

Estudio Cualitativo: La Experiencia Subjetiva de Personas con Diferentes Niveles de Mentalización Durante la Pandemia por COVID-19

Andrea Rodríguez Quiroga^{i,1,2,3,4}, Saskia Ivana Aufenacker^{a,1,3}, Camila Yosa^{b,1,4}, Laura Borenzstein^{c,1,2}, Juan Segundo Peña Loray^{d,1,7}, Javier Angelelli^{e,1,4}, Felicitas Lardies^{f,1,4}, Camila Botero^{g,1,4,6}, Alan Crawley^{h,1,3}, Laura Bongiardino^{i,1,2,3,5 (ii)}

INTRODUCCIÓN: Para comprender el malestar frente a la situación de confinamiento por COVID-19 se realizó una investigación, de diseño mixto, cuyo objetivo general fue determinar la relación entre la mentalización, soledad y síntomas internalizantes. **OBJETIVO:** Este artículo corresponde a la tercera fase, cualitativa. Se propuso explorar la experiencia subjetiva de personas con diferentes niveles de mentalización durante la pandemia por COVID-19. **MÉTODO:** Para ello, se llevaron a cabo 14 entrevistas semi-estructuradas diseñadas en función de las variables de interés. Para el análisis de datos se utilizó la metodología de Investigación Cualitativa Consensuada (CQR) (Hill et al., 1997, 2005). **RESULTADOS:** Acorde con la frecuencia de aparición de las categorías, se encontró como General la relación con otros lo que le permitió a los participantes sobrellevar la situación. Se destacaron de modo Típico las estrategias frente al malestar, el impacto negativo de la pandemia sobre el trabajo, y los sentimientos de tristeza y ansiedad. Se hallaron diferencias discursivas acorde al nivel de mentalización, que reflejan una progresión en relación al registro y a las posibilidades de agencia de la persona. **DISCUSIÓN:** Se propone la implementación de intervenciones en mentalización para moderar los efectos negativos de esta y futuras crisis.

Palabras clave: Mentalización, experiencia subjetiva, COVID-19, metodología cualitativa, sintomatología internalizante, soledad.

INTRODUCTION: In order to understand the unrest caused by the COVID-19 lockdown, a mixed-design research was carried out, the general objective was to determine the relationship between mentalization, loneliness and internalizing symptoms. **OBJECTIVE:** This article corresponds to the third, qualitative phase. It proposed to explore the subjective experience of people with different levels of mentalization during the COVID-19 pandemic. **METHOD:** For this, 14 semi-structured interviews, designed according to the variables were carried out. The Consensus Qualitative Consensus Research (CQR) methodology (Hill et al., 1997, 2005) was used for data analysis. **RESULTS:** According to the frequency of appearance of the categories, it was found, as a general category, that it was the relationship with others that allowed the participants to cope with the situation. Typically, strategies to cope with discomfort, the negative impact of the pandemic on work, and feelings of sadness and anxiety were highlighted. Discursive differences were found according to the level of mentalization, reflecting a progression in relation to the person's register and possibilities of agency. **DISCUSSION:** We propose the implementation of mentalization interventions to moderate the negative effects of this and future crises.

Key Words: Mentalization, subjective experience, COVID-19, qualitative methodology, internalizing symptoms, loneliness

English Title: *Qualitative Study: The Subjective Experience of People with Different Levels of Mentalization During the Pandemic COVID-19.*

Cita bibliográfica / Reference citation:

Rodríguez Quiroga, A. et al. (2022). Estudio Cualitativo: La Experiencia Subjetiva de Personas con Diferentes Niveles de Mentalización Durante la Pandemia por COVID-19. *Clínica e Investigación Relacional*, 16 (2): 483-512. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2022.160209

ⁱ Andrea Rodríguez Quiroga: Presidente Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point, Directora del Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. Doctora en Psicología por la Universidad de Palermo. Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Profesora Titular de Metodología de la Investigación (USAL), Psicoterapias (UCA), Trabajo de Integración Final en la especialización de Niños y Adolescentes (IUSAM). Miembro del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Ha escrito en diferentes publicaciones nacionales e internacionales. Ha sido Directora de la comisión de Investigación de FEPAL y Directora de investigación en Observación Clínica Sistemática en IUSAM. <https://orcid.org/0000-0002-6086-8341> contacto: andrearodriguezquiroga@gmail.com

ⁱⁱ Referencia de las instituciones: 1 Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica (IPCP) - 2 Instituto de Salud Mental, APdeBA (IUSAM)- 3 Universidad del Salvador (USAL)- 4 Universidad Católica Argentina (UCA)- 5 Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES)- 6 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - 7 Universidad de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

La pandemia por el Coronavirus COVID-19 y su impacto psicológico en la población interpelan a los profesionales de la salud mental. Tratando de comprender el sufrimiento de las personas frente a la situación de confinamiento (decretada como modo de prevención de contagio del COVID-19 en muchos países) y a la incertidumbre respecto del futuro próximo, se diseñó un estudio con el objetivo general de evaluar las variables mentalización, soledad (fenómeno subjetivo definido como la discrepancia entre las relaciones percibidas y las deseadas) (Jeste et al., 2020) y problemas internalizantes (de acuerdo al marco teórico psicopatológico propuesto por Achenbach et al. incluidos en el *Psychodynamic Diagnostic Manual PDM-2nd ED*, 2017) (Achenbach et al., 2016; Lingiardi & McWilliams, 2017).

Esta investigación se preguntó por la importancia que la mentalización tiene para atravesar una experiencia como la de la pandemia. Múltiples estudios han evidenciado la función protectora cumplida por diversos factores mentales frente al impacto psicológico producto de la crisis sanitaria por COVID-19, tales como la autocompasión (Andel et al., 2021), la espiritualidad (Mehmet et al., 2021) y la regulación emocional (Park et al., 2021a). Estos factores favorecen el proceso dinámico de adaptación y superación de manera positiva, a situaciones adversas, de forma tal que las personas logren un buen desarrollo (Luthar, 2000; Masten, 2001; Masten et al., 1990).

Si bien la percepción de COVID-19 como una amenaza aumenta los niveles de estrés, el hecho de que las personas se sientan competentes para luchar contra el virus los disminuye (Liu et al., 2021). Teniendo en cuenta que el estrés genera malestar mental (Linden & Stuart 2020), se puede suponer que una baja percepción de amenazas y una alta percepción de eficiencia de afrontamiento mejoran el bienestar mental. Cuando hay fallas en la capacidad de mentalización, el sujeto no logra vivenciar su self como agente de cambio, por lo tanto demuestra una actitud resignada frente a la realidad. Esta es una característica a tener en cuenta al accionar, trabajar por cambiar una situación adversa en una situación alineada con los deseos propios (Fonagy et al., 2002).

La evidencia demuestra el importante papel que la resiliencia tiene como factor protector frente a los efectos del aislamiento social (Park et al., 2021b; Guadarrama et al., 2021), entendida ésta como la capacidad de un individuo para adaptarse a los eventos adversos que se le presentan y hacerle frente exitosamente a los mismos saliendo fortalecido de ellos (Oriol-Bosch, 2012). La resiliencia de un individuo, según Fonagy et al. (2012), determina la representación mental y el estilo de evaluación que éste efectúa ante una

situación, configurando la respuesta emocional y su capacidad para sobreponerse a ella. Estos mismos autores han descrito cómo la resiliencia se encuentra influida por la mentalización, definida esta última como la capacidad humana que permite percibir e interpretar el comportamiento propio y de los otros como estados mentales intencionales (Fonagy et al., 2002). La capacidad para mentalizar de manera explícita y reflexiva es una herramienta esencial para reducir el estrés. En razón de ello, una disminución en esta capacidad puede traer consecuencias negativas para el sujeto. Por ejemplo, una falla en la mentalización puede provocar una incesante necesidad por analizar repetidamente una situación a pesar de que con ello no se obtenga mayor claridad.

Esta capacidad cumple un papel fundamental en la interpretación y autorregulación que pueda tener un individuo de las situaciones que se le presentan (Fonagy et al., 2012). Es una capacidad transdiagnóstica, transteórica y dinámica, que favorece la regulación emocional, la empatía (Bilbao Bilbao, 2021), la resiliencia, la reducción del estrés, y la interpretación de las situaciones (Fonagy et al., 2002). Se ha evidenciado la eficacia de las intervenciones en mentalización en la disminución de problemas de salud mental (Luyten et al., 2020; Halstensen et al., 2021; Bo et al., 2017; Jørgensen et al., 2013). Dado que un modo reflexivo de funcionamiento puede adaptarse mejor a los entornos dominados por la incertidumbre (Carver et al., 2017), y entendiendo que una alta mentalización contribuye a la consolidación de dichos modos, se podrían sugerir, con el objetivo de fortalecer la protección de la salud mental para esta y futuras crisis, la implementación de intervenciones que aumenten y fomenten la capacidad de mentalizar de las personas. La investigación que se desarrolla a continuación adhiere a esta propuesta.

Este estudio se dividió en 3 fases, cada una de las cuales tuvo su propio objetivo específico que se presentan en 2 artículos diferentes: Fase 1: Determinar la relación entre los niveles de soledad y los problemas internalizantes (ansiedad/depresión y queja somática) y establecer la relación entre estas variables y los niveles de mentalización. A su vez, identificar si existen diferencias de acuerdo con los grupos de convivencia (cuantitativo - parte 1). Fase 2: Estudiar la evolución temporal de la mentalización, la soledad y los problemas internalizantes. Analizar los efectos de la soledad y la mentalización en la ansiedad / depresión y en las quejas somáticas y estudiar si la mentalización modera el efecto de la soledad (cuantitativo - parte 1). Fase 3: Explorar la experiencia subjetiva de personas con diferentes niveles de mentalización (cualitativo - parte 2).

En la Fase 1 del estudio realizado anteriormente (Rodríguez Quiroga et al., 2022) dos correlaciones fueron halladas como estadísticamente significativas entre las variables

estudiadas: por un lado, una correlación positiva entre los niveles de soledad y los síntomas internalizantes estudiados (ansiedad, depresión y quejas somáticas); y, por el otro lado, una correlación negativa entre niveles de mentalización y la sintomatología internalizante. En otras palabras, a mayor nivel de soledad, mayor sintomatología internalizante, mientras que menores niveles de esta última se correlacionaron con mayores niveles de mentalización. Para la Fase 2, al repetir el análisis de las variables a lo largo del tiempo, se encontró un aumento significativo de síntomas internalizantes y soledad, mientras que los niveles de mentalización se mantuvieron estables. Por último, se halló evidencia de un efecto significativo de la soledad sobre la sintomatología internalizante, así como de un efecto de moderación, cercano a la significancia, de la mentalización sobre los efectos de la soledad en la sintomatología previamente mencionada.

Los resultados descriptos se relacionan con otras investigaciones de diseño cuantitativo realizados en población general (Chiliquinga et al., 2021; Arora et al., 2020; Jahrami et al., 2021; Santomauro et al., 2021) en las cuales se observaron aumentos de depresión, ansiedad, estrés, y/o insomnio, entre otros. En el metaanálisis de Santomauro et al. (2021) se señala a Latinoamérica como un continente con un aumento superior a la media mundial respecto de la sintomatología ansiosa/depresiva. Con relación a la variable de soledad, diversos autores señalan un aumento de la misma en población residente en el Reino Unido (Groarke et al., 2020; Li & Wang, 2020), siendo que la prevalencia de dicha sintomatología estuvo alrededor de un 27% y 35% respectivamente. Dentro del grupo etario de jóvenes pertenecientes al Medio Oriente, este padecimiento se encuentra entre el 35% y 50%, según Al Omari et al. (2021). Por último, varios estudios encontraron un aumento significativo, en muestras de la población de trabajadores de la salud, de sintomatología ansiosa, depresiva, estrés y problemas de sueño (Di Tella et al., 2020; Vizheh et al., 2020; Shaukat et al., 2020). Por ejemplo, Zhang et al. (2020) detectaron, en una muestra de sujetos chinos compuesta por 927 trabajadores de la salud y 1255 no trabajadores en dicho ámbito, que los primeros presentaron una mayor prevalencia de insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos, en comparación con los últimos.

Los anteriores estudios cuantitativos ofrecen una referencia numérica de gran importancia para cuantificar las consecuencias de la pandemia sobre el aumento de sintomatología psicopatológica y malestar en la población. No obstante, aún se requiere un mayor número de investigaciones cualitativas que indaguen sobre las vivencias personales, con el fin de extender y profundizar la comprensión sobre el impacto en la

salud mental acarreado por la presente crisis sanitaria. En estos estudios se describe la experiencia personal de las personas durante la pandemia y el aislamiento social.

Los participantes de los estudios cualitativos reportaron cambios en sus vínculos sociales, rutinas y estilos de vida, tanto en lo laboral y académico como personal (Mazumder et al., 2021). Aunque el teléfono, las telecomunicaciones y las redes sociales han suplantado una gran proporción de las interacciones humanas presenciales, los participantes de diversas investigaciones informaron haber padecido sentimientos de soledad (Greenwood-Hickman et al., 2021; McKenna-Plumbley et al. 2021; McKinlay et al. 2021). Los jóvenes estudiantes dieron cuenta de estar preocupados por las clases virtuales, los cambios en las rutinas cotidianas y las relaciones interpersonales (Branquinho et al., 2020; Branquinho et al., 2021; Laher et al., 2021), mientras que los adultos mayores hablaban de un aumento en los sentimientos de miedo, ansiedad, depresión y soledad (Chakrawarty et al., 2021; Luchetti et al., 2020). Por otra parte, los individuos que vivían solos, con débiles lazos sociales, y con dificultad en el acceso a los recursos tecnológicos, padecían de mayor vulnerabilidad psicológica frente al aislamiento social (Pisula et al., 2021). En los discursos de los participantes, tanto de población general como de adultos mayores o de personas con trastornos mentales, se evidenció la deficiencia de los sistemas de salud para intervenir eficazmente en las distintas patologías durante el COVID-19 (Ladds et al., 2020; Burton et al., 2021; Loza et al., 2021).

Otros estudios cualitativos han investigado sobre las repercusiones de la pandemia en la población de trabajadores de la salud y sus estrategias de afrontamiento/factores protectores (Munawar & Choudhry, 2021). Entre los mecanismos para lidiar con el estrés, hallaron que los más relevantes fueron: limitar la exposición a los medios de comunicación, no revelar información detallada sobre las funciones desempeñadas en el trato con pacientes con COVID-19, prácticas religiosas y el sistema de creencias, conceptualizar la situación pandémica como "otra emergencia más", el altruismo y la empatía. Sun et al. (2020) exploraron la experiencia psicológica de 20 enfermeras en contacto con pacientes con COVID-19, encontrando las siguientes temáticas principales: emociones negativas (tales como fatiga, displacer, impotencia) causadas por preocupaciones relativas al trabajo; estrategias de afrontamiento, tales como actos altruistas y la adaptación psicológica, por ejemplo; y crecimiento personal y profesional desarrollado bajo presión, entre otras. En una revisión sistemática cualitativa, Koontalay et al. (2021), relevaron información relativa a la experiencia de los trabajadores de la salud (doctores, enfermeros, pediatras, equipo paramédico, entre otros), agrupada en cuatro áreas: preparación inadecuada/insuficiente, desafíos a nivel emocional, información y equipo insuficientes, y burn-out debido al trabajo. En su estudio, concluyen que la

pandemia afectó negativamente a los agentes de salud de primera línea, causando un aumento en cuanto a la ansiedad, depresión y estrés.

Dentro de los estudios cualitativos, algunos utilizaron la misma metodología de análisis que se usó para esta tercera fase de la investigación: Consensual Qualitative Research (CQR, por sus siglas en inglés), desarrollado por Hill et al. (1997, 2005, 2012). El CQR es un modelo cualitativo, cuyo aporte consiste en constituir una herramienta para el análisis de materiales específicos, como es el caso de las entrevistas, tanto a psicoterapeutas como a pacientes. Es un método apropiado para estudiar una gran variedad de fenómenos psicológicos. En este sentido, el CQR muestra una transición entre las metodologías cualitativas abiertas y las metodologías cualitativas abocadas al estudio de un fenómeno clínico específico. Los autores definen su metodología como predominantemente constructivista (ya que se apoyan en métodos naturalísticos e interactivos), con algunos elementos post-positivistas (la búsqueda de consenso entre los jueces y el auditor, tratando de construir la mejor representación de los datos al integrar múltiples perspectivas) (Hill & Knox, 2021). Asimismo, Hill y su equipo (2012) se basan en Williams y Marrow (2009) para generar criterios de "Credibilidad" ("Trustworthiness"). El sentido general apunta a la credibilidad de los investigadores en su quehacer.

Un ejemplo de investigación que utilizó la misma metodología cualitativa es el realizado por Serralta et al. (2020) en el que implementaron la metodología CQR-M (versión modificada del CQR) para analizar, en una muestra de 407 empleados/as de la Universidade do Vale do Rio dos Sinos en Brasil, cuáles eran las principales preocupaciones experimentadas relativas a la pandemia. Las respuestas fueron clasificadas en los dominios relativos a las áreas de trabajo, salud, aislamiento, futuro, vida personal y rutina, y entorno social. Las categorías más relevantes por dominio fueron: perspectiva de pérdida de trabajo y salario (58,21%, área: futuro), anhelo por ver a otros (55,16%, área: aislamiento), reconciliar múltiples tareas (53,33%, área: vida personal y rutina), sobrecarga de trabajo (45,94%, área: trabajo), miedo al contagio (44,05%, área: salud), e inseguridad económica y política (37,5%, área: entorno social). Otro ejemplo de la aplicación de metodología CQR en el contexto de la pandemia por COVID-19, es el estudio llevado a cabo por Lee et al. (2021) en trabajadores del área de la salud en Corea del Sur. Se analizó la experiencia de 4 grupos de trabajadores (14 trabajadores en total), encontrando respuestas agrupadas bajo los dominios de problemas relacionados con el trabajo, con la vida personal, con la salud y estrés psicológico. Entre los problemas relacionados con el trabajo, las categorías más relevantes fueron, por un lado, la dificultad en la comunicación ligada a los conflictos entre el staff médico y los pacientes/gobernantes/medios de comunicación y entre ellos

mismos; y por otro lado, la ambigüedad en los roles, en tanto los entrevistados mencionaron tener que hacer actividades o participar de proyectos que no les correspondían debido a la sobrecarga de trabajo. Respecto al segundo dominio, “problemas relacionados con la vida personal”, la experiencia se tradujo en una disminución del apoyo social y en dificultad para mantener un balance entre el trabajo y la familia. La primera categoría refleja la reducción de actividades sociales por parte de los agentes de salud por lidiar con pacientes positivos, mientras que la segunda da cuenta de la falta de tiempo y energía disponible para la familia/vida personal, debido al aumento del trabajo durante la pandemia. En cuanto a los problemas relacionados con la salud, la fatiga causada por horas de trabajo prolongadas fue la categoría sobresaliente de este dominio. Por último, el dominio de estrés psicológico recogió como categoría más relevante la del miedo al contagio, a través de la cual los entrevistados expresaron el miedo y ansiedad sentidos, producto de su exposición a pacientes con COVID-19.

Objetivo Fase 3

Explorar la experiencia subjetiva de personas con diferentes niveles de mentalización durante la pandemia por COVID-19.

MÉTODO

Diseño

La presente fase 3 del estudio presenta un diseño cualitativo, de alcance descriptivo-transversal.

Muestra

La muestra fue no probabilística intencional. Estuvo conformada por 14 participantes residentes argentinos, de los cuales 9 fueron mujeres (64,3%) y 5 hombres (35,7%). La edad promedio fue de 41, siendo la máxima 65 y mínima 21 (SD = 12,72). En cuanto al estado civil, 6 de ellos se encontraban solteros (42,8%), 4 casados (28,6%), 3 separados (21,4%) y 1 en unión de hecho (7,1%). Entre los participantes, 5 vivían solos (35,7%), 5 con la pareja y/o hijos (35,7%), 3 solo con la pareja (21,4%) y 1 con los padres y/o hermanos (7,1%). Un 21,4% (n = 3) reportaron haber alcanzado estudios universitarios completos, seguido de terciario completo (n = 2; 14,3%), universitario incompleto (n = 2; 14,3%), y máster incompleto (n = 2; 14,3%). Tanto secundario completo e incompleto, máster completo, doctorado completo y doctorado incompleto, obtuvieron un 7,1%, representado por un n=1 en cada categoría (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Estadísticos descriptivos de la muestra.

		<i>n</i>	%
Sexo	Mujer	9	64,3
	Hombre	5	35,7
	Otro	0	0
Estado civil	Soltero	6	42,8
	Casados	4	28,6
	Separado	3	21,4
	Unión de hecho / Conviviente	1	7,1
	Divorciado	0	0
	Viudo	0	0
Grupos Convivientes	Solo	5	35,7
	Pareja y/o hijos	5	35,7
	En pareja	3	21,4
	Padres y/o hermanos	1	7,1
	Amigos	0	0

Unidad de análisis: Transcripción verbatim de 14 entrevistas semiestructuradas grabadas en video y/o audio.

Materiales

Se diseñó una entrevista semiestructurada de acuerdo con las variables del estudio (ver Anexo 1).

Procedimientos

Procedimientos para la construcción de la Entrevista:

Se diseñó un protocolo de entrevista semi-estructurada de acuerdo a las variables del estudio. Fue elaborado en un proceso de tres etapas:

En la primera etapa, se realizó una prueba piloto con 2 sujetos voluntarios.

En la segunda etapa, considerando la prueba piloto, se modificó la entrevista mejorando la adecuación de las preguntas a las variables de interés. Se volvió a administrar a 4 nuevos sujetos dando cuenta de la concordancia entre las variables a estudiar y la formulación de la entrevista.

Por último, en la tercera etapa se confeccionó un protocolo de entrevista definitivo con preguntas abiertas y otras cerradas.

Procedimientos para la administración de la Entrevista:

Se realizó un entrenamiento a los 6 entrevistadores encargados de la administración. Los mismos fueron todos licenciados en psicología, con experiencia en la toma de entrevistas semiestructuradas.

Se contactó vía mail a las personas que aceptaron ser entrevistadas en el primer cuestionario de la fase 1. De los sujetos que respondieron a la encuesta inicial, 242 estuvieron de acuerdo en realizar una entrevista en profundidad. La propuesta inicial de este estudio fue realizar 36 entrevistas, segmentadas por nivel de mentalización y grupo de convivencia. Los participantes fueron convocados por correo electrónico repetidamente entre el 01/09/2020 y el 03/01/2021. Finalmente fueron 14 personas las que aceptaron participar, considerándose éste un número adecuado ya que se recomienda un tamaño muestral de entre 10 y 15 basado en el chequeo de estabilidad para el uso del CQR (Hill et al., 2005)

Cumpliendo con las normas éticas que guían el trabajo de investigación sólo participaron de todas las fases del estudio personas mayores de 18 años que dieron su consentimiento. Se garantizó en todo momento el anonimato de los datos a través de la codificación de los casos. Todos los sujetos fueron previamente informados de la naturaleza del estudio participando de manera voluntaria y respetando las directrices éticas de la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) en todos sus términos. Las entrevistas fueron grabadas en video y/o audio, de acuerdo al consentimiento de cada participante. Se utilizó la plataforma zoom para el registro de las mismas.

Análisis de datos - CQR

Las entrevistas fueron transcritas verbatim por un miembro del equipo de investigación y la transcripción fue luego revisada por el entrevistador. Para el análisis sistemático de las entrevistas administradas se utilizó el CQR (para una síntesis en castellano del modelo CQR ver Juan et al., 2011). Siguiendo los pasos propuestos originalmente por los creadores del mismo (Hill et al., 1997, 2005), 8 investigadores, todos ellos licenciados en psicología, llevaron a cabo el procedimiento de análisis de datos. Se crearon 3 grupos primarios conformados por 2 investigadores cada uno, que actuaron como jueces primarios independientes. Todos ellos recibieron formación y entrenamiento en metodología CQR. Se incorporaron al equipo dos investigadores con experiencia en dicha metodología para que cumplieran el rol de auditores.

El primer paso para el análisis del material consistió en efectuar un estudio piloto con el objetivo de: 1) verificar la consistencia en el acuerdo entre codificadores primarios, 2) ajustar criterios de análisis, y 3) elaborar las planillas de codificación y reporte del análisis. Una vez completado el piloto se continuó con el proceso de codificación de las entrevistas mediante la elaboración consensuada y progresiva de los tres pasos indicados por el CQR: dominios, ideas nucleares y categorías.

En primera instancia, las entrevistas fueron asignadas a cada grupo primario para segmentarlas en áreas temáticas o “dominios” definidos de antemano de acuerdo a las variables del estudio. Asimismo, se incorporaron subdominios de acuerdo a los datos analizados y al consenso entre los grupos primarios y los auditores. Siguiendo el procedimiento consensual del método, primero, los integrantes de cada grupo dividieron individualmente las entrevistas en dominios, para luego reunirse y debatir hasta arribar a un consenso sobre el material seleccionado; esta versión fue luego revisada por el auditor a cargo y consensuada con el grupo primario.

Posteriormente, cada grupo primario se encargó de extraer de los fragmentos de los dominios las ideas nucleares presentes en ellos, a través de la simplificación de los extractos abordados en oraciones simples, respetando el sentido y la literalidad del texto del entrevistado. Nuevamente, el procedimiento coincide con el realizado para la obtención de dominios: análisis individual de los fragmentos de la entrevista, puesta en común entre los miembros del grupo primario, elaboración de una primera versión consensuada y auditoría y cambios o modificaciones pertinentes hasta llegar a un consenso. Finalizado el proceso de elaboración de ideas nucleares, las mismas fueron asignadas y agrupadas en diferentes categorías, creadas por los grupos con la misma metodología consensual. Las categorías reúnen la información de las ideas nucleares en enunciados con un mayor nivel de abstracción, y su creación permite ordenar el material

para luego poder extraer frecuencias y analizar descriptivamente las entrevistas. Hill et al. (2005) proponen clasificar las categorías en tres grupos según su frecuencia de aparición: Generales, que son aquellas categorías que se encuentran presentes en todas las entrevistas o en todas menos una (en este caso 13 o 14), Típicas, entre las que se incluyen las categorías observadas en más de la mitad de los casos (8 a 12), y, por último, Variantes, que son aquellas categorías identificadas en más de una de las entrevistas analizadas y que no superan la mitad de los casos (4 a 7). Aquellas categorías que aparecieron únicamente en dos o tres entrevistas, denominadas Raras, no se utilizaron para el posterior reporte.

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación surgieron del análisis de la totalidad de la muestra (n=14) y fueron agrupados de acuerdo a la metodología COR en Dominios, Ideas nucleares y Categorías.

Dominios

Los Dominios para clasificar y segmentar la información de las 14 entrevistas fueron elegidos de antemano en relación a las variables de nuestro estudio, y se corresponden con los siguientes: 1) Soledad 2) Depresión 3) Ansiedad 4) Queja somática 5) Experiencia subjetiva; con excepción del dominio 6) Otros, agregado posteriormente para volcar la información que haya sido considerada como relevante y que no hubiera encontrado un lugar preciso en los otros dominios. La Tabla 2 presenta la descripción del material seleccionado para cada uno de los 6 dominios elegidos para clasificar el material (ver Tabla 2).

Tabla 2.
Dominios.

Dominios	Descripción
1. Soledad	Recoge las menciones relativas a la experiencia de sentimientos de soledad, aislamiento y/o falta de compañía, presentes o ausentes durante el contexto de la pandemia por COVID-19.
2. Depresión	Incluye información sobre la percepción de los entrevistados respecto a una gama de sentimientos asociados a la depresión, incluyendo: tristeza, impotencia, depresión, malestar interno, desinterés, agotamiento, enojo y angustia.

3. Ansiedad	Todo el material concerniente a la sensación de nerviosismo, ansiedad y preocupación expresada por parte de los entrevistados.
4. Queja somática	Refiere a las percepciones de molestias o dolores físicos no debidos a una causa médica, tales como dolores musculares, problemas del sueño y otros.
5. Experiencia subjetiva	Reúne los aspectos personales de la experiencia vivida durante el período de pandemia por COVID-19.
6. Otros	Se incluyeron en esta área temática comentarios diversos de los participantes, que no formaron parte de ninguno de los otros dominios.

Del análisis inicial de dos entrevistas elegidas al azar, surgieron nuevos subdominios correspondientes al Dominio 5) Experiencia subjetiva: 5.1) General/primera impresión 5.2) Vivencia positiva 5.3) Vivencia negativa 5.4) Estrategias frente al malestar 5.5) Presencia añorada 5.6) Contacto presencial y 5.7) Experiencia en el contacto con personas significativas que hayan tenido COVID. En el dominio 6) Otros, surgieron los siguientes subdominios: 6.1) Varios y 6.2) Pregunta final abierta. En la Tabla 3 y 4 se encuentran descriptos los subdominios de las áreas temáticas de Experiencia subjetiva y Otros, respectivamente (ver Tabla 3 y 4).

Tabla 3.
Subdominios Experiencia Subjetiva.

Subdominios	Descripción
5.1.General/Primera Impresión	Percepción general de los participantes respecto a cómo atravesó la situación pandémica.
5.2. Vivencia Positiva	Refiere a los aspectos positivos experimentados durante la pandemia en relación con distintas áreas de la vida, tales como trabajo y las relaciones afectivas, entre otras.
5.3. Vivencia negativa	Se incluyen los comentarios alusivos a la vivencia de la pandemia experimentada de manera negativa en distintas áreas, como por ejemplo la laboral, personal o social.
5.4. Estrategias frente al malestar	Reúne los modos de afrontarlo llevados a cabo para sobrellevar el malestar producto de la pandemia por COVID-19.
5.5 Presencia añorada	Considera los extractos que hacen mención a la ausencia física de personas significativas, y cómo experimentaron esta realidad.

5.6. Contacto presencial	Aúna la experiencia subjetiva frente al contacto presencial durante la pandemia.
5.7. Experiencia en el contacto con personas significativas que hayan tenido COVID	Se incorporaron las respuestas de los participantes relativas a la experiencia personal cuando personas cercanas y/o significativas se contagiaron de COVID-19.

Tabla 4.
Subdominios Otros.

Subdominios Otros	Descripción
6.1. Varios	Incluye respuestas diversas de los participantes que no formaron parte de ninguno de los otros dominios.
6.2. Pregunta final abierta	Se agruparon bajo este subdominio las respuestas a la pregunta final, orientada a incluir información por parte de los entrevistados que haya sido considerada importante y no hubiera sido interrumpida durante la entrevista.

Debido a su limitada importancia en relación a los objetivos de la investigación, los subdominios 5.5, 5.6 y 5.7, no fueron tenidos en cuenta en los posteriores análisis.

Ideas nucleares

Tomando los fragmentos de cada dominio se crearon ideas nucleares, identificando los distintos conceptos presentes en cada porción del material (para un ejemplo, ver Tabla 5 y Ejemplo 1).

Tabla 5.
Ejemplos de ideas nucleares de una entrevista. Dominio: Soledad.

Fragmentos del dominio Soledad
<i>"Pasé toda la pandemia solo"</i>
<i>"He sentido mucho la ausencia física de otras personas"</i>
<i>"Cuando empecé a ver gente, todo era más fácil"</i>
<i>"Estaba muy aislado (sin contacto físico) y eso fue lo que más me pesó"</i>

Ejemplo 1.

Dominio: Soledad

Fragmento editado:

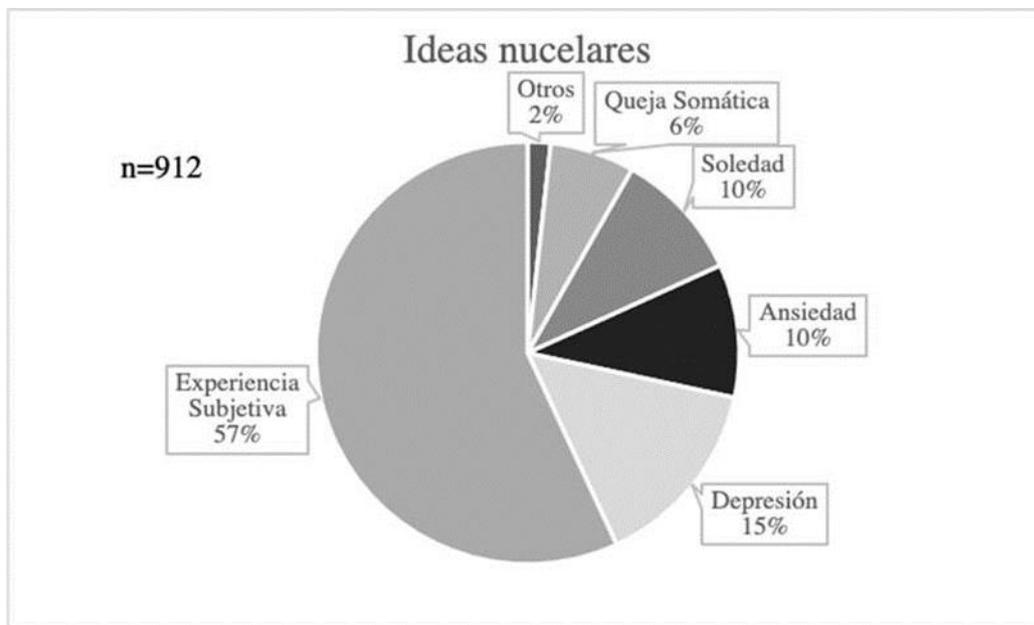
“Viste que te decía al principio que yo no soy muy apegado a lo que son las redes, contacto por Whatsapp, videollamadas y eso, pero siempre que me sentí solo por así decirlo o antes de eso, siempre encontré ahí una vía de escape y de canalizar esa sociabilización. Incluso los videojuegos. En ese sentido no me sentí solo.

Idea nuclear: No me sentí solo.

El análisis de datos arrojó un total de 912 ideas nucleares distribuidas en los dominios de interés. El dominio con mayor cantidad de ideas nucleares fue Experiencia Subjetiva, componiendo el 57% (equivalente a 519 ideas nucleares) del total, y dividiéndose en 7 subdominios, con “experiencia subjetiva general” y “estrategias frente al malestar” como los subdominios de mayor predominancia, con 195 y 140 ideas nucleares respectivamente. Los otros 4 dominios no consisten de subdominios y tampoco incluyen la cantidad abundante de ideas nucleares. El dominio Depresión constituía 15% de las ideas nucleares, Ansiedad y Soledad 10% cada uno, Queja Somática el 6% y finalmente Otros 2% (ver Gráfico 1).

Gráfico 1.

Frecuencia de ideas nucleares totales según dominios.



Categorías

A partir del análisis de las 14 entrevistas surgieron 98 categorías, divididas en: 1 categoría general (presente en 13 participantes de la muestra), 10 categorías típicas (presentes en

8, 9, y 11 participantes), 34 categorías variantes (con una frecuencia entre 4 y 7 sujetos de la muestra) y 55 categorías raras (halladas en 2 ó 3 casos).

La categoría más mencionada, con una frecuencia General, es relativa a la manera en que se afrontó la situación de pandemia: "la relación con otros le permitió sobrellevar la situación" (dominio: Experiencia subjetiva, subdominio: Estrategias frente al malestar). Al profundizar en el material agrupado en esta categoría, se encontraron referencias a situaciones en dónde se ayuda, se comparte o se es ayudado por otro (ver Ejemplo 2).

Ejemplo 2.

Dominio: Experiencia subjetiva

Subdominio: Estrategias frente al malestar

Contextualización del fragmento: Se le preguntó a la entrevistada acerca de cómo lidió con el cansancio y la exigencia producto de su trabajo como profesional de la salud en primera línea.

Fragmento editado:

"Yo creo que tener gente con la que uno habla, pares con los que uno se sienta cómodo y en la mayor confianza como para decir todo lo que pensás, es muy importante. Saberlos coherentes, personas sensatas, con las que vos podés compartir cosas."

Idea nuclear: Es muy importante tener gente con la que uno habla y con quienes se sienta uno cómodo para decir todo lo que pensás.

Categoría: La relación con otros le permitió sobrellevar la situación.

Siguiendo con la frecuencia de aparición, la categoría Típica encontrada en el dominio Depresión, puso de manifiesto que 11 de los entrevistados respondió que "se sintió triste" durante el confinamiento, (ver Ejemplo 3).

Ejemplo 3.

Dominio: Depresión

Fragmento editado:

"Triste sí. Deprimida no."

Idea nuclear: Sí me sentí triste.

Categoría: Se sintió triste.

Las categorías halladas en segundo lugar en relación con su frecuencia de aparición fueron "su actitud o idiosincrasia le permitió hacer frente a la situación" (dominio: Experiencia subjetiva, subdominio: Estrategias frente al malestar), "no se sintió solo" (dominio: Soledad) y "no tuvo ninguna molestia o dolor sin causa médica" (dominio: Queja somática), todas estas presentes en 9 de las 14 entrevistas.

En tercer lugar, por orden de frecuencia, se encontraron categorías típicas en 8 de 14 participantes, tales como "no se sintió deprimido" (dominio: Depresión), "tuvo una experiencia general favorable en relación con la pandemia" y "la pandemia afectó negativamente su trabajo" (dominio: Experiencia subjetiva, subdominio: Vivencia negativa) (Ver Ejemplo 4), "se sintió ansioso" (dominio: Ansiedad), "no se sintió aislado" y "no se sintió con falta de compañía" (dominio: Soledad). La Tabla 6 describe la categoría General y las Típicas mencionadas.

Ejemplo 4.

Dominio: Experiencia Subjetiva

Subdominio: Vivencia negativa

Fragmento editado:

"...Y muy muy tensionada y bastante estresada por mi trabajo, ¿no? O sea en educación fueron muchas las tensiones que hubo, la necesidad de adaptar el trabajo, de transformar lo que veníamos haciendo de una manera presencial, a lo virtual con las limitaciones y las dificultades del caso. Y cómo iba evolucionando y modificándose la propuesta a lo largo del tiempo."

Idea nuclear: Estuve muy tensionada y bastante estresada por mi trabajo.

Categoría: La pandemia afectó negativamente su trabajo.

Tabla 6.
Frecuencias de categorías generales y típicas.

Dominio	Subdominio	Categoría	f
Experiencia subjetiva	Estrategia frente al malestar	La relación con otros le permitió sobrellevar la situación.	13
		Su actitud o idiosincrasia le permitió hacer frente a la situación.	9
	General/Primera impresión	Tuvo una experiencia general favorable en relación con la pandemia.	8
	Vivencia negativa	La pandemia afectó negativamente su trabajo.	8
Depresión		Se sintió triste.	11
		No se deprimió.	8
Soledad		No se sintió solo.	9
		No se sintió aislado.	8
		No sintió la falta de compañía.	8
Queja somática		No tuvo ninguna molestia o dolor sin causa médica.	9
Ansiedad		Se sintió ansioso.	8

Nota: f = frecuencia

Por otra parte, dentro de categorías variantes (frecuencia de aparición entre 4 y 7) se encontraron temáticas como "se sintió solo" y "sintió la ausencia física de otros" (dominio: Soledad), "se deprimió" (dominio: Depresión) y "la calidad del sueño se vio afectada por la pandemia" (Dominio: Queja somática) (ver Ejemplo 5, Tabla 7).

Ejemplo 5.

Dominio: Queja Somática

Fragmento editado:

"Tuve dificultades para dormir, muchísimo más de lo habitual. No suelo tener problemas para dormir. Y si, ponele el año que pasó, dos veces al mes más o menos tuve insomnio. Una o dos veces al mes, cosa que no me pasaba nunca."

Idea nuclear: Tuve dificultades para dormir mucho más de lo habitual.

Categoría: La calidad del sueño se vió afectada por la pandemia.

Tabla 7.
Ejemplos de frecuencias de categorías Variantes.

Dominio	Subdominio	Categoría	f
Experiencia Subjetiva	Estrategias frente al malestar	La terapia le ayudó a sobrellevar la situación en pandemia.	5
		Soledad	5
		Sintió la ausencia física de otros.	4
Queja somática		La calidad del sueño se vió afectada por la pandemia.	4
Depresión		Se deprimió.	4

Nota: f = frecuencia

Niveles de mentalización

Con el fin de poder comprender la experiencia de las participantes según sus niveles de mentalización, se describieron las modalidades de respuesta de acuerdo a los diferentes dominios de interés (ver Tabla 8, 9 y 10).

Estos niveles fueron identificados a partir de los resultados de la Fase 1. Se seleccionaron ejemplos que dieran cuenta de las distintas variables de interés en función del nivel de mentalización. Los entrevistadores eran ciegos respecto a los niveles de mentalización de los participantes voluntarios.

Tabla 8.

Ejemplos de niveles de mentalización. Subdominio: Estrategia frente al malestar.

Nivel de mentalización	Ejemplo	Categoría
Bajo	<P>: Nada, dejé pasar el tiempo. Dejé pasar el tiempo y eso fue normalizando la situación.	Dejé pasar el tiempo para lidiar con el sentimiento de tristeza.
Medio	<P>: Necesitaba por lo menos conectarme por Zoom o por videollamada o por lo que fuese. Todas las semanas hablaba con mis amigas, con mi novio, con mi familia. Eso fue lo que me ancló a poder seguir esto, de tener por lo menos ese contacto virtual que no suplantaba lo físico para mí, pero que me ayudaba un montón poder seguir comunicándome con ellos.	El contacto virtual con otros le permitió sobrellevar la situación.
Alto	<P>: Todo lo que iba pasando por mi cabeza lo hablaba o lo intentaba poner en palabras.	Hablaba o intentaba poner en palabras todo lo que iba pasando por mi cabeza.

El contenido de las respuestas varía en función del nivel de mentalización, detectando diferencias en cuanto a la posibilidad de acción frente al malestar generado por la pandemia. En bajos niveles de mentalización se encontraron respuestas que aluden a actitudes pasivas frente al malestar; mientras que en sujetos con niveles intermedios se infiere que pueden registrar sus propios estados mentales y actuar en consecuencia. Las motivaciones de las acciones están esbozadas. En sujetos con niveles altos de mentalización se encontraron respuestas elaboradas, previo registro de los propios estados mentales.

Tabla 9.
Ejemplos de niveles de mentalización. Dominio: Soledad.

Nivel de mentalización	Ejemplo	Categoría
Bajo	<p><E>: ¿Te sentiste sola más de lo habitual?</p> <p><P>: Si, por ahí un poco, más que nada por perder el contacto físico con mis otros hijos. Yo soy modista, trabajo en mi casa. El haber perdido durante mucho tiempo el contacto con las clientas, con las que siempre estábamos en contacto por teléfono, o nos veíamos.....Ahí sí durante un tiempo me afectó.</p>	Me afectó perder el contacto físico.
Medio	<p><P>: He sentido mucho la ausencia física de otras personas porque estuve como dos meses y medio sola sin contacto, sin nada, solo por Zoom y por Whatsapp me comunicaba con la gente, y me empezó a pesar mucho. Al punto de ni siquiera un abrazo o un beso, no toco a una persona hace dos meses y medio. Así que esa etapa fue bastante difícil. Después cuando ya empecé a salir un poco me empecé a flexibilizar en mis actividades empecé a ver un poco de gente, ahí fue todo un poquito más fácil.</p>	Sintió la ausencia física de otros.
Alto	<p><E>: ¿Te sentiste sola en algún momento del confinamiento?</p> <p><P>: La verdad que no. A nivel familiar no hubo días en los que no charláramos o intercambiáramos sentimientos, charlas, preocupaciones, y en cuanto al círculo íntimo de amigos era muy constante el sostén, por mensaje. Yo no soy tanto de la videollamada, pero incluso jugábamos al truco por videollamada. Y la verdad que soledad no experimenté.</p>	No me sentí sola durante el confinamiento.

Se observa una diferencia en la complejidad del discurso. A medida que se avanza en los niveles de mentalización se puede pasar de la descripción de la necesidad concreta (en este caso de contacto), a integrar y mencionar sentimientos, hasta llegar a poder ubicar a los protagonistas en relación los unos a los otros en términos de sentimientos y creencias.

Tabla 10. Ejemplos de niveles de mentalización. Dominio: Ansiedad.

Nivel de mentalización	Ejemplo	Idea Nuclear
Bajo	<P>: Estaba muy inquieta, no podía quedarme quieta, buscaba hacer cosas, revolver que se yo, el placard, yo creo que di vuelta toda la casa, sobre todo los primeros tiempos, y estaba bastante nerviosa.	Estaba muy inquieta y nerviosa, buscaba hacer cosas, di vuelta toda la casa.
Medio	<P>: Sí, hubo momentos como de ansiedad, no soportar tanto la situación pero no por querer salir, sino por no poder tener los vínculos, el estar una noche tomando una cerveza en casa, no saliendo.	Hubo momentos de ansiedad por no soportar la situación de no poder tener vínculos.
Alto	<E>: ¿Te sentiste ansiosa en algún momento del confinamiento? <P>: Definitivamente sí. <E>: ¿Más de lo habitual? <P>: Quizás sí, por esta incapacidad de tener información certera o concreta o real de lo que estaba pasando. Algunos días decían una cosa, después se modificaba, yo creo que eso incrementó un montón la ansiedad porque nada era certero, se vivenció mucha esa ansiedad o incertidumbre de no saber qué va a pasar, o cómo vamos a lidiar con eso que pase.	Me sentí más ansiosa que lo habitual en el confinamiento, por la incertidumbre de no saber qué pasaba.

Los discursos crecen en complejidad y fundamentalmente se observa un incremento del registro de los entrevistados en relación a los motivos que generan sus estados emocionales. Asimismo, los tipos de respuestas reflejan una progresión en relación al registro (identificación) y a las posibilidades de ser agente en función de lo registrado (regulación y expresión).

DISCUSIÓN

Existe una gran disparidad en la producción de conocimiento científico entre las naciones. Aunque América Latina ha aumentado el número de científicos e instituciones de investigación en los últimos años, la brecha entre los países desarrollados y los de Latinoamérica continúa siendo considerable. Por ejemplo, a pesar de que durante la pandemia se han realizado múltiples investigaciones, en Latinoamérica son escasas las publicaciones generadas por instituciones de salud (Ashktorab et al., 2021). La mayoría de los estudios que aportan información sobre la psicología provienen de los países denominados WEIRD (western, educated, industrialized, rich and democratic). Los sujetos de estos países componen un 90% de la muestra de estos estudios, que solo representa el 12% de la población mundial (Fonagy & Luyten, 2021). Por este motivo, se considera de interés el aporte hecho por el presente estudio en población argentina, en relación no sólo al aumento del conocimiento científico en la región (en base a lo anteriormente mencionado), sino también por haberse llevado a cabo en un país que presenta la característica de haber atravesado la cuarentena más larga en comparación a otros países durante la pandemia por COVID-19 (Giardino et al., 2020).

En relación a los resultados de esta tercera fase, se encontró que, de 14 participantes, 13 informaron que la relación con otros fue lo que les permitió sobrellevar la situación. Asimismo, 9 dijeron que su propia actitud o idiosincrasia fue aquello que les permitió afrontar la situación, y 6, que realizar actividades en general le ayudó a sobrellevar la situación. Las modalidades de afrontamiento frente al malestar descritas presentan similitudes con los hallazgos presentes en estudios cualitativos previos (Park et al., 2021a; Park et al., 2021b; Shamblaw et al., 2021; Rettie & Daniels, 2021; Munawar & Choudry, 2021; Sun et al., 2020), y la relevancia de las relaciones interpersonales para lidiar con el malestar durante la pandemia, expresadas aquí por casi la totalidad de la muestra, fue también señalada como factor protector en el estudio realizado por Saltzman et al. (2020).

Respecto a las dificultades asociadas a la crisis sanitaria, más de la mitad de los entrevistados (8) refirieron que La pandemia afectó negativamente su trabajo, expresados en términos de “trabajar en casa durante la pandemia me generó molestia”, “me mató el estrés que genera estar las 24/7 delante de un aparato dando clases” o “el hecho de que desde marzo tuve que hacer home office fue una experiencia negativa”. El efecto perjudicial de la pandemia sobre la actividad laboral, coincide con múltiples investigaciones cualitativas realizadas durante este período, tales como la de Serralta et

al. (2020) (en el cual se señala que el área laboral fue la que más se vió afectada) y los estudios de Lee et al. (2021) y Sun et al. (2020).

Las emociones de tristeza y ansiedad fueron categorías típicas expresadas por 11 y 8 personas respectivamente. Asimismo, y a pesar de que la frecuencia no es suficiente para ser típica, 4 personas reportaron sentirse deprimidas, lo cual en términos porcentuales se encuentra en línea con los metaanálisis realizados por distintos autores (Arora et al., 2020; Bueno-Notivol et al., 2020; Salari et al., 2020). Dentro del dominio de Quejas somáticas, la mayor frecuencia fue observada en la disminución en la calidad del sueño, siendo que 4 personas identificaron esta dificultad, levemente inferior en términos porcentuales a la prevalencia hallada por Jahrami et al. (2021). En cuanto a la soledad, aunque la mayoría reportó no sentirse sola (9), 5 de los participantes dijeron sentirse solos, y 4 mencionaron haber sentido la ausencia física de los otros. Dado que se señala una prevalencia de soledad de aproximadamente 27% y 35% (Groarke et al., 2020; Li & Wang, 2020) durante la pandemia, los resultados no sólo son coincidentes, sino que refuerzan el impacto de dicha crisis en este ámbito, tal como indican otros estudios cualitativos (Greenwood-Hickman et al., 2021; McKenna-Plumbley et al. 2021; McKinlay et al. 2021).

Las experiencias narradas por los participantes no estuvieron exentas de contradicciones. Por ejemplo, si bien más de la mitad de los entrevistados mencionaron no sentirse solos y/o aislados, en varias de estas entrevistas se encontraron, más tarde, expresiones de sentimientos de soledad. Asimismo, gran parte de la muestra informó no haber tenido molestias o dolores sin causa médica, pero luego afirmaron haber padecido de problemas físicos sin una razón biológica aparente, tales como dolor de cabeza, bruxismo, problemas de espalda, estomacales, entre otros. Aunque es difícil saber a qué se deben estas contradicciones, se plantean como hipótesis, por un lado, la alta presencia de modalidades defensivas sumada a un bajo nivel de rapport al inicio de la entrevista y, por otro lado, que la estructura de las preguntas mismas (con algunas preguntas cerradas al inicio y otras abiertas a lo largo de la entrevista) podrían haber dado lugar a dichas diferencias. También resulta relevante notar que 8 de los 14 participantes reportaron haber tenido una experiencia general favorable en relación a la pandemia. Esto último, resulta contradictorio en comparación con los resultados obtenidos en otros dominios, tales como la presencia de sentimientos de soledad y ansiedad, el efecto negativo de la pandemia sobre el trabajo, y molestias/dolores físicos varios tenidos durante el período analizado. Queda la pregunta abierta respecto a si este resultado coincide con el empleo de las estrategias frente al malestar reportadas anteriormente, o si se debe a otras causas.

En relación al análisis de los niveles de mentalización, y las diferencias de éstos halladas en el discurso, es posible realizar inferencias respecto al incremento del registro (identificación) y a las posibilidades de acción en función de lo registrado (regulación y expresión). Una mayor capacidad para mentalizar contribuye a la identificación de sentimientos, emociones y estados mentales propios y de otros, lo cual permite una expresión más adecuada de éstos que, consecuentemente, impacta positivamente en las relaciones interpersonales del sujeto. En este sentido, dada la importancia de las relaciones interpersonales como factores protectores de la salud mental, y entendiendo el rol de la mentalización como factor moderador de los efectos de la soledad sobre los síntomas internalizantes (evidenciado en la parte 1 de este estudio: Rodríguez Quiroga et al., 2022), se sugiere el diseño y la aplicación de intervenciones basadas en mentalización para el aumento y desarrollo de esta capacidad, con el fin de proveer a la población de herramientas protectoras de la salud mental para estas y futuras crisis.

Dentro de las limitaciones, es posible señalar que el diseño transversal de este estudio no permitió evaluar la experiencia subjetiva de las personas a lo largo del tiempo. Por otro lado, la muestra tiende a ser homogénea ya que, en su mayoría, los sujetos son mujeres de un nivel educativo alto. Se considera que la evidencia hallada en este estudio, amerita continuar en esta misma línea de investigación en la región, para poder ampliar el conocimiento sobre la materia y diseñar estrategias adecuadas para la población afectada.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647–656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Al Omari, O., Al Sabei, S., Al Rawajfah, O., Abu Sharour, L., Al-Hashmi, I., Al Qadire, M., & Khalaf, A. (2021). Prevalence and Predictors of Loneliness Among Youth During the Time of COVID-19: A Multinational Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/10783903211017640>
- Andel, S. A., Shen, W., & Arvan, M. L. (2021). Depending on your own kindness: The moderating role of self-compassion on the within-person consequences of work loneliness during the COVID-19 pandemic. *Journal of Occupational Health Psychology*. Advance online publication. <https://bases.biblioteca.uca.edu.ar:2099/10.1037/ocp0000271>
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K. B. H., Omar, O. M., & Arnone, D. (2020). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, 1-20. <https://doi.org/10.1016/j.jhp.2020.10.001>
- Ashktorab, H., Pizuomo, A., González, N. A. F., Villagrana, E. D. C., Herrera-Solís, M. E., Cardenas, G., Zavala-Álvarez, D., Oskrochi G., Awoyemi, E., Adeleye, F., Dalivand, M. M.,

- Laiyemo, A., Lee, E., Aduli, F., Sherif, Z., & Brim, H. (2021). A Comprehensive Analysis of COVID-19 Impact in Latin America. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-141245/v1>
- Asociación Médica Mundial. (2017, 21 marzo). Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. ANMAT. http://www.anmat.gov.ar/comunicados/HELSINSKI_2013.pdf
- Bilbao Bilbao, I. (2021) Estados No Mentalizadores ¿Déficit y/o Defensa? Mentalización. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 15 1-10.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396–401. <https://doi.org/10.1037/per0000210>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Gaspar de Matos, M. (2020). "Hey, we also have something to say": A qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology*, 48(8), 2740-2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Branquinho, C., Santos, A. C., Ramiro, L., & Gaspar de Matos, M. (2021). #COVID#BACKTOSCHOOL: Qualitative study based on the voice of Portuguese adolescents. *Journal of Community Psychology*, 49(7), 2209-2220. <https://doi.org/10.1002/jcop.22670>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), Article 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Burton, A., McKinlay, A., Aughterson, H., & Fancourt, D. (2021). Impact of the Covid-19 pandemic on the mental health and wellbeing of adults with mental health conditions in the UK: A qualitative interview study. *MedRxiv*, 2020-12. <https://doi.org/10.1101/2020.12.01.20241067>
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2017). Toward a Functional View of the p Factor in Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 5(5), 880–889. <https://doi.org/10.1177/2167702617710037>
- Chakrawarty, A., Ranjan, P., Klanidhi, K. B., Kaur, D., Sarkar, S., Sahu, A., Bhavesh, M. Baitha., U., Kumar, A., & Wig, N. (2021). Psycho-social and behavioral impact of COVID-19 on middle-aged and elderly individuals: a qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 10. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1458_20
- Chiliquinga, N. S. R., Mina, L. Á. P., Villavicencio, I. G. J., Rolando, B. I. S., & Urgilez, M. R. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por covid-19 (SARS-Cov-2). *Journal of America health*, 4(1), 63-71. <https://doi.org/10.37958/jah.v4i1.64>
- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(6), 1583-1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
- Fonagy, P. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York (Other Press) 2002.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2021). Socioeconomic and sociocultural factors affecting access to psychotherapies: the way forward. *World Psychiatry*, 20(3), 315. <https://doi.org/10.1002/wps.20911>

- Fonagy, P., Allison, E. & Campbell, P. C. (2012). Chapter 4: Mentalizing, resilience, and epistemic trust. En A., Bateman & P. Fonagy, (Eds.) *Handbook of mentalizing in mental health practice* (63-77). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Greenwood-Hickman, M. A., Dahlquist, J., Cooper, J., Holden, E., McClure, J. B., Mettert, K. D., Mettert, K. D., Perry, S. R., & Rosenberg, D. E. (2021). "They're Going to Zoom It": A Qualitative Investigation of Impacts and Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic Among Older Adults. *Frontiers in public health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679976>
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one*, 15(9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>
- Guadarrama, E. L., Morales, C. A. P., & Olivares, D. A. D. L. (2021). Investigación y resiliencia en tiempos de pandemia. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, 31(78), 53-72. Recuperado a partir de <https://reencuentro.xoc.uam.mx/index.php/reencuentro/article/view/1021>
- Halstensen, K., Gjestad, R., Luyten, P., Wampold, B., Granqvist, P., Stålsett, G., & Johnson, S. U. (2021). Depression and mentalizing: A psychodynamic therapy process study. *Journal of Counseling Psychology*, 68(6), 705-718. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000544>
- Hill, C. E. (2012). *Consensual qualitative research: A practical resource for investigating social science phenomena*. American Psychological Association.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2021). Fundamentos de la investigación cualitativa consensuada. *Asociación Americana de Psicología* <https://doi.org/10.1037/0000215-000>
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25(4), 517–572. <https://doi.org/10.1177/0011000097254001>
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., Bragazzi, N. L., Saif, Z., Faris, M., & Vitiello, M. V. (2021). Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2), 299-313. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>
- Jeste, D. V., Lee, E. E., & Cacioppo, S. (2020). Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions. *JAMA psychiatry*, 77(6), 553–554. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0027>
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305-317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
- Juan, S., Penedo, J. M. G., Etchebarne, I., & Roussos, A. J. (2011). El método de investigación cualitativa consensual (Consensual Qualitative Research, CQR): Una herramienta para la investigación cualitativa en psicología clínica. *Anuario de investigaciones*, 18, 47-56.
- Koontalay, A., Suksatan, W., Prabsangob, K., & Sadang, J. M. (2021). Healthcare workers' burdens during the COVID-19 pandemic: A qualitative systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 3015-3025 <https://doi.org/10.2147/JMDH.S330041>
- Ladds, E., Rushforth, A., Wieringa, S., Taylor, S., Rayner, C., Husain, L., & Greenhalgh, T. (2020). Persistent symptoms after Covid-19: qualitative study of 114 "long Covid" patients and draft

- quality principles for services. *BMC health services research*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-06001-y>
- Laher, S., Bain, K., Bemath, N., de Andrade, V., & Hassem, T. (2021). Undergraduate psychology student experiences during COVID-19: challenges encountered and lessons learnt. *South African Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0081246321995095>
- Lassri, D., & Desatnik, A. (2020). Losing and regaining reflective functioning in the times of COVID-19: Clinical risks and opportunities from a mentalizing approach. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S38–S40. <https://doi.org/10.1037/tra0000760>
- Lee, J. Y., Lee, J. Y., Lee, S. H., Kim, J., Park, H. Y., Kim, Y., & Kwon, K. T. (2021). The Experiences of Health Care Workers during the COVID-19 Pandemic in Korea: a Qualitative Study. *Journal of Korean Medical Science*, 36(23). <https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e170>
- Li, L. Z., & Wang, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry research*, 291, 113267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113267>
- Linden, B. & Stuart, H. (2020). "Estrés postsecundario y bienestar mental: una revisión del alcance de la literatura académica". *Revista canadiense de salud mental comunitaria* 39(1). 1-32. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-002>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*. Guilford Publications.
- Liu, S., Lithopoulos, A., Zhang, C. Q., Garcia-Barrera, M. A., & Rhodes, R. E. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and Individual Differences*, 168, 110351. <https://doi.org/doi:10.1016/j.paid.2020.110351>
- Loza, C. A., Baez, G., Valverdi, R., Pisula, P., Salas Apaza, J., Discacciati, V., ... & Franco, J. V. A. (2021). A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina-Part 2. *Medwave*, 21(04). <https://doi.org/doi:10.5867/medwave.2021.04.8192>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E., & Fonagy, P. (2020). The mental-izing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16, 297-325. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American psychologist*, 56(3), 227.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425–444. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mazumder, A., Kalanidhi, K. B., Sarkar, S., Ranjan, P., Sahu, A., Kaur, T., Kaur, D., Bhattacharya, A., Priyadarshini Suna, S., Prakash, B., Sinha Deb., K., & Wig, N. (2021). Psycho-social and behavioural impact of COVID 19 on young adults: qualitative research comprising focused

- group discussion and in-depth interviews. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 309-312. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.039>
- McKenna-Plumley, P. E., Graham-Wisener, L., Berry, E., & Groarke, J. M. (2021). Connection, constraint, and coping: A qualitative study of experiences of loneliness during the COVID-19 lockdown in the UK. *PLoS one*, 16(10), e0258344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258344>
- McKinlay, A. R., May, T., Dawes, J., Fancourt, D., & Burton, A. (2021). You're just there, alone in your room with your thoughts: A qualitative study about the impact of lockdown among young people during the COVID-19 pandemic. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2021.04.11.21254776>
- Mehmet A. Karaman, İsmail H. Tomar, Ramin Aliyev, Hasan Eşici, Mehmet Şam & Yaşar Özbay (2021): Determination of resilience factors in individuals who tested COVID-19 positive. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1984394>
- Munawar, K., & Choudhry, F. R. (2021). Exploring stress coping strategies of frontline emergency health workers dealing Covid-19 in Pakistan: A qualitative inquiry. *American journal of infection control*, 49(3), 286-292. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.214>
- Oriol-Bosch, A. (2012). Resiliencia. *Educación médica*, 15(2), 77-78. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200004
- Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Russell, B. S., Fendrich, M., Hutchison, M., & Becker, J. (2021b). Psychological resilience early in the COVID-19 pandemic: Stressors, resources, and coping strategies in a national sample of Americans. *American Psychologist*, 76(5), 715-728. <https://doi.org/10.1037/amp0000813>
- Park, C. L., Finkelstein-Fox, L., Russell, B. S., Fendrich, M., Hutchison, M., & Becker, J. (2021a). Americans' distress early in the COVID-19 pandemic: Protective resources and coping strategies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(4), 422-431. <https://doi.org/10.1037/tra0000931>
- Pisula, P., Salas Apaza, J. A., Baez, G. N., Loza, C. A., Valverdi, R., Discacciati, V., Granero, M., Pizzorno Santoro, X. S., & Franco, J. V. A. (2021). A qualitative study on the elderly and mental health during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina-Part 1. *Medwave*, 21(04). <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8186>
- Rettie, H., & Daniels, J. (2021). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427-437. <https://doi.org/10.1037/amp0000710>
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Bongiardino, L., Aufenacker, S., Borensztein, L., Botero, C., Crawley, A., Scavone, K., Vázquez, N. (2020). Mentalización, sentimientos de soledad y problemas internalizantes durante la cuarentena por el nuevo coronavirus COVID-19. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.10846.05444>
- Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Aufenacker, S. I., Borensztein, L., Angelelli, J., Lardies, F., Peña Loray, J. S., Crawley, A., Yosa, C., & Botero, C. (2022). ¿La mentalización, moderador de la soledad y de los síntomas internalizantes durante el confinamiento por el COVID-19? *Revista Clínica e Investigación relacional (en evaluación)*.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 16, 57 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S55–S57. <https://doi.org/10.1037/tra0000703>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati C., Adolph C., Amlag J. O., Aravkin A. Y., Bang-Jensen B. L., Bertolacci G. J., Bloom S. S., Castellano R., Catro E., Chakrabarti S., Chattopadhyay J., Cogen R. M., Collins J. K..., & Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Serralta, F. B., Zibetti, M. R., & Evans, C. (2020). Psychological distress of university workers during COVID-19 pandemic in Brazil. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8520. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228520>
- Serralta, F. B., Zibetti, M. R., & Evans, C. (2020). Psychological distress of university workers during COVID-19 pandemic in Brazil. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8520. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228520>
- Shamblaw, A. L., Rumas, R. L., & Best, M. W. (2021). Coping during the COVID-pandemic: Relations with mental health and quality of life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 62(1), 92-100. <https://doi.org/10.1037/cap0000263>
- Shaukat, N., Ali, D.M. & Razzak, J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med* 13, 40 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12245-020-00299-5>
- Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., ... & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), 592-598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- Vásquez, G., Urtecho-Osorto, Ó. R., Agüero-Flores, M., Martínez, M. J. D., Paguada, R. M., Varela, M. A., Landa-Blanco, M., & Echenique, Y. (2020). Salud mental, confinamiento y preocupación por el coronavirus: Un estudio cualitativo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(2), e1333-e1333. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1333>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M. et al. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord* 19, 1967–1978 (2020). <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9>
- Volkert, J. Taubner, S. Berning, A. Kling, L. Wiebner, H. George, A. K. Holl, J. (2021) Transdiagnostic mechanisms of mental health during the COVID-19 pandemic on adults and families in Germany: study protocol of a cross sectional and 1-year longitudinal study. <https://doi.org/10.31219/osf.io/epvqm>
- Williams, E. N., & Morrow, S. L. (2009). Achieving trustworthiness in qualitative research: A pan-paradigmatic perspective. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 576-582. <https://doi.org/10.1080/10503300802702113>
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... & Wang, H. X. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250. <https://doi.org/10.1159/000507639>

Original recibido con fecha: 21/2/2022

Revisado: 30/6/2022

Aceptado: 30/09/2022

NOTAS:

^a Saskia Ivana Aufenacker. Licenciada en Psicología por la Universidad del Salvador (USAL). Posgrados nacionales e internacionales de Neurociencias, Genética, Psicología de la salud, Psicocardiología y otras temáticas. Ayudante de cátedra de "Metodología de la Investigación" en USAL y en "Orientación Trabajo Final" en IUSAM. Fellow RTP Buenos Aires 2016 y 2019. Secretaria en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en práctica Clínica Psicodinámica IUSAM-APdeBA. <https://orcid.org/0000-0001-7810-8650> contacto: aufenackeri@hotmail.com

^b Camila Yosa. Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Miembro del servicio de Salud Mental en Hospital Pediátrico Garrahan. Formación de posgrado en Clínica para Niños con Enfermedades Orgánicas en Hospital Pediátrico Garrahan. Formación de posgrado en Evaluación e Integración Psicodiagnóstica en Clínica Infanto-juvenil en Hospital italiano. Formación de posgrado internacional de Autismo en Fundación Garrahan. Asistente en investigación en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0002-3251-7595> contacto: yosa.cami@gmail.com

^c Laura Borensztein: Licenciada en Psicología por la Universidad de Belgrano (1980). Formación en salud mental en el Centro Oro (1984). Formación en la Asociación Escuela Psicoterapia para Graduados (1990). Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Socia Activa de la Asociación Escuela de Psicoterapia para graduados. Docente titular de Vínculo de Pareja en el Instituto de Salud Mental de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IUSAM). Editora en Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en práctica Clínica Psicodinámica IUSAM-APdeBA. Ha escrito en diferentes publicaciones nacionales e internacionales. Fellow RTP Buenos Aires 2016. <https://orcid.org/0000-0003-0253-691X> contacto: laurabweinstein@gmail.com

^d Juan Segundo Peña Loray: Licenciado con Honores en Psicología por la Universidad de Buenos Aires (UBA). Miembro de dispositivo clínico psicoanalítico en patologías graves, Hospital Braulio Moyano. Asistente en investigación en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0002-1968-898X> Contacto: juansegundo.pena@gmail.com

^e Javier Angelelli. Licenciado en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Diplomado en Orientación Vocacional en 2017 (USI). Estudiante de la Tecnicatura Superior en Programación (UTN). Asistente en investigación en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0001-6390-0688> contacto: angelellij@gmail.com

^f Felicitas Lardies. Licenciada con Honores en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Asistente de investigación en proyecto independiente becado por PROAPI. Curso de Posgrado "Pobreza y Política social" en Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Asistente en investigación en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0002-1494-0357> contacto: felicitaslardies@gmail.com

^g Camila Botero. Licenciada en Psicología por la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA). Becaria Doctoral UCA-CONICET. Centro de Investigaciones en Psicología y Psicopedagogía - CIPP (UCA) en el marco de la línea de investigación: Psicología Social, Cultural y Política. Bienestar, emociones y acciones ciudadanas (Directora del equipo: Dra. Gisela Delfino). Profesora Asistente en cátedras: Estadística Aplicada a la Psicología, y Psicología Social y Comunitaria. Directora y Codirectora de TIFS alumnos de psicología. Asistente en investigación en la Fundación para la Salud y Sostenibilidad: Turning Point - Equipo de Investigación en práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0001-9452-9607> contacto: mariacamilabotero@hotmail.com

^h Alan Crawley. Licenciado con Honores en Psicología por la Universidad del Salvador (USAL). Diplomado en Comunicación No Verbal, Escuela de Posgrados en Comunicación, Universidad Austral, Buenos Aires, Argentina (2016), y Asistente del Director y ayudante del dictado (2017, 2018). Docente a cargo de dos video clases en Máster de Comportamiento No Verbal y Detección de Mentiras para la Universidad a Distancia de Madrid y Behavior and Law (España). Investigador en IPCP - Equipo de Investigación en práctica Clínica Psicodinámica. <https://orcid.org/0000-0003-1370-0922> contacto: alan_crawley@hotmail.com

ⁱ Laura Bongiardino: Licenciada en Psicología por la Universidad del Salvador (USAL). Investigadora en IPCP- Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. Investigadora Principal de la Salud y Sostenibilidad: Turning Point. Docente Investigadora en IUSAM-APdeBA -USAL-UCES. Docencia en la USAL: Titular de Cátedra en Prácticas Profesionales, Asociada de Cátedra en Metodología de la investigación y Profesora invitada en Doctorado en psicología USAL. Docente Adjunta en la materia "Seminario de Orientación para el Trabajo de Integración Final (TIF)" de la Especialización en Psicología Clínica de niños y adolescentes en IUSAM- APdeBA y Docente Adjunta de la materia "Teoría y Técnica de Exploración y Diagnóstico II" en UCES. Fellow RTP Buenos Aires 2016. Doctoranda UCES. <https://orcid.org/0000-0003-3074-4759> contacto: laurabongiardino@gmail.com.ar