



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Relevamiento del estado psicológico de la población argentina

2023



.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Agradecimientos:

A Dr. Joaquín Ungaretti por su buena y constante predisposición durante el proceso de recolección de datos.

A Pablo Fernández, por su contribución a la difusión de nuestra investigación.

Al Dr. Edgardo Etchezahar, por sus agudos comentarios y precisas observaciones.

Al Prof. Dr. Gustavo González por su iniciativa y experticia en estudio de gran escala.

A nuestro Decano Prof. Jorge Biglieri por su constante e incondicional apoyo a la tarea investigativa.

Cómo citar este informe:

Formato de las Normas de la Asociación Americana de Psicología:

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., López, PL, Schmidt, V., & Grasso, J. (2023).

Relevamiento del estado psicológico de la población argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Formato de las Normas de Vancouver:

1. Etchevers MJ, Garay CJ, Putrino N, López, PL, Schmidt V, Grasso J. Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina); 2023 [actualizado 18 noviembre 2023; citado *FECHA CORRESPONDIENTE EN MISMO FORMATO*]. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>



Autoridades

Decano

Prof. Jorge A. Biglieri

Director de Investigación del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Gustavo E. González

Coordinador de Gestión Técnica del Observatorio de Psicología Social Aplicada

Dr. Joaquín Ungaretti

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Investigadores autores

Dr. Martín J. Etchevers

Dr. Cristian J. Garay

Dra. Natalia Putrino

Dr. Pablo L. López

Dra. Vanina Schmidt

Lic. Jimena Grasso

Coordinador del Estudio

Dr. Martín J. Etchevers



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ÍNDICE

Aspectos clave de este estudio	5
ADVERTENCIA PARA MEDIOS DE DIFUSIÓN	6
Resumen	7
Abstract	9
Introducción	11
Metodología	14
Objetivos	14
Muestra	15
Instrumentos de recolección de datos	18
<i>Sintomatología psicológica inespecífica</i>	18
<i>Sintomatología ansiosa</i>	19
<i>Sintomatología depresiva</i>	19
<i>Riesgo suicida</i>	20
<i>Conductas saludables, problemáticas y otras conductas</i>	20
Resultados	24
Sintomatología psicológica inespecífica	24
Sintomatología ansiosa	26
Sintomatología depresiva	27
Manejo del malestar psicológico	29
Acceso a tratamiento psicológico	30
Alteraciones del sueño	31
Vida sexual	32
Actividades	33
Medicación	40
Drogas, tabaco y alcohol	41
Discusión	47
Limitaciones de este estudio	50
Declaración de conflicto de intereses	50
Referencias	51



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Aspectos clave de este estudio

1. El riesgo de trastorno mental de la población general es 9,4%, siendo éste más alto en los participantes de menor edad.
2. Los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida son mayores en personas más jóvenes y con un estatus socioeconómico autopercibido menor.
3. El 45% de los participantes presenta alguna alteración del sueño
4. La actividad física (particularmente moderada e intensa) se asocia a menor sintomatología psicológica general, ansiosa, depresiva y menor riesgo suicida.
5. El 45,5% considera que está atravesando alguna crisis, siendo las de mayores puntajes: crisis vital y crisis económica.
6. EL 51,71% de las personas que no realizan tratamiento psicológico perciben la necesidad de los mismos e informan no tener acceso.
7. El estado de salud mental requiere políticas de monitoreo, detección precoz e intervención.
8. Se recomiendan políticas de promoción de la salud que alienten conductas saludables, desalienten conductas problemáticas, e incrementen el acceso de la población a tratamientos psicológicos.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



ADVERTENCIA PARA MEDIOS DE DIFUSIÓN

En este informe se vierten resultados sobre el malestar psicológico de una muestra a nivel nacional, incluyendo información que requiere el siguiente cuidado para su tratamiento en los medios de comunicación y redes sociales. A continuación se presentan recomendaciones de organismos de salud pública recopiladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000, p. 11) para los medios de comunicación y las redes sociales.

Qué hacer:

- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Publicitar indicadores de riesgos y señales de advertencia.

Qué no hacer:

- No publicar fotografías o notas suicidas.
- No informar detalles específicos del método usado.
- No dar razones simplistas.
- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Resumen

Objetivo: conocer el estado psicológico de la población argentina, evaluando la sintomatología psicológica general e inespecífica, la sintomatología ansiosa y depresiva, el riesgo suicida y los problemas del sueño. Asimismo, se ha buscado estudiar las conductas saludables y problemáticas asociadas.

Métodos. Se administró una encuesta en línea con muestreo incidental, estratificado según regiones geográficas del país. Los protocolos válidos han dado un total de 3141 casos. Los instrumentos administrados fueron SCL-27 (Symptom Checklist de 27 ítems), OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale), ODSIS (Overall Depressive Severity and Impairment Scale), RASS (Risk Assessment Suicidal Scale), ISI (Insomnia Severity Index), IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) y cuestionarios *ad-hoc*.

Resultados. El 9,4% de los participantes presentaron riesgo de padecer un trastorno mental y fue significativamente mayor en quienes se autoperceben de sectores socioeconómicos bajos ($X^2=49.359$, $p<.001$) y de menor edad ($X^2=49.359$, $p<.001$). Los más jóvenes presentaron puntajes significativamente mayores de severidad global ($X^2=60.972$; $p<.001$). El 45,5% de los participantes informó que se encuentra atravesando una crisis y de ellos, el 49,44% mencionó una crisis vital y el 46,2%, una crisis económica. El 28,20% de los participantes informó recibir tratamiento psicológico y de los que no, el 53,97% consideró necesitarlo. Quienes realizan actividad física recomendada presentaron menores puntajes en el índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 ($F=52,403$; $gl=2$; $p<.001$), menor sintomatología ansiosa (OASIS) ($F=29,625$; $gl=2$; $p<.001$), menor sintomatología depresiva (ODSIS) ($F=50,441$; $gl=2$; $p<.001$) y menor riesgo suicida (RASS) ($F=32,518$; $gl=2$; $p<.001$).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Conclusiones. La muestra presenta considerables niveles de riesgo de padecer un trastorno mental. Este riesgo es significativamente mayor, así como la sintomatología inespecífica, depresiva y ansiosa, en los participantes más jóvenes y que se autoperceben de sectores socioeconómicos bajos. La actividad física se asocia con menor sintomatología general y menor riesgo suicida. Los datos replican los observados en estudios previos, destacándose la necesidad de políticas activas de salud mental a través de la promoción de conductas saludables, el incremento del acceso a tratamientos psicológicos y el desaliento de las conductas problemáticas.

Palabras clave: estado psicológico, riesgo de trastorno mental, ansiedad, depresión, Argentina, salud mental



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Abstract

Objectives. This study aimed to know the psychological state of the Argentine population. The evaluation of general and nonspecific psychological symptoms, anxiety, depressive symptoms, suicidal risk, and sleep disorders has been included. Likewise, we have sought to study the healthy and unhealthy behaviors associated with these variables.

Methods. An online survey with incidental sampling, stratified according to geographic regions of the country, was administered. Valid protocols have yielded a total of 3141 cases. The instruments administered were SCL-27 (Symptom CheckList of 27 items), OASIS (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale), ODSIS (Overall Depressive Severity and Impairment Scale), RASS (Risk Assessment Suicidal Scale), ISI (Insomnia Severity Index), IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), and ad-hoc questionnaires.

Results. 9.4% of the participants presented a risk of suffering a mental disorder and it was significantly higher in those who perceived themselves to be from low socioeconomic sectors ($X^2=49.359$, $p < .001$) and with a lower age ($X^2=49.359$, $p < .001$). The youngest participants presented significantly higher levels of the Global Severity Index ($X^2=60.972$; $p<.001$). 45.5% of the participants reported that they are going through a crisis and of these, 49,9% mentioned a vital crisis, and 46,2%, an economic crisis. 28,20% of the participants reported receiving psychological treatment and of those who did not, 53.97% considered they needed it. The participants who engage in physical activity reported lower levels of the Global Severity Index ($F=52,403$; $gl=2$; $p<.001$), lower anxious symptomatology (OASIS) ($F=29,625$; $gl=2$; $p<.001$), lower depressive symptomatology (ODSIS) ($F=50,441$; $gl=2$; $p<.001$) y lower suicidal risk (RASS) ($F=32,518$; $gl=2$; $p<.001$).

Conclusions. The sample presents substantial levels of risk of suffering from a mental disorder. This risk is significantly higher, as well as the non-specific, depressive and anxious symptoms, in the participants who are young and who perceive themselves to be from low socioeconomic sectors. Physical activity is



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



associated with fewer symptoms, and lower suicidal risk. The data replicates those observed in previous studies, highlighting the need for active mental health policies through the promotion of healthy behaviors, increased access to psychological treatments, and discouraging problematic behaviors.

Keywords: psychological state, risk of mental disorder, anxiety, depression, Argentina, mental health



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Introducción

Las crisis son momentos de alta activación emocional, inestabilidad y por ello suponen un desafío para quienes las sufren. Durante las crisis, las personas se sienten abrumadas y sobrepasadas por una situación estresante que excede los recursos reales o percibidos para afrontarlas.

Las crisis afectan el estado emocional de las personas de diversas formas. Durante una crisis, las personas pueden sentirse abrumadas por situaciones estresantes que sobrepasan su capacidad para hacer frente a ellas de manera efectiva. Existen crisis que resultan de desastres naturales (inundaciones, terremotos, incendios forestales, etc.). Por otra parte, existen crisis de naturaleza sociales, políticas y económicas (revoluciones, hiperinflación, migraciones masivas, inseguridad).

El malestar psicológico es el resultado de la interacción de numerosos factores. Entre ellos se destacan los factores biológicos, psicológicos y sociales, esto es que la forma en la que interpretamos la realidad y regulamos nuestras emociones se encuentran moduladas por nuestra herencia, las experiencias tempranas y el medio social en el que nos desarrollamos.

Nuestra población atraviesa diferentes problemáticas que abarcan el sistema de salud (crisis de COVID-19 pero también numerosas afecciones físicas y mentales, así como considerables dificultades en el acceso a los tratamientos), el sistema educativo (deserción escolar), la seguridad (violencia y criminalidad creciente), el sistema económico financiero, el sistema laboral (elevados porcentajes de desempleo y también de empleo informal, precario) y el sistema político (crisis de credibilidad, inestabilidad, falta de previsibilidad).

Los contextos sociales y económicos previsibles y seguros constituyen el marco necesario para el desarrollo de las personas, permitiendo una mayor confianza en sus propias capacidades, en el desarrollo de sus potencialidades y en definitiva, en



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



un sentido más sólido del sí mismo, que a su vez les otorgan mayor tolerancia a la frustración e incrementan la resiliencia. La regulación emocional es más probable cuando el contexto es previsible, ordenado y estable. Los contextos de cambio e incertidumbre suponen un esfuerzo para las personas con menores recursos psicológicos (pero también materiales), dificultando el alcance de la regulación emocional. Por lo tanto, los contextos adversos e inestables constituyen un desafío mayor para la regulación emocional de las personas (Mucci et al., 2016). En las situaciones de bajos recursos sociales y económicos esto se amplifica, abarcando a diferentes generaciones de personas.

Asimismo, elevados niveles de violencia social suelen traducirse en situaciones de abuso, maltrato, abandono, negligencia y diferentes formas de violencia familiar que afectan de manera directa el estado emocional elevando los niveles de malestar psicológico en las personas así como su vulnerabilidad y riesgo de desarrollar patologías y trastornos mentales (Widom et al., 2018).

Generalmente, las crisis se expresan a través de síntomas ansiosos (activación autonómica, insomnio de conciliación, evitación), depresivos (tristeza, desgano, desmotivación, anhedonia, insomnio tardío, alteraciones del apetito), disociativos (despersonalización y desrealización), desorden de la conducta (violencia, agresión, irritabilidad, desafío a la autoridad), impulsividad (consumo de sustancia, alcohol, atracones).

La actividad física y el deporte se asocia a la salud en general. Esto ocurre de diversas maneras. Desde el punto de vista biomédico, impacta positivamente en el estado físico general. Por su parte, desde el aspecto psicosocial, promueve la regulación emocional, y a través de los procesos de socialización que habitualmente acompañan a la mayoría de las actividades físicas y deportivas, involucra el aprendizaje de normas, reglas, sistemas de cooperación y también de competencia así como promueven la valoración del esfuerzo y la superación. El bienestar y el progreso, ya sea en actividades físicas no organizadas como en deportes, no solo es autopercebida de manera directa a través de complejos mecanismos de



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



recompensa fisiológicos sino que socialmente es reconocido y también recompensado de diversas formas. A su vez, el esfuerzo y el mérito individual es promovido y reconocido por la comunidad de personas que realizan esa misma actividad, atravesando barreras sociales y culturales, generando un sentimiento de identidad y pertenencia.

Numerosos estudios muestran cómo la actividad física y deportiva se asocia con la salud general y particularmente con la salud mental (Sallis et al., 2021; Sánchez-Alcalá et al., 2023). Y lo inverso, las consecuencias de la inactividad física en la salud se asocian a enfermedades no transmisibles en 500 millones de personas a nivel global (OMS, 2022), incluyendo la hipertensión y la depresión en los primeros lugares. Esta situación lleva a que una proporción considerable del gasto en atención de salud se dedica al tratamiento de enfermedades derivadas de la inactividad física (llegando al 70% del gasto en algunos países) (OMS, 2022).

Por su parte, el sueño es uno de los 3 pilares de la salud y el bienestar, junto con la alimentación saludable y el ejercicio físico regular (Buysse, 2014; Morin, 2020). Se estima que alrededor de entre el 20 y el 40% de la vida de los seres humanos transcurre durmiendo (Grandner, 2017). Dormir bien es un proceso que permite una recuperación del organismo en tres dimensiones: física, cognitiva y emocional. En este sentido, el National Institute of Mental Health (2013) define al sueño como un estado conductual endógeno y recurrente que involucra cambios coordinados en la organización funcional del cerebro y que optimizan la fisiología, el comportamiento y la salud. Es decir, el sueño nos equilibra, nos permite recuperarnos y tener los recursos suficientes para afrontar las demandas de la vigilia.

Sin embargo, más allá de la evidente necesidad de un buen descanso, la falta de sueño es frecuentemente reportada en la población general. Se estima que alrededor del 33% de los adultos informan una duración inadecuada del sueño (CDC, 2016) y que un 40% se sienten fatigados la mayoría de los días (YouGov, 2015). Dentro de los problemas del sueño, el insomnio es el más prevalente, afectando, como condición clínica que impacta significativamente en la vida y que



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



requiere atención clínica, a aproximadamente un 10% de la población (Morin, 2022). Considerando el rol del sueño como parte central del proceso homeostático del organismo, dormir mal se asocia, a largo plazo, con una serie de consecuencias muy relevantes para nuestra salud, como el riesgo aumentado de desarrollar otros trastornos médicos, como la hipertensión, las enfermedades cardíacas y la diabetes (Knutson, et al., 2006, Phillips y Mannino, 2007, Vaziri et al., 2021), así como también trastornos mentales, en particular trastornos del ánimo y de la ansiedad (Baglioni et al., 2011, Taylor et al., 2005).

Finalmente, las conductas implementadas por las personas para lidiar con el malestar psicológico pueden incrementarlo o atenuarlo (Lunansky et al., 2021). Nuestros estudios (Etchevers et al., 2019, 2020, 2021) muestran una asociación entre la actividad física y menores niveles de malestar así como una asociación entre el consumo de sustancias y mayores niveles de dicho malestar.

Conscientes de la importancia de conocer el estado psicológico de nuestra población, en nuestros estudios (Etchevers et al., 2019, 2020, 2021, 2022) nos hemos propuesto recabar la sintomatología psicológica inespecífica, depresiva, ansiosa y el grado de riesgo suicida de la población, así como las conductas implementadas para lidiar con el malestar emocional experimentado. Nuestra intención es obtener información que permita identificar el grado de malestar psicológico de nuestra población en el contexto actual y brindar información que pueda ser útil para el diseño de estrategias de promoción de la salud, por ejemplo, mediante el fomento de las conductas saludables para lidiar con dicho malestar, así como el desaliento de las conductas problemáticas. La detección de problemas de salud mental que puedan aquejar a la población resulta particularmente importante, ya que promueve el acceso a tratamientos de la complejidad necesaria para su abordaje.

El objetivo de este estudio consiste en relevar la prevalencia de la sintomatología psicológica inespecífica, depresiva, ansiosa, y el riesgo suicida, de población adulta, de 18 a 65 años, en la República Argentina. Analiza la relación entre síntomas



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



psíquicos, rasgos patológicos de personalidad y conductas vinculadas con hábitos saludables y poco saludables. Indaga acerca del acceso de la población general a tratamientos de salud mental y la percepción de necesidad de los mismos, así como los posibles obstáculos para recibir atención.

En el presente informe se exponen los resultados obtenidos a través del sexto estudio de Salud Mental del Observatorio de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

Metodología

Objetivos

Objetivo general

Conocer el estado psicológico de la población argentina.

Objetivos específicos

1. Conocer la sintomatología psicológica inespecífica y el riesgo de padecer un trastorno mental de una muestra de la población argentina (SCL-27).
2. Conocer la presencia de sintomatología ansiosa de una muestra de la población argentina (OASIS).
3. Conocer la presencia de sintomatología depresiva de una muestra de la población argentina (ODSIS).
4. Conocer el grado de riesgo suicida de una muestra de la población argentina (RASS).
5. Relevar las conductas de la población argentina (cuestionario *ad hoc*).
6. Conocer la calidad del sueño de la población argentina (ISIS).
7. Conocer los niveles de actividad física y deportiva de los argentinos (IPAQ).
8. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y sintomatología ansiosa (OASIS).
9. Conocer la relación entre las diferentes variables estudiadas así como la relación con aspectos sociodemográficos.

Muestra

Se administraron los cuestionarios de forma *online*, dirigidos a la población general. La muestra es incidental. Todos los participantes dieron su consentimiento informado. Los protocolos completos y válidos totalizaron 3141 casos. En la tabla 1, pueden observarse las características de la muestra.

Edad	N	%
18-29	999	31,8
30-49	1112	35,4
50-59	424	13,5
60 o más	606	19,3
Género		
Mujeres	1555	49,5
Hombres	1555	49,5
Otros	31	1
Nivel educativo		
Primario incompleto	157	5
Primario completo	440	14
Secundario completo	1413	45
Terciario completo	534	17
Universitario completo	597	19
Sector socioeconómico autopercebido		
Baja	1500	47,7
Media	1354	43,1
Alta	288	9,2
Total	3141	100

Tabla 1. Características de la muestra.

En la tabla 2, se puede observar la distribución geográfica de los casos analizados.

	%	N
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21,87%	687
Gran Buenos Aires Sur	13,72%	431
Gran Buenos Aires Norte	8,01%	280
Gran Buenos Aires Oeste	10,63%	334
Interior de la Provincia de Buenos Aires	11,23%	353
Provincia de Córdoba	5,25%	165
Provincia de Santa Fé	5,28%	166
Provincia de Mendoza	2,70%	87
Provincia de Tucumán	2,51%	79
Provincia de Catamarca	0,31%	10
Provincia de Chaco	1,30%	40
Provincia de Chubut	1,27%	39
Provincia de Corrientes	1,15%	36
Provincia de Entre Ríos	2,29%	72
Provincia de Jujuy	1,08%	34
Provincia de La Rioja	1,05%	33

Provincia de Misiones	2%	63
Provincia de Neuquén	0,98%	31
Provincia de Río Negro	1,97%	62
Provincia de Salta	1,36%	43
Provincia de San Juan	0,79%	25
Provincia de San Luis	1,08%	34
Provincia de Santiago del Estero	0,73%	23
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	0,44%	14
TOTAL	100	3141

Tabla 2. Distribución geográfica de la muestra.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Instrumentos de recolección de datos

Sintomatología psicológica inespecífica

La escala SCL-27 (Symptom CheckList de 27 ítems) (Castro Solano & Góngora, 2018; Hardt & Gerbershagen, 2001) es una versión abreviada del inventario SCL-90-R (Symptom CheckList de 27 ítems), diseñados ambos para la evaluación de sintomatología psicológica inespecífica y utilizados internacionalmente como instrumentos de *screening* para la detección de probables casos en riesgo psicológico, es decir, para identificar individuos en riesgo de padecer un trastorno mental.

Los participantes debieron responder sobre la presencia de sintomatología psicológica inespecífica en relación con 27 síntomas sufridos durante la última semana, mediante una escala ordinal tipo Likert.

A partir de la SCL-27, se calcularon dos índices:

1. Índice de riesgo de trastorno psicológico o mental.
2. Índice de Severidad Global (GSI, por sus siglas en inglés *Global Severity Index*).

El Índice de riesgo de trastorno psicológico o mental se calculó del siguiente modo: se adoptó el criterio de considerar como caso en riesgo a los participantes que hubieran respondido a más del 50% de los ítems (14 o más de los 27 ítems del instrumento) en las opciones “bastante” o “mucho”.

El Índice de Severidad Global (GSI) resulta de la sumatoria de los 27 ítems otorgando un valor de “0” a “4” a cada opción, siendo “Nada” = “0” y “Mucho” = “4”. Este índice incluye cuatro dimensiones de síntomas:

- (I) síntomas depresivos,
- (II) síntomas distímicos,
- (III) síntomas vegetativos,
- (IV) síntomas agorafóbicos,



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- (V) síntomas de fobia social,
- (VI) y síntomas de desconfianza.

Sintomatología ansiosa

La sintomatología ansiosa consiste en un estado de alerta, preocupación y excitación. Se trata de respuestas emocionales ante el peligro percibido, que afectan particularmente aspectos fisiológicos que indican la excitación e intensidad de los síntomas, como la activación automática y ciertos aspectos cognitivos, como pensamientos disfuncionales y exagerados. Los síntomas típicos son hormigueo, sensación de calor intenso, debilidad de piernas, incapacidad para relajarse, miedo, mareos, palpitaciones, sensación de ahogo y sudoración, miedo a perder el control, miedo a morir, entre otros.

Para medir esta sintomatología se administró la versión en español de la Escala de Severidad y Limitación General de la Ansiedad (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*) (OASIS). La OASIS (Norman et al., 2006) es una escala breve de 5 ítems que permite evaluar la gravedad y la interferencia funcional asociada a síntomas ansiosos. Los ítems hacen referencia a la última semana y se puntúan a través de una escala tipo Likert que va de 0 a 4. Las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad y deterioro relacionados con la ansiedad y puntajes mayores a 7 indican la posible presencia de un trastorno de ansiedad (González-Robles et al., 2018). La escala presenta una buena consistencia interna y una adecuada validez convergente y discriminativa (Campbell et al., 2009; González-Robles et al., 2018).

Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva consiste en tristeza, disminución de la capacidad para experimentar placer, pensamientos de contenido negativo (ruina, muerte, fracaso, autocrítica), disminución de la energía, retraimiento social, alteraciones en la atención, la memoria, el apetito (típicamente disminuído pero también puede estar incrementado), el



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



sueño (típicamente insomnio pero puede existir hipersomnía), disminución de la libido, entre los más frecuentes.

Para medir esta sintomatología se administró la versión en español de la Escala de Severidad y Limitación General de la Depresión (*Overall Depression Severity and Impairment Scale*) (ODSIS). La ODSIS (*Overall Depression Severity and Impairment Scale*) (Bentley et al., 2014) es una escala breve de 5 ítems que permite evaluar la gravedad y la interferencia funcional asociada a síntomas depresivos. Los ítems hacen referencia a la última semana y se puntúan a través de una escala tipo Likert que va de 0 a 4. Las puntuaciones más altas indican una mayor gravedad y deterioro relacionados con la depresión y puntajes iguales o mayores a 5 indican la presencia de síntomas depresivos (Mira et al., 2019). La escala presenta una excelente consistencia interna (Bentley et al., 2014). Los puntajes mayores a 5 indican la posible presencia de sintomatología depresiva (Mira et al., 2019) y una buena validez convergente y discriminativa (Bentley et al., 2014).

Riesgo suicida

Se administró la versión en español de la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida, RASS (*Risk Assessment Suicidal Scale*) (Fountoulakis et al., 2012). Se trata de una versión autoadministrada de 12 ítems. Dado que su confiabilidad y validez es equivalente a otros instrumentos de mayor extensión, fue incluida por su brevedad y adecuación a las características de este estudio.

Asimismo, se incluyó una pregunta *ad hoc* para evaluar la relación percibida entre los pensamientos de muerte y suicidio.

Actividad física

Se administró la versión en español del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (International Physical Activity Questionnaire) (Craig, et al., 2003). El IPAQ está diseñado para adultos y posee 7 ítems, 6 sobre actividad física, intensidad y frecuencia, y un ítem sobre sedentarismo. El IPAQ posee una validez aceptable (ro de Spearman



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



agrupados alrededor de 0.8), los criterios de validez tienen una media de r alrededor de 0.30, lo que es comparable con otras medidas de auto-reporte.

Sueño

Se administró la versión en español del ISI (Insomnia Severity Index) (Morin, 1993). El mismo es un instrumento de autoinforme compuesto por 7 ítems que brindan una medida cuantitativa del problema del sueño. Cada ítem se responde en una escala de 0 a 4 y la puntuación total varía entre 0 y 28. Una puntuación más alta se asocia con una mayor gravedad del insomnio. Las dimensiones que evalúa son: severidad, nivel de interferencia en el desempeño diario, consecuencias percibidas del problema del sueño, nivel de estrés asociado con la dificultad para dormir y nivel de satisfacción.

La versión española del instrumento mostró adecuados índices de consistencia interna (α de Cronbach=0,82) (Fernández-Mendoza et al., 2012). El alfa de Cronbach para la muestra utilizada en el presente estudio fue de 0,88.

Conductas saludables, problemáticas y otras conductas

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de algunas conductas saludables tales como la realización de actividad física/deportiva, la vida sexual y la práctica religiosa.

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de algunas conductas problemáticas tales como el consumo de alcohol, drogas ilegales y tabaco.

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de medicación o la práctica del yoga o meditación.

Esquema de variables e indicadores

	Definición	Instrumento
A. Sintomatología psicológica inespecífica	Se trata de sintomatología psicológica no centrada en un trastorno mental específico.	SCL-27 (<i>Symptom CheckList</i> de 27 ítems), versión abreviada del inventario SCL-90-R (<i>Symptom CheckList</i> de 90 ítems) (Castro Solano & Góngora, 2018; Hardt, & Gerbershagen, 2001). Se adoptó el criterio de considerar como caso en riesgo a los participantes que hubieran respondido a más del 50% de los ítems (14/27) en las categorías <i>Bastante</i> o <i>Mucho</i> . Se calculó el Índice de Severidad Global (GSI).
B. Sintomatología ansiosa	Se trata de sintomatología ansiosa tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.	OASIS (<i>Overall Anxiety Severity and Impairment Scale</i>) es la Escala de Severidad y Limitación General de la Ansiedad. Este instrumento consta de 5 ítems. El puntaje máximo es de 20 puntos.
C. Sintomatología depresiva	La sintomatología depresiva involucra aspectos cognitivos, neurovegetativos y conductuales. El contenido del pensamiento, los niveles de desesperanza, las ideas de muerte, los niveles de energía, las alteraciones del sueño, del apetito y peso, y el deseo sexual.	OASIS (<i>Overall Depression Severity and Impairment Scale</i>) es la Escala de Severidad y Limitación General de la Depresión. Este instrumento consta de 5 ítems. El puntaje máximo es de 20 puntos.

D. Riesgo suicida	Se considera riesgo suicida a partir de una escala apropiada, confiable y válida.	RASS (<i>Risk Assessment Suicidal Scale</i>) (Fountoulakis et al., 2012), versión española de 12 ítems.
E. Sueño	Se consideran los trastornos del sueño a partir de una escala apropiada, confiable y válida.	ISI (<i>Insomnia Severity Index</i>) (Morin, 1993), versión española de 7 ítems. El puntaje máximo es de 28 puntos
F. Actividad física y deportiva	Se considera según un cuestionario apropiado, confiable y válido.	IPAQ (<i>International Physical Activity Questionnaire</i>), versión española 7 ítems, 6 sobre actividad física, intensidad y frecuencia, y un ítem sobre sedentarismo.
G. Conductas problemáticas	Se consideran problemáticas a conductas tales como el abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .
H. Conductas saludables	Se consideran saludables a conductas tales como la vida sexual, la realización de actividad física/deportiva o la práctica religiosa.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .
I. Otras conductas	Se analiza la práctica de otras conductas tales como la consulta psicológica, el consumo de psicofármacos o de terapias alternativas.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .

Tabla 3. Esquema de variables e instrumentos

Resultados

Riesgo de padecer un trastorno mental y sintomatología psicológica inespecífica

Los participantes debían responder sobre la presencia de sintomatología inespecífica (SCL-27). Como se ha mencionado, esto brinda el Índice de Severidad Global (GSI) y también el índice de riesgo de trastorno mental. De acuerdo a esta medida, **el 9,4% de la muestra presenta riesgo de padecer un trastorno mental.**

Los participantes más jóvenes presentan mayor riesgo que los mayores ($X^2=129.970$, $p<.001$) como puede verse en el gráfico 1. Los participantes de clase baja presentan mayor riesgo que aquellos de clase alta ($X^2=49.359$, $p<.001$).

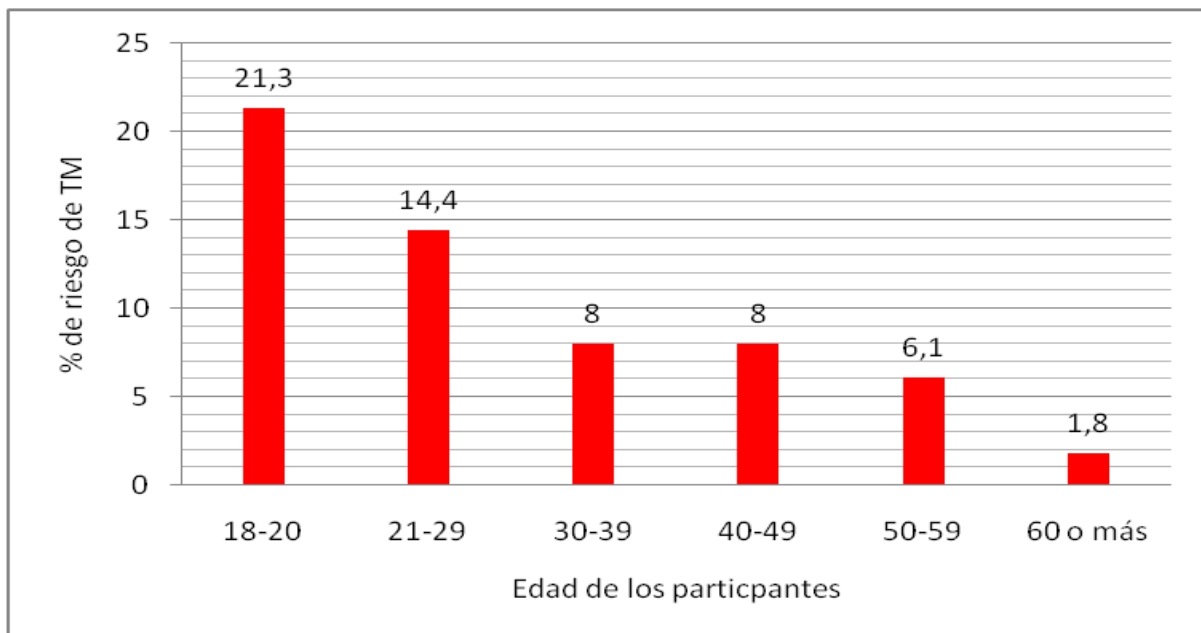


Gráfico 1. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental según edad. TM: trastorno mental.

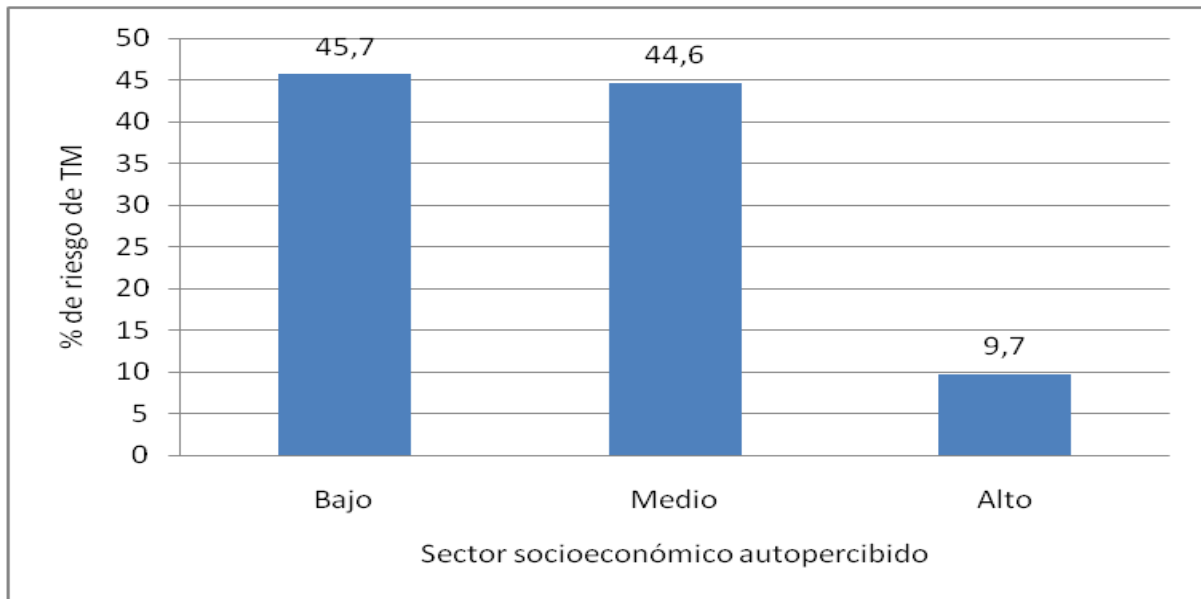


Gráfico 2. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental según sector socioeconómico autopercebido. TM: trastorno mental.

En cuando al Índice de Severidad Global (GSI, por sus siglas en inglés), **los participantes que se perciben de sectores socioeconómicos bajos presentan mayores niveles** ($X^2=48.802$; $p<.001$). Por su parte, los participantes de menor edad, presentan mayor sintomatología psicológica inespecífica ($X^2=60.972$; $p<.001$).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Ansiedad y depresión

Los participantes debían responder sobre la presencia de sintomatología ansiosa a través de la escala de severidad y limitación de la ansiedad (OASIS) de 5 ítems (Norman et al., 2006; Rojas et al., 2022).

Con respecto a las variables sociodemográficas, los participantes más jóvenes reportaron niveles más altos de sintomatología ansiosa ($F=51.549$; $p<0.001$). Los participantes que se perciben de sectores socioeconómicos bajos presentaron significativamente mayores niveles de sintomatología ansiosa que quienes se perciben de sectores medios y quienes se perciben de sectores altos ($F=57.744$; $p<.001$).

Además, los participantes debían responder sobre la presencia de sintomatología ansiosa a través de la escala de severidad y limitación de la depresión (ODSIS) de 5 ítems (Norman et al., 2006; Rojas et al., 2022).

Con respecto a las variables sociodemográficas, a menor edad los participantes reportaron niveles mayores de sintomatología depresiva ($F=19.915$; $p<.001$). Los participantes que se perciben de sectores socioeconómicos bajos presentaron significativamente más sintomatología depresiva que quienes se perciben de sectores medios y quienes se perciben de sectores altos ($F=66.715$; $p<.001$).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Riesgo suicida

Los participantes debían responder la Escala de Evaluación de Riesgo Suicida (RASS, siglas de *Risk Assessment Suicidal Scale*) (Fountoulakis et al., 2012).

Con respecto a las variables sociodemográficas, los participantes que se autoperciben de sectores socioeconómicos más bajos presentaron mayores puntajes en la RASS ($F=60.233$; $p<.001$).

Por su parte, los participantes de menor edad, presentaron mayores puntajes en la RASS ($F=55.114$; $p<.001$).

Sueño

Los participantes debían responder el Índice de Severidad del Insomnio (ISI según sus siglas en inglés). De acuerdo a esta medida, **el 45% presenta algún tipo de alteración del sueño**. Entre quienes reportaron problemas del sueño, el 28,9% del presenta dificultades para iniciarlo, el 29,6% dificultades para mantenerlo, y el 30% se despierta antes de lo que quisiera (las respuestas no eran excluyentes). El factor que consideraron como principal contribuidor para el problema del sueño fueron las preocupaciones y los pensamientos nocturnos (48%).

Con respecto a las variables demográficas, se observan diferencias significativas por género ($t=4.81$; $p<.001$), grupo etario ($F=16.555$; $p<.001$) y clase social ($F=49.964$; $p<.001$). Las mujeres reportaron mayores niveles de dificultad para dormir, así como las personas mayores a 60 años y quienes se autodefinen de clase social baja.

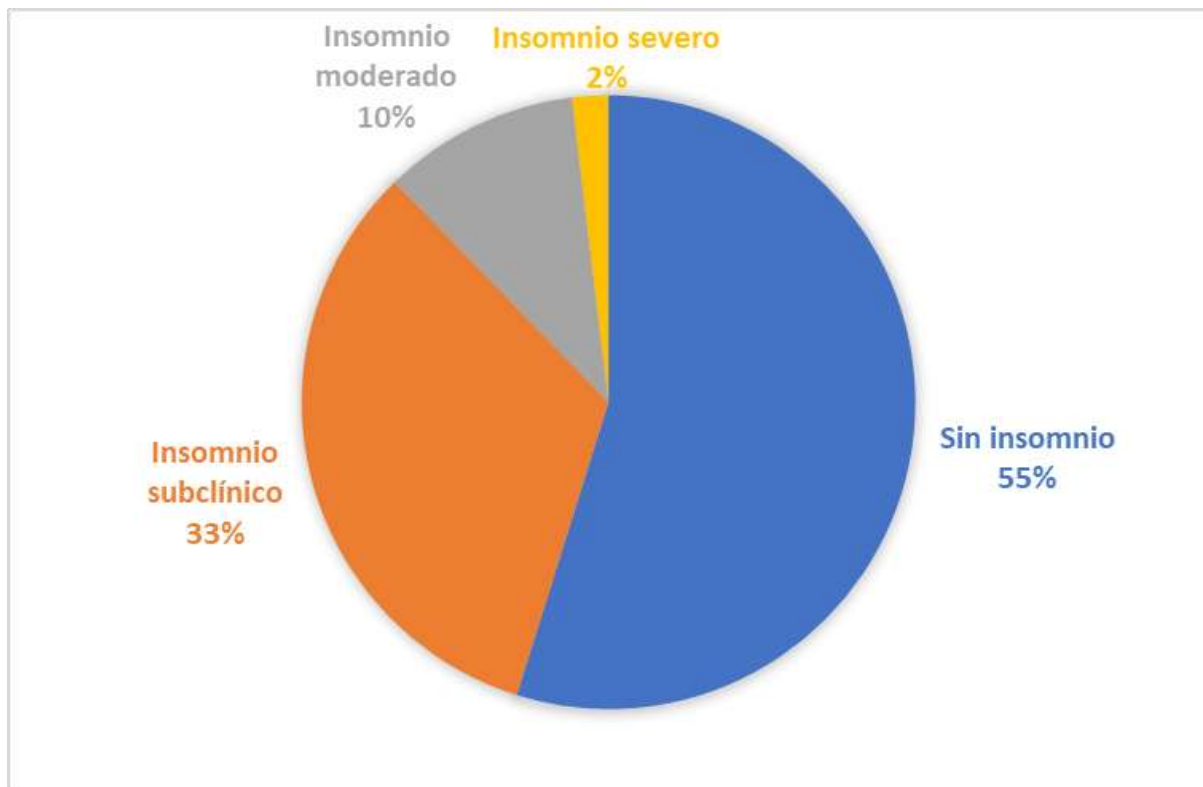


Gráfico 3. Participantes con alteraciones del sueño y participantes que no registraron dificultades para dormir.

Vida sexual

Con respecto al nivel de satisfacción sexual, el 20,10 % de los 3141 participantes se encuentra muy satisfecho, el 21,50 % algo satisfecho, el 31,50 % ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 14,10 % algo insatisfecho y el 12,90 % muy insatisfecho.

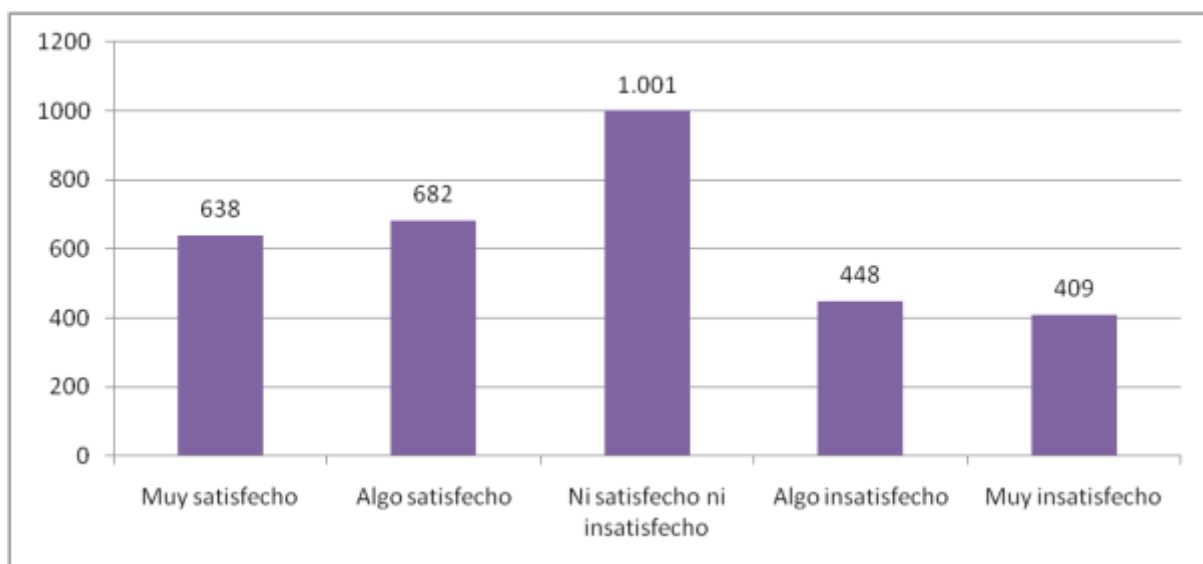


Gráfico 4. Grados de satisfacción sexual de los participantes.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Actividad física

Los participantes debían responder la versión en español del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) (International Physical Activity Questionnaire) (Craig, et al., 2003). Los participantes de género masculino realizan más actividad física intensa ($\chi^2 [2, 3127] = 34,627, p < .001$). **Los participantes que se autoperciben de clase baja realizan insuficiente actividad física** ($\chi^2 [4, 3127] = 48,852, p < .001$). A partir de los 60 años desciende la actividad física intensa ($\chi^2 [10, 3127] = 20,491, p = .025$), pero se mantiene la actividad física recomendada. Para el resto de los grupos etarios, no hay diferencias significativas que deban ser destacadas.

Los participantes que realizan actividad física recomendada según la medida ISI, presentan menores puntajes de sintomatología psicológica general, índice de Severidad Global (GSI) de la SCL-27 ($F=52,403; gl=2; p < .001$), menor sintomatología ansiosa (OASIS) ($F=29,625; gl=2; p < .001$), menor sintomatología depresiva (ODSIS) ($F=50,441; gl=2; p < .001$) y menor riesgo suicida (RASS) ($F=32,518; gl=2; p < .001$).



Crisis

El 45,50% de los participantes considera que se encuentra atravesando una crisis. Solamente 537 participantes informaron el tipo de crisis que se encuentra atravesando. De ellos, el 49% mencionó una crisis vital y el 46,2%, una crisis económica. Luego se mencionaron: familiar, de pareja, vocacional, duelo, de identidad, por violencia de diferentes tipos (familiar, género, laboral) y otros tipos de crisis. Los datos pueden verse en el siguiente gráfico. Los participantes podía elegir más de una opción.

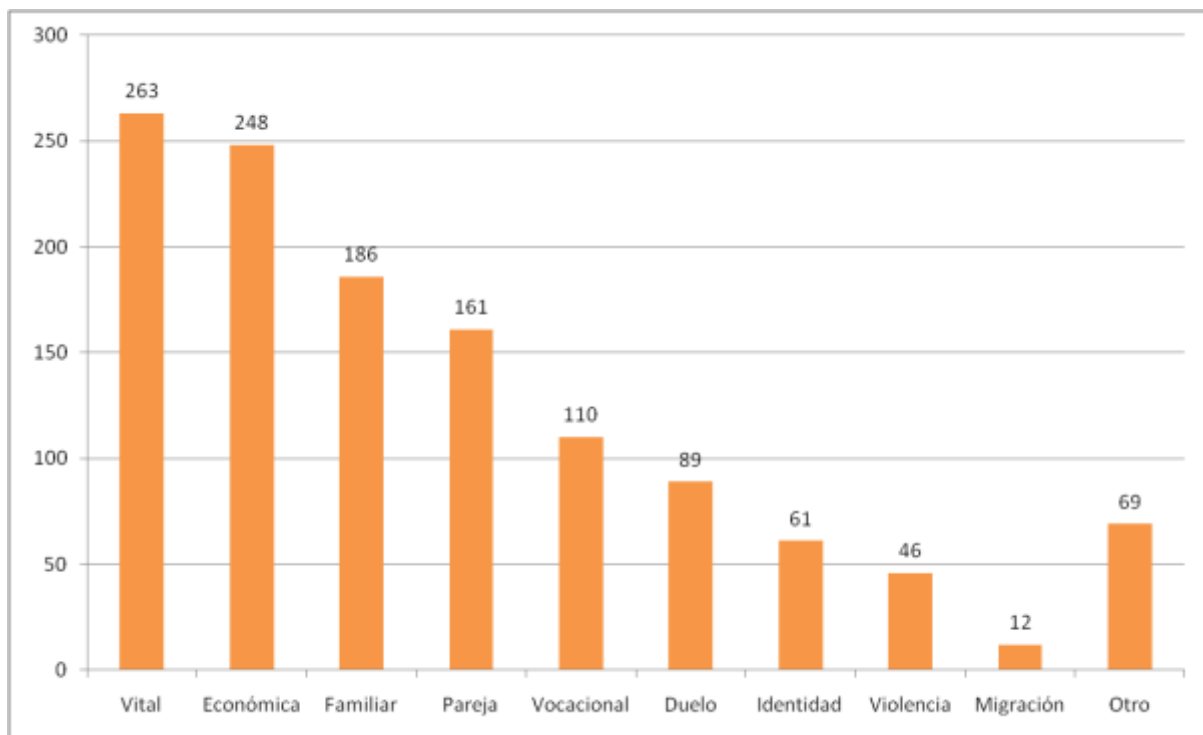


Gráfico 5. Tipos de crisis vital reportados por los participantes.



Manejo del malestar psicológico

Cuando se les preguntó a los participantes “¿Qué hace cuando experimenta malestar psicológico o tiene problemas emocionales?” (se podían marcar varias opciones), las respuestas fueron: **el 38,30% dialoga con amigos/as, el 31,30% practica un deporte, el 28% recurren a un profesional psicólogo/a, el 17% practica el rezo, el 14,30% toma medicación, sin especificar cuál, el 6,60% consume alcohol.** Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

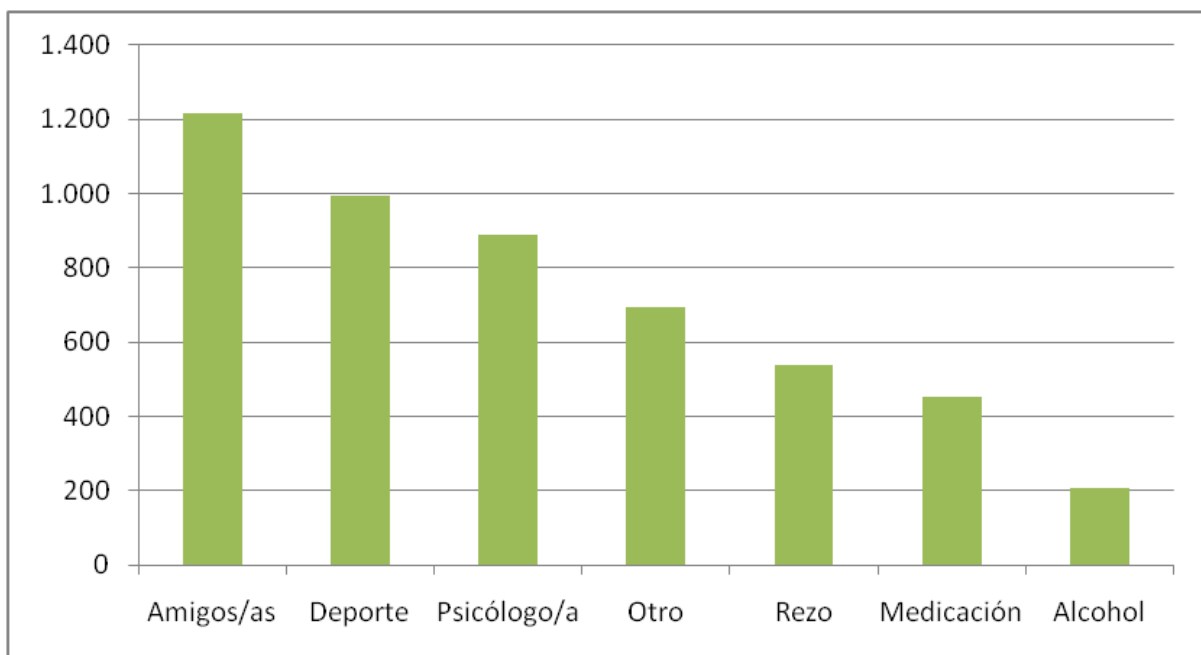


Gráfico 6. Conductas frente al malestar psicológico (ordenadas por cantidad de participantes).



Tratamiento psicológico

Al preguntar directamente si se encuentran en tratamiento psicológico, el 28,20% de los participantes contesta que sí. De estos participantes, el 53,97% realiza su tratamiento psicológico en modalidad presencial mientras que el 46% lo hace a distancia (terapia sincrónica online). De los 2282 participantes que responden que no, **el 51,71% considera necesitar un tratamiento psicológico** y 32,25% dice no necesitarlo.

De quienes dicen necesitar un tratamiento psicológico, se registran diferentes impedimentos para acceder al mismo. **El 34,20% dice no poder pagarlo** y el resto señala que no pudieron acceder a un horario, **que las obras sociales o prepagas no lo cubren, no encontrar un servicio gratuito** o la preferencia por un tratamiento presencial o no poder realizar un tratamiento a distancia. En el siguiente gráfico pueden verse los diferentes impedimentos y los porcentajes de participantes que los han señalado.

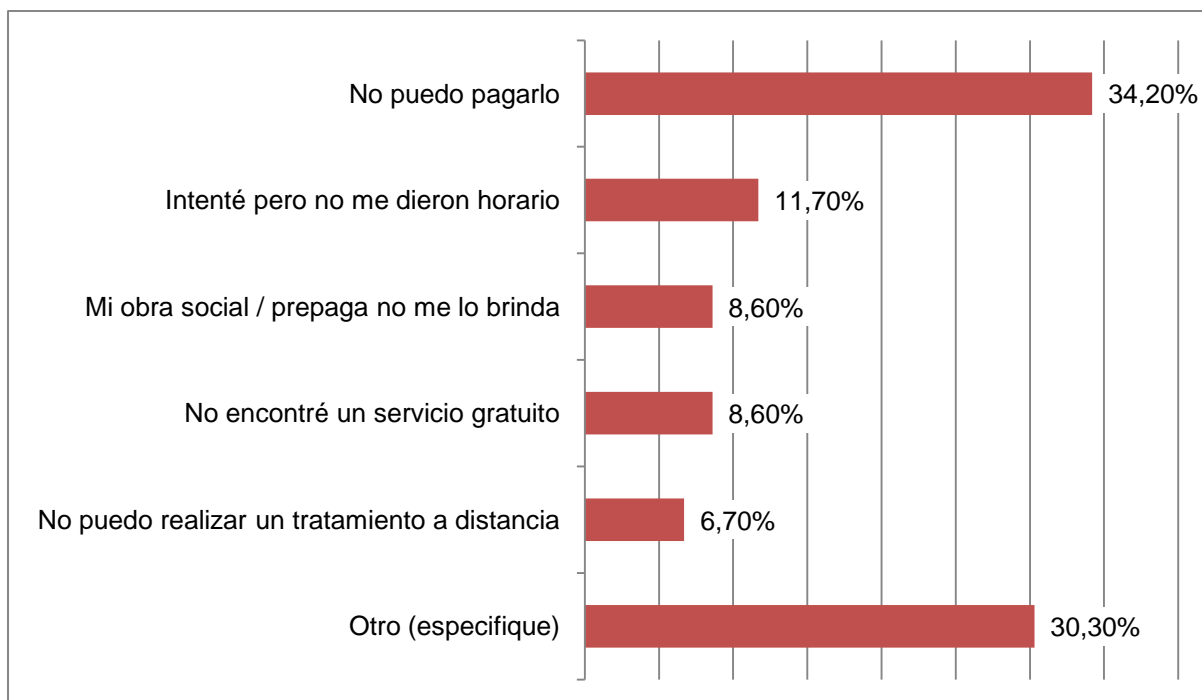


Gráfico 7. Impedimentos para acceder a un tratamiento psicológico.



Medicación

De los 3141 participantes de este estudio, el 35,60% toma medicación por un problema clínico (por ejemplo, hipertensión), el 14,70% para disminuir la ansiedad, el 14,40% para dormir, el 12,40% para relajarse, el 9,70% para mejorar su estado de ánimo y el 7,80% para manejar sus "nervios". El 7,4% toma medicación sin receta. Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

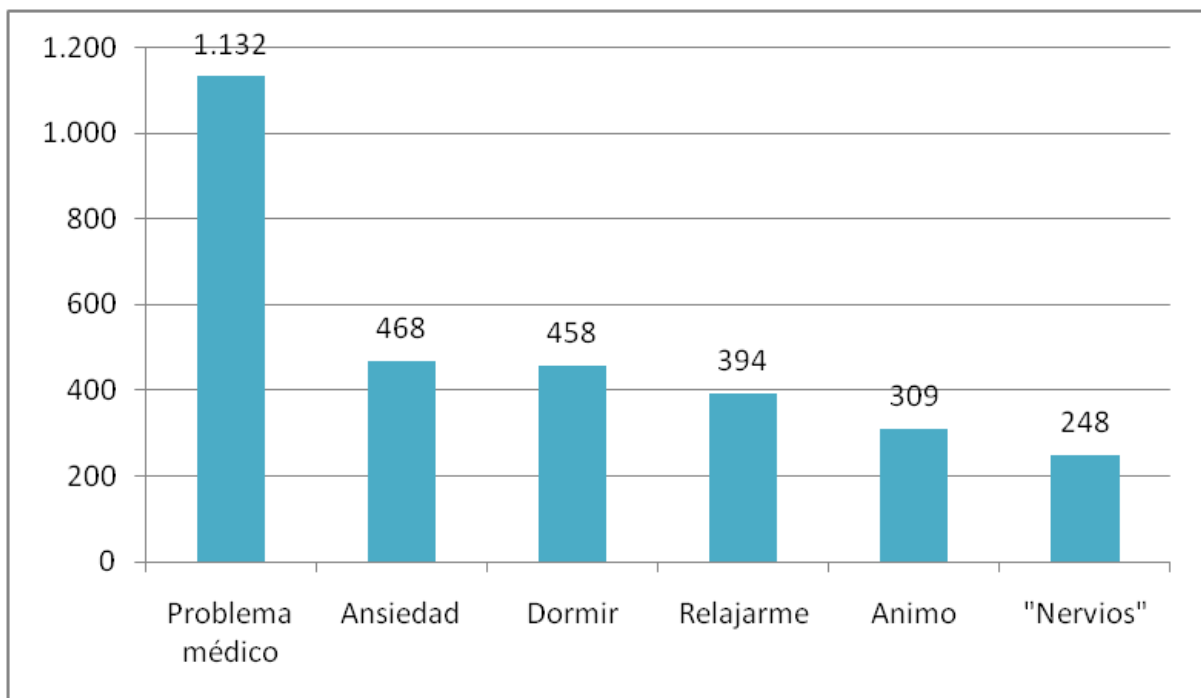


Gráfico 8. Motivos por los cuales los participantes toman medicación.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGIA



Drogas y alcohol

El 34,50% de los participantes informa consumir alcohol y el 9,70%, consumir drogas. El 4,40% de quienes consumen alcohol, considera que tiene un problema con el consumo del alcohol.

Dentro de quienes consumen drogas, la marihuana es consumida por el 86,60%, la cocaína por el 9,10%, MDMA por el 7,2%, otras drogas sintéticas por el 3,60% y el 1,6% consume otras drogas de diseño. El 16,20% de quienes consumen drogas considera tener un problema con las drogas.



Conclusiones

El **9,4%** de los argentinos tienen riesgo de padecer un trastorno mental. En nuestro estudio de marzo de 2020 (Etchevers et al., 2020a), el porcentaje era 4,9% (llegando a un máximo de 12,51% durante ese año, es decir, durante la fase más aguda de la pandemia) (Etchevers et al., 2020d). El porcentaje de la muestra actual es similar a octubre de 2020, lo que significa que **no hemos retornado a los porcentajes previos a la pandemia, e incluso se acerca más al puntaje más alto que al menor de dicho período**. Y si tomamos la media de 2020, el porcentaje actual es similar y un poco mayor (9,3% durante todo 2020 vs. 9,4% actual). Sin embargo, **se observa una tendencia a la disminución que podemos valorar positivamente**. Ver gráfico 9.

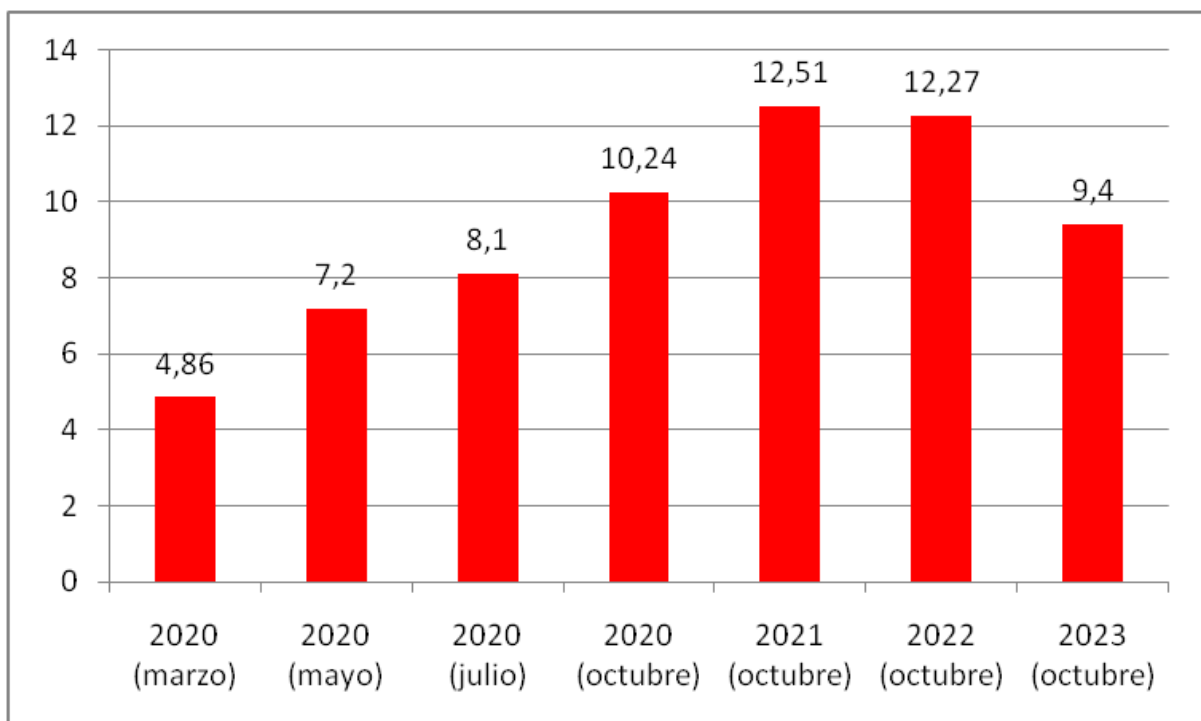


Gráfico 9. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental, desde el año 2020 (varios períodos) al 2023

Asimismo, nuestros estudios (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c y 2020d, 2021, 2022) han encontrado de manera sostenida que en nuestro país **las personas con menores recursos presentan mayores puntajes en el índice de malestar global, mayores indicadores de sintomatología ansiosa y depresiva, así como también un mayor**



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



índice de riesgo suicida. Las personas que viven en la pobreza a menudo tienen acceso limitado a recursos como atención médica, terapia psicológica y medicamentos, lo que puede dificultar la gestión y tratamiento de problemas de salud mental. La pobreza puede estar asociada con el estrés crónico debido a la falta de recursos económicos, vivienda inestable, y preocupaciones constantes sobre las necesidades básicas como alimentación y vivienda. El estrés crónico puede aumentar el riesgo de trastornos de ansiedad y depresión. Las personas en situación de pobreza a menudo enfrentan estigmatización social, lo que puede afectar su autoestima y bienestar emocional. La falta de vivienda adecuada y condiciones insalubres de vivienda pueden contribuir al deterioro de la salud mental. A su vez, la falta de acceso a una educación de calidad puede limitar las oportunidades de empleo y perpetuar el ciclo de la pobreza, lo que puede afectar la salud mental. Las personas que viven en áreas de alta pobreza pueden estar expuestas a niveles más altos de violencia y trauma, lo que puede tener un impacto negativo en la salud mental. En la población infantil estos ambientes se asocian al riesgo de presentar patologías internalizadoras y externalizadoras (Keyes et al., 2012). Un análisis de los datos del Lehigh Longitudinal Study (30 años en Pennsylvania) encontró que quienes sufrieron maltrato en la infancia reportaron más síntomas de depresión, ansiedad y disfunciones debido a problemas de salud mental y física en la vida adulta (Herrenkohl, et al., 2013). De acuerdo a Ridley, Rao, Schilbach y Patel (2020) a nivel global **las poblaciones más pobres suelen tener entre 1.5 y 3 veces más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión**, Esto ocurre tanto en países de altos, medianos y bajos ingresos. De acuerdo a su modelo bidireccional, así como las enfermedades mentales reducen el rendimiento y aumentan el riesgo de desempleo, las intervenciones psicológicas incrementan las probabilidades de generar ingresos económicos. Dicho de otra manera, **una población más saludable es también una población más productiva.**

El 46,2% de los participantes tienen una crisis económica y este porcentaje es aún mayor en los más jóvenes. Una revisión sistemática de 19 estudios acerca del impacto de crisis económicas en la salud de los trabajadores (Mucci et al., 2016) concluyó que la totalidad de dichos estudios mostraron a las crisis económicas como un estresor significativo que genera un impacto negativo en la salud mental de los sujetos. Otros estudios investigaron la relación entre graves crisis económicas, la depresión y el suicidio. Chang et al. (2013) estudiaron población mayor de 15 años de 54 países luego de la crisis



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



económica de 2008, y observaron que aumentaron los índices de suicidio, especialmente en hombres y sobretodo en aquellos países que experimentaron mayores niveles de pérdida de empleo.

Este estudio apoya la relación entre la actividad física y el bienestar psicológico así como la asociación entre el consumo de drogas y tabaco y mayores niveles de sintomatología psicológica, al igual que estudios previos (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2021). El malestar psicológico es afrontado por las personas de diversas maneras. La actividad física y/o deportiva así como las actividades sociales de diferentes tipos (por ej., religiosas o comunitarias con fines altruistas) o recurrir a un confidente de su entorno cercano (por ej., pareja, familia o amigos) son algunas de las formas en que las personas manejan su malestar. Otras personas utilizan diversos medios para disminuir o atenuar el malestar psicológico (por ej., consumo de alcohol, automedicación, drogas ilegales y/o aislamiento social). Se ha considerado que actividades y conductas, como por ejemplo la actividad física o deportiva, son saludables en la medida en que ayudan a las personas a disminuir o sobrellevar el malestar psicológico sin consecuencias negativas para sus vidas e incluso acarreando efectos positivos, como el enriquecimiento de sus vidas sociales, la adquisición de un sentido que trascienda su individualidad y se dirija hacia los otros, su comunidad (Vázquez et al., 2009). Por el contrario, las conductas que involucran el consumo de drogas ilegales, alcohol, el aislamiento social y el intento por atenuar el malestar psicológico acarrean consecuencias problemáticas como el posterior incremento del malestar psicológico a través del empobrecimiento de los vínculos sociales, el deterioro del funcionamiento global de las personas, el impacto en el área laboral, afectiva y la prolongación a largo plazo del malestar psicológico (Ben-Zur, 2005). En términos generales se observa que a mayor nivel de trastornos mentales se incrementa el aislamiento. Nuestros estudios aportan información a nivel nacional sobre las conductas saludables y problemáticas y pueden ser la base sobre la cual establecer políticas de salud que promuevan las primeras y desalienten las segundas.

El 51,71% de quienes no están en tratamiento psicológico considera necesitarlo. Como hemos observado en estudios previos (Etchevers et al., 2020, 2021, 2022), **los participantes informan que las dificultades económicas son barreras para acceder a tratamientos psicológicos.** Es decir, las personas con mayor riesgo de padecer un



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



trastorno mental son quienes tienen más dificultades para acceder a tratamientos psicológicos. Si bien Argentina cuenta con la mayor cantidad de psicólogos por habitante del mundo (Alonso & Klinar, 2016) y fue uno de los primeros países de la región en profesionalizar y atender con los métodos más actualizados existentes a quienes sufren desórdenes mentales a principios del siglo XX, los datos más objetivos no reflejan la prometedora prosperidad de aquellos tiempos. Una explicación posible es que falta de coordinación entre organismos en la recolección y análisis de datos, o la dificultad de acceso al uso de las nuevas tecnologías en salud mental que buscan incrementar la disponibilidad y diseminación de tratamientos psicológicos (Garay & Celleri, 2022).

Por otra parte, Argentina cuenta culturalmente con una valoración positiva con relación a los tratamientos psicológicos (Aafjes-van Doorn, K., et al., 2020). La consulta o el tratamiento psicológico no son, en términos generales, considerados como un estigma que implique discriminación sobre el usuario. Esto podría aprovecharse en las políticas de salud mental. A pesar de la falta de financiamiento a la investigación científica, destacados investigadores y profesionales mantienen relaciones de cooperación con avanzados centros de investigación en salud mental, por lo que pareciera que algunos de los ingredientes necesarios para revertir esta situación se encuentran disponibles.

Nuestros estudios destacan que **el estado emocional de la población argentina, especialmente de los jóvenes, segmento de la población con mayores niveles de pobreza, requiere de políticas activas de salud mental a través de la promoción de conductas saludables, el incremento del acceso a tratamientos psicológicos y el desaliento de las conductas problemáticas.** Durante 2023, la OMS realizó un significativo número de llamados de atención a los gobiernos para continuar prestando atención a la salud mental de la población. En años recientes la consigna “Sin salud mental no hay salud” fue popularizada por distintos organismo internacionales y asociaciones profesionales. La misma enfatiza la relación esencial entre la salud mental y física, influyéndose mutuamente. Esta relación impacta no solo en la salud individual, sino también en las relaciones interpersonales, sociales, laborales y familiares. Una buena salud mental fortalece la capacidad de gestionar el estrés, fomenta relaciones sociales saludables y mejora la calidad de las interacciones familiares. Además, contribuye a un ambiente laboral positivo y a relaciones laborales efectivas. Por el contrario, los problemas de salud mental pueden afectar negativamente estas áreas, generando conflictos interpersonales, dificultades laborales, sociales, y desafíos familiares (Iasevoli et al., 2016).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Limitaciones de este estudio

Las limitaciones de este estudio son las propias de la metodología utilizada. Los resultados de este estudio no deberían generalizarse sin cautela al total de la población. Debido al diseño por muestreo en línea es posible que las personas que hayan sufrido más indicadores de riesgo de padecer un trastorno mental no se encontraran en condiciones de participar de este estudio. Lo mismo podría ocurrir con aquellas personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y pobreza mayor. Y otro tanto podría deberse a otros factores de acceso a la conectividad. El uso de cuestionarios autoadministrables para población general ha alcanzado un nivel de desarrollo destacable, sin embargo, la formación mínima para la lectoescritura y comprensión de consignas sigue siendo una limitación.

Los estudios descriptivos y correlacionales no expresan relaciones causales. En el mismo sentido, las causas para los desórdenes mentales son generalmente determinadas por diversos factores. La salud mental y el bienestar emocional no deben ser considerados de manera aislada respecto a otros factores esenciales de la vida moderna.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Referencias

Aafjes-van Doorn, K., Garay, C., Etchebarne, I., Kamsteeg, C., & Roussos, A. (2020). Psychotherapy for personal growth? A multicultural and multitheoretical exploration. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1255-1266. <https://doi.org/10.1002/jclp.22942>

Alonso, M. M., & Klinar, D. (2016). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2015. In *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ..., & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135(1-3), 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.011>

Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the overall depression severity and impairment scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0036216>

Ben-Zur, H. (2005). Coping, Distress, and Life Events in a Community Sample. *International Journal of Stress Management*, 12(2), 188. <https://doi.org/10.1080/13594320444000281>

Buysse D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter?. *Sleep*, 37(1), 9-17. <https://doi.org/10.5665/sleep.3298>

Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A., ... & Stein, M. B. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of affective disorders*, 112(1-3), 92-101.

Castro Solano, A. & Góngora, V. (2018). Protocolo para la administración del SCL-27. Versión Argentina. Manuscrito no publicado.

CDC. (2016). 1 in 3 adults don't get enough sleep. Retrieved from <https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0215-enough-sleep.html>.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>

Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and science in sports and exercise*, 35(8), 1381–1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Castro-Solano, A., & Fernández-Liporace, M. (2019). Estado de salud mental de la población y variables asociadas 2019. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1-17. <https://doi.org/10.32872/cpe.4519>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. (2020a). Salud mental en cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico de la cuarentena en población general. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. (2020b). Salud mental en cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de cuarentena en población argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. (2020c). Salud mental en cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11, 50-55 y 115-124 días de cuarentena en población argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina:



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V. (2020d). Salud mental en cuarentena: Relevamiento del impacto psicológico de la pandemia en cuatro momentos del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) de Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Helmich, N., & Rojas, L. (2021). Relevamiento del estado psicológico de la población argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/informes/>

Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep medicine*, 13(2), 207–210. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>

Fountoulakis, K. N., Pantoula, E., Siamouli, M., Moutou, K., Gonda, X., Rihmer, Z., ... & Akiskal, H. (2012). Development of the Risk Assessment Suicidality Scale (RASS): a population-based study. *Journal of affective disorders*, 138(3), 449-457.

Garay, C. J., & Celleri, M. (2022). Terapias cognitivo-conductuales: tecnologías digitales y tecnologías de la información y la comunicación. En Garay, C. J. (Ed.), *Terapia cognitivo-conductual y tecnologías digitales* (pp. 1-21). Editorial Akadia.

González-Robles, A., Mira, A., Miguel, C., Molinari, G., Díaz-García, A., García-Palacios, A., ... & Botella, C. (2018). A brief online transdiagnostic measure: Psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS One*, 13(11), e0206516.

Grandner M. A. (2017). Sleep, Health, and Society. *Sleep medicine clinics*, 12(1), 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2016.10.012>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Hardt, J., & Gerbershagen, H. U. (2001). Cross-validation of the SCL-27: A short psychometric screening instrument for chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 5(2), 187-197.

Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.

Hosseinpoor, A. R., Bergen, N., Kirkby, K., & Schlotheuber, A. (2023). Strengthening and expanding health inequality monitoring for the advancement of health equity: a review of WHO resources and contributions. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 1-9.

Iasevoli, F., Giordano, S., Balletta, R., Latte, G., Formato, M. V., Prinzivalli, E., ... & Bartolomeis, A. (2016). Treatment resistant schizophrenia is associated with the worst community functioning among severely-ill highly-disabling psychiatric conditions and is the most relevant predictor of poorer achievements in functional milestones. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 65, 34-48.

Keyes, K. M., Eaton, N. R., Krueger, R. F., McLaughlin, K. A., Wall, M. M., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 107-115.

Knutson, K. L., Ryden, A. M., Mander, B. A., & Van Cauter, E. (2006). Role of sleep duration and quality in the risk and severity of type 2 diabetes mellitus. *Archives of internal medicine*, 166 (16), 1768–1774. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.16.1768>

Lunansky, G., van Borkulo, C.D., Haslbeck, J.M.B., van der Linden, M.A., Garay, C.J., Etchevers, M.J, & Borsboom, D. (2021). The Mental Health Ecosystem: Extending Symptom Networks with Risk and Protective Factors. *Frontiers in Psychiatry*, section Psychosomatic Medicine. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640658>

Mira, A., González-Robles, A., Molinari, G., Miguel, C., Díaz-García, A., Bretón-López, J., ... & Botella, C. (2019). Capturing the severity and impairment associated with depression: the overall depression severity and impairment scale (ODSIS) validation in a Spanish clinical sample. *Frontiers in psychiatry*, 10, 180. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00180>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Morin et al. (2020) Canadian Sleep and Circadian Network. Sleep and circadian rhythm in response to the COVID-19 pandemic. *Canadian Journal of Public Health*; 1-4

Morin, C. M. (1993). *Insomnia Severity Index (ISI)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07115-000>

Morin, C. M., & Jarrin, D. C. (2022). Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Medicine Clinics*, 17(2), 173–191. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2022.03.003>

Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. F., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983-993. <https://doi.org/10.2147%2FNDT.S98525>

National Institute of Mental Health. Arousal and Regulatory Systems: Workshop Proceedings, 2013.

Norman, S. B., Hami Cissell, S., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale (OASIS). *Depression and anxiety*, 23(4), 245-249.

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe sobre la situación mundial de la actividad física 2022: resumen ejecutivo. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/363592>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Phillips, B., & Mannino, D. M. (2007). Do insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease? *Journal of clinical sleep medicine*, 3 (5), 489–494.

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), eaay0214. <https://doi.org/aay0214>

Rojas. L., Celleri, M., Cremades, C., & Garay, C. J. (2022). Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) and Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS): adaptation and validation in Buenos Aires, Argentina. *Clinical Psychology in Europe*.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Sallis, R., Young, D. R., Tartof, S. Y., Sallis, J. F., Sall, J., Li, Q., ... & Cohen, D. A. (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. *British journal of sports medicine*, 55(19), 1099-1105.

Sánchez-Alcalá, M., Aibar-Almazán, A., Afanador-Restrepo, D. F., Carcelén-Fraile, M. D. C., Achalandabaso-Ochoa, A., Castellote-Caballero, Y., & Hita-Contreras, F. (2023). The Impact of Rhythmic Physical Activity on Mental Health and Quality of Life in Older Adults with and without Cognitive Impairment: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of clinical medicine*, 12(22), 7084. <https://doi.org/10.3390/jcm12227084>

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28(11), 1457–1464. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.11.1457>

Vaziri, Z., Nami, M., Leite, J. P., Delbem, A., Hyppolito, M. A., & Ghodratiostani, I. (2021). Conceptual Framework for Insomnia: A Cognitive Model in Practice. *Frontiers in neuroscience*, 15, 628836. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.628836>

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.

Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S., & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>

YouGov. (2015). Two-fifths of Americans are tired most of the week. Retrieved from <https://today.yougov.com/topics/lifestyle/articles-reports/2015/06/02/sleep-and-dream>