



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Relevamiento del estado psicológico de la población argentina

2024



.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., López, P., Putrino, N., & Grasso, J. (2024). 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, López P, Putrino N, Grasso J. Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina); 2024 [actualizado 18 noviembre 2024; 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

Dr. Pablo López

Dra. Natalia Putrino

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	15
Objetivos	15
Muestra	16
Instrumentos de recolección de datos	19
<i>Sintomatología psicológica inespecífica</i>	19
<i>Sintomatología ansiosa</i>	20
<i>Sintomatología depresiva</i>	20
<i>Riesgo suicida</i>	21
<i>Conductas saludables, problemáticas y otras conductas</i>	21
Resultados	25
Riesgo de padecer un trastorno mental y sintomatología psicológica inespecífica	25
Ansiedad y depresión	27
Riesgo suicida	28
Manejo del malestar psicológico	29
Acceso a tratamiento psicológico	30
Sueño	31
Vida sexual	32
Actividad física	33
Crisis	34
Medicación	35
Drogas y alcohol	36
Discusión	37
Limitaciones de este estudio	41
Declaración de conflicto de intereses	41
Referencias	42



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 8,7%, siendo éste más alto en los participantes de menor edad.
2. Los niveles de riesgo suicida son mayores en personas más jóvenes y con un estatus socioeconómico autopercebido menor.
3. El 60,46% de los participantes presenta alguna alteración del sueño
4. El 51,14% considera que está atravesando alguna crisis, siendo las de mayores puntajes: crisis familiar y crisis económica.
5. El 55,32% de las personas que no realizan tratamiento psicológico perciben la necesidad de los mismos e informan no tener acceso.
6. El estado de salud mental requiere políticas de monitoreo, detección precoz e intervención.
7. 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 solamente 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, 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 4822 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) y cuestionarios *ad-hoc*.

Resultados. El 8,7% de los participantes presentaron riesgo de padecer un trastorno mental. Los jóvenes muestran los puntajes más altos de riesgo suicida, mientras que disminuyen progresivamente con la edad. El 51,14% de los participantes considera que se encuentra atravesando una crisis. 45,09% mencionó una crisis familiar, el 45%, una crisis económica (por ejemplo, ingresos bajos, deudas) y el 38,55%, una crisis vital. El 26,07% de los participantes informó recibir tratamiento psicológico y de los que no, el 55,32% consideró necesitarlo. Los participantes de menor nivel socioeconómico percibido y menor edad mostraron indicadores de mayor sintomatología ansiosa y depresiva ($p < .05$).

Conclusiones. La muestra presenta considerables niveles de riesgo de padecer un trastorno mental. Este riesgo es significativamente mayor, así como la sintomatología depresiva y ansiosa, en los participantes más jóvenes y que se autoperciben de sectores socioeconómicos bajos. 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.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGIA



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 4822 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. 8.7% of the participants presented a risk of suffering a mental disorder. The youngest participants presented significantly higher levels of the Risk Assessment Suicide Scale. 54.14% of the participants reported that they are going through a crisis, 45,09% mentioned a family crisis, 45%, an economic crisis, and 38.55% a vital crisis. 26.07% of the participants reported receiving psychological treatment and of those who did not, 55.32% considered they needed it. Younger participants and those with lower income reported significantly higher levels of anxiety symptomatology (OASIS) and depressive symptomatology (ODSIS) ($p < .05$).

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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGIA



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

El malestar psicológico es el resultado de la interacción de numerosos factores. Entre ellos se destacan los factores biológicos, psicológicos y sociales. 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 (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 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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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).

La actividad física y el deporte se asocian a la salud en general. Desde el punto de vista biomédico, impactan positivamente en el estado físico general. Por su parte, desde el aspecto psicosocial, promueven la regulación emocional, y a través de los procesos de socialización que habitualmente acompañan a la mayoría de las actividades físicas y deportivas, involucran 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 recompensa fisiológicos sino que socialmente es reconocido y también recompensado de diversas formas. A su vez, el esfuerzo y el mérito individual es 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 dedique al tratamiento de enfermedades derivadas de la inactividad física (llegando al 70% del gasto en algunos países) (OMS, 2022).

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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



este sentido, el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU. (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 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), y también trastornos mentales, en particular trastornos del ánimo y de 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, 2023) 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.

Dada la importancia de conocer el estado psicológico de nuestra población, en nuestros estudios (Etchevers et al., 2019, 2020, 2021, 2022, 2023) nos hemos propuesto recabar la sintomatología psicológica inespecífica, depresiva, ansiosa y el grado de riesgo suicida de la población, así como las conductas implementadas



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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 y 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 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 estudio de Salud Mental del corriente año 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 relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y sintomatología ansiosa (OASIS).
7. 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 4822 casos. En la tabla 1, pueden observarse las características de la muestra.

Edad	N	%
18-29	67	1,39
30-49	1339	27,77
50-59	1360	28,2
60 o más	2056	42,64
Género		
Mujeres	4278	88,70
Hombres	534	11,09
Otros	10	0,21
Nivel educativo		
Primario incompleto	41	0,85
Primario completo	541	11,21
Secundario completo	1917	39,75
Terciario completo	1063	22,04
Universitario completo	1260	26,13
Sector socioeconómico autopercebido		
Baja	2187	45,35
Media	2270	47,08
Alta	365	7,57
Total	4822	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	15,13	730
Gran Buenos Aires Sur	15,03	725
Gran Buenos Aires Norte	7,26	350
Gran Buenos Aires Oeste	10,80	521
Interior de la Provincia de Buenos Aires	16,27	785
Provincia de Córdoba	5,16	249
Provincia de Santa Fé	6,32	305
Provincia de Mendoza	2,61	126
Provincia de Tucumán	1,72	83
Provincia de Catamarca	0,73	35
Provincia de Chaco	1,29	62
Provincia de Chubut	1,24	60
Provincia de Corrientes	1,16	56
Provincia de Entre Ríos	3,73	180
Provincia de Jujuy	0,85	41
Provincia de La Rioja	0,58	28

Provincia de Misiones	1.31	63
Provincia de Neuquén	0,95	46
Provincia de Río Negro	2,01	97
Provincia de Salta	0,91	44
Provincia de San Juan	0,91	44
Provincia de San Luis	0,89	43
Provincia de Santiago del Estero	0,93	45
Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	0,27	13
TOTAL	100	4822

Tabla 2. Distribución geográfica de la muestra.



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 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 disminuido 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.

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.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGIA



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

A través de un cuestionario *ad hoc*, se indagó la práctica de otras conductas tales como el sueño, la vida sexual, 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	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	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 y sexualidad	Se consideran las respuestas a las preguntas <i>ad hoc</i> .	Preguntas <i>ad hoc</i>
F. Actividad física y deportiva	Se consideran las respuestas a la pregunta <i>ad hoc</i> .	Pregunta <i>ad hoc</i>
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 8,7% de la muestra presenta riesgo de padecer un trastorno mental.**

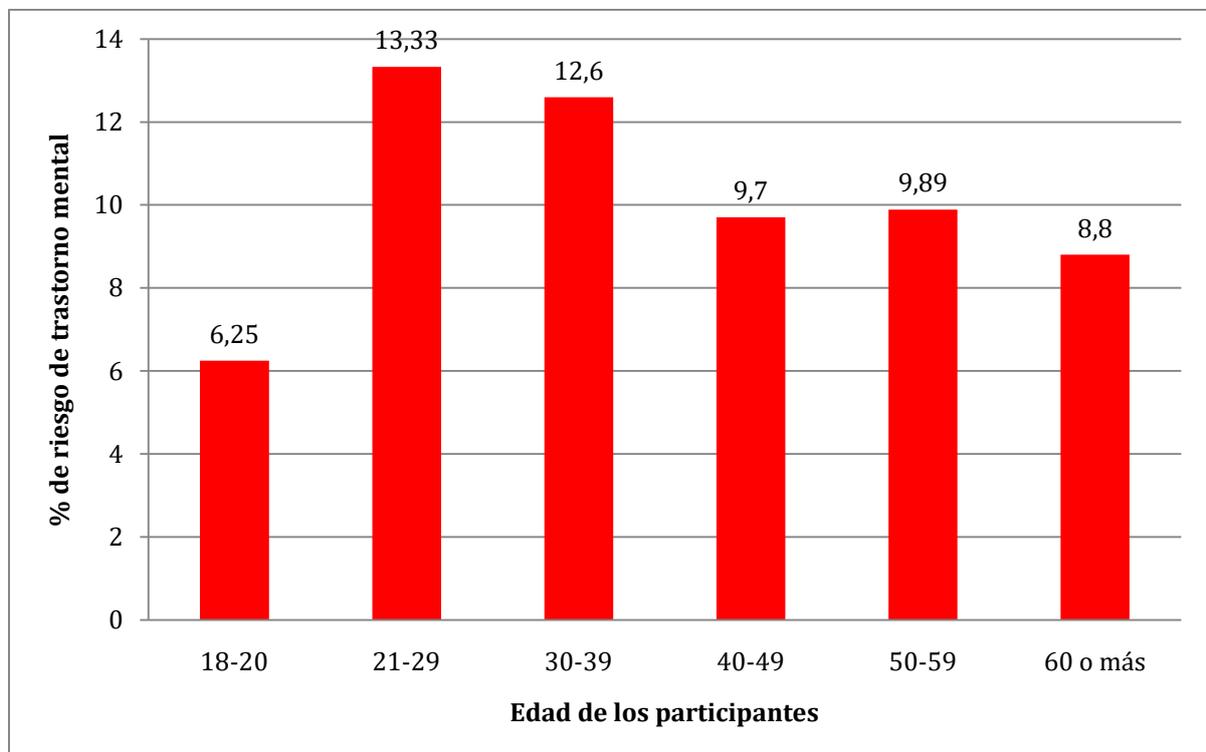


Gráfico 1. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental según edad. TM: trastorno mental.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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**. Por su parte, los participantes de menor edad presentan mayor sintomatología psicológica inespecífica.



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

El 48,64% de los participantes presentaron niveles de ansiedad entre moderada y severa (OASIS \geq 10 puntos brutos) y el 40,27% de los participantes presentaron niveles de depresión entre moderada y severa (ODSIS \geq 10 puntos brutos).

Los participantes que se perciben de sectores de menor ingreso económico obtuvieron puntajes más altos en las escalas de ansiedad ($F(2, 4820) = 66.007, p < .001$). Además, los análisis post hoc mediante la prueba de Tukey indicaron que los participantes de clase baja reportaron significativamente mayores niveles de ansiedad ($M = 11.24, DT = 4.86$) en comparación con aquellos de clase media ($M = 9.76, DT = 4.37$) y clase alta ($M = 9.43, DT = 4.42$). No se observaron diferencias significativas entre la clase media y la clase alta.

Asimismo, los participantes que se perciben de sectores de menor ingreso económico obtuvieron puntajes más altos en las escalas de depresión ($F(2, 4820) = 68.681, p < .001$). También, los análisis post hoc mostraron que los participantes de sector socioeconómico bajo presentaron niveles significativamente más elevados de depresión. De manera similar a los resultados en OASIS, no se encontraron diferencias significativas entre la clase media y la clase alta).

Se observaron diferencias significativas en la sintomatología ansiosa en función de la edad ($F(5, 4817) = 36.983, p < .001$). Los análisis post hoc revelaron que los niveles de ansiedad fueron significativamente más elevados en los adultos jóvenes en comparación con los adultos mayores. De manera similar, se encontraron diferencias en la sintomatología depresiva ($F(5, 4817) = 20.521, p < .001$). Los participantes más jóvenes presentaron niveles más altos de depresión en comparación con los mayores de 60 años.

En resumen, los participantes más jóvenes y los participantes de sectores socioeconómicos más bajos obtuvieron puntajes más altos en las escalas de ansiedad y depresión. Es decir, **a menor nivel socioeconómico y menor edad, mayor ansiedad y depresión.**



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. Por su parte, los participantes de menor edad, presentaron mayores puntajes en la RASS. Es decir, **a menor nivel socioeconómico y menor edad, mayor riesgo suicida.**



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 35,80% dialoga con amigos/as, el 22,16% practica el rezo, el 21,97% recurren a un profesional psicólogo/a, el 21,21% toma medicación, el 16,44% hace deporte, sin especificar cuál, el 4,37% consume alcohol.** Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

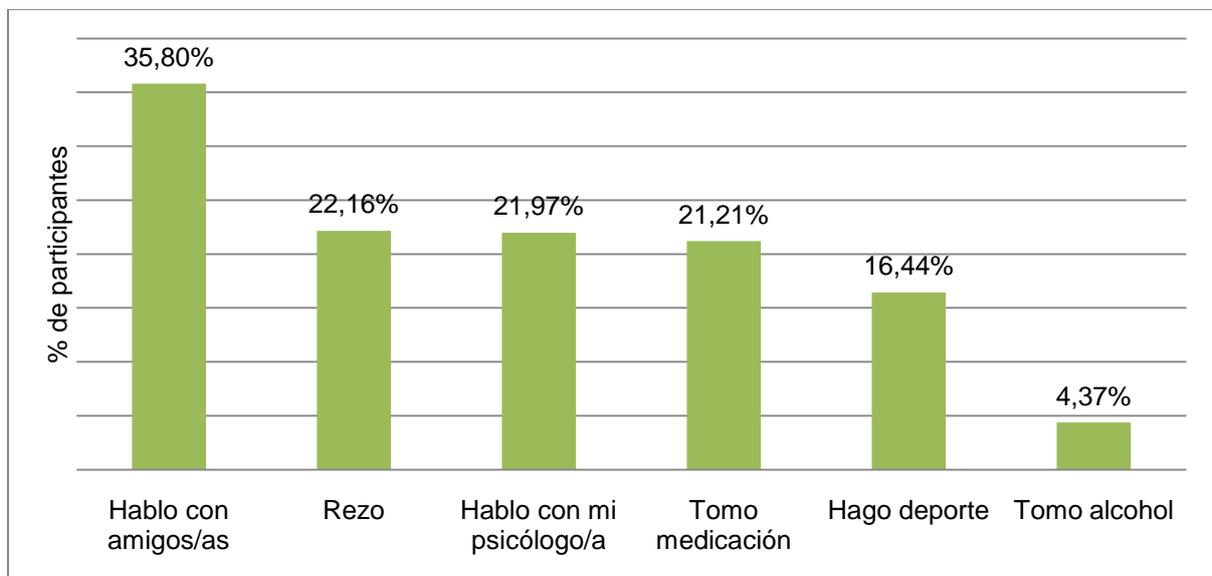


Gráfico 5. Conductas frente al malestar psicológico (ordenadas por cantidad de participantes).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Acceso a tratamiento psicológico

Al preguntar directamente si se encuentran en tratamiento psicológico, el 26,07 % de los participantes contesta que sí. De estos participantes, el 62,6 % realiza su tratamiento psicológico en modalidad presencial mientras que el 37,44 % lo hace a distancia (terapia sincrónica online). De los 3566 participantes que reportan no encontrarse en tratamiento psicológico, **el 55,32% considera necesitar un tratamiento psicológico** y el 27,34 % dice no necesitarlo.

De quienes informan necesitar un tratamiento psicológico, se registran diferentes impedimentos para acceder al mismo. **El 39,72% reporta 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.

Sueño

Los participantes debían elegir la frase que mejor describa cómo duerme habitualmente. El 60,46% de los participantes (N=2915) considera tener dificultades frecuentes y ocasionales para dormir. Solamente el 20,32% de los participantes (N=980) informó no tener problemas al dormir.

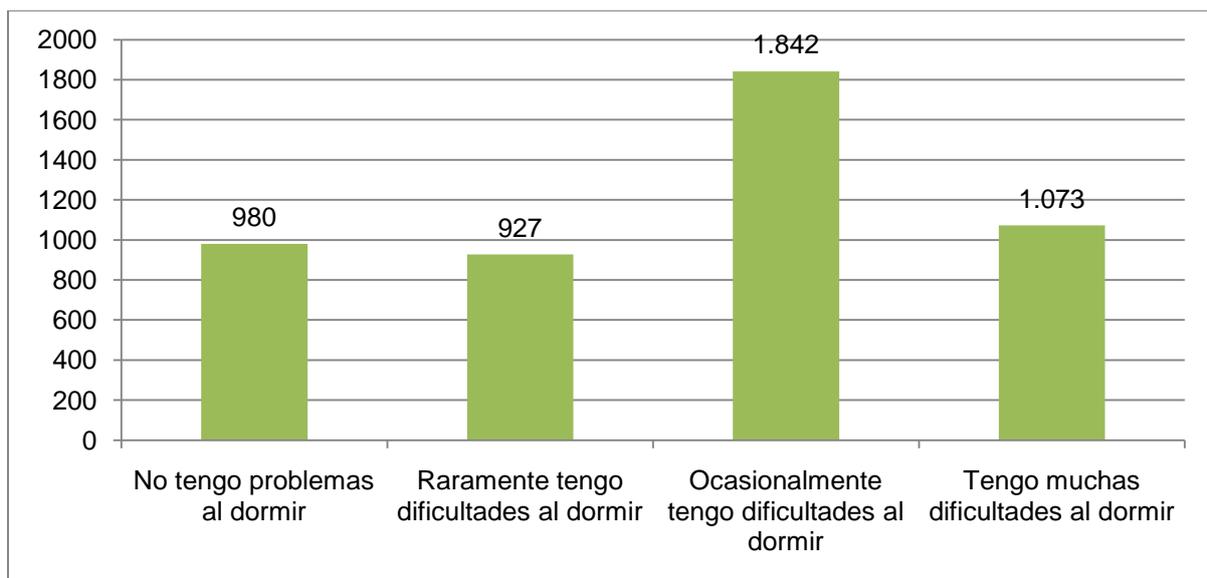


Gráfico 2. Participantes con alteraciones del sueño y participantes que no registraron dificultades para dormir.



Vida sexual

Con respecto al nivel de satisfacción sexual, el 15,26 % de los 4822 participantes se encuentra muy satisfecho, el 14,61 % algo satisfecho, el 44,69 % ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 11,19 % algo insatisfecho y el 14,24 % muy insatisfecho.

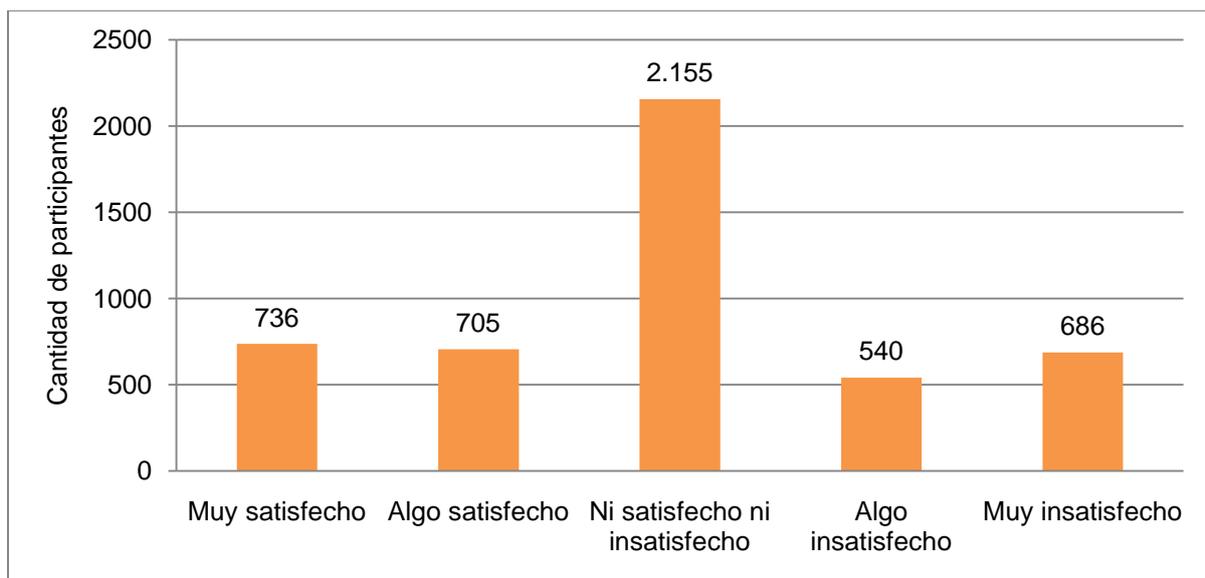


Gráfico 3. Grados de satisfacción sexual de los participantes.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Actividad física

El 56% de los participantes realiza actividad física mientras que el restante 44 % informa no realizarla.

Se observaron diferencias en sintomatología ansiosa (OASIS) y depresiva (ODSIS) según los participantes realizaran o no actividad física. Las diferencias fueron significativas en la sintomatología ansiosa según la práctica de actividad física ($F(1, 4821) = 118.222, p < .001$). Los participantes que no realizaban actividad física presentaron mayores niveles de ansiedad ($M = 11.22, DT = 5.04$) en comparación con aquellos que sí realizaban ejercicio ($M = 9.77, DT = 4.24$).

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva ($F(1,4821) = 197.849, p < .001$). Los individuos que no realizan actividad física reportaron niveles más altos de depresión ($M = 10.65, DT = 5.41$) en comparación con quienes sí lo hacían ($M = 8.66, DT = 4.4$).

En resumen, **la actividad física se asocia con menores niveles de ansiedad y depresión.**



Crisis

El **51,14 %** de los participantes considera que se encuentra atravesando una crisis. Solamente 1009 participantes informaron el tipo de crisis que se encuentra atravesando. De ellos, el **45,09 %** mencionó una crisis familiar, el **45 %**, una crisis económica (por ejemplo, ingresos bajos, deudas) y el **38,55 %**, una crisis vital. Luego se mencionaron: crisis de pareja, duelo, vocacional, identidad, por violencia de diferentes tipos (familiar, género, laboral) y migración. Los datos pueden verse en el siguiente gráfico. Los participantes podían elegir más de una opción.

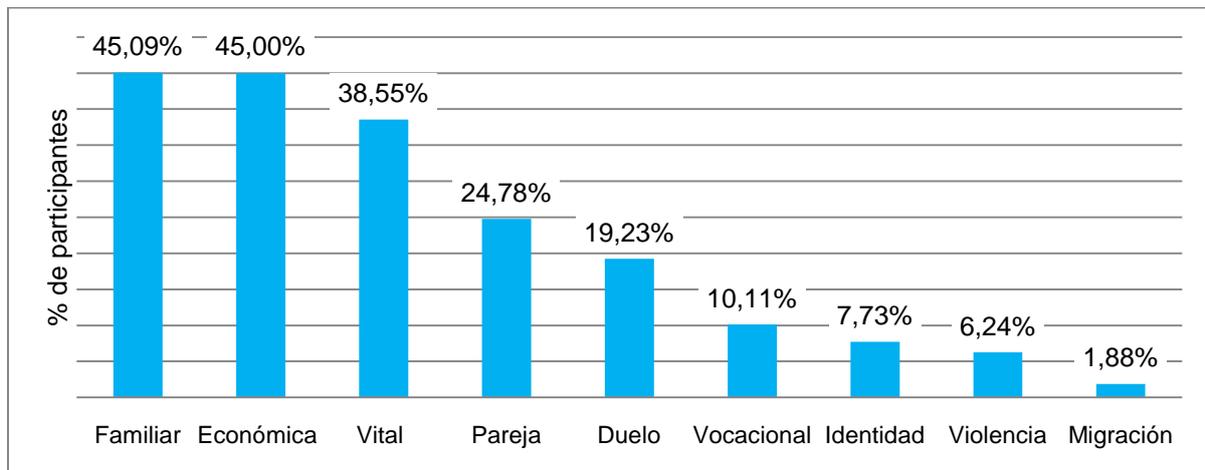


Gráfico 4. Tipos de crisis vital reportados por los participantes.

Medicación

De los 4822 participantes de este estudio, el 49,11 % toma medicación por un problema clínico (por ejemplo, hipertensión), el 24,90 %, para dormir, el 22,60 % para disminuir la ansiedad, el 16,52 % para mejorar su estado de ánimo, el 16,25 % para relajarse y el 7,80% para manejar sus “nervios”. El 5,43 % toma medicación sin receta. Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

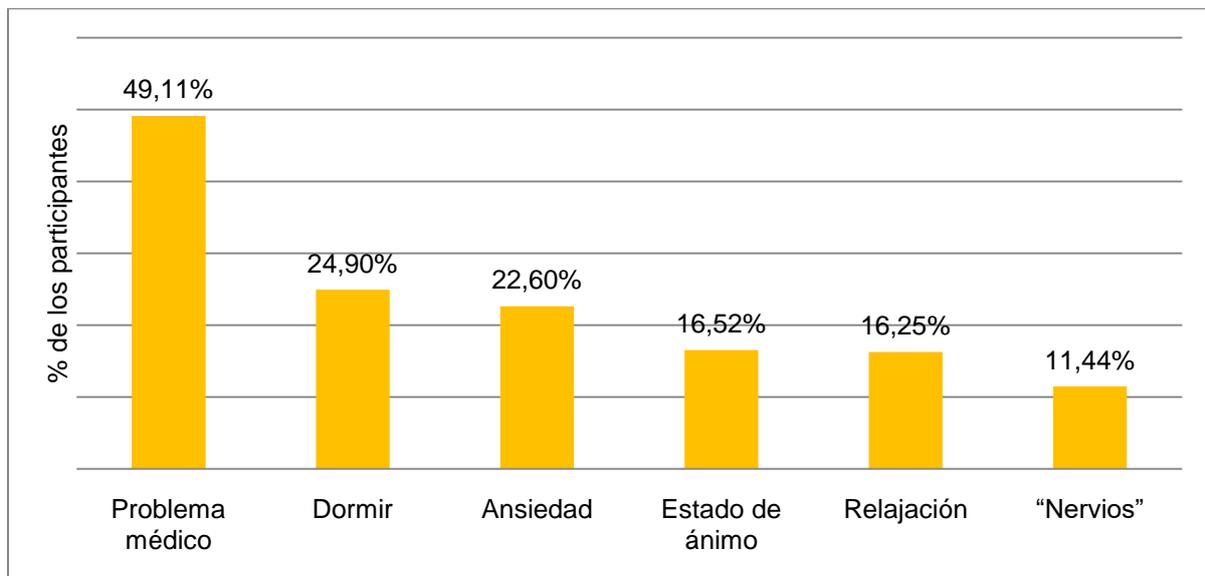


Gráfico 6. Motivos por los cuales los participantes toman medicación.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Drogas y alcohol

El 25,1 % de los participantes informa consumir alcohol y el 3,90 %, consumir drogas. El 5,93 % de quienes consumen alcohol, considera que tiene un problema con el consumo del alcohol.

Dentro de quienes reportan consumir drogas, la marihuana es consumida por el 74,05 %, la cocaína por el 10,81 %, MDMA por el 1,62 %, otras drogas por el 24,86 %. El 14,89 % de quienes consumen drogas considera tener un problema con las drogas.

Discusión

El **8,7% 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% (alcanzando 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**. Si se toma de referencia la media de 2020, el porcentaje actual es similar y un poco menor (9.3% durante todo 2020 vs. 8,7% actual). **Se observa una tendencia a la disminución desde el 2023 que podemos valorar positivamente.**

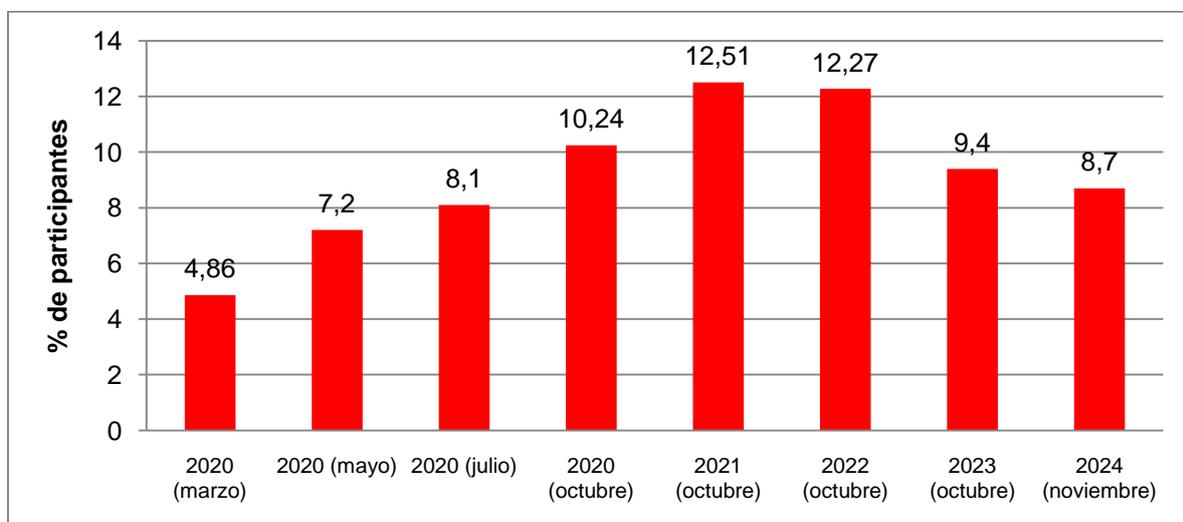


Gráfico 7. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental, desde el año 2020 (varios períodos) al 2024.

Nuestros estudios (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c y 2020d, 2021, 2022, 2023) han demostrado de manera consistente que en nuestro país las personas con menores recursos presentan mayores niveles de malestar global, así como una mayor sintomatología ansiosa, depresiva y un riesgo suicida elevado. La pobreza suele estar vinculada con el acceso limitado a servicios de salud, tratamiento psicológico y medicamentos, lo que dificulta el abordaje de los problemas de salud mental. Además, el estrés crónico derivado de la inestabilidad económica, la inseguridad habitacional y la preocupación constante por la



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



satisfacción de necesidades básicas contribuye al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión.

Asimismo, las personas en situación de pobreza pueden verse afectadas por la estigmatización social, lo que impacta negativamente en su autoestima y bienestar emocional. Condiciones de vivienda inadecuadas y entornos insalubres también influyen en el deterioro de la salud mental, al igual que la falta de acceso a una educación de calidad, que limita las oportunidades laborales y perpetúa el ciclo de pobreza. Además, la exposición a contextos de alta vulnerabilidad suele estar asociada con mayores niveles de violencia y trauma, lo que puede generar efectos adversos en la salud mental. En la infancia, estos factores incrementan el riesgo de desarrollar trastornos internalizantes y externalizantes (Keyes et al., 2012).

Un análisis de los datos del Lehigh Longitudinal Study, con un seguimiento de 30 años en Pennsylvania, reveló que quienes sufrieron maltrato infantil reportaron en la adultez mayores niveles de síntomas depresivos, ansiosos y disfuncionalidad asociada a problemas de salud mental y física (Herrenkohl et al., 2013). A nivel global, Ridley, Rao, Schilbach y Patel (2020) encontraron que las poblaciones más pobres tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de experimentar ansiedad y depresión, independientemente de si residen en países de altos, medianos o bajos ingresos. Según su modelo bidireccional, así como los trastornos mentales disminuyen el desempeño y aumentan el riesgo de desempleo, las intervenciones psicológicas pueden mejorar las oportunidades económicas. En este sentido, una población con mejor salud mental es también una población más productiva.

EL 60,46 % de los participantes informa tener insomnio o dormir menos de lo habitual. Este porcentaje es mayor que el registrado en nuestros estudios previos: 41,13 % en marzo de 2020; 48,60 % en mayo de 2020; 46,54 en julio de 2020; 51,78 en octubre de 2020; 57,55 en 2021; 60 en 2022 (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2021, 2022). El insomnio y las alteraciones del sueño figuran entre las problemáticas más importantes y afectan a uno de los pilares de la salud física y mental (junto a la actividad física y la dieta). Es llamativo que haya descendido el riesgo de trastorno mental mientras las personas duermen cada vez menos. Sobre todo este segmento de la población ha aumentado significativamente a través



de los años: pasó del 10,53 % de los participantes en marzo de 2020 a 38,20% en este estudio (ver barras verdes en el gráfico a continuación).

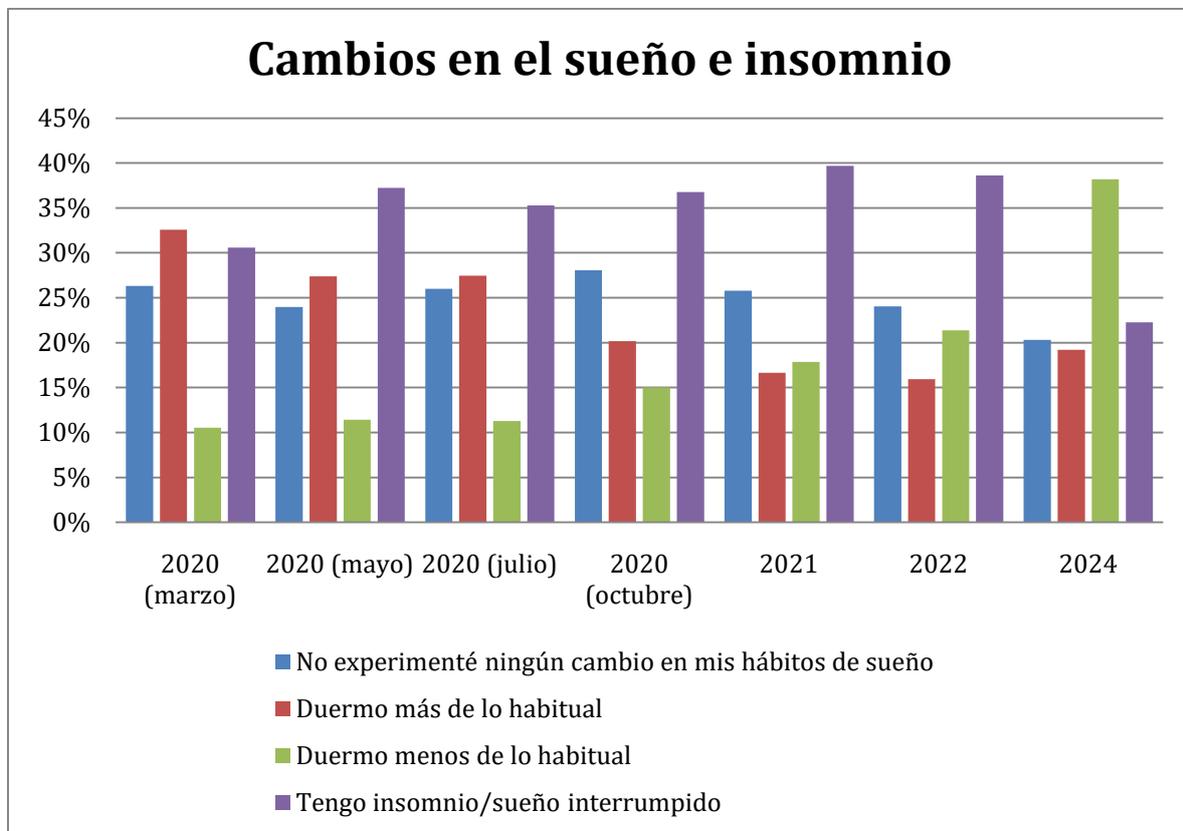


Gráfico 8. Porcentaje de participantes con cambios en el sueño y/o insomnio, desde el año 2020 (varios períodos) al 2024. El año 2023 no figura porque se tomó otra medida de sueño.

El 51,14 % de los participantes percibe que está atravesando una crisis, siendo aquellas de índole familiar y económica las más mencionadas. Estas dos dimensiones de crisis suelen estar interrelacionadas, ya que las dificultades económicas pueden generar conflictos familiares, mientras que situaciones familiares complejas (como divorcios conflictivos, disputas por la tenencia de hijos o la necesidad de sostener múltiples hogares) pueden agravar la estabilidad económica. Estas circunstancias no solo generan costos materiales, sino también un alto impacto emocional tanto en adultos como en menores, quienes requieren un entorno seguro y estable para su desarrollo.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



En nuestro informe previo (Etchevers et al., 2023), las crisis económicas estaban en primer lugar también. Una revisión sistemática de 19 estudios sobre el impacto de las crisis económicas en la salud de los trabajadores (Mucci et al., 2016) encontró que todos los estudios analizados identificaron las crisis económicas como un factor de estrés significativo con consecuencias negativas para la salud mental. Asimismo, diversas investigaciones han explorado la relación entre crisis económicas severas, depresión y suicidio. Chang et al. (2013), al analizar datos de población mayor de 15 años en 54 países tras la crisis económica de 2008, hallaron un aumento en las tasas de suicidio, especialmente entre los hombres, siendo más pronunciado en aquellos países que experimentaron mayores niveles de desempleo.

El 55,32% de quienes no están en tratamiento psicológico considera que lo necesita. Como han señalado estudios previos (Etchevers et al., 2020, 2021, 2022, 2023), las dificultades económicas representan una barrera significativa para el acceso a tratamientos psicológicos. Esto implica que las personas con mayor vulnerabilidad a padecer trastornos mentales suelen ser quienes enfrentan mayores obstáculos para recibir atención adecuada.

Argentina cuenta con una alta proporción de psicólogos por habitante (Alonso & Klinar, 2016) y fue pionera en Latinoamérica en la profesionalización y aplicación de enfoques psicológicos avanzados desde principios del siglo XX. Sin embargo, los indicadores actuales no reflejan la prosperidad de aquellos años. Entre las posibles explicaciones se encuentran la falta de coordinación entre organismos en la recopilación y análisis de datos, así como la dificultad de acceso a nuevas tecnologías en salud mental, diseñadas para ampliar la disponibilidad y diseminación de tratamientos psicológicos (Garay & Celleri, 2022).

Desde una perspectiva cultural, Argentina presenta una valoración positiva respecto a la psicoterapia (Aafjes-van Doorn et al., 2020). A diferencia de otros contextos, la consulta psicológica no suele estar estigmatizada ni generar discriminación hacia los usuarios, lo que representa una oportunidad para fortalecer políticas de salud mental. A pesar de la falta de financiamiento en investigación, muchos profesionales argentinos mantienen vínculos de cooperación con centros de referencia en salud mental, lo que sugiere que existen recursos estratégicos disponibles para mejorar la situación.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Nuestros estudios destacan que el estado emocional de la población argentina, especialmente el de los jóvenes —sector más afectado por la pobreza— requiere políticas activas de salud mental. Estas deben incluir promoción de conductas saludables, mayor acceso a tratamientos psicológicos y reducción de comportamientos problemáticos.

Se ha enfatizado a nivel global la consigna “Sin salud mental no hay salud”, destacando la interdependencia entre la salud mental y física. Esta relación influye en el bienestar individual y en áreas clave como las relaciones interpersonales, sociales, laborales y familiares. Una buena salud mental permite manejar el estrés de manera efectiva, favorece interacciones sociales y familiares saludables y contribuye a un entorno laboral positivo. En contraste, los trastornos de salud mental pueden impactar negativamente en estos ámbitos, generando conflictos interpersonales, dificultades laborales y problemas en la dinámica familiar (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 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., Spiegelhalter, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.014>

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/>

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. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019>

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>

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.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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.

Hosseinpour, A. R., Bergen, N., Kirkby, K., & Schlottheuber, 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. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.08.010>

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>

Morin, C. M., Carrier, J., Bastien, C., Godbout, R., & Canadian Sleep and Circadian Network (2020). Sleep and circadian rhythm in response to the COVID-19 pandemic. *Canadian*



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



journal of public health = Revue canadienne de sante publique, 111(5), 654–657. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00382-7>

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*.

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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



48 440 adult patients. *British journal of sports medicine*, 55(19), 1099-1105.
<https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104080>

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>

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>