Casari, Leandro Martín^{b, c}, Piorno, Natalia^d, Taborda, Alejandra Ruth^d

Artículo Original

Resumen

En Argentina, el aislamiento social durante la pandemia del COVID-19 produjo un impacto sobre la práctica de la psicoterapia. El objetivo fue describir factores asociados con la utilización de la telepsicoterapia durante el aislamiento social. Se realizó una encuesta en línea a 978 psicólogos y psiquiatras de todo el país. El 77.7% de los encuestados utilizaron atención no-presencial por primera vez a partir del inicio del aislamiento social; 62.6% atendieron la mitad o más de sus pacientes en modalidad no-presencial. Se detectaron relaciones significativas entre uso de la psicoterapia no-presencial y diversos factores que caracterizan la práctica psicoterapéutica, pero el tamaño del efecto es generalmente pequeño. Los participantes con un mayor porcentaje de pacientes en telepsicoterapia reportaron menos interrupciones de tratamiento e ingresos similares o mayores en comparación con los previos al aislamiento social. Los cambios drásticos en la práctica psicoterapéutica durante el aislamiento social requieren estudiarse en profundidad.

Palabras clave: pandemia COVID-19, aislamiento social, psicoterapia, telepsicoterapia

Abstract

Psychotherapy in times of the COVID-19 pandemic in Argentina: Factors associated with the use of telepsychotherapy during social isolation

In Argentina, social isolation during the COVID-19 pandemic has had an impact on the practice of psychotherapy. The goal was to describe factors associated with the use of telepsychotherapy during social isolation. An online survey was conducted among 978 psychologists and psychiatrists from different provinces and the city of Buenos Aires. 77.7% of the participants started using online psychotherapy for the first time at the beginning of social isolation; 62.6% of the participants treated half or more of their patients online. Significant relationships were detected between online psychotherapy and various factors that characterize psychotherapeutic practice, but these are weak effects. Participants with a higher percentage of patients in telepsychotherapy reported fewer treatment interruptions and similar or higher levels of income compared to those prior to social isolation. Drastic changes in psychotherapeutic practice during social isolation need to be studied in depth.

Keywords: COVID-19 pandemic, social isolation, psychotherapy, telepsychotherapy

Tabla de Contenido

Introducción	75
Método	77
Diseño	77
Muestra	78
Análisis de datos	78
Normas éticas	78
Resultados	78
Discusión	81
Agradecimiento	85
Referencias	85

Recibido el 29 de Octubre de 2020; Aceptado el 22 de Marzo de 2021.

Editoron este artículo: Hernán López Morales, Paula Abate, Tamara Kobiet y Belén Cañadas.

Introducción

Pandemia del COVID-19 en Argentina

El primer caso de SARS-CoV-2 (COVID-19) en la Argentina se informó el 3 de marzo; la primera muerte ligada a COVID-19 se reportó seis días después (Gemelli, 2020). El 19 de marzo se decretó el denominado Aislamiento Social,

Preventivo y Obligatorio (ASPO) por Decreto 297/2020 (Presidencia de la Nación Argentina, 2020), que conllevó, entre otras medidas, la prohibición de circular libremente dentro del territorio nacional y el cierre de fronteras. El ASPO produjo un fuerte impacto sobre la práctica de la

^a University of Konstanz, Institute of Psychology, Konstanz, Alemania

^b Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales, Centro Científico Tecnológico CONICET, Mendoza, Argentina

^c Facultad de Humanidades y Ciencias Económicas, Pontificia Universidad Católica Argentina, Mendoza, Argentina

^d Universidad Nacional de San Luis, Facultad de Psicología, San Luis, Argentina

*Enviar correspondencia a: Fontao, M. I. E-mail: maria.fontao@uni-konstanz.de

Citar este artículo como: Fontao, M. I.; Casari, M. L.; Piorno, N. & Taborda, A. R. (2022). Psicoterapia en tiempos de pandemia COVID-19 en Argentina: Factores asociados con el uso de telepsicoterapia durante el aislamiento social. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 14(2), 75-86.

psicoterapia y la atención psicológica: gran parte de la atención psicoterapéutica (presencial) se trasladó en forma inmediata a modalidades no-presenciales (psicoterapia por vía telefónica o en línea). Con la flexibilización de las normativas sanitarias en fases ulteriores, la atención presencial de pacientes retomó puntualmente en algunas regiones del país, sin alcanzar, sin embargo, a generalizarse.

Aspectos psicosociales y psicopatológicos

Paralelamente a los efectos masivos de las medidas de protección sanitaria sobre las prácticas de atención psicoterapéutica, estudios nacionales reportaron la aparición de cambios conductuales y síntomas en la población general en el contexto de pandemia, tales como reducción de la cantidad semanal de horas de actividad física y de hábitos alimentarios saludables, aumento de cantidad de horas frente a la pantalla, aparición de síntomas compatibles con depresión y ansiedad (Picco, González Dávila, Wolff, Gómez, & Wolff, 2020), incremento global de la sintomatología en el curso del aislamiento social y aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos (Etchevers et al., 2020). Una encuesta en línea entre el quinto y el séptimo día desde la implementación del ASPO en población adulta detectó síntomas depresivos (33.7% de los 10.053 participantes) y de ansiedad (23.2%); además se encontraron asociaciones entre sentimiento de soledad, estrés cotidiano e ideación negativa persistente y depresión (28.8% de la varianza en los síntomas depresivos), así como ansiedad (26%) de la varianza en los síntomas de ansiedad (Torrente et al., 2021).

Estos resultados son similares a los referidos en estudios internacionales, entre otros para China (Huang & Zhao, 2020), Alemania (Bauerle et al., 2020), España (Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, & Collado, 2020) y los Estados Unidos (Liu, Zhang, Wong, Hyun, & Hahm, 2020). Dichos estudios confirmaron los efectos de COVID-19 detectados entre marzo y abril en Gran Bretaña: niveles elevados de ansiedad y depresión, aislamiento, autoagresión y violencia, particularmente en los grupos con trastornos preexistentes, así como entre adultos jóvenes, personas sin pareja y familias en situación de precariedad (Fancourt, Bu, Mak, & Steptoe, 2020).

En este contexto, la posibilidad de recibir

asistencia psicoterapéutica reviste importancia capital. En un estudio nacional, 37.55% de las personas encuestadas a los 50-55 días de aislamiento manifestaron necesitar, desear o haber intentado realizar un tratamiento psicológico. Asimismo, se informaron impedimentos para el acceso al tratamiento psicológico: 45% de los encuestados mencionaron problemas económicos, 8% falta de cobertura por parte del seguro de salud, y 36% preferencia por tratamiento presencial (Etchevers et al., 2020).

Telepsicoterapia y atención psicoterapéutica durante el aislamiento social

La telepsicoterapia (o terapia a distancia) ha sido definida como todo tipo de psicoterapia en la cual las sesiones no se realizan cara a cara, y que incluye intervenciones por teléfono, audioconferencia o videoconferencia y el internet (American Psychological Association, 2015). Esta modalidad de atención existe desde hace varias décadas y cuenta con un cuerpo de literatura especializada considerable; asimismo se han generado guías y recomendaciones para su utilización (ver entre otras Campbell, Millán, & Martín, 2018). A nivel internacional existe evidencia acerca de la efectividad de la telepsicoterapia en el tratamiento de diversos trastornos, entre otros depresión, ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias (Fu, Burger, Arjadi, & Bockting, 2020; Poletti et al., 2021). Previamente a la pandemia, la telepsicoterapia gozaba de moderada aceptación entre pacientes y los profesionales. Un aspecto positivo asociado con esta modalidad es el acceso facilitado a la atención psicoterapéutica; sin embargo, la posibilidad de utilizar telepsicoterapia con pacientes graves ha sido cuestionada (Connolly, Miller, Lindsay, & Bauer, 2019; Poletti et al., 2021).

A consecuencia de las restricciones en el marco de la pandemia, en el curso de pocas semanas la utilización de la telepsicoterapia aumentó masivamente. Estudios internacionales que exploraron las experiencias de los psicoterapeutas durante la pandemia sugieren una actitud básicamente positiva hacia la telepsicoterapia (MacMullin, Jerry, & Cook, 2020), pero también señalan aspectos críticos, tales como aumento de estrés o cansancio en los

profesionales y su preocupación por posibles dificultades para tratar pacientes con patologías crónicas (Bommersbach, Dube, & Li, 2021). Una encuesta entre psicoterapeutas de Estados Unidos y Europa identificó factores que afectaron la actitud de los profesionales hacia la telepsicoterapia. Entre otros se mencionaron: utilización de telepsicoterapia previa a la pandemia, orientación teórico-clínica y experiencias concretas en la práctica clínica durante la pandemia, tales como cansancio y sentimiento de falta de conexión en la relación terapéutica (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020). En un estudio realizado en Italia se investigaron los predictores de interrupción del tratamiento durante la pandemia. La falta de experiencia en telepsicoterapia y la orientación teórico-clínica predijeron la interrupción de tratamientos durante la pandemia; los psicoterapeutas de orientación psicodinámica reportaron menos interrupciones (Boldrini, Schiano Lomoriello, Del Corno, Lingiardi, & Salcuni, 2020).

En Argentina aún no se dispone de datos sistemáticos sobre el uso de la psicoterapia no-presencial. Asimismo, se carece de un marco legal regulatorio que asegure una práctica segura y estable para pacientes y profesionales. Especialmente en el contexto de pandemia, la necesidad de investigar estas prácticas para generar recomendaciones para el contexto local se plantea en forma urgente. Sobre la base de la definición citada más arriba, en el presente artículo se utiliza la denominación “no-presencial” para subsumir las diversas prácticas de telepsicoterapia: atención telefónica, por audio- y videoconferencia a través de internet.

Objetivos y preguntas de investigación

El presente estudio se propone 1) describir el uso de la telepsicoterapia, es decir de la modalidad de atención no-presencial en la práctica psicoterapéutica durante el ASPO y 2) identificar factores relacionados con el uso de dicha modalidad.

Las preguntas de investigación son:

1. ¿Qué características de la práctica psicoterapéutica preexistentes al ASPO se relacionan con el uso de la psicoterapia no-presencial durante la pandemia?
2. ¿Pueden identificarse correlatos del uso de la psicoterapia no-presencial tales como

continuidad o inicio de tratamientos, o nivel de ingresos?

Método

Diseño del estudio, instrumento y procedimiento

El presente estudio se enmarcó en el Proyecto “Psicoterapia en tiempos de cuarentena durante la pandemia COVID-19. Perspectiva de los profesionales de la salud mental”.

Se utilizó un diseño transversal para la recolección de datos mediante una encuesta en línea realizada entre los meses de julio y agosto de 2020. Para ello se construyó un cuestionario autoadministrado (duración aproximada de administración: 10 minutos) compuesto de 32 preguntas cerradas ordenadas en cinco secciones.

La sección uno incluyó información sobre el estudio, consentimiento informado, información sobre tratamiento de los datos y criterios para la participación. En la sección dos se recogieron datos sociodemográficos (sexo, rango etario, título profesional) y de la práctica profesional (lugar de ejercicio, años de ejercicio, posgrados, etc.). En la sección tres se indagaron características de la atención psicoterapéutica en modalidad no-presencial (experiencia previa en dicha modalidad, proporción de pacientes en atención no-presencial, tecnologías utilizadas, etc.). La sección cuatro exploró la atención psicoterapéutica presencial desde el inicio de la pandemia. La sección cinco se compuso de preguntas generales (apoyo por parte de asociaciones profesionales, ingresos desde el inicio del aislamiento social, etc.). Por motivos de espacio, en el presente artículo se presentan solamente los resultados de las secciones dos y tres de la encuesta.

En el proceso de confección del cuestionario se realizó una prueba piloto con 24 profesionales que ejercen la psicoterapia. Los participantes testearon una versión provisoria del formulario en línea y dieron una devolución al equipo de investigación. Los resultados del estudio piloto se reportaron previamente (Casari, Fontao, Piorno, & Tabora, 2022). La difusión de la encuesta en línea se realizó a través de Colegios de Psicólogos y otras asociaciones profesionales, instituciones académicas, redes profesionales y científicas del equipo de investigación (muestreo de bola de nieve). La participación fue voluntaria y

anónima; los participantes no recibieron compensación monetaria.

Características de la muestra

Los protocolos válidos totalizaron 978 casos; 847 (86.6%) participantes fueron de sexo femenino, 126 (12.9%) de sexo masculino, 5 (0.5%) de otro sexo. 956 (97.8%) participantes poseían un título en Psicología, 22 (2.2%) participantes un título de Médico Psiquiatra; 214 (21.9%) participantes realizaron uno o varios cursos de posgrado de duración menor a un año, 734 (75.1%) completaron uno o varios posgrados de duración entre uno y cuatro años, y 30 (3.1%) obtuvieron el título de doctorado (se consigna respectivamente el nivel posgradual más alto reportado por los encuestados). En la encuesta participaron profesionales de todas las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). En CABA ejercían su práctica psicoterapéutica 354 (37.2%) participantes, 197 (20.1%) en la Provincia de Buenos Aires, 124 (12.7%) en Mendoza, 75 (7.7%) en Córdoba, 39 (4.0%) en Santa Fe, 35 (3.6%) en Misiones, 23 (2.4%) en San Luis, 21 (2.1%) en Neuquén, 17 (1.7%) en San Juan, 16 (1.6%) en Jujuy, 13 (1.3%) en Río Negro, 9 (0.9%) respectivamente en La Pampa y Tucumán, 7 (0.7%) en Entre Ríos, 5 (0.5%) en La Rioja, 4 (0.4%) respectivamente en Chubut y Formosa, 3 (0.3%) respectivamente en Salta, Santa Cruz y Santiago del Estero, 2 (0.2%) respectivamente en Catamarca, Chaco y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, y 1 (0.1%) en Corrientes.

En Argentina se establecieron cinco fases del ASPO, que implicaban una mayor cantidad de actividades permitidas y porcentajes de circulación de personas. La fase uno fue la fase más restrictiva, la fase cinco la más flexible. Respecto de la fase del ASPO de la localidad de ejercicio de la psicoterapia al momento de completar la encuesta, 122 participantes (12.5%) consignaron fase uno, 137 (14%) fase dos, 343 (35.1%) fase tres, 161 (16.5%) fase cuatro, y 211 (21.6%) fase cinco (cuatro respuestas inválidas; 0.3%).

Análisis de datos

Para las variables de interés se calcularon porcentajes y se confeccionaron tablas de contingencia. Para responder la pregunta de investigación uno (características de la práctica

psicoterapéutica preexistentes al ASPO y uso de terapia no-presencial desde el ASPO) se tomaron en cuenta las siguientes variables: uso de terapia no-presencial (expresada como porcentaje estimado de pacientes en tratamiento que actualmente se atiende en modalidad no-presencial), tiempo de ejercicio de la psicoterapia (expresado en años), orientación teórico-clínica, ámbito de ejercicio de la psicoterapia, caracterización de la localidad de ejercicio (urbano, suburbano, rural), grupo etario y nivel de sintomatología (leve, moderado, grave) de la mayoría de los pacientes. Para la pregunta de investigación dos (correlatos del uso de la modalidad no-presencial desde el ASPO) se consideraron las siguientes variables: uso de terapia no-presencial, interrupción de tratamientos en curso, inicio de tratamientos desde el ASPO y nivel de ingresos por la práctica de psicoterapia desde el ASPO. Para verificar la existencia de asociaciones entre las variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado (alternativa: prueba exacta de Fisher, significancia según método de Monte Carlo). La magnitud de la asociación se expresa mediante el coeficiente *V de Cramer*. Para caracterizar el tamaño del efecto se utilizó la convención de Cohen (1988) revisada por Ellis (2010): $V = .10$: tamaño del efecto pequeño; $V = .30$: tamaño del efecto mediano; $V = .50$: tamaño del efecto grande. El nivel de significación es de .05.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa IBM SPSS Statistics (versión 26.0 para Mac).

Normas éticas

El presente estudio cumplió con las normas éticas internacionales para estudios psicológicos. El mismo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Científica y Tecnológica del CONICET Mendoza (CEICyT). La participación en la encuesta fue anónima, voluntaria y sin compensación. Los participantes dieron su consentimiento informado previamente al completamiento de la misma.

Resultados

Del total de 978 participantes, 760 participantes (77.7%) respondieron que comenzaron a realizar psicoterapia no-presencial desde el comienzo del ASPO, 187 (19.1%) habían

comenzado antes del ASPO; 31 participantes (3.2%) informaron no estar realizando ni haber realizado en el pasado atención no-presencial. La pregunta *¿Qué porcentaje de sus pacientes atiende actualmente en modalidad no-presencial?* fue contestada por 952 participantes (97.3%) y arrojó los siguientes resultados: 453 participantes (46.3%) atendían 75-100% de sus pacientes en modalidad no-presencial, 159 participantes (16.3%) 50-75%, 121 participantes (12.4%) 25-50%, y 219 (22.4%) hasta el 25% de sus pacientes.

A continuación, se presentan los resultados para las preguntas de investigación uno y dos en este artículo.

Características de la práctica psicoterapéutica preexistentes al ASPO y uso de terapia no-presencial desde ASPO (Pregunta 1)

Se exploraron las relaciones de las variables Experiencia en psicoterapia y Orientación teórico-clínica con la variable Uso de terapia no-presencial. Los resultados se presentan en la [Tabla 1](#).

Tabla 1.
Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial, Experiencia y Orientación teórico-clínica.

Casos observados (%)		Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial				Total
		0-25	25-50	50-75	75-100	
Experiencia	0-5 A	99 (23.3)	49 (11.6)	61 (14.4)	215 (50.7)	424 (100)
	6-10 A	37 (19.2)	29 (15.0)	41 (21.2)	86 (44.6)	193 (100)
	11-15 A	31 (30.4)	11 (10.8)	12 (11.8)	48 (47.1)	102 (100)
	15 A +	52 (22.3)	32 (13.7)	45 (19.3)	104 (44.6)	233 (100)
Orientación teórico-clínica	CC	34 (26.4)	30 (23.3)	18 (14.0)	47 (36.4)	129 (100)
	PP	122 (19.4)	58 (9.2)	111 (17.6)	338 (53.7)	629 (100)
	S	26 (46.4)	10 (17.9)	6 (10.7)	14 (25.0)	56 (100)
	HEG	11 (45.8)	4 (16.7)	2 (8.3)	7 (29.2)	24 (100)
	EI	23 (24.7)	13 (14.0)	18 (19.4)	39 (41.9)	93 (100)
	Otra	3 (14.3)	6 (28.6)	4 (19.0)	8 (38.1)	21 (100)
Total		219 (23.0)	121 (12.7)	159 (16.7)	453 (47.6)	952 (100)

Nota. A: Años; CC: Cognitivo-conductual; PP: Psicoanalítica/Psicodinámica; S: Sistémica; HEG: Humanística/Existencial/Gestáltica; EI: Ecléctica/Integrativa

Las variables Experiencia en psicoterapia y el Uso de terapia no-presencial no estaban relacionadas ($X^2[9, n = 952] = 13.33, p = .148, V = .07, ns$). Se detectó una relación significativa entre las variables Orientación teórico-clínica y la variable Uso de terapia no-presencial ($X^2[15, n = 952] = 67.55, p < .001, V = .15$). En el grupo de orientación psicoanalítica/psicodinámica se eligió en su mayoría (53.7%) la categoría 75-100% de pacientes en terapia no-presencial. En los grupos de orientación sistémica y humanística/existencial/gestáltica se optó frecuentemente por la categoría *hasta 25%* de pacientes en terapia no-presencial (respectivamente 46.4% y 45.8% contra 19.4% en la orientación psicoanalítica /psicodinámica, 26.4% en la cognitivo-conductual y 24.7% en la ecléctica/integrativa). El tamaño del efecto fue

pequeño.

A continuación se exploraron posibles relaciones de las variables Ámbito de ejercicio de psicoterapia y Caracterización de la localidad de ejercicio con la variable Uso de la terapia no-presencial. Los resultados se exponen en la [Tabla 2](#).

Entre las variables Ámbito de ejercicio y Uso de terapia no-presencial se detectó una relación significativa ($X^2[6, n = 952] = 16.60, p = .011, V = .09$). En los tres ámbitos (consultorio, institución, consultorio + institución) se optó preferencialmente por la categoría 75-100% de pacientes en terapia no-presencial (respectivamente: 41.4, 51.5 y 51.6% de los participantes en cada grupo). En la categoría *consultorio* se eligieron más frecuentemente las dos categorías más bajas (*hasta 25%*, *25-50%*) de

pacientes en terapia no-presencial, y menos frecuentemente la categoría 75-100% de pacientes en terapia no-presencial. El tamaño del efecto fue pequeño. También se halló una relación significativa entre las variables Caracterización de la localidad de ejercicio y Uso de terapia no-presencial ($X^2[6, n = 952] = 23.29, p < .001, V = .11$). Se observó un patrón inverso entre el grupo urbano y rural. En medio urbano se optó más frecuentemente (48.8%) por la categoría 75-100% de pacientes en atención no-presencial, mientras que en medio rural se eligió mayoritariamente

(60.0%) la categoría *hasta 25%* de pacientes en modalidad no-presencial. En medio suburbano las categorías *hasta 25%*, *50-75%*, *75-100%* fueron elegidas respectivamente por un tercio del grupo. También en este caso el tamaño del efecto fue pequeño.

Se exploraron posibles relaciones de la variable Grupo etario y la variable Nivel de sintomatología de la mayoría de sus pacientes con la variable Uso de terapia no-presencial. Los resultados se exponen en la [Tabla 3](#).

Tabla 2.

Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial, Ámbito de ejercicio y Caracterización de la localidad de ejercicio.

Casos observados (%)		Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial				Total
		0-25	25-50	50-75	75-100	
Ámbito	C	100 (26.9)	60 (16.1)	58 (15.6)	154 (41.4)	372 (100)
	I	42 (21.6)	23 (11.9)	29 (14.9)	100 (51.5)	194 (100)
	CI	77 (19.9)	38 (9.8)	72 (18.7)	199 (51.6)	386 (100)
Caracterización de localidad	Urbano	202 (22.3)	115 (12.7)	146 (16.1)	442 (48.8)	905 (100)
	Suburbano	11 (29.7)	3 (8.1)	12 (32.4)	11 (29.7)	37 (100)
	Rural	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	10 (100)
	Total	219 (23.0)	121 (12.7)	159 (16.7)	453 (47.6)	952 (100)

Nota. C: Consultorio; I: Institución; CI: Consultorio + Institución

Tabla 3.

Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial, Grupo etario y Nivel de gravedad de pacientes.

Casos observados (%)		Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial				Total
		0-25	25-50	50-75	75-100	
Grupo etario pacientes	N/A	62 (29.2)	23 (10.8)	38 (17.9)	89 (42.0)	212 (100)
	AJ	151 (20.9)	93 (12.9)	116 (16.1)	361 (50.1)	721 (100)
	AM	6 (31.6)	5 (26.3)	5 (26.3)	3 (15.8)	19 (100)
Nivel de sintomatología	Leve	61 (26.2)	21 (9.0)	31 (13.3)	120 (51.5)	233 (100)
	Moderada	145 (21.9)	90 (13.6)	120 (18.1)	308 (46.5)	663 (100)
	Grave	13 (23.2)	10 (17.9)	8 (14.3)	25 (44.6)	56 (100)
	Total	219 (23.0)	121 (12.7)	159 (16.7)	453 (47.6)	952 (100)

Nota. N/A: Niños/Adolescentes; AJ: Adulto joven; AM: Adulto mayor

Entre las variables Grupo etario de la mayoría de sus pacientes y la variable Uso de terapia no-presencial se detectó una relación significativa ($X^2[6, n = 952] = 16.67, p = .005, V = .09$). Los profesionales que atendían en su mayoría adultos

mayores eligieron más frecuentemente las categorías más bajas (por ejemplo: 31.6% para la categoría *hasta 25%* de pacientes en modalidad no-presencial, 15.8% para la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial). Entre

los profesionales que atendían mayoritariamente niños y adolescentes y aquellos que atendían mayoritariamente adultos, la categoría más frecuentemente elegida fue 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial. Sin embargo, los psicoterapeutas de niños y adolescentes optaron más frecuentemente por la categoría *hasta 25%* que los psicoterapeutas de adultos. El tamaño del efecto fue pequeño. Entre las variables Nivel de sintomatología y Uso de terapia no-presencial no se detectó una relación significativa ($X^2[6, n = 952] = 9.07, p = .170, V = .07, ns$). El uso de la

modalidad no-presencial no está asociado con la gravedad de la mayoría de los pacientes estimada por los psicoterapeutas tratantes.

Correlatos del uso de la terapia no-presencial (Pregunta 2)

Se analizaron las asociaciones de las variables Interrupción de tratamientos, Inicio de tratamientos y Nivel de ingresos con la variable Uso de terapia no-presencial. Los resultados se presentan en la [Tabla 4](#).

Tabla 4.

Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial, Interrupción de tratamientos, Inicio de tratamientos y Nivel de ingresos

Casos observados (%)		Porcentaje de pacientes en terapia no-presencial				Total
		0-25	25-50	50-75	75-100	
Interrupción de tratamientos	Sí	202 (25.7)	115 (14.6)	139 (17.7)	331 (42.1)	787 (100)
	No	16 (10.3)	5 (3.2)	19 (12.3)	115 (74.2)	155 (100)
	Total	218 (23.1)	120 (12.7)	158 (16.8)	446 (47.3)	942 (100)
Inicio de tratamientos	Sí	181 (22.0)	105 (12.7)	140 (17.0)	398 (48.3)	824 (100)
	No	37 (29.6)	16 (12.8)	19 (15.2)	53 (42.4)	125 (100)
	Total	218 (23.0)	121 (12.8)	159 (16.8)	451 (47.5)	949 (100)
Nivel de Ingresos	Menores	139 (29.6)	90 (19.1)	79 (16.8)	162 (34.5)	470 (100)
	Similares	61 (16.2)	25 (6.6)	60 (16.0)	230 (61.2)	376 (100)
	Mayores	19 (17.9)	6 (5.7)	20 (18.9)	61 (57.5)	106 (100)
	Total	219 (23.0)	121 (12.7)	159 (16.7)	453 (47.6)	952 (100)

Entre las variables Interrupción de tratamientos y Uso de terapia no-presencial se detectó una relación significativa ($X^2[3, n = 942] = 56.85, p < .001, V = .25$). En el grupo que no reportó interrupciones se eligió más frecuentemente la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial (74.2% contra 42.1% para el grupo que reportó interrupciones). En el grupo que reportó interrupciones, aproximadamente un cuarto (25.7%) de los participantes eligió la categoría *hasta 25%* (contra 10.3% en el grupo que no reportó interrupciones). El tamaño del efecto fue pequeño a mediano. La variable Inicio de tratamientos desde el comienzo del ASPO no estuvo asociada a la variable Uso de terapia no-presencial ($X^2[3, n = 949] = 3.76, p = .289, V = .06, ns$). Se detectó una relación significativa entre las variables Nivel de ingresos desde el comienzo del ASPO y Uso de terapia no-presencial ($X^2[6, n = 952] = 82.08, p$

$< .001, V = .21$). En el grupo que reportó ingresos similares o mayores ingresos desde el ASPO se eligió más frecuentemente la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial (respectivamente 61.2% y 57.5% contra 34.5% en el grupo que reportó menores ingresos). Complementariamente, los participantes que registraron una baja en sus ingresos optaron más frecuentemente que los otros subgrupos por la categoría *hasta 25%* en terapia no-presencial. Nuevamente, el tamaño del efecto fue pequeño a mediano.

Discusión

Características de la práctica psicoterapéutica preexistentes al ASPO y uso de la psicoterapia no-presencial

La mayoría de los encuestados respondió que atendía por lo menos la mitad de sus pacientes en modalidad no-presencial desde el comienzo del

ASPO, poco menos de la mitad de los encuestados que atendía entre 75% y la totalidad de sus pacientes en tratamiento en modalidad no-presencial. Si bien una parte no desdeñable de los encuestados ya utilizaba la modalidad no-presencial antes del ASPO, los datos sugieren que el uso de la modalidad no-presencial se incrementó drásticamente desde el inicio del ASPO. En qué medida los profesionales encuestados realizaban psicoterapia no-presencial desde el ASPO no se relacionó significativamente con los años de experiencia como psicoterapeuta. Respecto de la mera utilización de la modalidad no-presencial, los resultados sugieren que buena parte de los profesionales lograron, en el corto plazo y bajo la presión del ASPO, adaptar sus prácticas para continuar ofreciendo tratamiento. Sin embargo, estos datos no proveen información acerca de calidad, alcances y obstáculos ligados a la psicoterapia no-presencial. Sobre la base de los resultados obtenidos no es posible concluir si este fenómeno se debió a una actitud favorable hacia el uso de la telepsicoterapia, como indican estudios internacionales (Békés & Aafjes-van Doorn, 2020; MacMullin et al., 2020), o si simplemente refleja una reacción pragmática a la imposibilidad de realizar atención presencial.

Como se reportó en otros estudios (Békés & Aafjes van-Doorn, 2020; Boldrini et al., 2020), la orientación teórico-clínica parece ser un factor que diferencia entre los grupos con mayor y menor utilización de la modalidad no-presencial. Entre el grupo de orientación psicoanalítica/psicodinámica y los grupos de las orientaciones sistémica y humanística/existencialista/gestáltica se mostraron claras diferencias. Una interpretación posible es que las características de las psicoterapias psicoanalíticas/ psicodinámicas, centradas sobre el lenguaje y generalmente en formato individual, o bien el disponer de una paleta amplia de estrategias y técnicas (terapias eclécticas/ integrativas) facilitaron el traslado a la modalidad no-presencial durante el ASPO. En cambio, los resultados podrían indicar que la terapia sistémica, aplicada en general con familias, o aquellas que enfatizan la expresión (no verbal) de las emociones y la conexión interpersonal entre paciente y terapeuta (terapias humanistas y existenciales), así como los abordajes que incluyen elementos corporales (terapia gestáltica)

se vieron confrontados con más dificultades en el momento de tener que prescindir del contacto directo. Dado que los grupos de las orientaciones sistémica y humanística/existencial/ gestáltica eran pequeños y probablemente no representativos, esta interpretación debe considerarse provisoria. No obstante es posible adelantar la tesis de que un traslado abrupto a la modalidad no-presencial podría haber resultado en una reducción de la variabilidad de la oferta en términos de orientación teórico-clínica. Este resultado difiere del reportado en un estudio realizado en Austria, en el cual no hubo diferencias entre psicoterapeutas de diferentes orientaciones en el uso de psicoterapia no-presencial durante las fases iniciales de las medidas sanitarias de restricción (Probst, Stippl, & Pieh, 2020).

El uso de la modalidad no-presencial estuvo asociada con el ámbito de ejercicio. Si bien en los tres grupos (consultorio, institución, consultorio + institución) la categoría más elegida fue 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial, se registró una leve tendencia a un uso más intensivo en las instituciones. Una explicación posible reside en dificultades para percibir los honorarios derivados de la práctica psicoterapéutica no-presencial al comienzo del ASPO. Es posible conjeturar que los profesionales independientes en consultorio, cuyas fuentes de ingresos provienen de obras sociales y seguros de salud y/o de pacientes privados, hayan sufrido un mayor impacto derivado de dichas dificultades. Esto a su vez podría haber derivado en un menor volumen de pacientes en terapia no-presencial en comparación con el de los profesionales en instituciones. Asimismo, posibles diferencias en factores ligados a los pacientes (tales como preferencias o recursos) que se atienden en instituciones y en consultorio podrían haber influenciado el uso de la modalidad no-presencial; dado que no se recogieron datos de pacientes, esta interpretación es especulativa. Por otra parte, no se pueden excluir interacciones con otros factores que expliquen esta relación entre ámbito de trabajo y uso de modalidad no-presencial. A modo de ejemplo: en un análisis suplementario se detectó una relación significativa de Ámbito de ejercicio con las variables Experiencia en psicoterapia y Orientación teórico-clínica: 73.5%

de los profesionales que trabajaban en institución y 43.6% de los profesionales que trabajaban en consultorio e institución tenían hasta cinco años de experiencia en la práctica psicoterapéutica. Especialmente entre los profesionales que ejercían en consultorio e institución, la orientación psicoanalítica/psicodinámica era fuertemente predominante. Estas interacciones deberían explorarse en detalle para poder explicar el perfil de utilización de la psicoterapia no-presencial en diversos ámbitos.

Mientras que en medio urbano la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial fue la más elegida, en medio rural se observó el fenómeno contrario. A raíz del bajo número de casos en medios suburbanos y rurales, estos resultados deben considerarse provisorios; no obstante podría tratarse de una tendencia potencialmente relevante. Si bien no puede descartarse que la baja proporción de pacientes en modalidad no-presencial en zona rural dependa de las preferencias de los profesionales y/o de los pacientes, también es posible conjeturar la existencia de factores estructurales, por ejemplo la falta de medios técnicos o de espacios de intimidad que obstaculicen la implementación de psicoterapia no-presencial. Considerando que en las regiones rurales la disponibilidad de servicios de atención psicoterapéutica suele ser más reducida, sería especialmente importante garantizar el acceso de poblaciones rurales a diversas modalidades de atención psicoterapéutica no-presencial (eventualmente como complemento de la psicoterapia presencial), y de optimizar su implementación a fin de compensar eventuales carencias estructurales (falta de personal calificado, distancia hasta el consultorio, dificultades económicas para costear el tratamiento). En la literatura internacional se han descrito obstáculos para el acceso a servicios de salud mental por parte de poblaciones rurales, y las posibilidades que ofrece la telepsicología para paliarlos (Simpson, Richardson, & Reid, 2019). Independientemente del contexto de pandemia, tanto usuarios como profesionales subrayan que la telepsicoterapia puede facilitar el acceso a asistencia psicoterapéutica (Connolly et al., 2020; Poletti et al., 2021). Sería interesante explorar la aplicabilidad al contexto local de modelos de

atención para poblaciones con difícil acceso que han demostrado ser efectivas.

Mientras que en los grupos que atendían mayoritariamente adultos o niños y adolescentes se eligió más frecuentemente la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial, el grupo que atendía adultos mayores optó preferencialmente por la categoría *hasta 25%*. Dado que este grupo era pequeño (en total 19 participantes), los resultados son provisorios. Sin embargo, es posible que el traslado de la modalidad presencial a la no-presencial haya presentado dificultades específicas para los adultos mayores. Por un lado, se puede conjeturar que la existencia de condiciones somáticas, tales como disminución de la visión o la audición, o de trastornos neurocognitivos podrían haber dificultado el acceso a la psicoterapia no-presencial. Por otro lado, no pueden descartarse preferencias personales de parte de los adultos mayores, en general poco familiarizados con las nuevas tecnologías, como sugiere un estudio sobre los obstáculos para el uso de la telemedicina en los Estados Unidos (Lam, Lu, Shi, & Covinsky, 2020).

En resumen, se detectaron variables ligadas a la práctica profesional preexistentes al ASPO asociadas con el uso de la modalidad no-presencial desde el ASPO: ámbito de trabajo y caracterización de la localidad de ejercicio, orientación teórico-clínica y grupo etario de los pacientes. En todos los casos se trató de una asociación débil entre las variables en estudio, y en tres casos (caracterización de la localidad, orientación teórico-clínica, grupo etario de los pacientes) los grupos comparados son numéricamente muy desiguales. Por lo tanto, no es posible avanzar conclusiones definitivas.

Correlatos del uso de la terapia no-presencial

La gran mayoría de los profesionales reportó interrupciones en tratamientos en curso. Además, el uso de la modalidad no-presencial desde el ASPO estuvo relacionado con la interrupción de tratamientos en curso al comienzo del aislamiento: en el grupo que no reportó interrupciones se optó preferencialmente por la categoría 75-100% de pacientes en modalidad no-presencial. En el grupo que reportó interrupciones, la categoría preferida también fue 75-100 %, pero en proporción sensiblemente menor. Esto sugiere que los

fenómenos de interrupción y continuidad de tratamientos desde el comienzo del ASPO se relacionaron con la modalidad practicada por los psicoterapeutas, pero no informan sobre la dirección de la causalidad: es posible que el uso intensivo de telepsicoterapia por parte del profesional haya evitado la interrupción de tratamientos, pero también que el uso intensivo se haya debido a la continuidad de los tratamientos. En general no puede descartarse que dados los cambios masivos y abruptos provocados por la pandemia y el ASPO en las áreas laboral, familiar y personal, que impactaron a diferentes niveles (social, económico, psicobiológico), probablemente haya sido difícil de evitar un cierto porcentaje de interrupción o abandono de tratamientos, especialmente por parte de pacientes vulnerables. Independientemente del uso de la modalidad no-presencial, desde el comienzo del ASPO la mayoría de los encuestados tomó nuevos pacientes. Esto sugiere que parte de la demanda de tratamiento durante el ASPO (Etchevers et al., 2020) podría haber sido cubierta, quizás en parte por las nuevas posibilidades de acceso dadas por la modalidad no-presencial. Por otra parte, el uso generalizado de la atención no-presencial pudo haber atraído a otro grupo de pacientes potenciales, por ejemplo personas que requieren una mayor flexibilidad horaria y espacial. Sin embargo, los datos no permiten concluir si los nuevos tratamientos compensaron las interrupciones; el estudio de Probst et al. (2020), por ejemplo, concluye que el incremento de tratamientos no-presenciales no alcanzó a cubrir la disminución de tratamientos presenciales.

Casi la mitad de los encuestados informó tener menores ingresos desde el ASPO. La asociación entre el nivel de ingresos desde el ASPO y el uso de la modalidad no-presencial sugiere que la posibilidad de ofrecer telepsicoterapia puede haber contribuido a la estabilidad de la situación económica de los profesionales. Este resultado subraya la importancia de la cooperación entre los diferentes actores implicados en el sistema de salud mental para asegurar la continuidad de la asistencia psicoterapéutica en sus diversas modalidades: profesionales, colegios y asociaciones profesionales, obras sociales y seguros de salud.

Asimismo, independientemente de las posibilidades o preferencias de pacientes y psicoterapeutas que puedan haber influenciado la decisión de continuar el tratamiento, el uso de la telepsicoterapia requiere adaptaciones del marco legal, institucional y económico en que tiene lugar el ejercicio de la psicoterapia. Las iniciativas lanzadas para el campo de la medicina (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) podrían servir de modelo para el campo de la psicología y la psicoterapia.

Limitaciones

El presente estudio tiene limitaciones. Si bien se pudo recoger una muestra amplia, el tipo de muestreo utilizado no permite afirmar que se trate de una muestra representativa en sentido estricto. La variable construida para operacionalizar el uso de psicoterapia no-presencial desde el ASPO está expresada en porcentaje de pacientes en dicha modalidad. La misma representa una aproximación al status quo de la práctica de cada sujeto al momento de contestar la encuesta. Esto significa que no es posible sacar conclusiones acerca de la cantidad absoluta de pacientes atendidos en telepsicoterapia, o de cuántos pacientes efectivamente cambiaron su modalidad de atención desde el comienzo del ASPO. La encuesta no recogió información acerca del uso de la modalidad no-presencial en diferentes formatos de psicoterapia (individual, grupal, etc.). Dado que la mayoría de los psicoterapeutas utiliza más de un formato, la inclusión de esta pregunta hubiera derivado en una mayor extensión y hubiese derivado en una complejización de la encuesta y en posibles dificultades en la interpretación de los resultados. En consecuencia, los resultados no permiten extraer conclusiones diferenciadas acerca del uso de la terapia no-presencial durante el ASPO en diferentes formatos psicoterapéuticos.

Para algunas de las variables que representan las características de la práctica psicoterapéutica preexistentes al ASPO y los correlatos de la práctica psicoterapéutica desde el comienzo del aislamiento se constituyeron grupos numéricamente muy desiguales. Esto dificulta las comparaciones y la exploración de las asociaciones entre variables. Para contestar las dos preguntas de investigación se realizaron varios test de Chi cuadrado, lo cual puede haber

resultado en una inflación del error de tipo I. Debido a la falta de estudios previos, se privilegió el carácter descriptivo y exploratorio del estudio, prescindiendo de un ajuste del nivel de significancia.

Perspectivas

A pesar de sus limitaciones, el presente estudio logra presentar un cuadro abarcativo de la realidad de la práctica psicoterapéutica en Argentina en las primeras fases del ASPO. Debido a la amplia muestra y a la diversidad de los aspectos de la práctica psicoterapéutica explorados, se puede asumir que se trata de una descripción razonablemente aproximada de la misma. El hecho de que la mayoría de los encuestados, sin poseer experiencia previa en psicoterapia no-presencial, haya modificado en el corto plazo sus prácticas para seguir ofreciendo atención, es un dato fundamental que refleja la posibilidad de adaptarse rápidamente a una situación de crisis inédita. Considerando las consecuencias psicosociales y los correlatos psíquicos y somáticos de la pandemia, estas competencias recientemente adquiridas por los psicoterapeutas representan un capital de enorme importancia.

La fase siguiente del proyecto en curso prevé la realización de entrevistas en profundidad con psicoterapeutas sobre bloques temáticos derivados empíricamente con el objeto de capturar aspectos concretos de la práctica de la telepsicoterapia durante la pandemia. Entre otros aspectos se explorarán las adaptaciones del encuadre y modificaciones de la técnica y el vínculo psicoterapéutico en la modalidad no-presencial. En futuros estudios sería importante investigar la experiencia de los pacientes. En la comunidad científica existe consenso acerca de que los cambios debidos a la pandemia serán en buena medida duraderos (Vostanis & Bell, 2020). Por este motivo, se espera que los conocimientos derivados del presente estudio revistan importancia en el largo plazo.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesionales participantes y a las instituciones que colaboraron en la difusión del estudio.

El Proyecto "Psicoterapia en tiempos de cuarentena durante la pandemia COVID-19.

Perspectiva de los profesionales de la salud mental" recibió un subsidio en el marco del Programa de Articulación y Fortalecimiento Federal de las Capacidades en Ciencia y Tecnología COVID-19 del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, Argentina. Investigadora responsable: Alejandra Ruth Taborda (RESOL-2020-170-APN-MCT; identificación de proyecto: SL 5).

Referencias

- American Psychological Association (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2ª ed.). Washington, Estados Unidos de América: APA.
- Bäuerle, A., Teufel, M., Musche, V., Weismüller, B., Kohler, H., Hetkamp, M., Dörrie, N., Schweda, A., & Skoda, E. M. (2020). Increased generalized anxiety, depression and distress during COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *Journal of Public Health, 42*(4), 672-678. doi: 10.1093/pubmed/fdaa106
- Békés, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 238-247. doi: 10.1037/int0000214
- Boldrini, T., Schiano Lomoriello, A., Del Corno, F., Lingiardi, V., & Salcuni, S. (2020). Psychotherapy During COVID-19: How the Clinical Practice of Italian Psychotherapists Changed During the Pandemic. *Frontiers in Psychology, 11*, 591170. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591170
- Bommersbach, T., Dube, L., & Li, L. (2021). Mental Health Staff Perceptions of Improvement Opportunities around COVID-19: A Mixed-Methods Analysis. *The Psychiatric quarterly, 92*(3), 1079–1092. doi: 10.1007/s11126-021-09890-2
- Campbell, L. F., Millán, F. A., & Martin, J. N. (Eds.). (2018). *A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice*. Washington, Estados Unidos de América: APA. doi: 10.1037/0000046-000
- Casari, L. M., Fontao, M. I., Piorno, N., & Taborda, A. (2022). Psicoterapia en tiempos de pandemia: Perspectivas sobre la atención psicológica. En C. Fernández, M. Flores, H. García, C. Gómez, E. González, M. A. Piñeda, B. Piola, L. Velázquez (Eds.). *Universidad, comunidad y desarrollo científico en psicología. Debates en perspectiva* (pp 111-116). San Luis, Argentina: Nueva Editorial Universitaria.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, Estados Unidos de América: Lawrence Erlbaum.

- Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2020). A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clinical Psychology Science and Practice, 27*(2), e12311. doi: 10.1111/cpsp.12311
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). *Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115- 124 días de cuarentena en población argentina*. Recuperado el 28 de junio 2022 de http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/opsa_salud_mental_informe.pdf
- Fancourt, D., Bu, F., Mak, H.W., & Steptoe, A. (2020): *Covid-19 Social Study. Results Release 5*. Recuperado el 28 de junio de 2022 de https://www.covidsocialstudy.org/_files/ugd/3d9db5_b1cc531ee989492ca5b27bca7181866d.pdf
- Fu, Z., Burger, H., Arjadi, R., & Bockting, C. L. H. (2020). Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 7*(10), 851-864. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30256-X
- Gemelli, N. (2020). Management of COVID-19 Outbreak in Argentina: The Beginning. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 14*(6), 815-817. doi: 10.1017/dmp.2020.116
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research, 288*, 112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Mac (Version 26.0). Armonk, New York: IBM Corp.
- Lam, K., Lu, A. D., Shi, Y., & Covinsky, K. E. (2020). Assessing Telemedicine Unreadiness Among Older Adults in the United States During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Internal Medicine, 180*(10), 1389-1391. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.2671
- Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G., Hyun, S., & Hahm, H. C. (2020). Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research, 290*, 113172. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113172
- MacMullin, K., Jerry, P., & Cook, K. (2020). Psychotherapist experiences with telepsychotherapy: Pre COVID-19 lessons for a post COVID-19 world. *Journal of Psychotherapy Integration, 30*(2), 248-264. doi: 10.1037/int0000213
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Primera recomendación para el uso de la telemedicina*. Recuperado el 22 de octubre de 2020 de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ane_xo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf
- Picco, J. M., González Dávila, E., Wolff, S., Gómez, V., & Wolff, D. (2020). Psychosocial Aspects of the COVID-19 Pandemic in the Mendoza Population. *Revista Argentina de Cardiología, 88*(3), 203-206. doi: 10.7775/rac.v88.i3.17925
- Poletti, B., Tagini, S., Brugnera, A., Parolin, L., Pievani, L., Ferrucci, R., Compare, A., & Silani, V. (2021) Telepsychotherapy: a leaflet for psychotherapists in the age of COVID-19. A review of the evidence. *Counselling Psychology Quarterly 34*(3-4), 352-367. doi: 10.1080/09515070.2020.1769557
- Presidencia de la Nación Argentina. (2020). *Decreto 297/2020 Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio*. Recuperado el 19 de marzo de 2021 de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Probst, T., Stippl, P., & Pieh, C. (2020). Changes in Provision of Psychotherapy in the Early Weeks of the COVID-19 Lockdown in Austria. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 3815. doi: 10.3390/ijerph17113815
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological impact of COVID-19 in Spain: Early data report. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(5), 550-552. doi: 10.1037/tra0000943
- Simpson, S., Richardson, L., & Reid, C. (2019). Telemental Health in Rural and Remote Contexts. En T. Carey & J. Gullifer (Eds.). *Handbook of Rural, Remote, and very Remote Mental Health* (pp. 1-20). Singapur: Springer. doi: 10.1007/978-981-10-5012-1_37-1
- Torrente, F., Yoris, A., Low, D. M., Lopez, P., Bekinschtein, P., Manes, F., & Cetkovich, M. (2021). Sooner than you think: A very early affective reaction to the COVID-19 pandemic and quarantine in Argentina. *Journal of Affective Disorders, 282*, 495-503. doi: 10.1016/j.jad.2020.12.124
- Vostanis, P., & Bell, C. A. (2020). Counselling and psychotherapy post-COVID-19. *Counselling and Psychotherapy Research, 20*(3), 389- 393. doi: 10.1002/capr.12325