



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

Relevamiento del estado psicológico de la población argentina

Diciembre de 2022



.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 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., & Grasso, J. (2022). 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, Grasso J, Relevamiento del estado psicológico de la población argentina [Internet]. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (Argentina); 2022 [actualizado 18 diciembre 2022; citado *FECHA CORRESPONDIENTE EN MISMO FORMATO*]. Disponible en: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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

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 se mantiene respecto de los niveles de 2021 y es superior a los niveles del inicio de la pandemia.
2. Los niveles de sintomatología ansiosa, depresiva y riesgo suicida son mayores en personas más jóvenes y con un estatus socioeconómico autopercebido menor.
3. El estado de salud mental requiere políticas de monitoreo, detección precoz e intervención.
4. La actividad física y la práctica del yoga se asocian a menor sintomatología psicológica, ansiosa y depresiva.
5. El consumo de drogas y tabaco se asocian a mayor sintomatología psicológica y riesgo suicida.
6. Las personas perciben la necesidad de tratamientos psicológicos e informan no tener acceso a los mismos por carecer de medios económicos.
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 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. 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 2295 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 12,27% de los participantes presentaron riesgo de padecer un trastorno mental y fue significativamente mayor en quienes se autoperciben de sectores socioeconómicos bajos ($X^2=48.430$, $gl=2$, $p < .001$) y de menor nivel educativo ($X^2=40.674$, $gl=7$, $p < .001$). Estos participantes presentaron significativamente niveles más altos del Índice de Severidad Global (GSI) ($F=74.003$, $p < .001$ y $F=14.148$, $p < .001$ respectivamente). Los más jóvenes presentaron puntajes significativamente mayores de severidad global ($F=58.098$, $p < .001$). El 54,55% de los participantes informó que se encuentra atravesando una crisis y de ellos, el 49,44% mencionó una crisis económica. El 23,70% ($n=544$) de los participantes informó recibir tratamiento psicológico y de los que no, el 56,54% ($n=990$) consideró necesitarlo. El 55,21% ($N=1267$) de los participantes informó no realizar actividad física y reportó mayores niveles de sintomatología psicológica general ($t=-11.793$; $p < .001$), mientras que aquellos realizan actividad física (44,79% del total) mostraron menores niveles de ansiedad ($t=-8.206$, $p < .001$) y menores niveles de depresión ($t=-10.861$; $p < .001$). El 30,46 % ($n=699$) de los participantes reportó consumir tabaco y mostró mayores niveles de sintomatología



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



general ($t=4.356$; $p<.001$), ansiosa ($t=4.741$; $p<.001$) y depresiva ($t=5.516$; $p<.001$). El 9,06% ($n=208$) reportó consumir otras drogas y mostraron mayores niveles de sintomatología psicológica general (GSI) ($t=3.257$; $p<.001$), ansiosa ($t=3.849$; $p<.001$) y depresiva ($t=4.231$; $p<.001$).

Conclusiones. La muestra presenta elevados 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, que se autoperceben de sectores socioeconómicos bajos, informan menor nivel educativo. La actividad física se asocia con menor sintomatología y por el contrario el consumo de drogas tabaco con mayor sintomatología. 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. The aim of this study was to know the psychological state of the Argentine population. The evaluation of general and nonspecific psychological symptoms, anxiety and depressive symptoms 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 2295 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) and ad-hoc questionnaires.

Results. 12.27% 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 ($X^2=48.430$, $gl=2$, $p < .001$) and with a lower educational level ($X^2=40.674$, $gl =7$, $p < .001$). These participants presented significantly higher levels of the Global Severity Index (GSI) ($F=74.003$, $p < .001$ and $F=14.148$, $p < .001$ respectively). The younger ones had significantly higher global severity scores ($F=58.098$, $p < .001$). 54.55% of the participants reported that they are going through a crisis and of these, 49.44% mentioned an economic crisis. 23.70% ($n=544$) of the participants reported receiving psychological treatment and of those who did not, 56.54% ($n=990$) considered they needed it. 55.21% ($N=1267$) of the participants reported not engaging in physical activity and reported higher levels of general psychological symptoms ($t=-11,793$; $p < .001$), while those engaged in physical activity (44.79% of the total) showed lower levels of anxiety ($t=-8.206$, $p<.001$) and lower levels of depression ($t=-10.861$; $p<.001$). 30.46% ($n=699$) of the participants reported consuming tobacco and showed higher levels of general symptoms ($t=4.356$; $p<.001$), anxious symptoms ($t=4.741$; $p<.001$) and depressive symptoms ($t= 5.516$, $p<.001$). 9.06% ($n=208$) reported consuming other drugs and showed



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



higher levels of general psychological symptoms (GSI) ($t=3.257$; $p<.001$), anxious symptoms ($t=3.849$; $p<.001$) and depressive symptoms ($t=4.231$; $p<.001$).

Conclusions. The sample presents high 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 younger participants, who perceive themselves to be from low socioeconomic sectors, report a lower educational level. Physical activity is associated with fewer symptoms and, on the contrary, the consumption of tobacco drugs with greater symptoms. 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

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 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 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 patología y trastornos mentales (Widom et al., 2018).

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) 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 consistió 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. En segundo lugar, se analizó la relación entre síntomas psíquicos, rasgos patológicos de personalidad y conductas vinculadas con hábitos saludables y poco saludables. En tercer término, se indagó 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.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGIA



En el presente informe se presentan 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 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 conductas (cuestionario *ad hoc*) y sintomatología depresiva (ODSIS).
8. Conocer la relación entre conductas (cuestionario *ad hoc*) y riesgo suicida (RASS).

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 2295 casos. En la tabla 1, pueden observarse las características de la muestra.

Edad	N	%
18-20	39	1,7
21-29	266	11,59
30-39	587	25,58
40-49	446	19,43
50-59	410	17,86
60 o más	547	23,83

Género		
Mujeres	1485	64,71
Hombres	802	34,95
Otros	8	0,35

Nivel educativo		
Primario incompleto	24	1,05
Primario completo	347	15,12



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Secundario completo	1157	50,41
Terciario completo	372	16,21
Universitario completo	395	17,21

Sector socioeconómico autopercebido

Baja	1093	47,61
Media	1053	45,87
Alta	150	6,52

Total	2295	100
--------------	-------------	------------

Tabla 1. Características de la muestra.

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

Región Geográfica	N	%
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	282	12,29
Gran Buenos Aires Sur	366	15,95
Gran Buenos Aires Norte	219	9,54
Gran Buenos Aires Oeste	300	13,07
Interior de la Provincia de Buenos Aires	435	18,95
Santa Fe	185	8,06
Córdoba	203	8,85
Mendoza	131	5,71
Tucumán	91	3,97
TOTAL	2295	00

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,



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- (IV) síntomas agorafóbicos,
- (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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



memoria, el apetito (típicamente disminuído pero también puede estar incrementado), el 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 PSICOLOGÍA



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 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	OASIS (<i>Overall Depression Severity and Impairment Scale</i>) es la Escala de Severidad y Limitación General de la Depresión. Este instrumento de 5 ítems. El puntaje máximo es de 20 puntos.

alteraciones del sueño,
del apetito y peso, y el
deseo sexual.

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. Conductas problemáticas	Se consideran problemáticas a conductas tales como el abuso de alcohol, drogas ilegales y tabaco.	Cuestionario <i>ad hoc</i> .
F. 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> .
G. 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

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 los resultados actuales, el 12.27% de la muestra presenta riesgo de padecer un trastorno mental.

En cuanto a las variables sociodemográficas, los participantes que se perciben de sectores socioeconómicos bajos presentan significativamente más riesgo que quienes se perciben de sectores medios y quienes se perciben de sectores altos ($\chi^2=48.430$, $gl=2$, $p < .001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

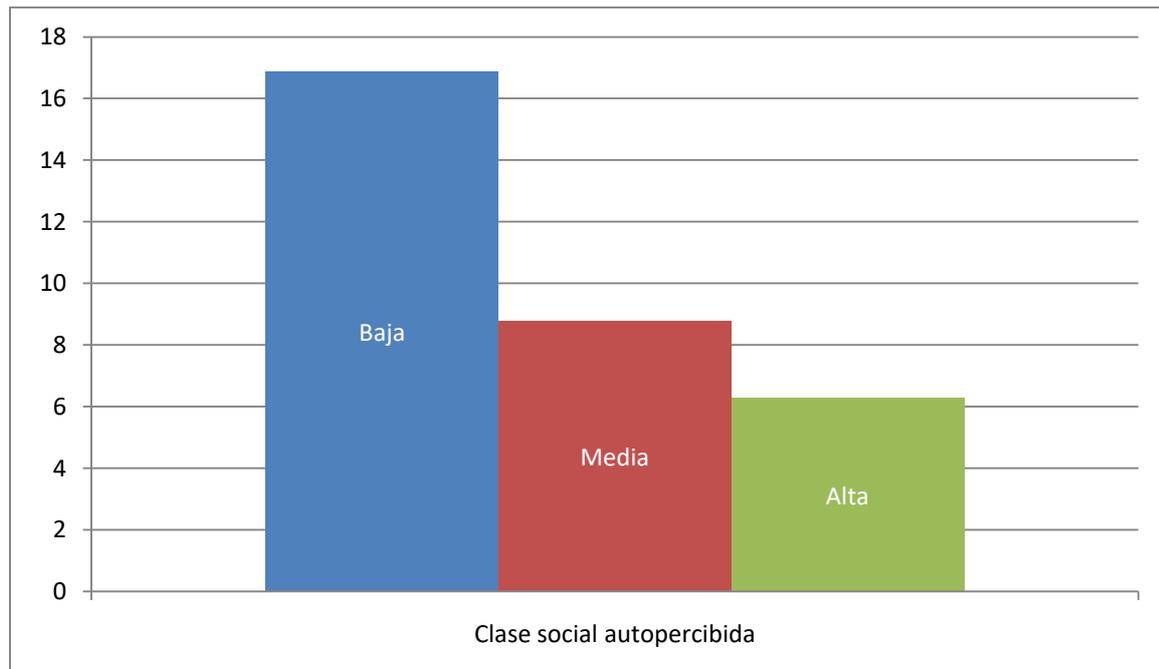


Gráfico 1. Porcentaje de participantes con riesgo de padecer un trastorno mental según clase social autopercebida.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Los participantes con menor nivel educativo, presentaron significativamente mayor riesgo de padecer un trastorno mental ($X^2=40.674$, $gl=7$, $p < .001$).

En cuanto a zona geográfica, los participantes de Mendoza, Tucumán y la zona oeste del Gran Buenos Aires presentaron los niveles de riesgo más elevados de padecer trastornos mentales ($X^2=31.870$, $gl=9$, $p < .001$). No se observaron diferencias por género.

En cuando al GSI, nuevamente quienes se autoperciben de sectores socioeconómicos bajos presentaron significativamente niveles más altos ($F=74.003$, $p < .001$). Los adultos más jóvenes presentaron mayores puntajes de severidad global que los mayores ($F=58.098$, $p < .001$). Quienes reportan un nivel educativo más bajo, presentaron mayores puntajes de severidad global ($F=14.148$, $p < .001$). No se observan diferencias por género.



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Sintomatología ansiosa

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, a medida que tienen más edad los participantes reportaron niveles más bajos de sintomatología ansiosa ($F=45.240$, $p<0.001$).

Asimismo, 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 ($F=29.466$; $p<.001$).



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Sintomatología depresiva

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 mayor edad los participantes reportaron niveles más bajos de sintomatología depresiva ($F=26.020$, $p<.001$).

Asimismo, 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 ($F=40.144$; $p<.001$).



Crisis

El 54,55 % de los participantes considera que se encuentra atravesando una crisis. Dentro de los tipos de crisis que mencionaron los participantes, el 49,44% mencionó una crisis económica. Luego se mencionaron: crisis vital, 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.

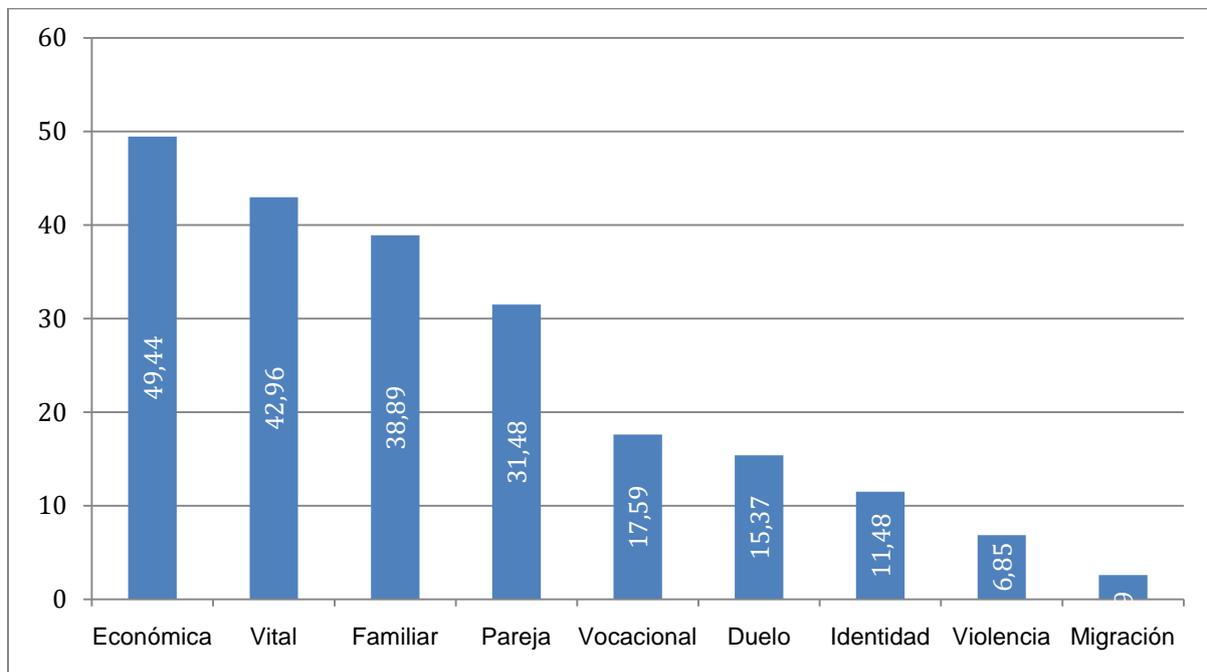


Gráfico. Tipos de crisis vital reportados por los participantes.



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 40,44% dialoga con amigos/as, el 22,61% practica el rezo, el 22,09% recurren a un profesional psicólogo/a, el 21,57% toma medicación, sin especificar cuál, el 18,26% practica un deporte, el 8,89% consume alcohol.** Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

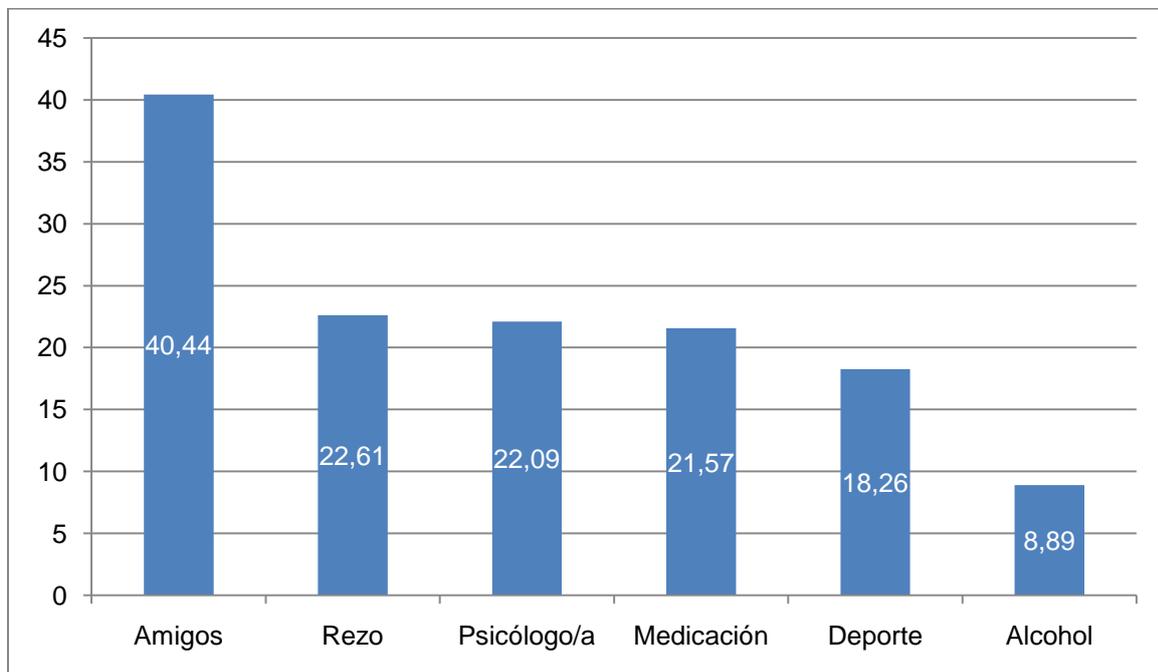


Gráfico. Conductas frente al malestar psicológico (ordenadas por cantidad de participantes).



Acceso a tratamiento psicológico

Al preguntar directamente si se encuentran en tratamiento psicológico, el 23,70% (n=544) de los participantes contesta que sí. De estos 544 participantes, el 63,79% realiza tu tratamiento psicológico en modalidad presencial mientras que el 36,21% lo hace a distancia. De los 1751 participantes que responden que no, **el 56,54% (n=990) considera necesitar un tratamiento psicológico**, 24,67% (n=432) dice no necesitarlo, 11,75% (n=206) dice que lo realizó pero no ayudó y el 7,02% (n=123) dice no creer en la psicología.

De quienes dicen necesitar un tratamiento psicológico, se registran diferentes impedimentos para acceder al mismo. **El 34,75% 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.

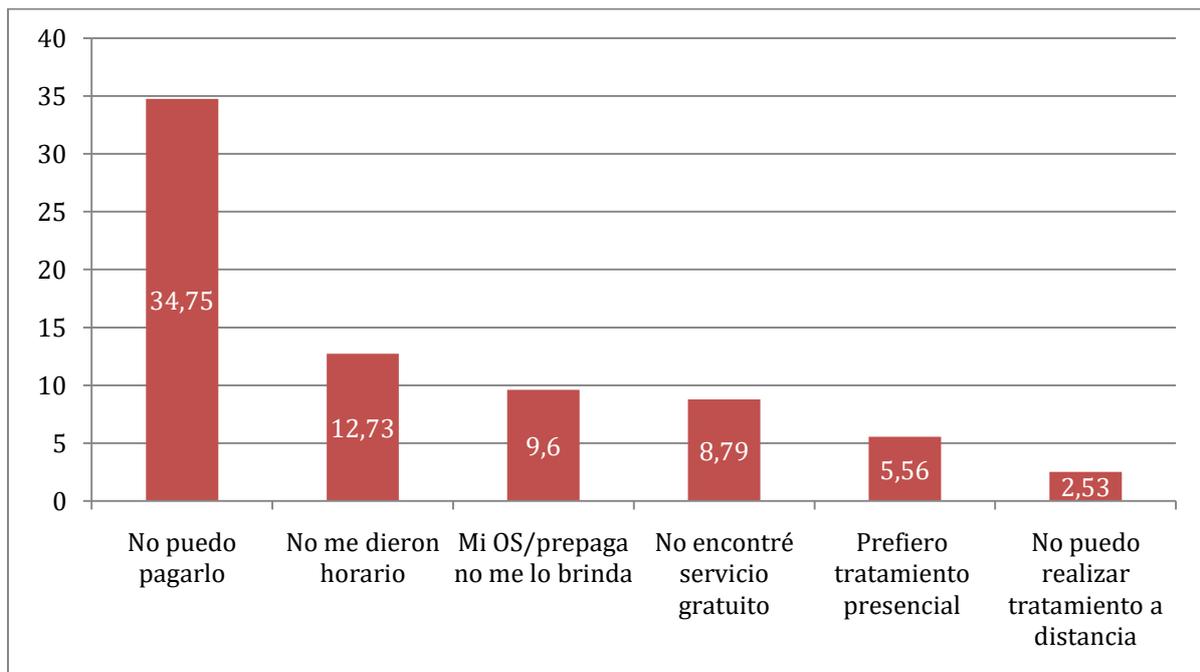


Gráfico. Impedimentos para acceder a un tratamiento psicológico.

Alteraciones del sueño

Del total de 2295 participantes, **el 75,95 % presenta una alteración del sueño de algún tipo**. El 38,61% del total presenta insomnio o sueño interrumpido, el 21,39% duerme menos de lo habitual y el 15,95% duerme más de lo habitual. Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

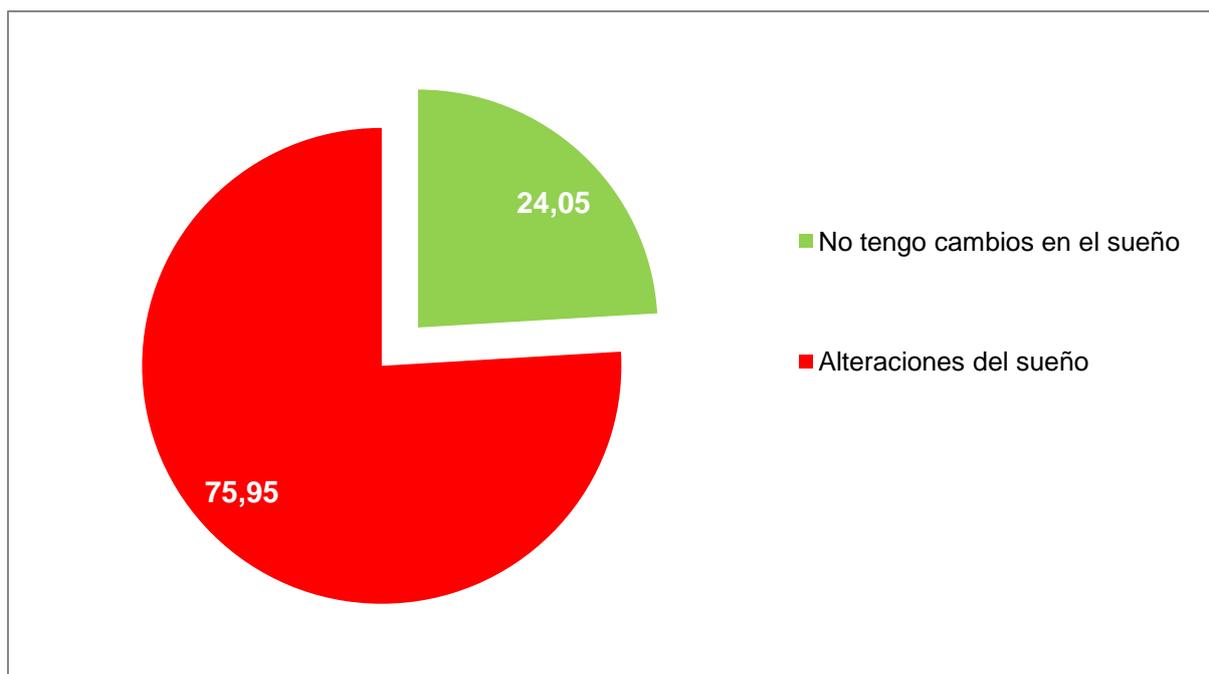


Gráfico. Participantes con alteraciones del sueño y participantes que no registraron cambios en el sueño.



Vida sexual

Con respecto al nivel de satisfacción sexual, el 17,82 % de los 2295 participantes se encuentra muy satisfecho, el 18,74 % algo satisfecho, el 37,62 % ni satisfecho ni insatisfecho, mientras que el 11,59, algo insatisfecho y el 14,34% muy insatisfecho.

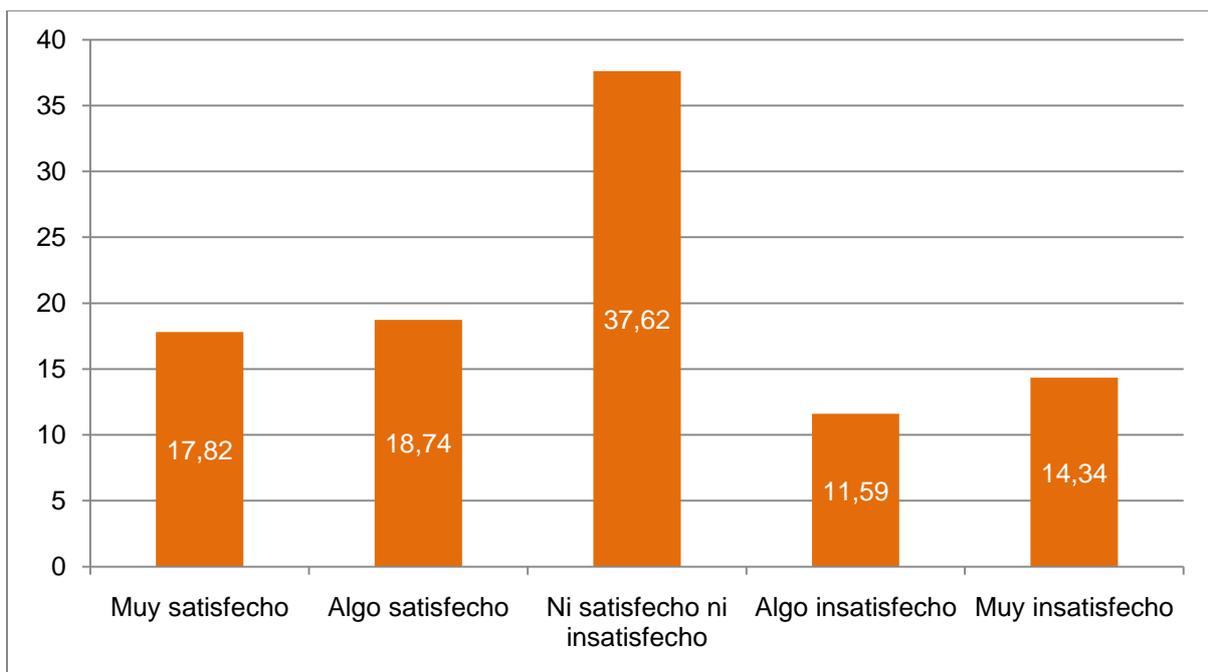


Gráfico. Grados de satisfacción sexual de los participantes.

Actividades

Más de la mitad de la muestra (55,21% a 90,85%) no realiza alguna de las siguientes actividades: actividad física, meditación, práctica religiosa o yoga.

El 55,21% (N=1267) de los participantes informa no realizar actividad física, mientras que el 44,79% sí lo hace. El 26,49% de los participantes informa practicar meditación. El 26,31% de los participantes informa realizar actividades artísticas. El 27,84% de los participantes informa realizar actividades comunitarias. El 21,05% de los participantes informa practicar una religión. El 9,15% de los participantes informa practicar yoga. Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

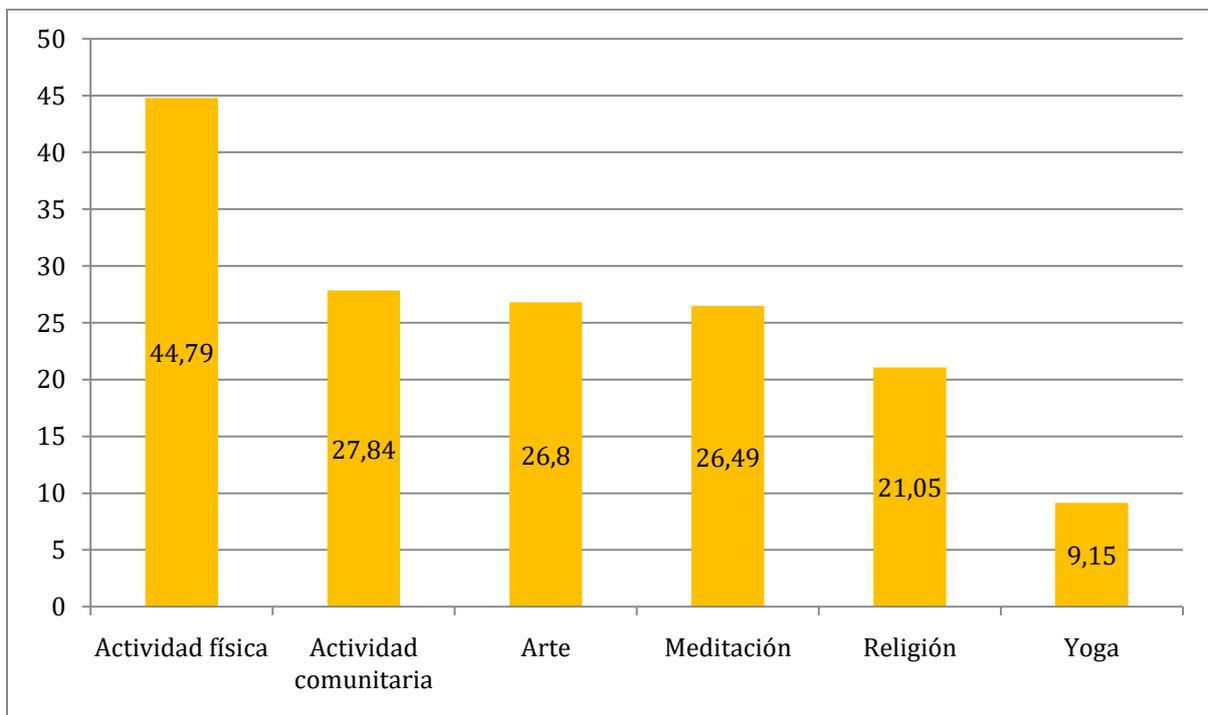
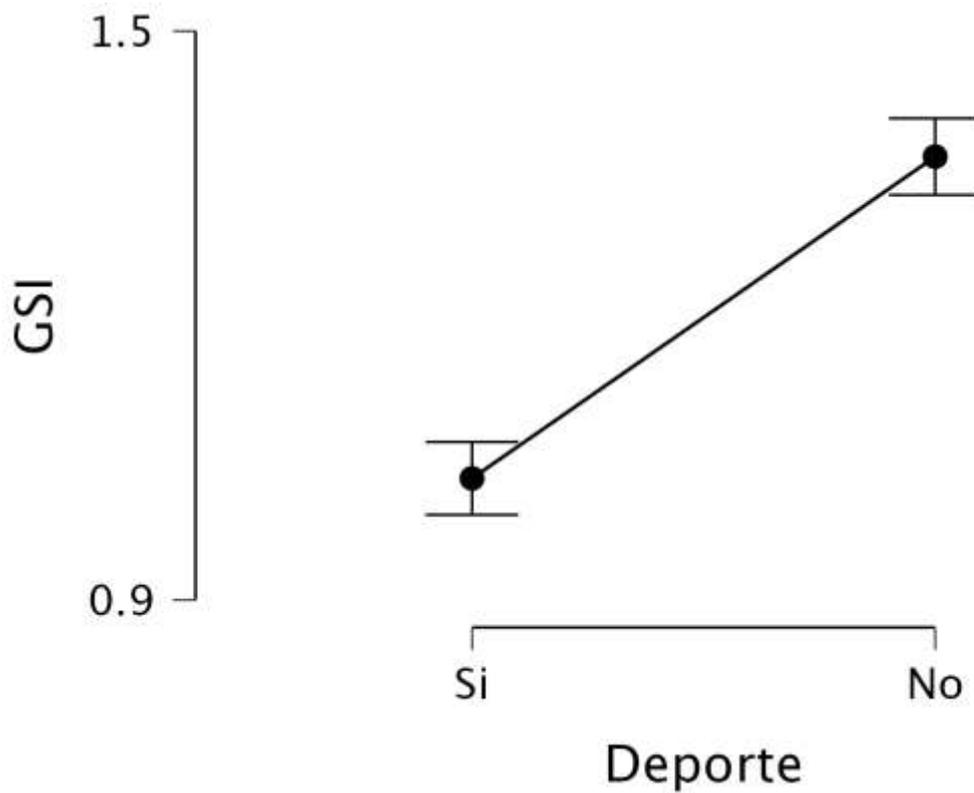
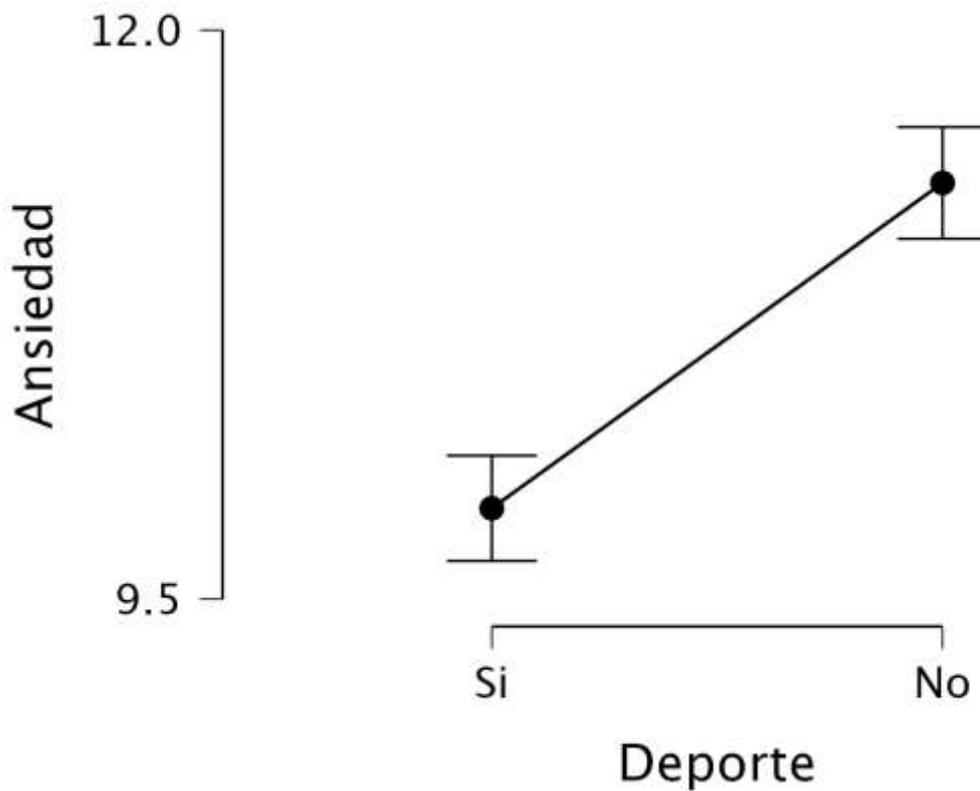


Gráfico. Actividades que realizan los participantes (ordenadas por porcentaje de participantes).

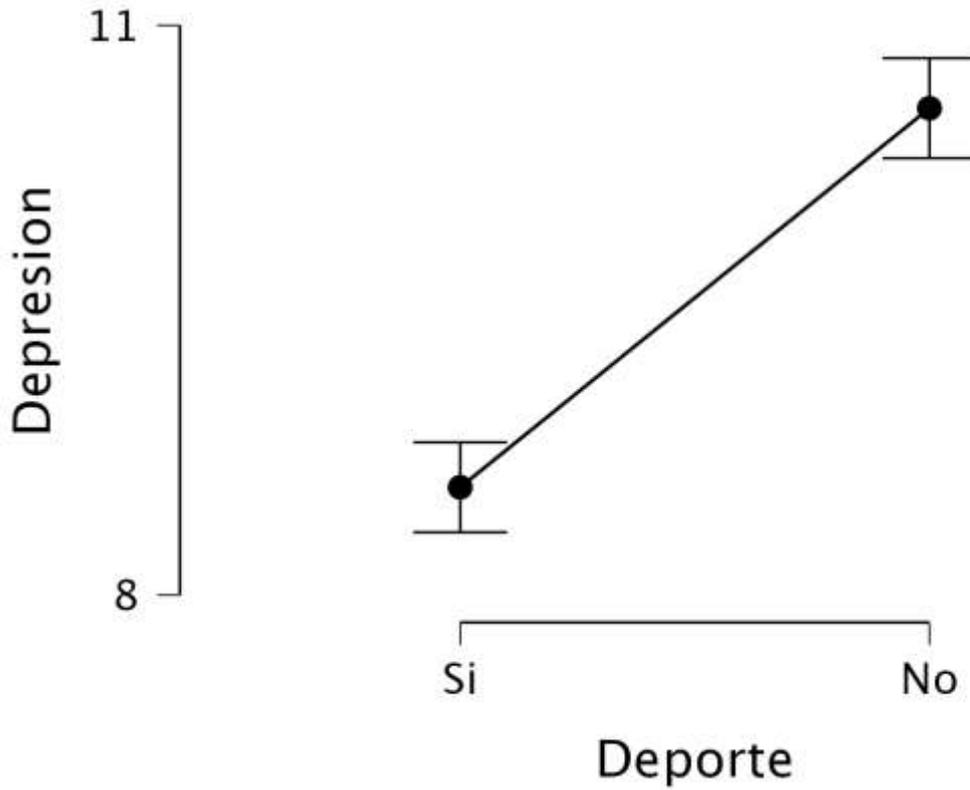
Quienes no realizan actividad física (55,21% del total), reportan mayores niveles de sintomatología psicológica general (GSI) ($t=-11.793$; $p < .001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



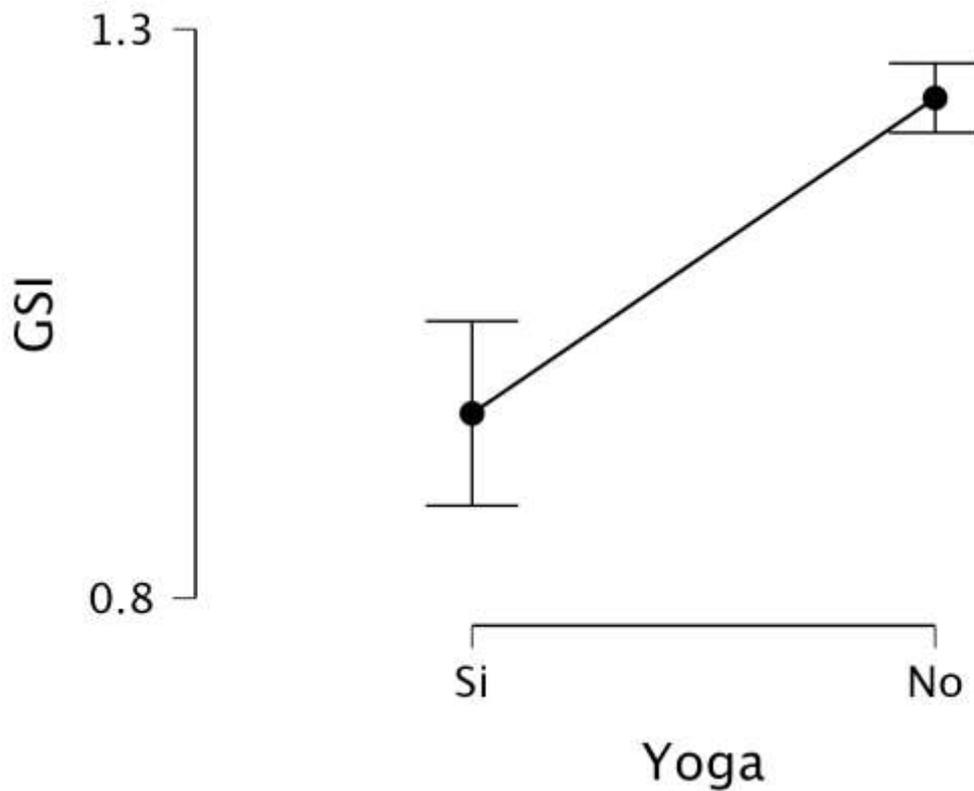
Los participantes que realizan actividad física (44,79% del total) mostraron menores niveles de ansiedad que aquellos que no lo hacen ($t=-8.206, p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



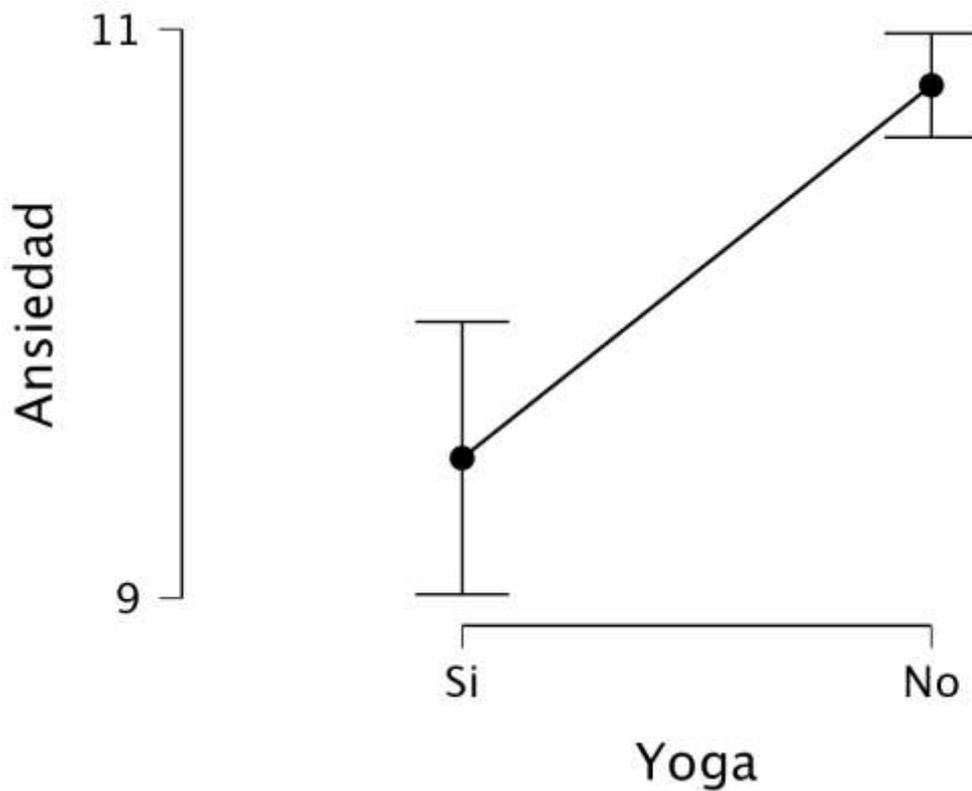
Los participantes que realizan actividad física mostraron menores niveles de depresión que aquellos que no ($t=-10.861$; $p< .001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



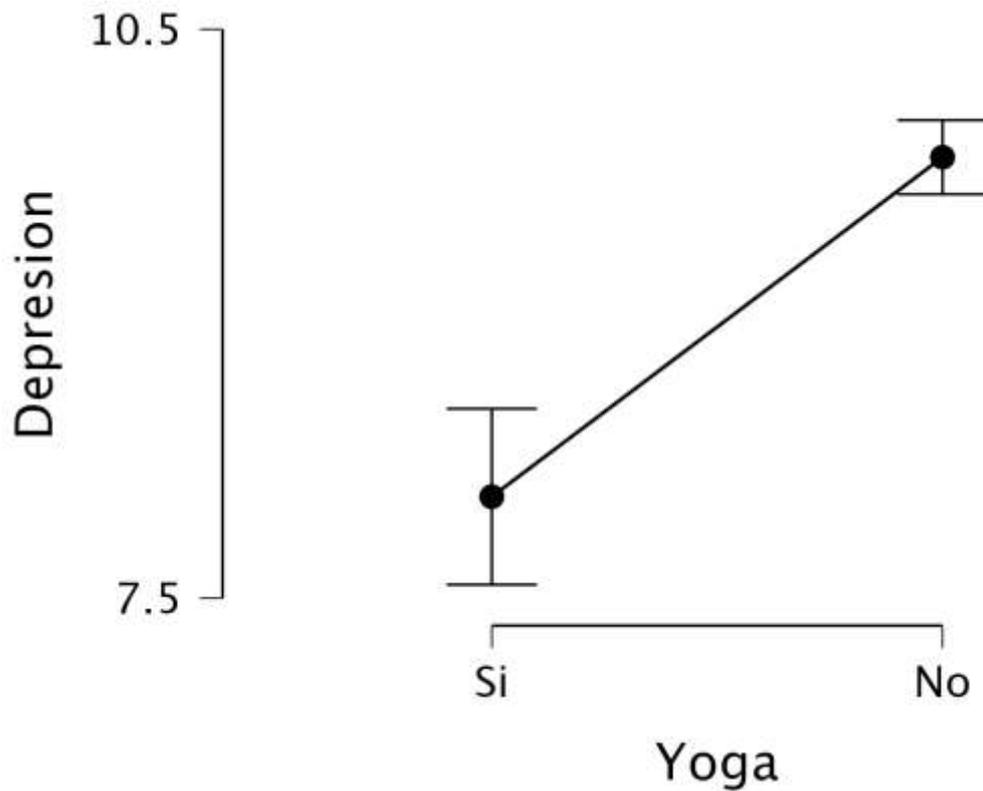
Asimismo, los participantes que practican yoga (9,15% del total), reportan menores niveles de sintomatología psicológica general (GSI) ($t=-5.592$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



Los participantes que informan practicar yoga (9,15% del total) mostraron menores niveles de sintomatología ansiosa que aquellos que no lo practican ($t=-4.408$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



Los participantes que informan practicar yoga (9,15% del total) presentaron menores niveles de sintomatología depresiva que aquellos que no lo practican ($t=-5.671$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



Medicación

De los 2295 participantes de este estudio, el 35,25% toma medicación por un problema clínico (por ejemplo, hipertensión), el 21,26% para disminuir la ansiedad, el 20,04% para dormir, el 16,38% para relajarse, el 13,81% para mejorar su estado de ánimo y el 11,63% para manejar sus "nervios". Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.

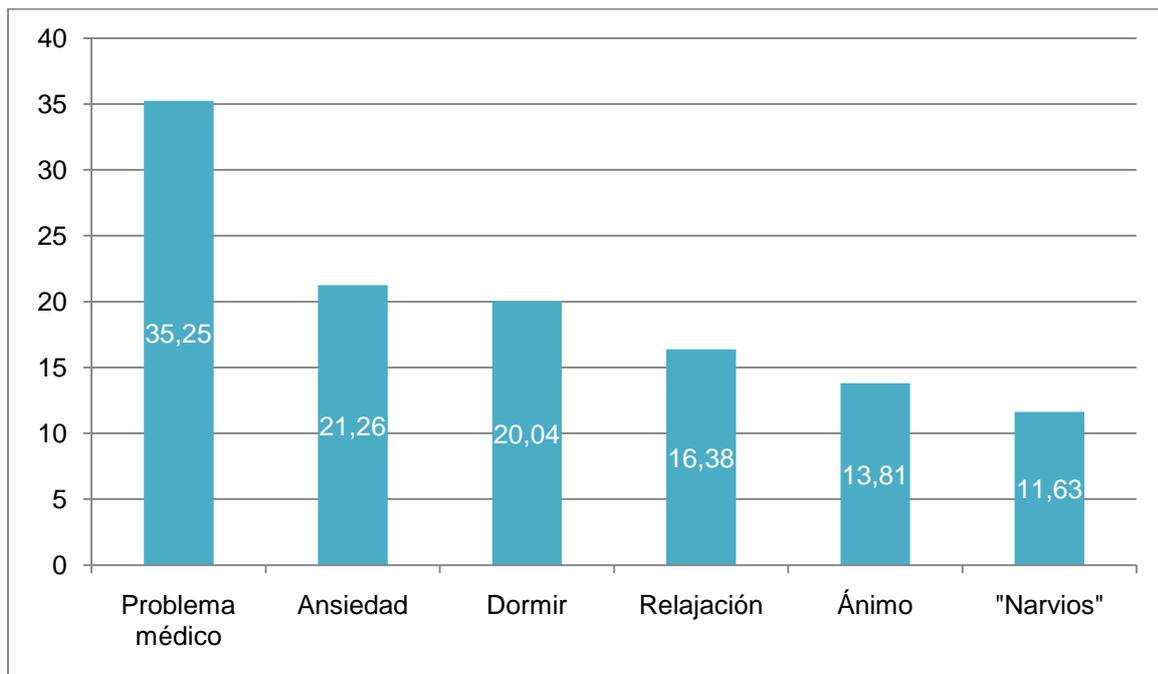


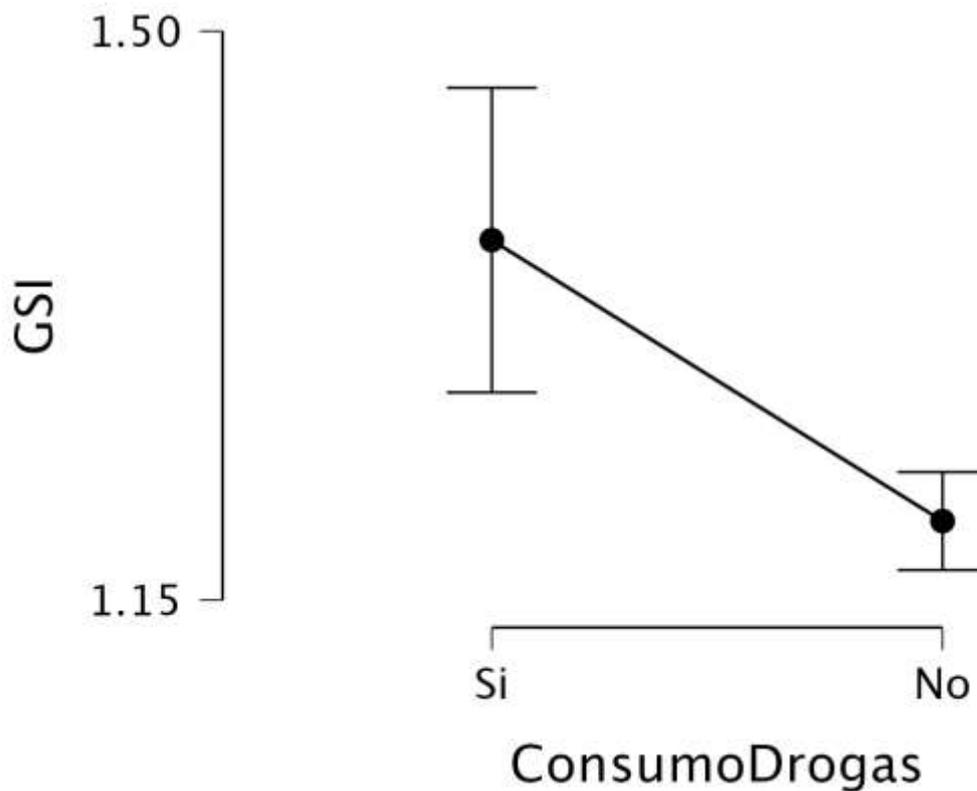
Gráfico. Motivos por los cuales los participantes toman medicación.

Drogas, tabaco y alcohol

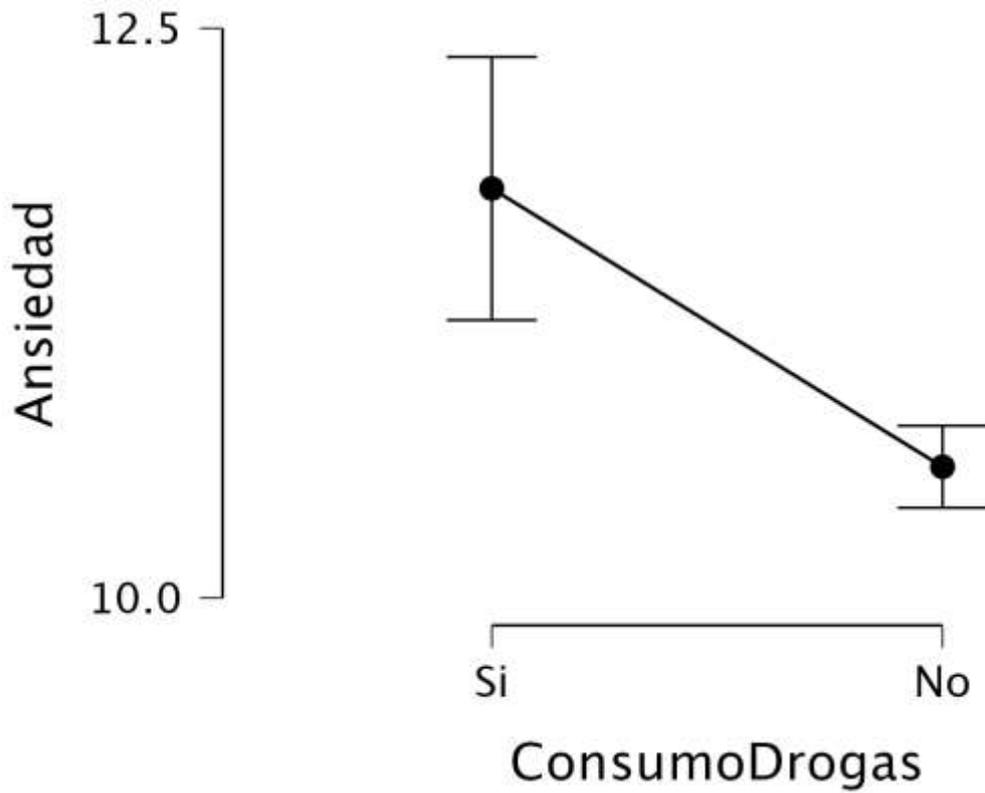
El 30,46 % (n=699) de los participantes fuma tabaco y el 9,06% (n=208) consume otras drogas.

Dentro de quienes consumen otras drogas, la marihuana es consumida por el 21,04%, la cocaína por el 4,11%, MDMA por el 0,47%, otras drogas sintéticas por el 0,39% y el 0,70% consume otras drogas de diseño. El 2,57% (n=59) de todos los participantes considera tener un problema con las drogas.

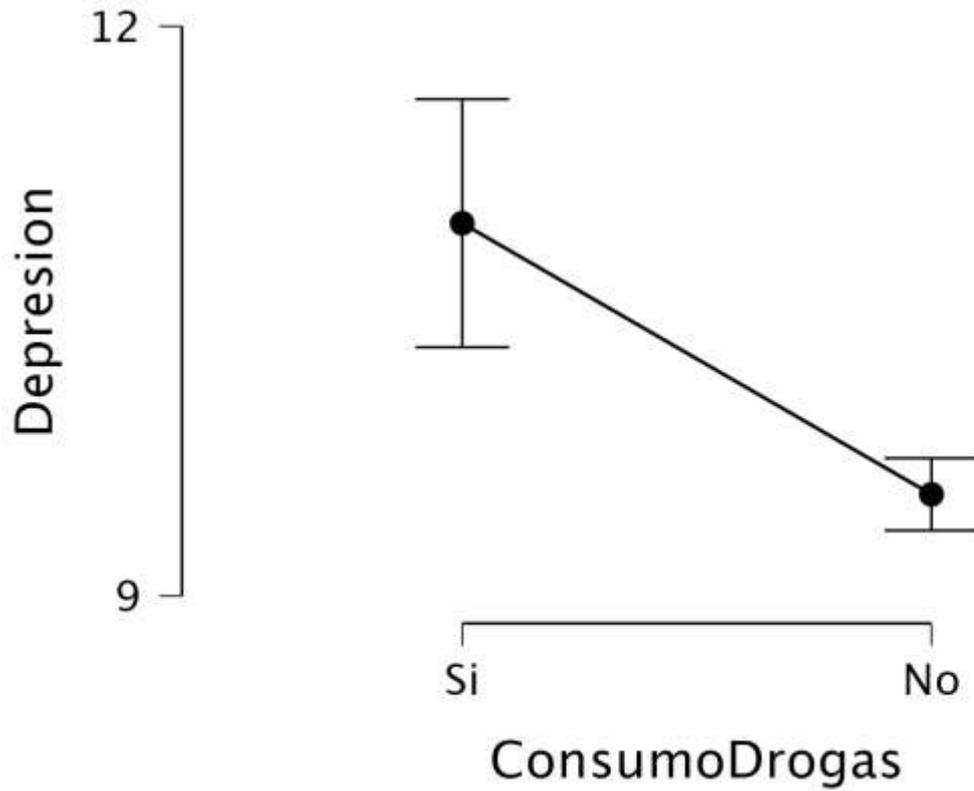
Los participantes que informaron consumir drogas mostraron mayores niveles de sintomatología psicológica general (GSI) ($t=3.257$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



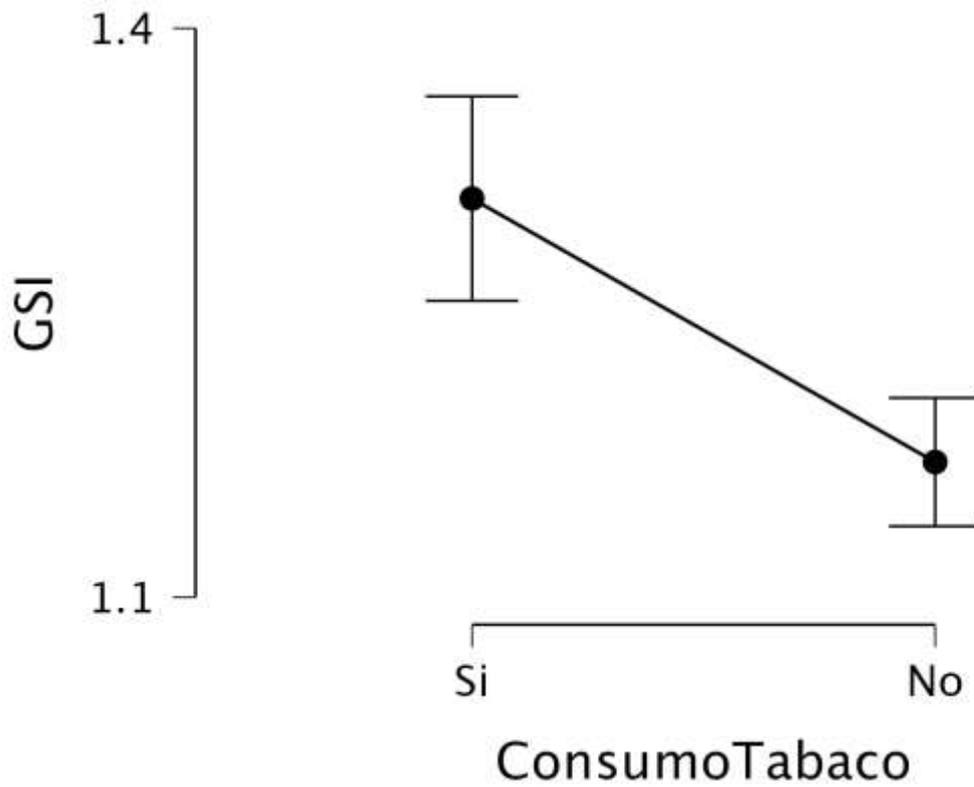
Quienes consumen drogas mostraron mayores niveles de sintomatología ansiosa ($t=3.849$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



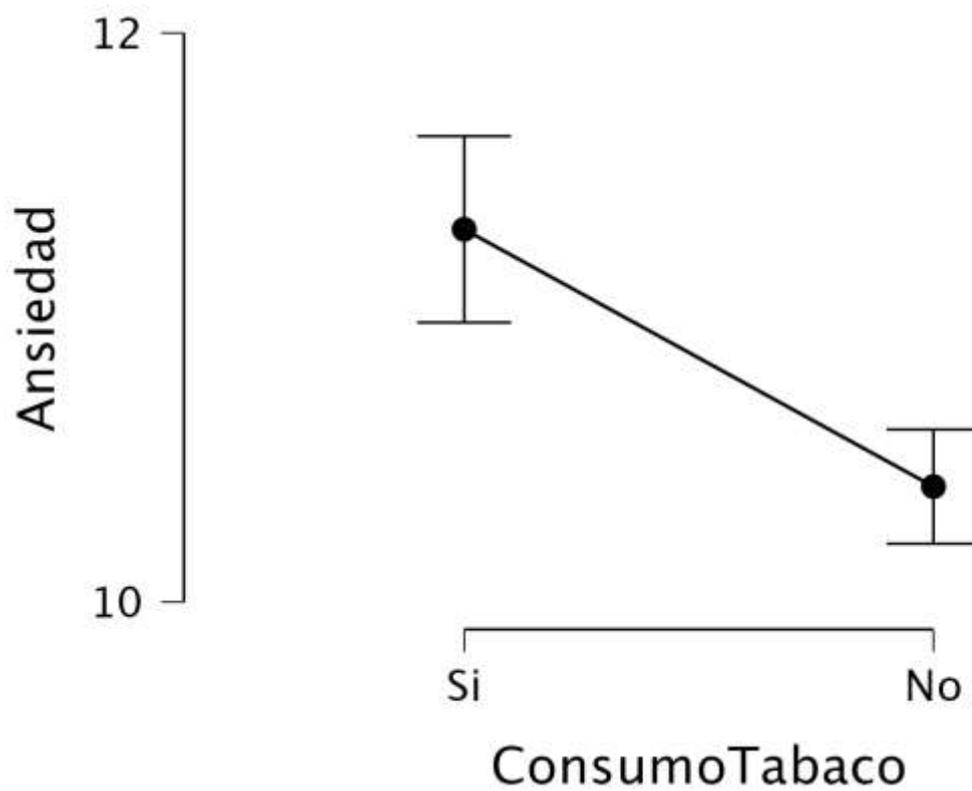
Quienes consumen drogas mostraron mayores niveles de sintomatología depresiva ($t=4.231$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



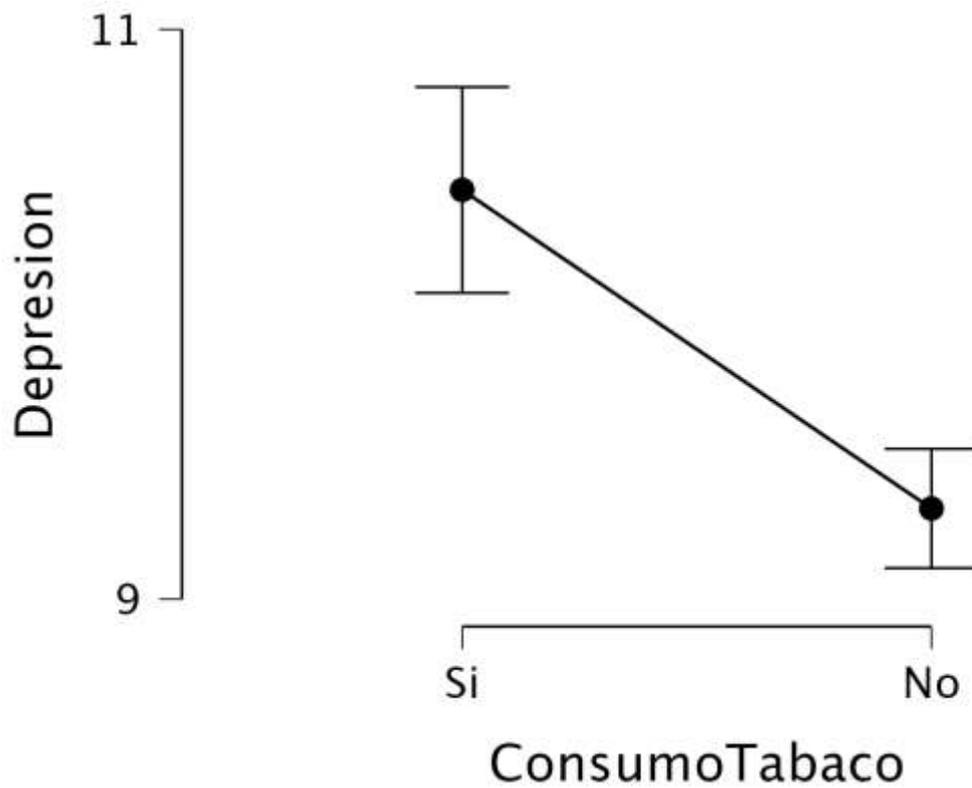
Quienes consumen tabaco mostraron mayores niveles de sintomatología general ($t=4.356$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



Quienes consumen tabaco mostraron mayores niveles de sintomatología ansiosa ($t=4.741$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.



Quienes consumen tabaco mostraron mayores niveles de sintomatología depresiva ($t=5.516$; $p<.001$). Los resultados pueden verse en el siguiente gráfico.





UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Discusión

El 12,27 % de los participantes presenta riesgo de padecer un trastorno mental. Este porcentaje se encuentra muy cerca del hallado en 2021 por nuestro equipo de investigación (Etchevers, et al., 2021) y es significativamente superior a los porcentajes hallados durante el inicio del año 2020. Es necesario recordar que en ese año se produjo la crisis de COVID-19, durante la cual nuestro equipo observó un incremento del 4,86 % en marzo hasta 8,1% hacia octubre de ese año (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c y 2020d). No se han vuelto a los niveles pre-pandémicos, sino que en 2021 y 2022 encontramos porcentajes de riesgo de padecer trastornos mentales mayores a todo el 2020.

Los participantes con un nivel socioeconómico autopercebido más bajo y con un nivel educativo más bajo así como menor edad, mostraron los niveles más altos de malestar psicológico. Hallazgos previos muestran una consistente asociación entre nivel socioeconómico percibido y riesgo de trastornos mentales (Etchevers et al., 2019, 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2021). La desigualdad social promueve ambientes violentos. 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, que se extendió durante 30 años en Pennsylvania y cuyos participantes fueron posteriormente entrevistados, 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).

Dadas las numerosas crisis económicas que ha sufrido nuestro país, existe un cúmulo de evidencia que arroja luz sobre el impacto de las mismas a nivel psicológico. En una reciente revisión sistemática acerca del impacto de crisis económicas en la salud de los trabajadores (Mucci et al., 2016), realizada sobre la base de 19 estudios, se concluyó que la totalidad de estos estudios mostraron a estas crisis como un estresor significativo que generaba un impacto negativo en la salud mental de los sujetos.

Algunas investigaciones incluso se han centrado en estudiar la relación entre graves crisis económicas, la depresión y el suicidio desde la gran depresión de los años '30 en adelante. Más recientemente Chang et al. (2013) encontraron que luego de la crisis económica de 2008, en un estudio que involucró a población de personas mayores de 15 años en 54 países, aumentaron los índices de suicidio en los países europeos y americanos,



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



especialmente en hombres y en aquellos países que experimentaron mayores niveles de pérdida de empleo.

Este estudio constata la asociación 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 en estudios previos de nuestro equipo (Etchevers et al., 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, 2021). Las personas intentan lidiar con el malestar psicológico de diversas maneras. Algunas personas realizan una actividad física o deportiva, otras se involucran en actividades sociales, participan en alguna comunidad religiosa, una actividad comunitaria con fines altruistas, o solicitan ayuda a un confidente de su entorno, pareja, familiares o amigos. También existen personas que utilizan medios para disminuir o atenuar el malestar psicológico, como por ejemplo el consumo de alcohol, la automedicación, las drogas ilegales y/o el 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 exceda su individualidad y trascienda 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). Nuestros estudios aportan información local sobre las conductas saludables y problemáticas y pueden ser la base sobre la cual establecer políticas de salud que promuevan las primera y desalienten las segundas.

Otro de los hallazgos de este estudio, observado en estudios previos (Etchevers et al., 2020 y 2021) es el siguiente: las dificultades económicas son barreras para acceder a tratamientos psicológicos. Esto implica que las personas con mayor riesgo de padecer un trastorno mental son quienes tienen más dificultades para acceder a tratamientos psicológicos, siendo quienes más los necesitan. 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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



objetivos no reflejan la prometedora prosperidad de aquellos tiempos. Es posible que la 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 expliquen este retraso (Garay & Celleri, 2022).

Por otra parte, a diferencia de algunos de otros países, 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 sectores de menores recursos, 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.



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 no declaran conflicto 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.
- 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>
- 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.
- 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>
- 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



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



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., 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/>

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., 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: 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. (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/>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- 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/>
- 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.
- 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.
- 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.
- Leiderman, E. A., Lolich, M., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2012). Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1154-1158. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1867318>



UBA
1821 Universidad
de Buenos Aires



OBSERVATORIO
PSICOLOGÍA SOCIAL APLICADA

.UBA psicología
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



- 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>
- 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>
- 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.
- 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*.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- 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>