

DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN

MALESTAR PSICOLÓGICO: LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LA ARGENTINA URBANA (2010-2024) Y DETERMINANTES EN EL CONTEXTO RECIENTE (2022-2024)

**FACTORES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y
DEPRESIVA EN POBLACIÓN ADULTA**

AUTORES:

SOLANGE RODRIGUEZ ESPINOLA

EDUARDO LEONARDELLI

MARÍA AGUSTINA PATERNÓ MANAVELLA

MILAGROS DOLABJIAN

COORDINADOR:

AGUSTÍN SALVIA

AGOSTO 2025

**OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA
UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA**

AUTORIDADES
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

Rector

Miguel Ángel Schiavone

Vicerrector de Asuntos Económicos y Gestión

Horacio Rodríguez Penelas

Vicerrector de Asuntos Académicos

Gabriel Limodio

Vicerrector de Formación Integral

Pbro. Gustavo Boquín

Vicerrectora de Investigación

Graciela Cremaschi

Director del Observatorio de la Deuda Social Argentina

Agustín Salvia

RESPONSABLES DEL DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN *MALESTAR PSICOLÓGICO: LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA EN LA ARGENTINA URBANA (2010-2024) Y DETERMINANTES DEL CONTEXTO RECIENTE (2022-2024). FACTORES QUE INCIDEN EN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN POBLACIÓN ADULTA*

Autores:

Solange Rodríguez Espínola

Eduardo Leonardelli

María Agustina Paternó Manavella

Milagros Dolabjian

Coordinador:

Agustín Salvia

Los autores de los artículos publicados en el presente número ceden sus derechos a la editorial, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de sus colaboraciones al Repositorio Institucional “Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina”, como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

The authors of the articles published in this issue assign their rights to the publisher, in a non-exclusive way, to incorporate the digital version of its collaborations to the Institutional Repository Digital Library of the *Universidad Católica Argentina*, as well as other databases that you consider to be of academic relevance.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO DE ANÁLISIS	6
3. METODOLOGÍA.....	9
4. RESULTADOS	11
4.1. El malestar psicológico: la percepción de sintomatología ansiosa y depresiva en población adulta urbana	11
4.2 El malestar psicológico reciente en los años 2022 a 2024: los que empeoraron y los que mejoraron su condición	14
4.3 Factores subyacentes a los cambios del malestar psicológico (2022-2024) a partir de la muestra panel	19
4.3.1 Modelos de base	200
4.3.2 Modelos condicionales ensayados y retenidos con un predictor intrasujeto	222
4.3.3 Modelo condicional con múltiples predictores intrasujeto del malestar psicológico	33
5. HALLAZGOS	¡Error! Marcador no definido.
6. BIBLIOGRAFÍA.....	36
7. FICHA TÉCNICA	433
8. DEFINICIONES DE INDICADORES	466
9. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER. VERSIÓN DE DIEZ ÍTEMS (K-10)	477
10. ANEXO ESTADÍSTICO	488

RESUMEN EJECUTIVO

El malestar psicológico consiste en un estado de sufrimiento emocional y psicológico caracterizado por síntomas de depresión y ansiedad. El origen de la salud mental es multidimensional y oscilante de acuerdo con los acontecimientos contextuales y vitales por los que transita la persona.

Esta investigación se basa en la Encuesta de Deuda Social Argentina (EDSA-UCA), que abarca la representación urbana nacional siendo su tamaño muestral de 5750 hogares hasta el año 2023 y de 2894 en el año 2024. A partir de considerar los últimos tres relevamientos de la encuesta se elaboró una base panel de datos longitudinales de tres ondas: años 2022, 2023 y 2024 (299 personas).

La evaluación del malestar psicológico se llevó a cabo utilizando la Escala de Malestar Psicológico K-10 de Kessler (adaptada al contexto argentino). Se emplearon análisis descriptivos transversales y longitudinales, además de modelos de efectos fijos y multinivel, para dilucidar los factores asociados y las variaciones intraindividuales a lo largo del tiempo.

Los resultados indican un aumento persistente del malestar psicológico entre la población adulta urbana, que pasó del 18,4% en 2010 al 28,1% en 2024, acercándose a una tasa de prevalencia de casi cuatro de cada diez personas. Las disparidades sociales se manifiestan en discrepancias significativas: las poblaciones empobrecidas muestran una prevalencia que duplica la de las poblaciones no empobrecidas, mientras que las mujeres, los adultos mayores y las personas que perciben un déficit de salud, desempleo o empleo precario muestran niveles elevados de síntomas.

1. INTRODUCCIÓN

Sen (1999) propone el concepto de deterioro en el desarrollo humano. El mismo refiere a la cantidad de personas en el mundo que sufren de distintos tipos de ausencia de libertad. Esta se entiende tanto como el proceso que permite la autonomía de decisión y acción como las oportunidades reales que tienen las personas, dadas sus circunstancias personales y sociales. La violación a la libertad, entonces, puede surgir de procesos u oportunidades inadecuados o inexistentes, generando malestar en quienes la padecen.

Estas faltas de libertad, reflejadas en la vulneración de las condiciones económico-materiales de vida, dan origen a profundas desigualdades sociales. En la misma línea, Madureño Aguilar (2013) resalta el carácter multidimensional de la desigualdad social, ya que la misma comprende numerosas áreas, como la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, entre otras.

En la Argentina se vienen postulando las persistentes desigualdades de carácter estructural respecto a diversas condiciones económico-materiales de vida (Bonfiglio, 2023; Donza, 2023; Salvia et al., 2021; Vera, 2022). Estas desigualdades estructurales se caracterizan por ser sistémicas y arraigadas, perjudicando a ciertos sectores sociales durante un largo período de tiempo, e incluso por perdurar por generaciones (Castro, 2016).

Así, en paralelo a las desigualdades estructurales, emergen nuevas desigualdades; aquellas denominadas dinámicas (Tilly, 2000). Éstas hacen referencia a la heterogeneidad de situaciones que enfrentan los individuos dentro de una misma categoría anteriormente considerada homogénea, lo cual introduce importantes diferencias entre las trayectorias vitales (Fitoussi y Rosanvallon, 2010). En este contexto, la desigualdad social (Stiglitz, 2013) se sostiene argumentando que algunas de las relaciones más importantes entre la salud y las condiciones de vida son las relaciones psicosociales: muchos de los procesos biológicos que conducen a la enfermedad se desencadenan por lo que se piensa y se siente respecto de las circunstancias sociales y materiales que se atraviesan. Esta desigualdad se manifestaría en la disminución de las oportunidades de movilidad social intergeneracional ascendente para sectores de la población, persistiendo como una amenaza para la orientación de las políticas económicas y sociales y para la definición del modelo de desarrollo.

En sintonía con los postulados de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), Helliwell y cols. (2023) sostienen que el nivel de bienestar subjetivo se encuentra íntimamente relacionado con condiciones de salud y económico-materiales de vida. Si bien no se ha encontrado robusta correlación entre el bienestar subjetivo y la amplia diversidad de aspectos y dominios vitales abarcadas por dichas condiciones, no existe la misma claridad sobre la dirección de la relación causal, lo cual es un asunto clave cuando se trata de identificar implicaciones y recomendaciones en políticas públicas y accionar institucional.

Existe un consenso en la consideración de que los problemas de salud merman la calidad y acotan la duración de la vida de las personas, a la vez que impiden el desarrollo económico y social al privar a los países de un valioso capital humano (Oficina Estadística

de la Unión Europea [EUROSTAT], 2017). Las malas condiciones de salud impiden que una parte significativa de la población se beneficie del progreso general de la sociedad o participe en actividades cívicas. Es por esto por lo que el alcanzar una vida sana y longeva no es sólo un objetivo personal para la mayoría de las personas, sino que es una meta que gran parte de los gobiernos busca lograr para su población. Asimismo, han generado crecientes preocupaciones en el ámbito de la salud pública, representando una carga significativa para los sistemas sanitarios, generando consecuencias sociales, económicas y familiares de amplio alcance (OMS, 2022).

En conclusión, la conceptualización sobre el estado actual de la salud mental a nivel global y, en particular en contextos como el argentino, no pueden dejar de tener en cuenta a las condiciones estructurales de vida de las personas. Enfoques contemporáneos destacan el papel de la pobreza, la precariedad y las desigualdades persistentes como factores clave que erosionan el bienestar subjetivo y amplifican el malestar psicológico (Sweet, 2018; Brähler et al., 2024; OMS, 2022). El sufrimiento psíquico se configura entonces como una expresión de procesos sociales de exclusión, exigiendo abordajes de estudio integrales (Méndez-Rivero et al., 2022; Cassidy & Reilly, 2024).

2. MARCO DE ANÁLISIS

La salud mental refiere al estado emocional y psicológico en el que una persona es capaz de manejar las emociones, establecer relaciones saludables, tomar decisiones informadas, enfrentar los desafíos de la vida, tener una percepción realista de uno mismo y el entorno, y trabajar de manera productiva (Muñoz Arroyave et al., 2022). Al describirla, la OMS (2022) expresa que la salud mental es un “complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional” (p. 2) que se encuentra sujeto a factores biológicos, individuales, sociales y estructurales que, combinándose entre sí, lo protegen o socavan. Así, podría decirse que la naturaleza de la salud mental es multidimensional y dinámica. Oscila de acuerdo con los acontecimientos circunstanciales y evolutivos por los que transita un individuo (Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1998).

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2021) considera que la salud mental puede evaluarse por medio de la presencia o ausencia de síntomas que indican diferentes niveles de malestar psicológicos o psiquiátricos. Según la OMS (2022), los síntomas más frecuentes son aquellos asociados a los trastornos de ansiedad y depresión. En efecto, se estima que los cuadros ansiosos y depresivos tienen una prevalencia del 4% y 5% a nivel mundial, respectivamente. Además, se ha hallado una alta comorbilidad entre ellos (APA, 2021; OMS, 2022; Pineda et al., 2018; Sandín et al., 2018), por lo que padecer síntomas de ansiedad aumentan las posibilidades de presentar síntomas de depresión, y viceversa. Ambos grupos de síntomas son concebidos como “reacciones emocionales adaptativas ante situaciones o representaciones de estas que son valoradas por el individuo como peligrosas o amenazantes en el caso de la ansiedad, o como daño o pérdida en el caso de la tristeza o la depresión” (Camuñas et al., 2019, p. 19). Incluyen respuestas cognitivas, fisiológicas, y motrices (Beck y Bredemeier, 2016). De esta forma,

los trastornos de ansiedad y depresión ocurren cuando hay un incremento de la frecuencia, intensidad o duración de dichas reacciones (Camuñas et al., 2019).

El indicador más frecuentemente utilizado para estudiar la salud mental ha sido el índice de malestar psicológico, un constructo que combina los síntomas de depresión y ansiedad que pueden afectar el funcionamiento óptimo de un individuo (Kessler y Mroczek, 1994; Kessler et al., 2002). A pesar de ser útil para diferenciar adecuadamente a las personas que tienen un riesgo de sufrir trastornos psicológicos (Sampasa-Kanyinga et al., 2018), el malestar psicológico “trata de una capacidad emocional que influye en la manera de afrontar la vida diaria y en los comportamientos para preservar el estado de salud y la interacción con las demás personas y el entorno” (Garofalo, 2023, p. 9), sin necesariamente señalar una patología o trastorno.

El malestar psicológico consiste en un estado de sufrimiento emocional y psicológico caracterizado por síntomas de depresión (por ejemplo, tristeza o desesperanza) y ansiedad (por ejemplo, tensión emocional o desasosiego). Estos síntomas pueden ir acompañados de síntomas somáticos (por ejemplo, pérdida de energía o insomnio). Puede tener su origen en diferentes causas, situaciones y procesos y la evaluación de este es útil para conocer el nivel de salud mental en un grupo de personas o población (Jurado et al., 2017; Kessler et al., 2002; Rodríguez Espínola y Salvia, 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2018).

El constructo ha mostrado sensibilidad para captar los efectos de condiciones estructurales adversas como la pobreza, la inseguridad laboral o la exclusión social, funcionando como un indicador clave en investigaciones epidemiológicas de salud mental (Cornaglia et al., 2015). Se reconoce el carácter multidimensional del malestar psicológico, junto con su articulación con las condiciones estructurales de vida y las experiencias subjetivas de privación. Se comprende que el malestar psicológico se manifiesta a través de procesos de exclusión y desigualdad que afectan tanto la dimensión objetiva del bienestar como su vivencia subjetiva (Sweet, 2018; Cassidy y Reilly, 2024).

En este sentido, la OMS sostiene que existen determinantes sociales –entendidos como “la situación en que la población crece vive, trabaja y envejece incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (OMS, 2008, p.1)– que inciden sobre la salud. Entre dichos determinantes se encuentran las condiciones económico-materiales, como el ingreso monetario, la escolarización, el acceso a los servicios básicos, el empleo, la vivienda, el medio ambiente, entre otras cuestiones que hacen al entorno en que se desenvuelve la vida de las personas (Carreras et al., 2019; Lema Añón, 2020; Marmot, 2005; Perry, 2023; Razo González et al., 2018), los cuales son producto de la distribución de los recursos, tanto a nivel mundial como a nivel nacional y local (De La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma, 2020).

De acuerdo con las características que adquieren dichos determinantes sociales, la OMS (2008) señala que pueden presentarse variaciones en las dimensiones física, mental y social de la salud de cada uno de los sectores de la población que los tornan más o menos vulnerables. Cuando estas diferencias son originadas por condiciones inevitables o por la elección libre de los individuos, se producen las llamadas desigualdades en la salud (Lema Añón, 2020; Perry, 2023; Ruiz Álvarez et al., 2022). En tanto se tornan sistemáticas

y persistentes se constituyen como inequidades, es decir, formas estructurales de injusticia que afectan diferencialmente a los sectores más vulnerables de la sociedad.

En cambio, cuando las variaciones en la salud de la población son causadas por una vulneración eludible de los determinantes sociales, surgen las denominadas inequidades en la salud (Lema Añón, 2020; Perry, 2023; Ruiz Álvarez et al., 2022), que pueden ser entendidas como aquellas “diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (Ruiz Álvarez et al., 2022, p.2). En esta línea, las inequidades en salud no sólo representan brechas observables entre grupos, sino que constituyen expresiones concretas de injusticia social y vulneración de derechos humanos fundamentales.

En relación la condición de actividad o calidad laboral las investigaciones dan cuenta que la situación de desempleo es un factor de riesgo para experimentar sintomatología ansiosa y depresiva (Rancans et al., 2020). En el estudio de Muñoz-Navarro (2021) aquellas personas que se encontraban en situación de desempleo experimentaron en mayor medida sintomatología ansiosa y depresiva, si bien otras investigaciones no se corrobora la relación (Basta et al., 2020). Por último, en el estudio de Khaled et al. (2022) el desempleo fue un factor significativamente relevante para una mayor prevalencia de trastornos mentales.

Con respecto a las diferencias según el sexo, en la mayoría de los estudios las mujeres presentaron una mayor prevalencia y riesgo de experimentar síntomas ansiosos y depresivos, también se observaron diferencias por género en el estudio de Otten et al. (2020) en la forma en la que otros factores como el aislamiento y la soledad actúan como factores de riesgo para presentar sintomatología ansiosa y depresiva.

En Argentina, se evidencia un incremento de los padecimientos en la población general, manifestado en el aumento de síntomas de ansiedad, angustia y depresión, junto con un mayor consumo de sustancias psicoactivas, un crecimiento en la cantidad de intentos y suicidios consumados, así como en las descompensaciones de cuadros psicóticos. Paralelamente, se observa un deterioro sostenido del sistema de salud mental, marcado por el incremento de la demanda, la reducción del presupuesto público, la pérdida de cobertura privada, el aumento del costo de los medicamentos y el debilitamiento de las políticas sectoriales. En este escenario, los sectores más vulnerables resultan los más afectados (Fundación Soberanía Sanitaria, 2025).

Las desigualdades estructurales —persistentes en el tiempo y reforzadas por la crisis económica reciente— constituyen el escenario de base sobre el cual se despliega el malestar psicológico de amplios sectores sociales (Rodríguez Espínola, et al., 2025). Investigaciones recientes muestran que el deterioro de las condiciones de vida en términos de ingresos, empleo, acceso a servicios, salud y vivienda tiene un correlato directo en la salud mental, con indicadores de ansiedad y depresión que se incrementan significativamente en personas que habitan en contextos de pobreza. La evidencia empírica demuestra que estos efectos afectan particularmente a mujeres, personas mayores, jóvenes y hogares con bajo nivel educativo o informalidad laboral (Observatorio de la Deuda Social, 2024).

Asimismo, se observa escasa evidencia de los estudios longitudinales que analizan los cambios especialmente en el contexto argentino. Bajo este diseño de estudios se puede indagar en los factores que determinan los cambios en el malestar psicológico, es decir

determinar qué eventos o transformaciones en las condiciones sociales, laborales y/o materiales llevan a una persona a sufrir sintomatología ansiosa y depresiva o a reportar que han mejorado en su situación de salud mental. Bajo esta mirada, el análisis de panel permite identificar los factores que sustentan esos cambios. Este enfoque retrata la interacción entre factores estructurales y experiencias subjetivas a lo largo del tiempo, ofreciendo evidencia sobre los procesos que generan acumulación o reversión de desventajas (Bertrand y Kamenica, 2021).

En un contexto de postpandemia y vulnerabilidad macroeconómica, resulta central comprender cómo varía el malestar psicológico a lo largo del tiempo: qué eventos o condiciones inciden en que una persona comience a sentir deterioro en su salud mental o perciba una mejora.

El objetivo del presente trabajo es evaluar los cambios ocurridos en el malestar psicológico en población de 18 años y más de la Argentina urbana en un escenario de mediano plazo (años 2010-2024) y en la coyuntura. Asimismo, se analizan los niveles de movilidad (o permanencia) en lo que respecta al malestar psicológico en el ciclo corto reciente (años 2022-2024) según características seleccionadas tanto individuales como estructurales del hogar. Por último, interesará evaluar los factores subyacentes que inciden en los cambios ocurridos en el malestar psicológico en los últimos años (2022-2024).

Las preguntas que subyacen a un contexto de post-pandemia atravesado por una crisis socioeconómica, laboral e inflacionaria, y que guían los análisis del presente informe son: ¿Cuáles son los perfiles de personas que evidencian mayor riesgo de deterioro de la salud mental (sintomatología ansiosa y depresiva) a lo largo del período analizado?, ¿qué condiciones socioeconómicas, laborales, demográficas y de salud de las personas incrementan la probabilidad de padecer síntomas de ansiedad y depresión?, así como también, ¿en qué medida la población manifestó cambios o permanencias en el malestar psicológico?, y ¿cuáles son los factores asociados a estos patrones de cambio o estabilidad en la condición de salud mental asociado a síntomas de depresión y ansiedad?

3. METODOLOGÍA

La investigación propone, por un lado, estimar la incidencia, movilidad y persistencia del malestar psicológico según características estructurales e individuales de las personas y por otro, identificar los factores que explican sus cambios, prestando especial atención condiciones demográficas como el sexo y grupo de edad, el estado de salud percibido, la pobreza por ingresos, la condición de actividad y la calidad del empleo. De este modo se busca contribuir al debate académico científico de las privaciones económicas, laborales e individuales como indicadores en interacción con la situación de salud mental.

Los datos que se analizan en este documento son de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), a cargo del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina. Esta encuesta tiene una periodicidad anual, con representación urbana nacional, a nivel de localidades con más de 80 mil habitantes y

para las principales áreas metropolitanas del país, siendo su tamaño muestral de 5750 hogares hasta el año 2023 y de 2894 en el año 2024.¹ El diseño de la EDSA posee un panel de hogares y personas que responden a la encuesta con seguimiento interanual, a partir de considerar los últimos tres relevamientos de la encuesta se elaboró una base panel de datos longitudinales de tres ondas: años 2022, 2023 y 2024 (299 personas).

La información empírica de los estudios panel tienen el seguimiento y la recolección de información de una muestra representativa de hogares en diferentes momentos a lo largo del tiempo, lo que permite analizar cambios y comportamiento a nivel individual y familiar. Los análisis de los estudios panel se fundamentan en el seguimiento longitudinal de las personas y la recopilación reiterada de datos de una muestra representativa en diferentes periodos de tiempo. Al observar la evolución de ciertos factores en comparación con otros dentro del mismo conjunto de personas durante al menos dos momentos, se pueden determinar relaciones causales con más seguridad que en investigaciones transversales (Arellano, 2019; Verbeek, 2021). Asimismo, la utilización de datos panel puede regular el sesgo temporal al suprimir la variabilidad provocada por la composición de las muestras entre distintos períodos (Binder et al., 2023). El uso de datos panel también contribuye a reducir el sesgo originado por la omisión de variables no observadas en modelos multivariados (Wooldridge, 2019).

Para evaluar la salud mental en la sección de Actitudes y habilidades del Módulo de Individuo de la EDSA-Agenda para la Equidad, se utilizó la adaptación argentina (Brenlla y Aranguren, 2010) de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10; Kessler y Mrozek, 1994). Es un instrumento diseñado para medir la prevalencia de malestar psicológico inespecífico. Se utiliza para la detección, *screening* o cribado que ayuda a identificar a personas que pueden estar experimentando altos niveles de angustia psicológica y que podrían necesitar una evaluación más exhaustiva.

La misma consiste en diez ítems que refieren a cómo se sintió la persona en el último mes respecto a distintos síntomas relacionados con la depresión (por ejemplo, ¿usted se sintió cansado sin motivo en el último mes?) y la ansiedad (por ejemplo, ¿usted se sintió nervioso en el último mes?), que se evalúan de acuerdo con una escala tipo Likert de cinco puntos, que van desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). A su reducido número de preguntas se une la facilidad de su aplicación, lo que resulta en un tiempo breve (en torno a 3-4 minutos) lo que hace su factibilidad en especial en estudios basados en encuestas (incluidas las telefónicas), en estudios epidemiológicos y en la detección de deterioro psicológico a través de su incorporación en instrumentos de cribado.

Los puntajes se suman de manera directa y se obtienen guarismos que oscilan entre valores de 10 y 50. La escala permite obtener categorías o niveles diagnósticos con un punto de corte para identificar rangos en cuatro niveles de probabilidad y gravedad: bajo (10-19), moderado (20-23), alto (24-29) y muy alto (30-50) (ver ANEXO 9).

¹ La necesaria actualización del marco muestral de la EDSA-ODSA del año 2017 (con base en el CENSO 2010), dio inicio a la serie EDSA-Equidad (2017-2025), previéndose un solapamiento muestral con la EDSA-Bicentenario (2010-2017) y la construcción de diferentes ponderadores para permitir su empalme. Para más información del marco metodológico y el diseño de la muestra de la Encuesta de la Deuda Social Argentina, ver <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2017/Observatorio-Anexo-metodologico-EDSA-2017-2023.pdf>

4. RESULTADOS

Los resultados se presentan de manera descriptiva tanto transversales como longitudinales. Por un lado, se expone la incidencia que alcanza el malestar psicológico (en % de personas de 18 años y más) en el período 2010-2024 por variables de corte seleccionadas. La información presentada observa la evaluación de mediano-largo plazo acerca de la alta sintomatología ansiosa y depresiva, así como de la desigualdad y la evolución según características socioeconómicas e individuales. Al final del documento de investigación, en el octavo apartado se describen las definiciones de las variables o indicadores utilizados para el informe.

Además, se muestra resultados descriptivos que analizan las trayectorias de las personas en el malestar psicológico con foco en el período reciente de los años 2022-2023-2024, distinguiendo -siguiendo la línea del apartado anterior- características socioeconómicas e individuales en el momento de inicio. El propósito es que los datos aporten información para la evaluación del perfil de población según tipo de trayectoria en el malestar psicológico.

Desde un alcance explicativo, identificando factores causales, se desarrolló un análisis multinivel longitudinal intrasujeto (efectos fijos) debido a que el mismo controla los posibles efectos de confusión de todas las variables no observadas e invariantes en el tiempo. Esto, de la misma manera que los resultados descriptivos de trayectorias de malestar psicológico señalados anteriormente, se realizó para los tres (3) últimos años considerados en el análisis (2022-2023-2024), destacando así la importancia de la variación dentro de cada individuo y excluyendo aquellos sin cambios en la variable de respuesta. Los métodos de efectos fijos controlan mejor las variables no observadas y constantes en el tiempo (Allison, 2009; Arnau & Bono, 2008).

Siguiendo la argumentación planteada en los objetivos y preguntas de investigación que guían el análisis el documento adhiere como centralidad la evaluación del malestar psicológico en la población. Además, se incorporan también otros indicadores indirectos y directos con el fin de aportar elementos a un análisis integral de la mejor condición y bienestar de vida en la Argentina urbana del período 2010-2024.

4.1. El malestar psicológico: la percepción de sintomatología ansiosa y depresiva en población adulta urbana

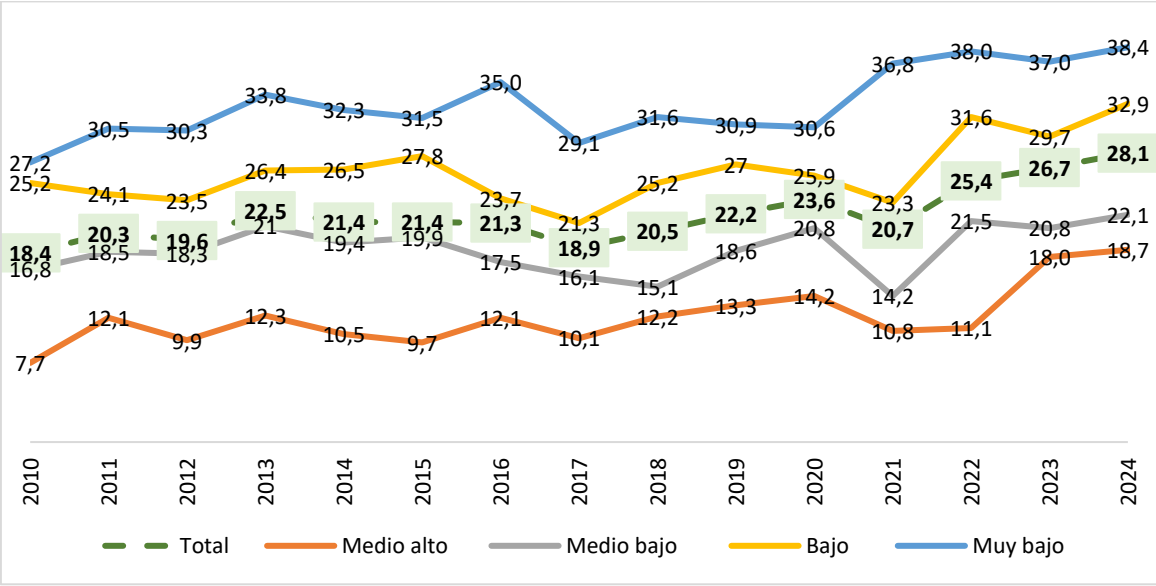
En primer lugar, este apartado presenta la evolución entre los años 2010 y 2024, en personas de 18 años y más con el objetivo de identificar cambios entre las mediciones interanuales, así como la identificación de grupos vulnerables por la desigualdad en el malestar psicológico.

El malestar psicológico se caracteriza por la presencia de síntomas de ansiedad y depresión sin implicar necesariamente un diagnóstico de trastorno. Desde el 2010, los registros anuales de esta variable reflejan una tendencia al aumento, del 18,4% en el primer año analizado al 26,7% en 2023. En 2024, la cifra alcanza su nivel más alto, con un 28,1%, lo que indicaría su padecimiento en 3 de cada 10 personas. Se observa un

mayor malestar psicológico a medida que se desciende de la estructura social, manteniendo brechas constantes a lo largo de la serie.

Observando la secuencia durante el periodo 2010-2024², los segmentos de características estructurales con mayores carencias son aquellos que presentan alta sintomatología ansiosa y depresiva. Los valores observados dan cuenta de un incremento de hasta tres veces más en contraste con las tendencias registradas en individuos con condiciones socioeconómicas más favorables (Gráfico 1).

Gráfico 1. Malestar Psicológico según nivel socioeconómico. Porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010-2024



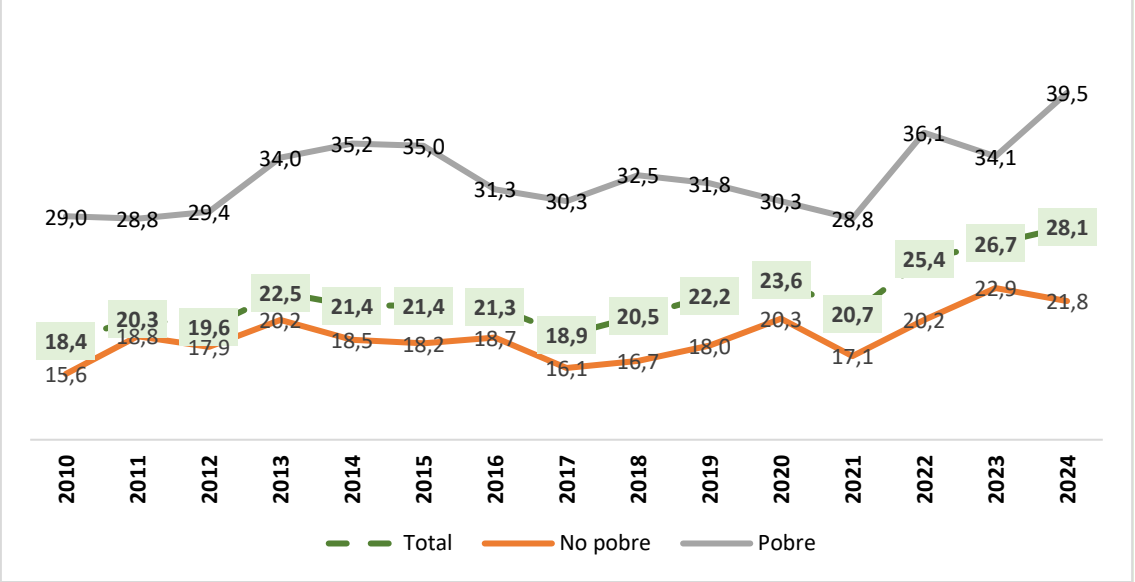
Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El malestar psicológico es el indicador más sensible al escenario socioeconómico en el 2024: alcanza a aproximadamente 4 de cada 10 personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, socio-ocupacional. Aquellos con mayor condición de déficit en salud mental son las personas que viven en hogares de estrato socio-ocupacional bajo marginal, de nivel socioeconómico bajo o muy bajo.

² El diseño muestral de la EDSA-Bicentenario (2010-2016) se elaboró a partir del marco muestral del CENSO 2001, la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) introdujo una actualización de dicho diseño a partir del CENSO 2010. Esta actualización se hizo introduciendo una estrategia de solapamiento que permite hacer estimaciones de empalme entre ambas series -hacia atrás o hacia adelante- a partir de un sistema de ponderadores y coeficientes de ajuste. En este caso, los datos correspondientes al período 2010-2016 son estimaciones de empalme que ajustan hacia atrás los valores calculados con la EDSA-Bicentenario, tomando como parámetro la EDSA-Agenda para la Equidad 2017.

Las brechas de desigualdad en el malestar psicológico también son notorias entre las personas adultas según su condición de pobreza (Gráfico 2). En el año 2024, el 39,5% de la población en situación de pobreza registró sintomatología de ansiedad y depresión, llegando casi a duplicar los valores reportados por las personas no pobres (21,8%).

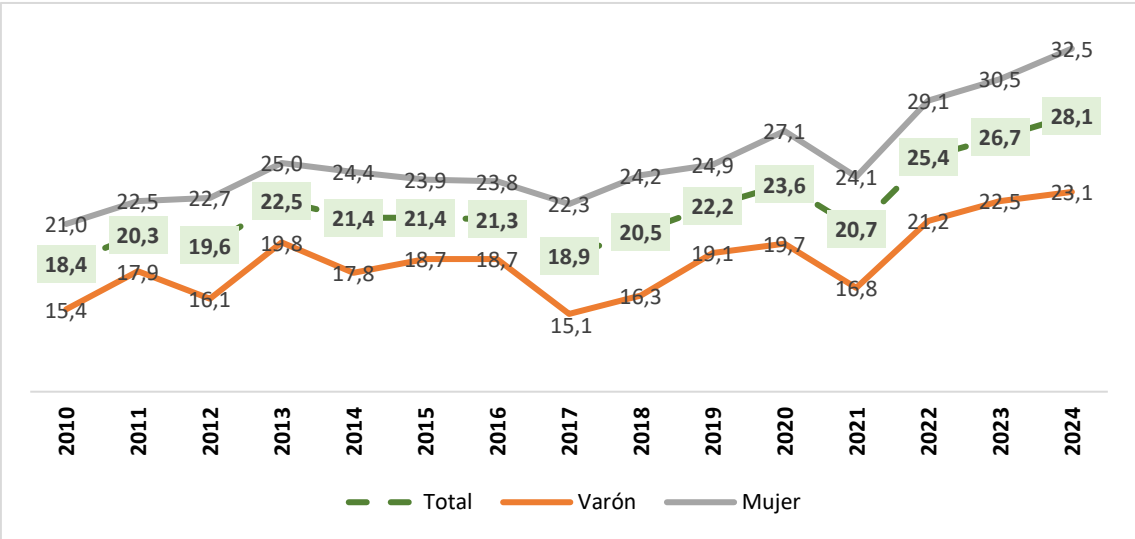
Gráfico 2. Malestar Psicológico según pobreza por ingresos. Porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010-2024.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En el análisis de las características individuales durante el último año en estudio, se evidencia que las mujeres sufren de niveles significativamente más altos de malestar psicológico que los hombres.

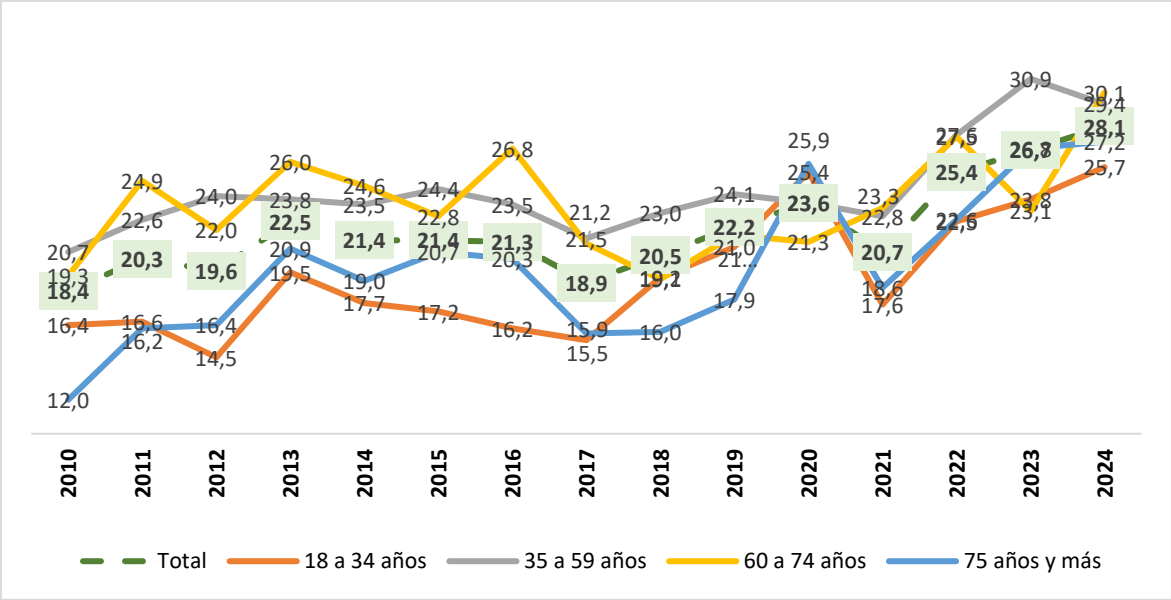
Gráfico 3. Malestar Psicológico según sexo. Porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010-2024.



Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En términos de edad, en 2024 el malestar psicológico se concentró en el grupo de 60 a 74 años (30,1%), a diferencia del año anterior, predominando en el grupo de 35 a 39 años.

Gráfico 4. Malestar Psicológico según grupos de edad. Porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010-2024.

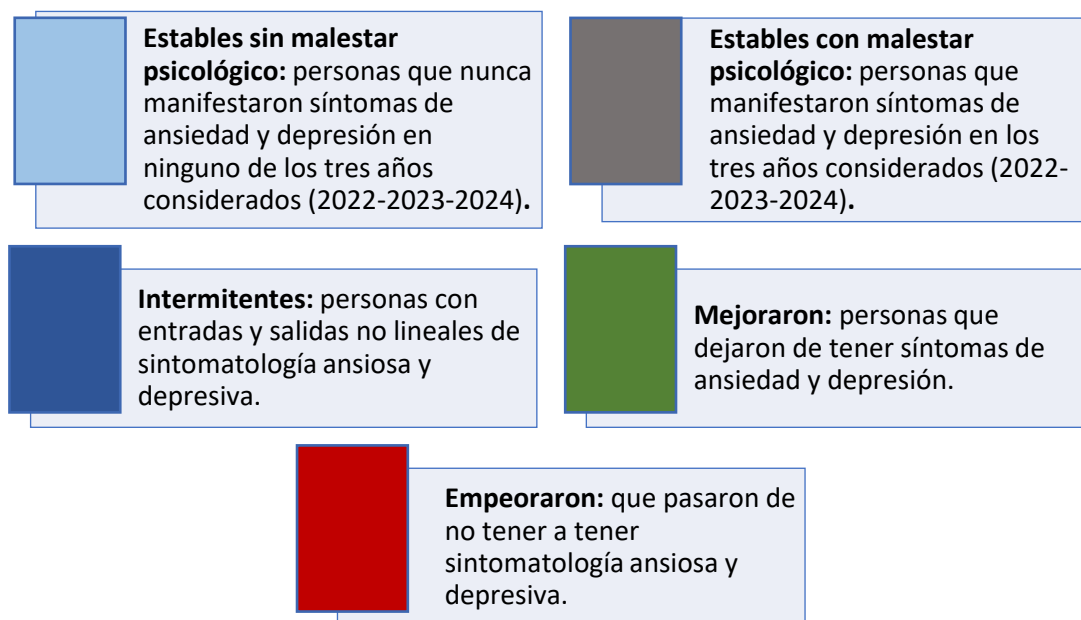


Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.2 El malestar psicológico reciente en los años 2022 a 2024: los que empeoraron y los que mejoraron su condición

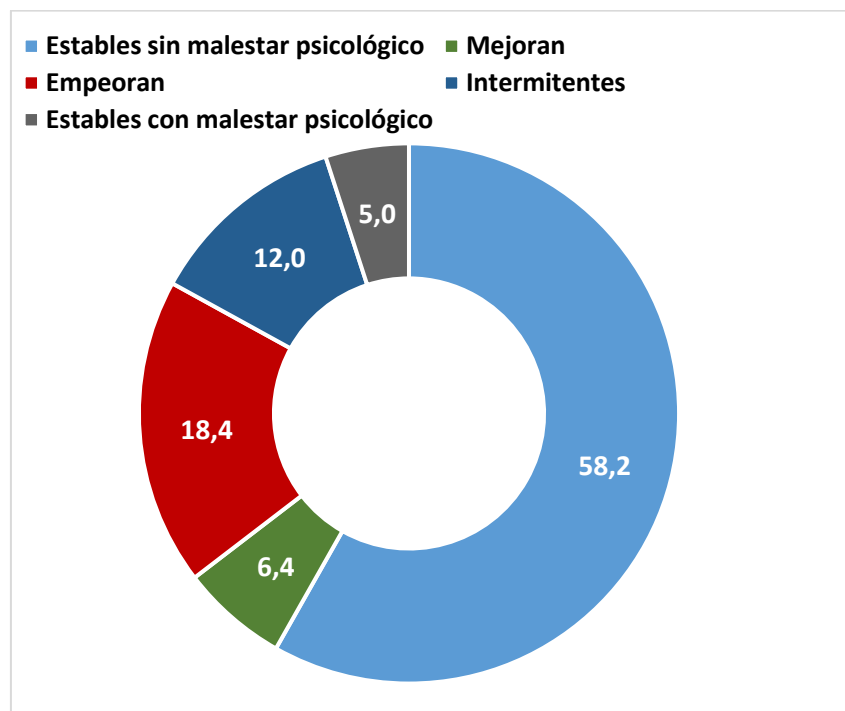
En este escenario la pregunta refiere a qué sucedió con la asociación entre la pobreza monetaria, la calidad del empleo, condición de ocupación, el estado de salud y el malestar psicológico específicamente en el escenario de coyuntura (2022-2024), y asimismo cuáles fueron las diferencias en la alta sintomatología ansiosa y depresiva y su evolución en cada grupo según trayectorias.

Para el análisis longitudinal en el período 2022-2024 del conjunto de personas panel se identificaron las siguientes transiciones de movilidad.



- En consideración de las trayectorias de movilidad en las mismas personas entre los años 2022-2023-2024 (Ver Gráfico 5), los resultados indican que el 58,2% de las personas persistieron estables sin malestar psicológico a lo largo de los tres años de estudio. El 41,8% restante de las personas declararon sintomatología ansiosa y/o depresiva en al menos uno de los años de análisis.
- Al respecto, un 5% de las personas reportó malestar psicológico de manera persistente durante los tres años, mientras que un 12% evidenció un patrón intermitente a lo largo del tiempo.
- Cabe resaltar que casi dos de cada diez personas (18,4%) manifestaron un empeoramiento en su estado de salud mental, ya que, no declararon inicialmente sintomatología ansiosa y/o depresiva, aunque sí lo hicieron en la medición más reciente del año 2024.

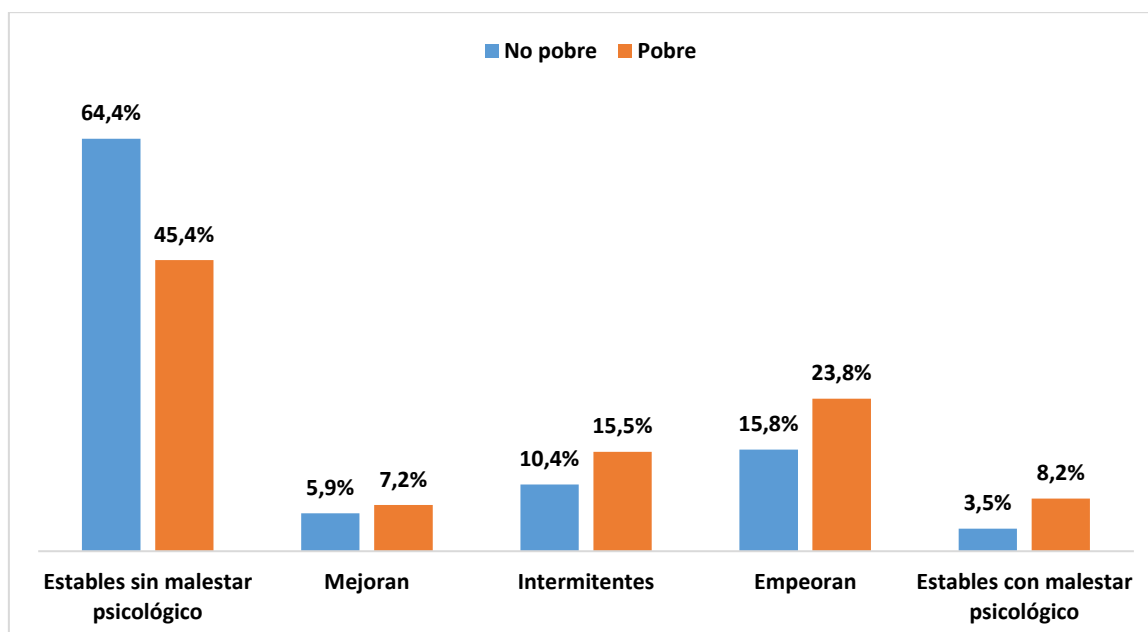
Gráfico 5. Trayectorias en el malestar psicológico. En porcentaje de población de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- En las personas no pobres, en comparación a las personas pobres, predomina la trayectoria estable sin malestar psicológico: el 64,4% de ellos no manifestó sintomatología ansiosa y/o depresiva durante los tres años.
- En cambio, en las personas pobres, se destaca tanto la persistencia del malestar psicológico en los tres tiempos (8,2%), así como también haberlo experimentado en al menos uno de los años de estudio.
- El 15,5% de las personas pobres reportó intermitencia en el malestar psicológico, y además, resulta considerable el porcentaje de personas en condición de pobreza que empezó a manifestar esta sintomatología en el último relevamiento del 2024 (23,8%).

Gráfico 6. Trayectorias en el malestar psicológico según pobreza por ingresos (año de inicio). Porcentaje de personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.

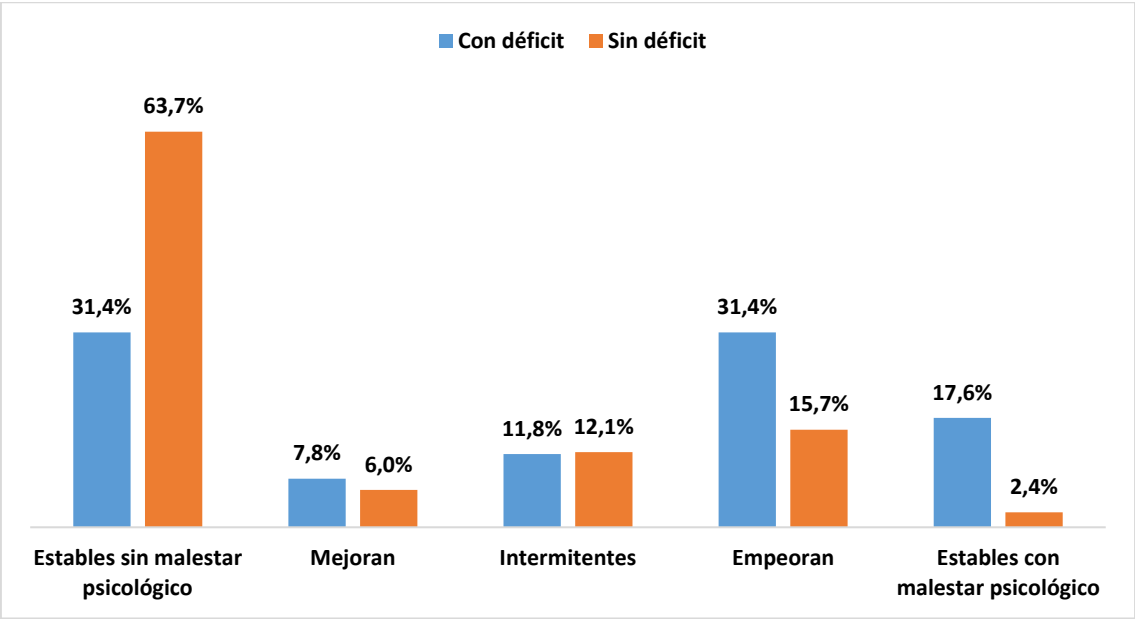


Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- Se destaca en las personas sanas, en comparación a las personas con déficit de salud, una notable persistencia en la trayectoria sin malestar psicológico, representado por el 63,7%.
- Entre las personas con enfermedades crónicas o graves, se constata un deterioro en su salud mental, a partir de un empeoramiento o aumento en la prevalencia de malestar psicológico en el año 2024 (31,4%). Esto se suma, además, a un 17,6% de las personas con déficit de salud percibido que persistieron estables con malestar psicológico durante los tres años.
- Los valores más altos de persistencia sin malestar psicológico se observan en las personas con una ocupación (62%) y en los inactivos (56,2%), en comparación con las personas desocupadas (39,1%). Por su parte, las trayectorias de intermitencia y estabilidad con malestar psicológico presentan valores homogéneos entre los tres grupos de comparación.
- Son más las personas desocupadas que empeoraron (30,4%), que los que mejoraron (13%) en cuanto a las trayectorias de malestar psicológico durante los años de análisis. En estos análisis, se consideró la condición de ocupación en el tiempo inicial de la medición. Con ello, es posible que algunas de las personas desocupadas en el año 2022 hayan obtenido un empleo en los años 2023 o 2024, lo cual podría explicar el porcentaje de personas que mejoraron su condición de salud mental.

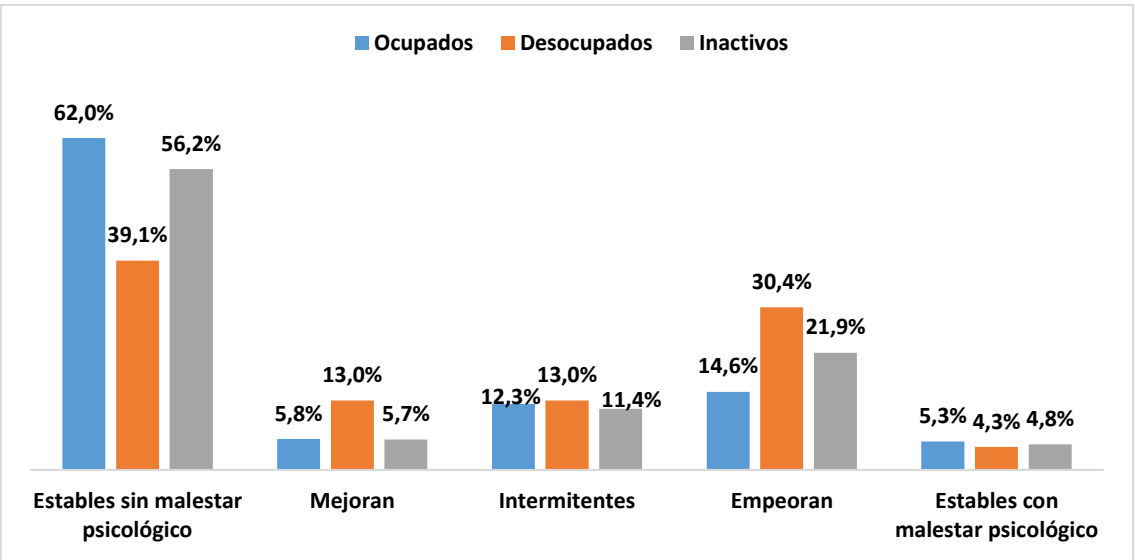
Posteriormente, estos resultados descriptivos serán complementados con análisis inferenciales para profundizar en las relaciones causales.

Gráfico 7. Trayectorias en el malestar psicológico según déficit de estado de salud percibido (año de inicio). Porcentaje de personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 8. Trayectorias en el malestar psicológico según condición de actividad (año de inicio). Porcentaje de personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



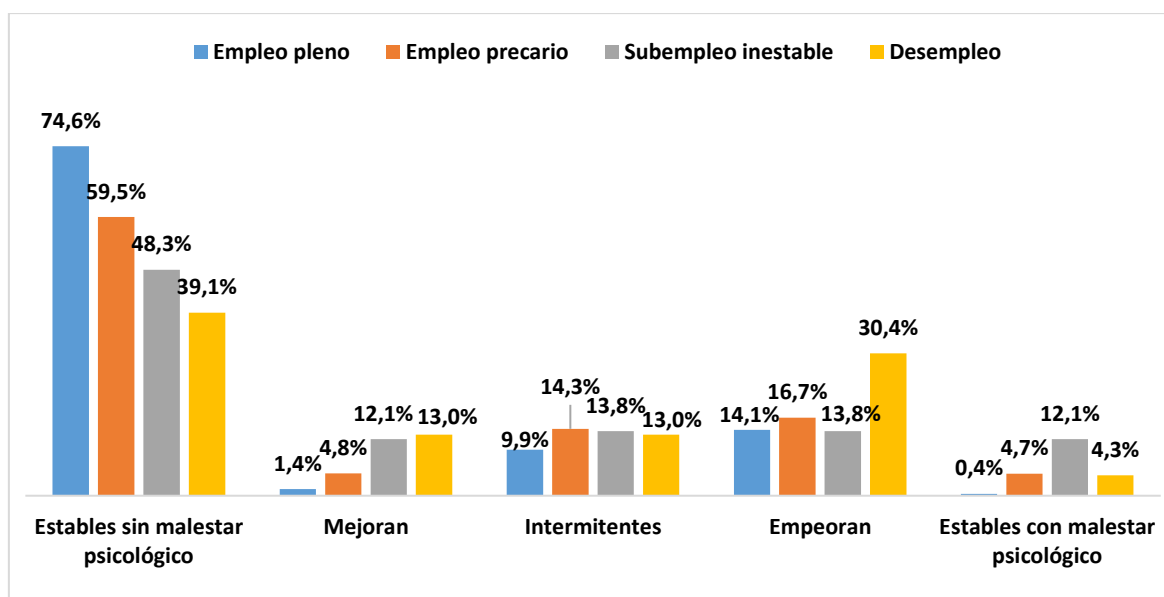
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

- En consideración de la población económicamente activa, son las personas desocupadas las que manifiestan el valor más alto en la trayectoria de empeoramiento en su salud mental. Al respecto, el 30,4% reportó empezar a

experimentar malestar psicológico, duplicando los valores observados en los demás segmentos laborales.

- La trayectoria de persistencia sin malestar psicológico durante los tres años de análisis predomina en grupos con mejor calidad del empleo. Específicamente, casi el 75% de las personas con un empleo pleno se mantuvo estable sin malestar psicológico durante los tres años. Esta trayectoria disminuye su prevalencia en personas que reportan peores condiciones laborales, alcanzando al 59,5% de las personas con un empleo precario, al 48,3% con un subempleo inestable y al 39,1% de las personas desocupadas.

Gráfico 9. Trayectorias en el malestar psicológico según calidad del empleo (año de inicio). Porcentaje de personas económicamente activas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3 Factores subyacentes a los cambios de malestar psicológico (2022-2024) a partir de la muestra panel

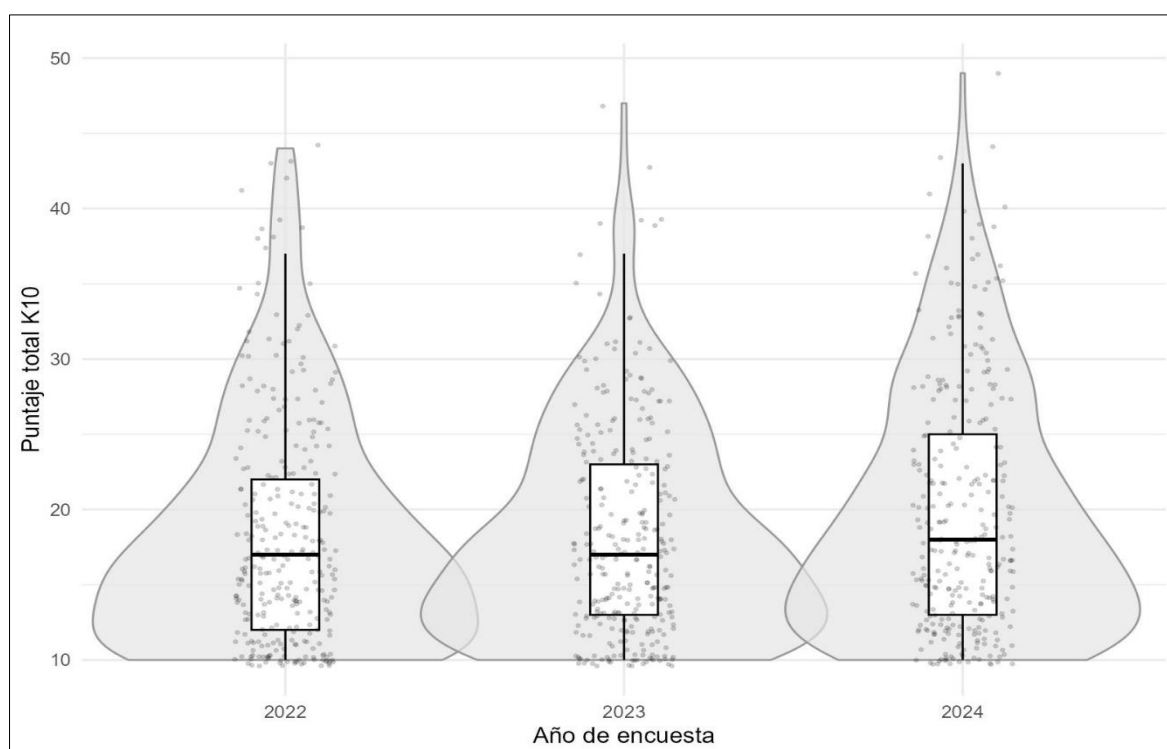
El gráfico 10 muestra la distribución de las puntuaciones totales de malestar psicológico en la muestra panel, es decir la parte de la muestra que sigue exactamente a los mismos encuestados a lo largo del tiempo. En esta parte del estudio, se considera sus datos durante tres años consecutivos (2022-2023-2024)³. La observación gráfica sugiere un

³ De ahí que en cada año haya 299 puntos, en principio; puede haber alguno menos si por alguna razón en esa ocasión no respondió.

aumento en el malestar psicológico a lo largo de los períodos analizados, que no es enteramente homogéneo. El peso de este incremento no lo llevan los valores relativamente “bajos” de la distribución. Más bien, se aprecia un aumento pronunciado de los valores altos, por ejemplo, superiores a los 27 puntos en la escala K-10. También se puede apreciar que el aumento se da principalmente en el año 2024.

Ahora bien, esta apreciación tiene dos grandes limitaciones. En primer lugar, no asegura que esta impresión responda a variaciones estadísticamente significativas. En segundo lugar, no explica qué factores puedan estar detrás de estos cambios.

Gráfico 10. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3.1 Modelos de base

En este apartado se realiza un análisis multinivel longitudinal, de los datos de los 299 casos que integran la muestra panel del trienio 2022-2024. El análisis contempla como los individuos actúan como constante de agrupación de las mediciones o tomas, variables a lo largo del tiempo (Arnau & Bono, 2008). Este análisis se orienta a proveer explicaciones del nivel y modificaciones del malestar psicológico durante los años 2022, 2023 y 2024.

A. Modelo completamente incondicionado.

Este modelo sirve para afirmar que los participantes tuvieron, a lo largo de los tres tiempos de análisis, una media estimada de 18.82 puntos totales obtenidos en la escala K-10 con un IC95 [18.16 – 19.47]. Este modelo simple es el modelo basal contra el que se contrastan los modelos que siguen. En el primer modelo (Ver Tabla 1) se da un ICC = 0.347, que sugiere que una tercera parte de la variabilidad del malestar resulta atribuible a la estabilidad del propio individuo (siempre durante el trienio considerado). También los individuos encuestados han presentado “consistencia” interanual en sus respuestas. Finalmente, desde un punto de vista estadístico, este ICC, justifica el análisis multinivel donde el factor temporal, cada una de las tres tomas, se analiza a partir de las trayectorias a nivel de los individuos (nivel 1), en este caso los propios informantes de la muestra panel.

Tabla 1. Parámetros del modelo multinivel de malestar psicológico completamente incondicionado

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	18.816	0.334	18.161 , 19.471	0.000
SD (Intercepto)	4.527	0.312	3.955 , 5.181	
SD (Observaciones)	6.204	0.179	5.862 , 6.565	
ICC_ajustado	0.347			

B. Modelo de malestar psicológico estimado con tiempo como único predictor (TAOP).

Este modelo tiene la particularidad de introducir el factor tiempo para explicar los valores que el malestar psicológico toma en cada individuo. El modelo presenta un mejor ajuste que el anterior y el ANOVA entre ambos modelos corrobora su superioridad en su capacidad explicativa (Tablas 2 y 3). El hallazgo se centra en que el parámetro del tiempo (años 2022, 2023 y 2024) detecta un aumento significativo del malestar psicológico a lo largo del tiempo. Dentro del trienio, el modelo predice un aumento año a año, estadísticamente significativo de 0,7 puntos (IC95: 0,20 – 1,19; $p < .006$). El ICC aumenta levemente a .35 mejorando la consistencia de la información a nivel de los individuos (Gráfico 11).

Tabla 2. Parámetros del modelo del malestar psicológico del tiempo como único predictor.

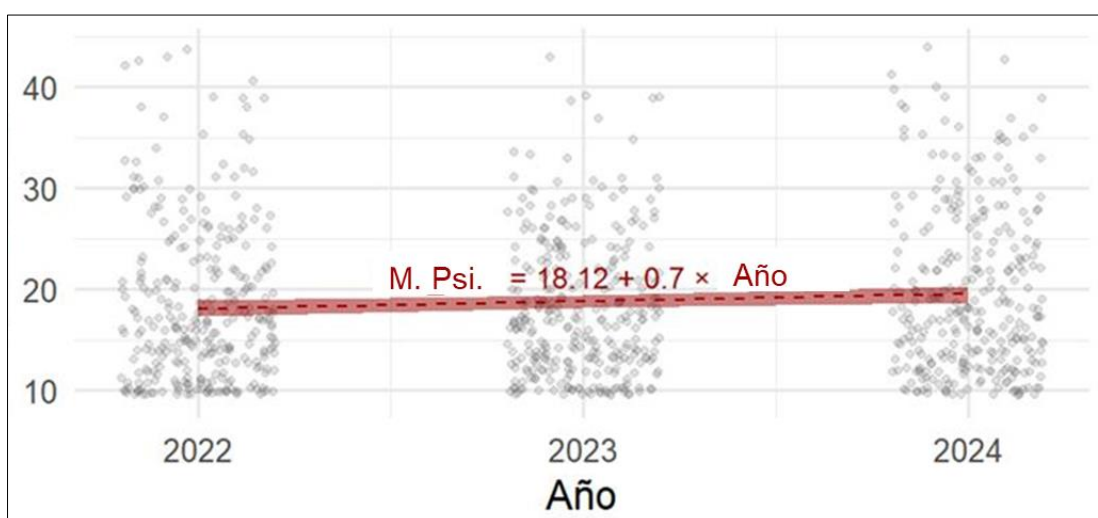
Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercept)	18.119	0.418	17.298 , 18.940	0.000
Año	0.697	0.252	0.203 , 1.192	0.006
SD (Intercepto)	4.544	0.310	3.975 , 5.196	
SD (Observaciones)	6.164	0.178	5.825 , 6.524	
ICC_ajustado	ICC_desajustado			
0.352	0.35			

Tabla 3. Comparación ANOVA de los modelos del malestar psicológico: completamente incondicionado vs. tiempo como único predictor

npar	AIC	BIC	logLik	-2*log(L)	Chisq	Df	Pr(>Chisq)
3	6,111.248	6,125.645	-3,052.624	6,105.248			
4	6,105.644	6,124.840	-3,048.822	6,097.644	7.603932	1	0.005824115

Comparación ANOVA: $\chi^2(1) = 7.604$, $p = 0.006$

Gráfico 11. Modelo multinivel de malestar psicológico con tiempo como único predictor. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3.2 Modelos condicionales ensayados y retenidos con un predictor intrasujeto

Todos los modelos que se presentan a continuación son mejores en capacidad predictiva que los basales y los superan en la prueba de ANOVA para comparación de modelos ($p < .01$).

La Tabla 4 anticipa y sintetiza el aporte o “descubrimiento” de cada uno de ellos, al detectar alguna forma de efecto estadísticamente significativo. La omisión en el reporte de algún efecto significa que el análisis no lo detectó.

Tabla 4: Parámetros estadísticamente significativos de modelos testeados de malestar psicológico.

Modelo	VI_incluidas	niveles_VI	Predictor significativo	p	AIC	BIC	R2	ICC
Completamente incondicionado	Ninguna				6111,2	6125,6	0,35	0,347
Tiempo como único predictor	Año	3	Año	.006	6105,6	6124,8	0,36	0,352
Sexo	Ser mujer	2	año; mujer	.070;	6078,1	6116,4	0,506	0,486
	Año	3		.001				
Grupos de edad	Tener 62 años o más	3	Edad 62 años y más	.076	6096,0	6144,0	0,507	0,502
	Año	3						
Estado de salud	Tener déficit de salud	2	año; déficit estado de salud	.070;	6054,2	6092,6	0,508	0,479
	Año	3		.001				
Condición de pobreza	Ser pobre	2	pobre	.034	6082,9	6121,3	0,505	0,494
	Año	3						
Condición y calidad laboral	sub/desempleo	3	Sub/desempleo	.004	6080,0	6128,0	0,486	0,470
	Año	3						
Condición de actividad	Condición de actividad	2	Año	.009	6093,3	6131,7	0,504	0,499
	Año	3						

A. Modelo con tiempo y sexo como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

El modelo resumido en la Tabla 5 y representado en el Gráfico 12 establece que ser mujer, estadísticamente produce una mayor estimación del malestar psicológico, añadiendo casi 3 puntos (IC95: 1.262, 4.578; $p < .001$) al que se predeciría para los varones. Al mismo tiempo, asegura el sexo no interactúa con el curso temporal del malestar psicológico en el trienio (IC95: 1.184, 1.018 $p < .883$). O sea, que esa diferencia en el malestar psicológico entre sexos se mantiene estable a lo largo del tiempo.

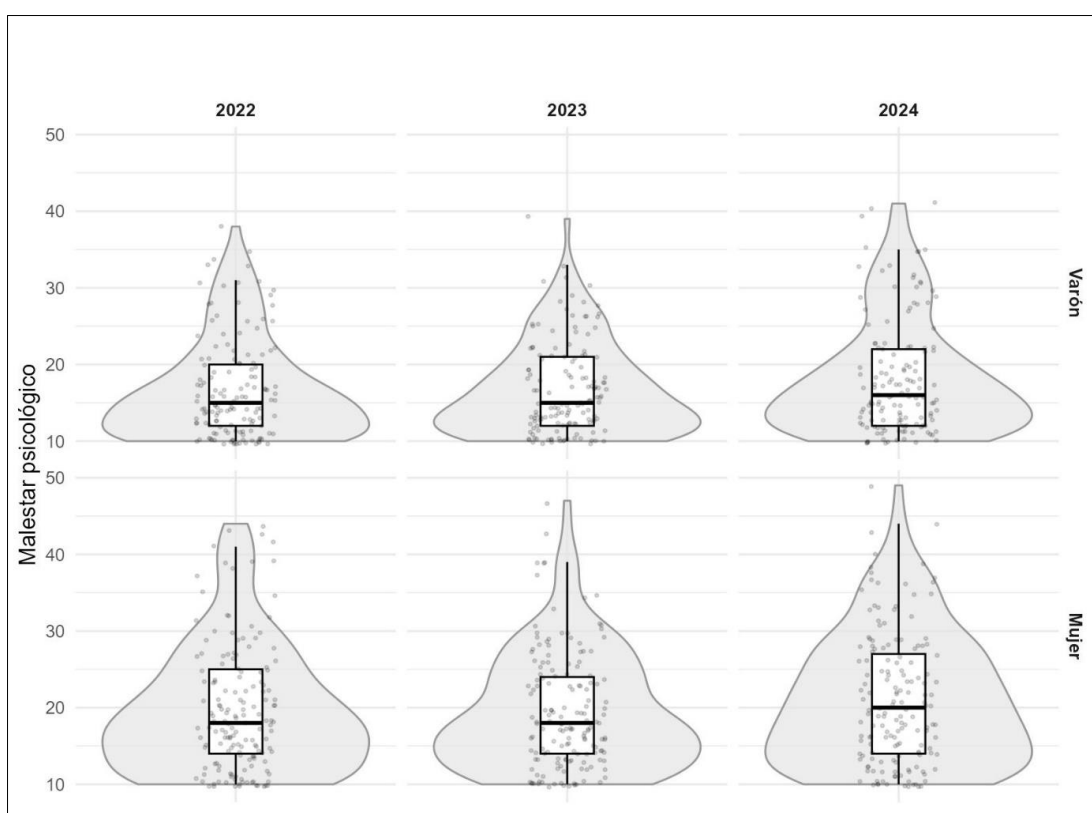
El paralelismo casi perfecto de las pendientes del Gráfico 13 lo pone de manifiesto. Por otro lado, al incluir al sexo en el modelo, las respuestas de encuestados y encuestadas aumentan su consistencia, dado que el ICC pasa a ser .486.

Tabla 5. Parámetros del modelo con tiempo y sexo como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	16.576	0.614	15.370 , 17.781	0.000
Año	0.741	0.408	-0.059 , 1.541	0.069
Mujer	2.920	0.845	1.262 , 4.578	0.001
Año Mujer	-0.083	0.561	-1.184 , 1.018	0.883
SD (Intercepto)	5.377			
SD (año)	2.978			
Cor (Intercepto~año)	-0.505			
SD (Observaciones)	5.397			
ICC_ajustado	ICC_desajustado			
0.486	0.467			

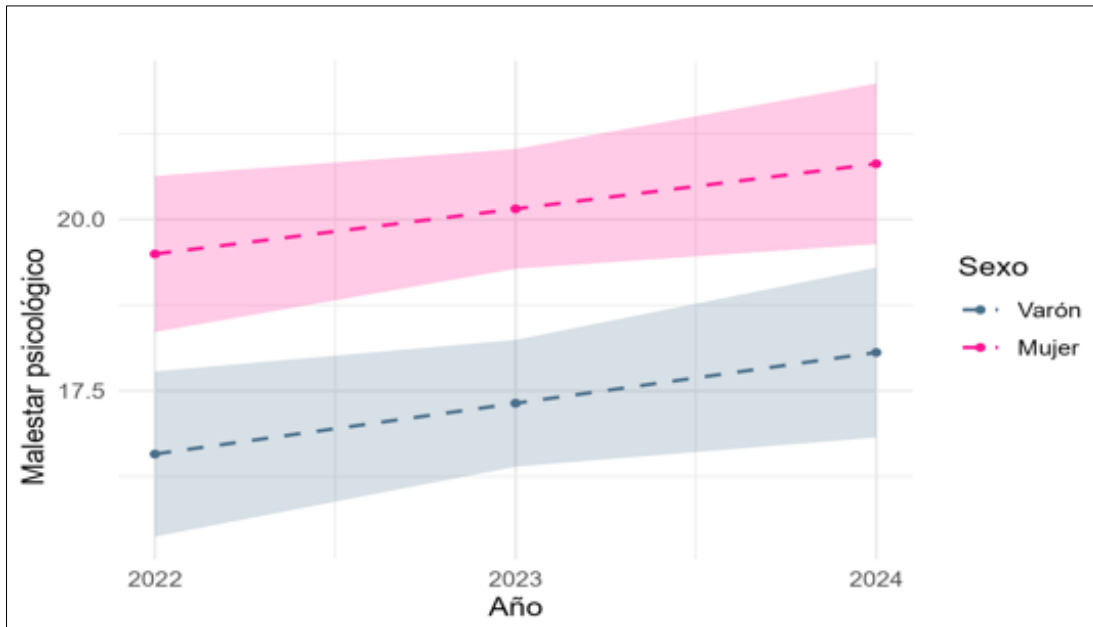
La comparación de las distribuciones por sexo que presenta el Gráfico 12 sugiere diferencias claras, tanto entre sexos como a lo largo de los tres años. Resulta hasta cierto punto impactante el ascenso de los puntajes superiores, particularmente en la submuestra femenina, que en el año 2024 deja a su mediana en los 20 puntos del k-10 (malestar psicológico).

Gráfico 12. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico según sexo. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Gráfico 13. Estimaciones del malestar psicológico según el sexo. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

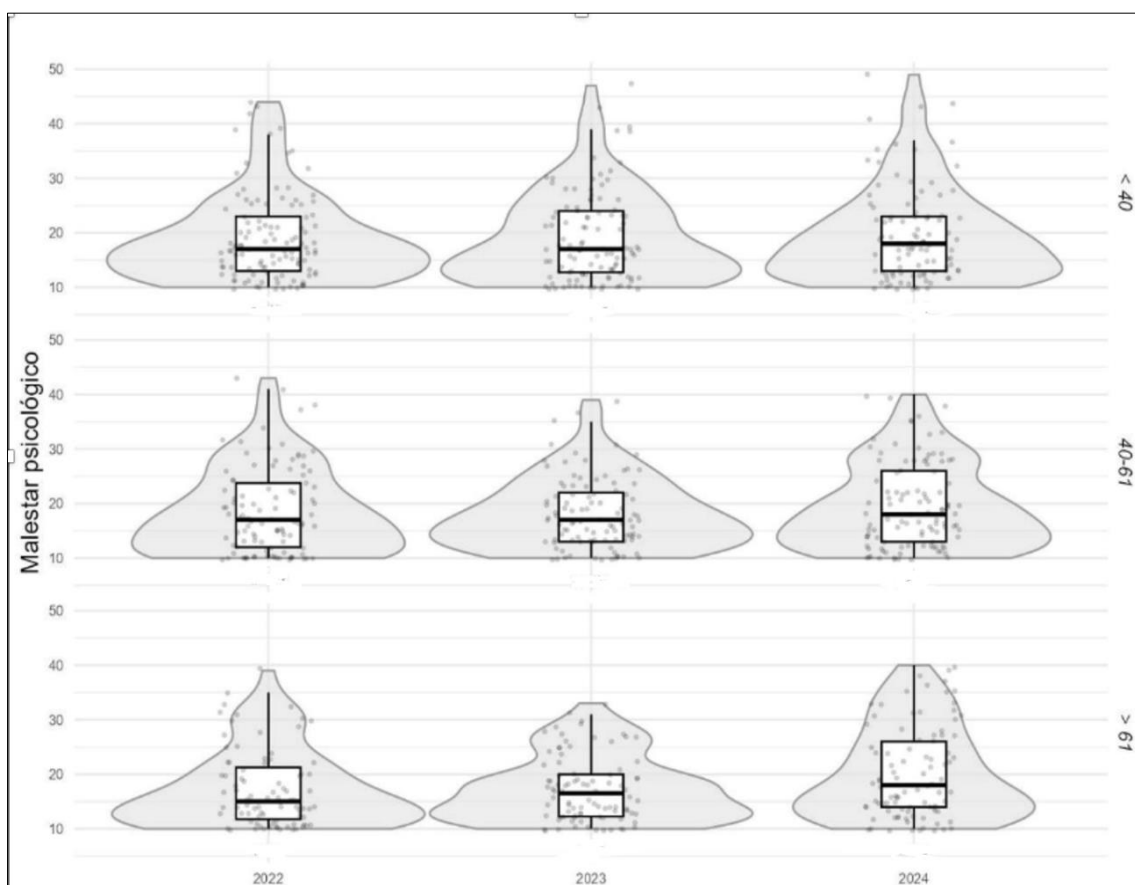
B. Modelo con tiempo y grupos etarios como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

Al dividir la muestra panel en tres grupos los grupos etarios (18 a 39 años, 40 a 61 años, 62 años y más), como lo hace el Gráfico 14, se percibe el ligero aumento progresivo, común, detectable por en las medianas de cada gráfico.

También aparecen algunas particularidades. Las personas de más de 61 años arrancarían con un nivel mediano de malestar psicológico ligeramente inferior al resto de la muestra. El mismo gráfico sugiere que los menores de 40 años han mantenido una dispersión semejante en el trienio. Las personas de edades entre 40 y 61 años y sobre todo los de 62 años en adelante, habrían dispersado más sus niveles de malestar, presentando progresivamente valores más altos en los centiles superiores a la mediana.

Es interesante notar que la pendiente de las personas del grupo de mayor edad muestra un aumento al malestar psicológico más elevado que el que presentan los otros dos grupos etarios, que también tienen una tendencia al aumento del malestar psicológico, pero marcadamente más suave. Sin embargo, esta diferencia entre las pendientes no llega a ser estadísticamente significativa (IC95: -0.341, 2.389; $p < .141$).

Gráfico 14. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico según grupos etarios. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



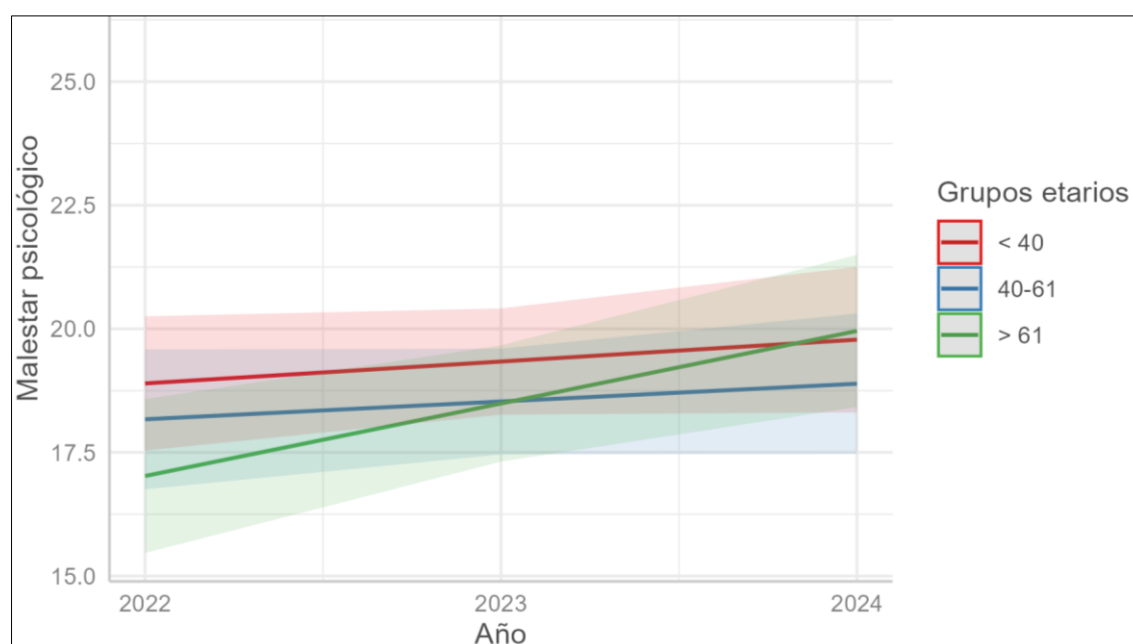
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El modelo condicionado por la edad (Gráfico 15) el malestar psicológico estimado demostraba puntuaciones más bajas que en las personas de menos edad (ver Tabla 6), pero sin que las diferencias entre los niveles de los tres grupos etarios llegaran a ser significativas. Más allá de lo cual se percibe cierta diferencia en el comportamiento de la recta que representa a los mayores, en consonancia con lo apreciado anteriormente. En efecto, la pendiente de las personas del grupo de mayor edad muestra un aumento al malestar psicológico más pronunciado que el que presentan los otros dos grupos etarios, aunque esta diferencia entre las pendientes no llega a ser estadísticamente significativa (IC95: -0.341, 2.389; $p < .141$).

Tabla 6. Parámetros del modelo con tiempo y grupos etarios como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	18.896	0.691	17.539 , 20.252	0.000
Año	0.443	0.469	-0.479 , 1.364	0.346
Edad 40-61	-0.726	0.990	-2.668 , 1.217	0.464
Edad 62 y más	-1.873	1.051	-3.936 , 0.191	0.075
Edad 40-61 x año	-0.083	0.668	-1.393 , 1.227	0.901
Edad 62 y más x año	1.024	0.695	-0.341 , 2.389	0.141
SD (Intercepto)	5.507			
SD (año)	2.929			
Cor (Intercepto~año)	-0.475			
SD (Observaciones)	5.395			
ICC_ajustado		ICC_desajustado		
0.502		0.496		

Gráfico 15. Estimaciones del malestar psicológico según grupos etarios. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.

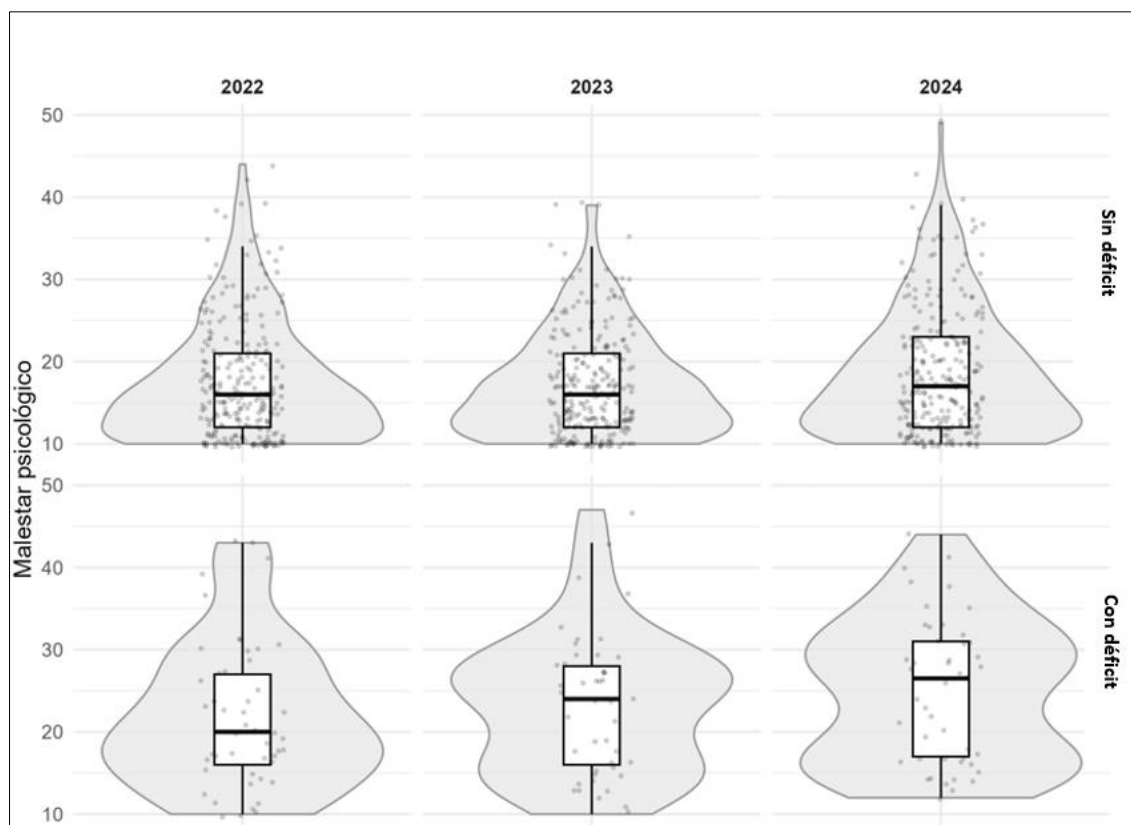


Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

C. Modelo con tiempo y estado de salud como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

El Gráfico 16 presenta la distribución de los puntajes de malestar psicológico a partir de dividir la muestra panel en dos grupos según se declare o no padecer alguna enfermedad grave o crónica. Se aprecia allí que esta forma de presentación muestra que las personas con enfermedades presentan mayores niveles medios de malestar psicológico, mayor dispersión en los niveles percibidos y que dicha condición acentúa el aumento de los niveles de malestar año a año.

Gráfico 16. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico según estado de salud percibido. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



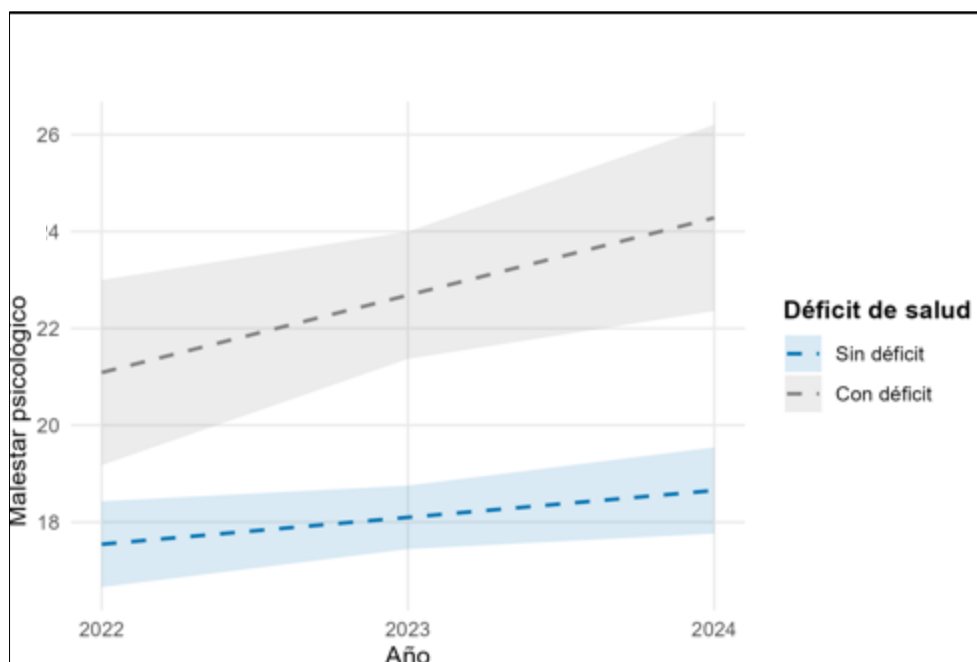
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El modelo confirma que, inicialmente, presentar déficit de salud, incrementa el malestar psicológico en aproximadamente 3,3 pts. Siendo así el predictor singular con mayor peso, entre todos los presentados en este informe. También el estado de salud es el predictor que más se aproxima a detectar un aumento del malestar psicológico año a año. Este aumento sería de 1,04 puntos de magnitud [IC95: -0,48 – 2,27]; aunque no llega ser estadísticamente significativo: $p < .18$. (Ver Tabla 7 y Gráfico 17).

Tabla 7. Parámetros del modelo con tiempo y estado de salud como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	17.544	0.452	16.657 , 18.430	0.000
Año	0.555	0.305	-0.045 , 1.154	0.070
Déficit de estado de salud	3.543	1.049	1.484 , 5.602	0.001
año: Déficit de estado de salud	1.042	0.777	-0.482 , 2.567	0.180
SD (Intercepto)	5.348			
SD (año)	3.014			
Cor (Intercepto~año)	-0.543			
SD (Observaciones)	5.338			
ICC_ajustado	ICC_desajustado			
0.479	0.453			

Gráfico 17. Estimaciones del malestar psicológico según estado de salud percibido. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



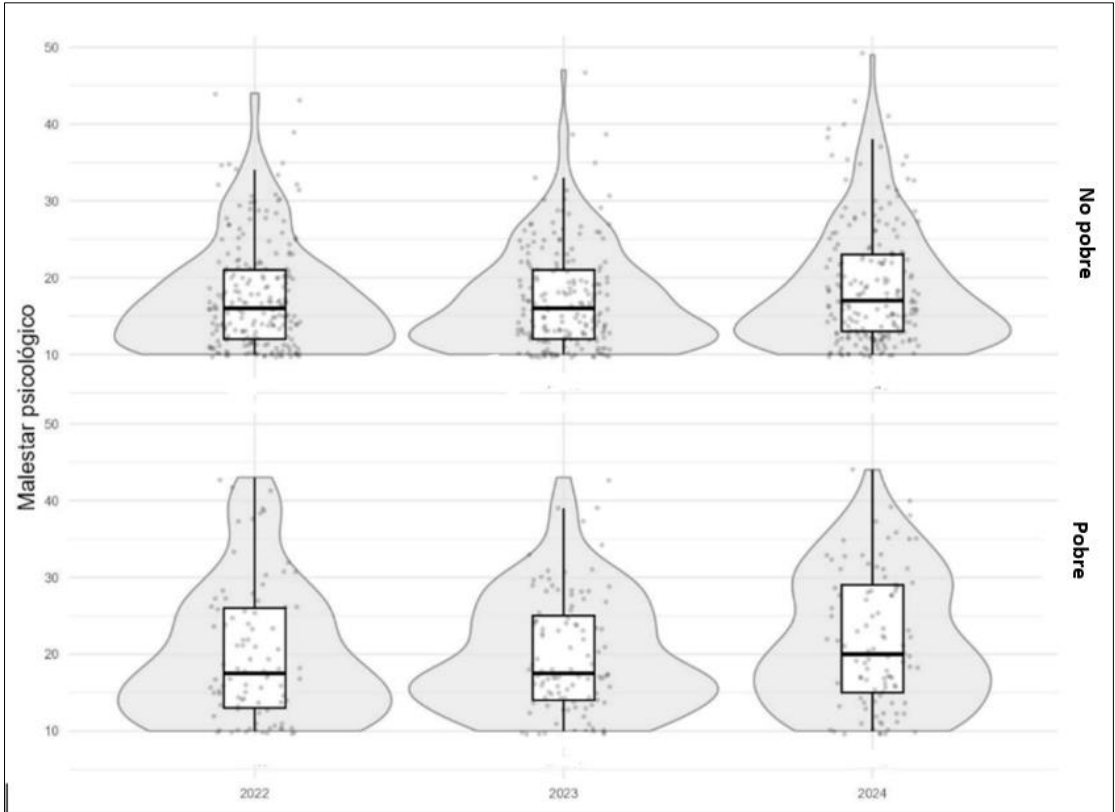
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

D. Modelo con tiempo y pobreza por ingresos como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

La distribución de los puntajes de malestar psicológico según el encuestado presente o no la condición de pobre por ingresos (Gráfico 18) sugiere dos tendencias: los pobres presentarían mayores valores en general acentuándose esta diferencia sobre todo a nivel de los valores medio-altos y en 2024.

Por su parte, el modelo confirma que ser pobre implica un incremento del malestar predicho al inicio del trienio estadísticamente significativo ($p < .034$), incrementando 1,8 puntos el malestar psicológico; sin embargo, no detecta que la interacción de la condición de pobre con el paso del tiempo sea estadísticamente, en el trienio considerado (Tabla 8 y Gráfico 19).

Gráfico 18. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico según pobreza por ingresos. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.

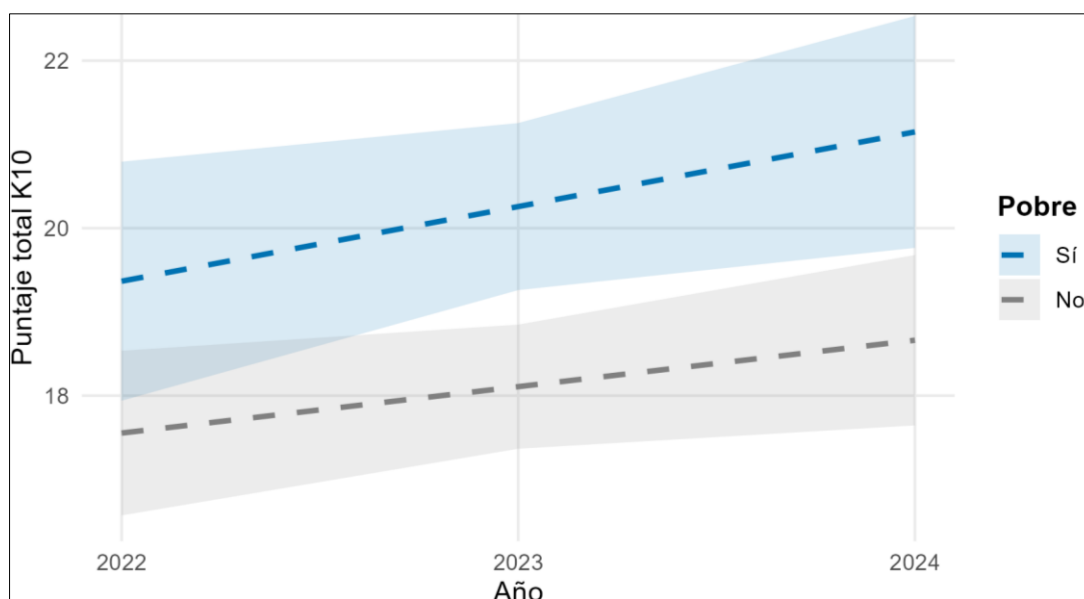


Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla 8. Parámetros del modelo con tiempo y pobreza por ingresos como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	17.553	0.501	16.571 , 18.536	0.000
Año	0.554	0.342	-0.117 , 1.225	0.105
Pobre	1.813	0.852	0.141 , 3.485	0.034
Año x pobre	0.337	0.614	-0.868 , 1.542	0.583
SD (Intercepto)	5.485			
SD (año)	3.017			
Cor (Intercepto~año)	-0.515			
SD (Observaciones)	5.381			
ICC_ajustado	ICC_dsajustado			
0.494	0.482			

Gráfico 19. Estimaciones del malestar psicológico según pobreza por ingresos. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.

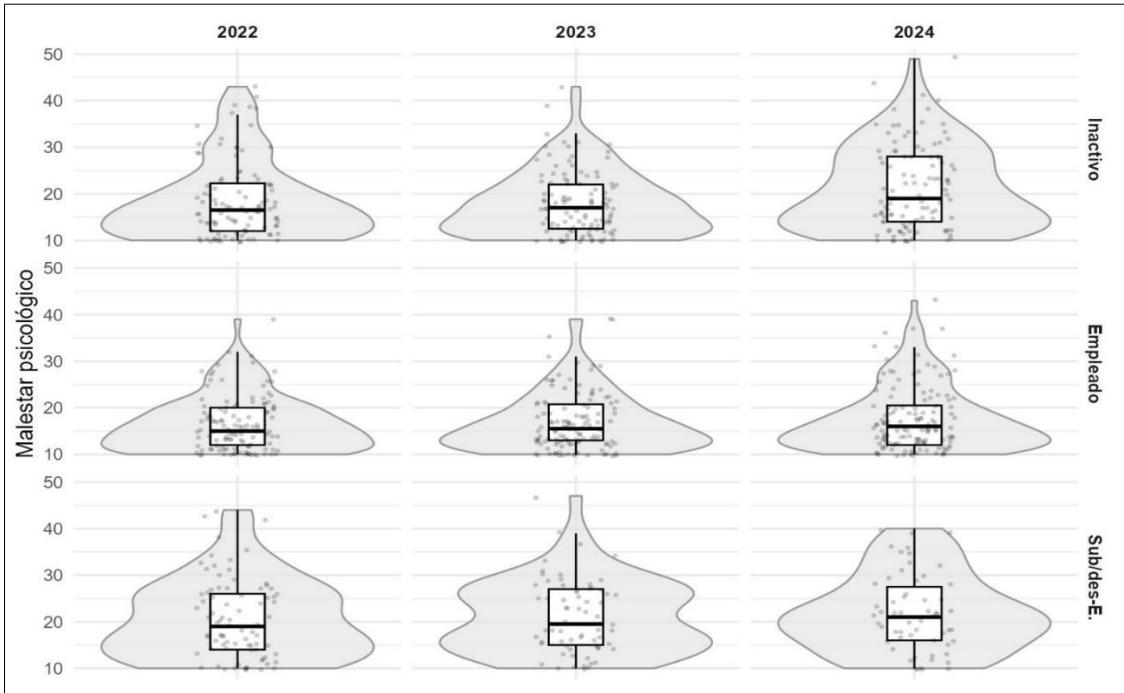


Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

E. Modelos con tiempo y condición/calidad laboral como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

Un análisis descriptivo según las condiciones de actividad y el malestar psicológico de los participantes en la muestra panel mostró la conveniencia de que, para los propósitos explicativos de la sección, se consideren las siguientes categorías: nivel de base (Empleo pleno y Empleo precario), nivel intermedio (Inactivos), nivel superior (Subempleo y Desempleo). El Gráfico 20 presenta sus distribuciones a lo largo del trienio, sugiriendo un cierto aumento, nuevamente más pronunciado de puntajes en posición medio alta y en las muestras de inactivos y subempleados y desempleados.

Gráfico 20. Distribución de las puntuaciones de malestar psicológico según condición/calidad laboral. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



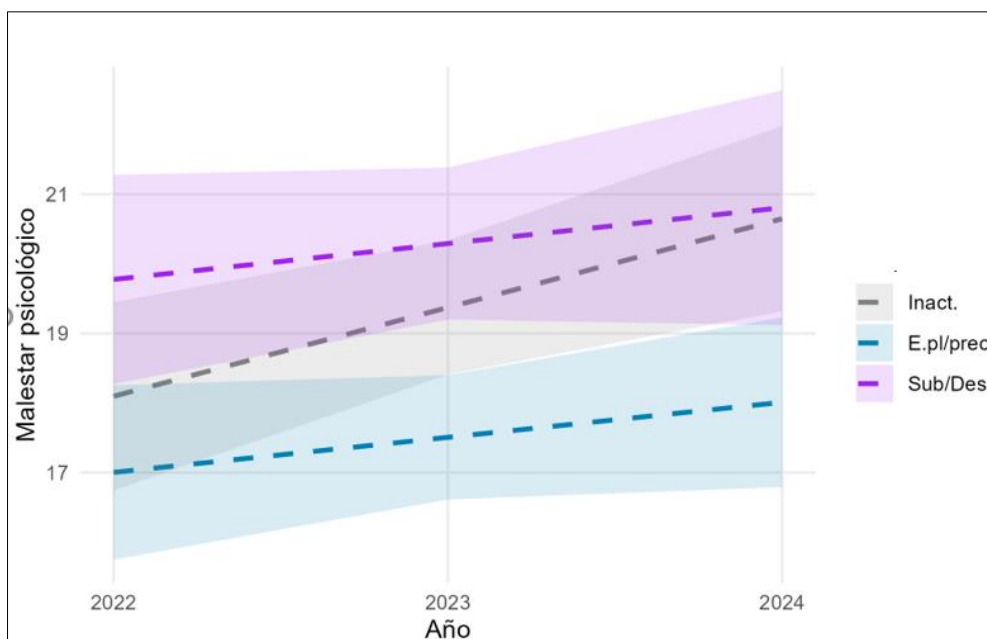
Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

El modelo condicionado por el tipo de actividad (cuyos parámetros recoge la Tabla 9 e ilustra el Gráfico 21) confirma que las personas con subempleo o desempleo aparecen con un nivel superior de malestar psicológico, que resulta levemente significativa ($p < .09$) si se lo compara con el de los inactivos. En segundo lugar, el modelo sugiere que las personas inactivas son las que han incrementado más marcadamente su malestar psicológico, si bien esta diferencia no llega a ser estadísticamente significativa.

Tabla 9. Parámetros del modelo con tiempo y condición/calidad laboral como predictores de nivel y cambio del malestar psicológico.

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercept)	18.097	0.689	16.745 , 19.448	0.000
Año	1.276	0.475	0.344 , 2.208	0.007
Empleo pleno/precario	-1.094	0.921	-2.901 , 0.713	0.235
Subempleo/Desempleo	1.679	1.001	-0.284 , 3.643	0.094
Año: Empleo pleno/precario	-0.772	0.646	-2.040 , 0.495	0.232
Año: Subempleo/Desempleo	-0.760	0.765	-2.261 , 0.741	0.321
SD (Intercepto)	5.284			
SD (Año)	2.877			
Cor (Intercept~Año)	-0.505			
SD (Observaciones)	5.457			
ICC_ajustado	ICC_desajustado			
0.47	0.455			

Gráfico 21. Estimaciones del malestar psicológico según condición/calidad laboral. En personas de 18 años y más. Panel 2022-2023-2024.



Fuente: EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3.3 Modelo condicional del malestar psicológico con múltiples predictores intrasujeto

El paso siguiente es averiguar si los factores arriba analizados ven modificada su capacidad predictiva al ser incluidos conjuntamente en un modelo. El modelo multinivel que los reúne sugiere que la edad agrupada pierde capacidad explicativa, probablemente por tener un comportamiento semejante y cierto nivel de asociación con los otros factores.

El análisis *stepwise* que partió del modelo completo que explica el malestar psicológico desde: años, mujer, Edad (reducida a tres niveles), déficit de salud, nivel de actividad (laboral, en tres niveles, incluye “inactivo”) y ser pobre. Confirmó esta creencia final con pendiente aleatoria para año (tiempo) agrupando por sujeto:

Malestar psicológico (puntaje total) ~ año + sexo + estado de salud + condición y actividad laboral + pobreza por ingresos + (año | individuo)

O traducido a lenguaje corriente:

Malestar psicológico (puntaje total) ~ año + ser mujer + tener enfermedad grave o crónica + estar desempleado/subempleado + ser pobre + (seguidos por 3 años | mismos individuos)

Lo que significa que, controlando por efectos individuales (aleatorios), la variabilidad a nivel de panel se modela mejor permitiendo que la tendencia temporal (toma) varíe entre sujetos. Los factores retenidos en el modelo final fueron: **año de la encuesta, sexo, estado de salud, condición y calidad laboral, y pobreza por ingreso**. Los factores mencionados aportan explicación significativa o cercana a la significancia (p en rangos relevantes). Los efectos de edad en tres niveles resultaron no prioritarios en presencia de las otras covariables. La reducción mejora **AIC/BIC y las pruebas LRT** entre modelos anidados confirman que el modelo final ofrece ajuste significativamente mejor al conjunto de datos (Ver Tabla 10).

Análisis posteriores añadieron la interacción de la variable temporal con cada uno de los cuatro factores retenidos por el mejor modelo. Estos análisis no detectaron que la inclusión de interacción mejore la capacidad predictiva. También corroboraron que cada factor explica diferencias en niveles de malestar psicológico intersujeto a lo largo del trienio, pero que no cambia la tendencia del malestar psicológico año a año, independientemente de la tendencia general.

Tabla 10. Parámetros del modelo condicional del malestar psicológico con múltiples predictores intrasujeto.

Término	Estimación	SE	IC 95%	p
(Intercepto)	16.752	0.899	14.987 , 18.517	.000
Año	0.803	0.282	0.250 , 1.357	.005
Mujer	2.079	0.602	0.897 , 3.260	.001
Edad 40- 61 años	-1.186	0.681	-2.522 , 0.150	.082
Edad 62 años y más	-1.393	0.832	-3.026 , 0.241	.095
Déficit del estado de salud	4.542	0.704	3.160 , 5.925	.000
Empleo pleno/precario	-0.919	0.710	-2.312 , 0.473	.195
Subempleo/Desempleo	1.277	0.709	-0.115 , 2.669	.072
Pobreza	1.107	0.609	-0.088 , 2.302	.069
(Intercepto)	4.904			
(Año)	3.013			
Cor (Intercepto~año)	-0.577			
SD (Observaciones)	5.365			

Finalmente, los resultados sugieren efectos principales de sexo, condición de salud, empleo/actividad y pobreza o indigencia sobre los puntajes de la K10 a lo largo del trienio considerado, con un moderado nivel de consistencia a lo largo del tiempo y con heterogeneidad interindividual en la forma de variación intertemporal.

5. HALLAZGOS

- El malestar psicológico demostró un incremento sostenido en los **años 2010 al 2024**, pasando del 18,4% al 28,1% de la población adulta. Este aumento implica que casi tres de cada diez personas manifiestan síntomas ansiosos y/o depresivos en el año 2024. El aumento sistemático del malestar psicológico se observa para el conjunto de la estructura social con **brechas de desigualdad persistentes a mayor precariedad económica y laboral**. Los valores observados dan cuenta de un incremento de hasta tres veces más en contraste con las tendencias registradas en individuos con condiciones socioeconómicas más desfavorables. Según características individuales, **las mujeres sufren de niveles significativamente más altos** de malestar psicológico que los hombres. En términos de edad, **en 2024 el malestar psicológico se concentró en el grupo de 60 a 74 años (30,1%)**.
- El análisis **longitudinal (años 2022-2024)** permitió observar tanto la persistencia como la movilidad: un 58,2% de la muestra panel se mantuvo estable sin malestar psicológico, **un 5% sufrió sintomatología persistente durante los tres años, un 12% transitó un patrón intermitente, y un 18,4% empeoró su salud mental en el año 2024**. Los resultados indican que, en un lapso muy corto, casi dos de cada diez adultos deterioraron su salud mental.
- Las trayectorias de cambios en su mirada descriptiva dan cuenta de que en las personas pobres hay persistencia del malestar psicológico en los tres tiempos (8,2%) si bien el 15,5% de ellas reportó intermitencia. Es considerable que **el 23,8% de las personas en condición de pobreza empezó a manifestar alta sintomatología ansiosa y depresiva en 2024**. Además, **son las personas desocupadas (en comparación con los inactivos y ocupados) las que manifiestan el valor más alto en la trayectoria de empeoramiento en su salud mental**.
- Desde los **modelos explicativos** el punto más destacado es la **comprobación del aumento del malestar psicológico en el transcurso del trienio**. Un análisis más detallado sugiere que este aumento tiene lugar específicamente en el tránsito del año 2023 al 2024 y que es más pronunciado entre quienes ya tenían niveles de malestar psicológico congruentemente alto. La relativa consistencia intrasujeto, de los niveles de malestar a lo largo del tiempo también es confirmada por el análisis longitudinal.
- Dentro del contexto de aumento, los **efectos de los factores asociados a niveles altos de malestar psicológico** tales como: **enfermedad grave o crónica, el ser de sexo femenino, ser pobre o estar subempleado o desempleado**, han estado presentes y

han acompañado la tendencia general al aumento sin modificarse. En este sentido, por una parte, se ha confirmado el **efecto principal** de los factores mencionados y por otra parte se ha comprobado que ellos **no producen un aumento diferencial año del malestar psicológico**, lo que sugeriría que la causa de la tendencia al aumento debería ser buscada fuera de ellos.

- Cuando aparecen algunos **efectos que modifican la tendencia general del malestar psicológico dentro del trienio**, son más puntuales y estarían vinculados dentro de los factores analizados: **pertenecer al sector inactivo y ser del grupo de los mayores de 60 años**, naturalmente ambos factores están vinculados entre sí. Sin embargo, la evidencia del impacto de estos factores sobre la pendiente de crecimiento del malestar psicológico queda por confirmar ya que, si bien se registran en el estudio descriptivo, no llegan a ser estadísticamente significativas en los modelos predictivos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Allison, P. (2009). *Fixed effects regression models*. SAGE.
- Alkire, S., & Foster, J. (2009). Counting and multidimensional poverty measurement (revised and updated). *OPHI Working Paper 32*. Oxford Poverty and Human Development Initiative.
- Arellano, M. (2019). *Panel data econometrics: Advanced texts in econometrics*. Oxford University Press.
- Arnau, J., & Bono, R. (2008). Estudios longitudinales. Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 2(1), 32-41.
- Bertrand, M., & Kamenica, E. (2021). Coming apart? Cultural distances in the United States over time. *Journal of Political Economy*, 129(7), 1950–1999. <https://doi.org/10.1086/714441>
- Binder, M., Coad, A., & Le, T. (2023). Using panel data methods to understand socioeconomic dynamics. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 212, 467–484. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2023.03.012>
- Bonfiglio, J. I., Vera, J., & Salvia, A. (Coord.). (2025). *Condiciones materiales de vida de los hogares y la población (2010-2024). Persistencias de desigualdades estructurales y desafíos pendientes*. EDUCA.

- Brähler, E., et al. (2024). The roles of employment status and income in the mental health of informal caregivers in Germany. *BMC Public Health*, 24, 20252. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20252-y>
- Buttler, F. (2013). Understanding economic deprivation beyond income: A sociological perspective. *Social Indicators Research*, 110(3), 987–1005. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-9999-1>
- Buttler, F. (2013). What determines subjective poverty. In *Horizontal Europeanization*. DFG Research Unit.
- Camuñas, E., Sandín, B., & Chorot, P. (2019). La ansiedad y la depresión como respuestas emocionales adaptativas. En *Manual de psicopatología*. Pirámide.
- Cassidy, T., & Reilly, P. (2024). Homelessness and psychosocial resources: The role of stress and psychological capital. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 15(1), 13–21. <https://doi.org/10.15406/jpcpy.2024.15.00755>
- Cornaglia, F., Feldman, N. E., & Leigh, A. (2015). The impact of mental health on social and economic outcomes: Evidence from the United Kingdom. *European Economic Review*, 79, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2015.07.008>
- Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing clinician distress: Moral injury not burnout. *Federal Practitioner*, 36(9), 400–402. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6752815/>
- De Vos, K. D., & Garner, T. I. (1991). An evaluation of subjective poverty definitions: Comparing results from the US and the Netherlands. *Review of Income and Wealth*, 37(3), 267–285.
- Domínguez Domínguez, J., & Martín Caraballo, A. (2006). Medición de la pobreza: Una revisión de los principales indicadores. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 2, 27–66.
- European Union. (2017). *Health statistics – Statistics explained*. EUROSTAT.
- Finkel, S. E. (1995). *Causal analysis with panel data*. SAGE.
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>
- Fundación Soberanía Sanitaria. (2025). *Informe sobre salud mental en Argentina*.

- García-Carro, B., & Sánchez-Sellero, M. C. (2019). Medición de la pobreza subjetiva en España y su localización espacial. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 165, 83–99. <https://doi.org/10.5477/cis/reis.165.83>
- Garofalo, M. (2023). Salud mental y malestar psicológico: Conceptualizaciones actuales. *Revista de Psicología Contemporánea*, 20(1), 7–15.
- Giarrizzo, V. (2006). La pobreza subjetiva en Argentina: Construcción de indicadores para aproximarse al bienestar de la población [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires].
- Goedhart, T., Halberstadt, V., Kapteyn, A., & Van Praag, B. M. S. (1977). The poverty line: Concept and measurement. *Journal of Human Resources*, 12(4), 503–520.
- Gordon, D. (1997). *Measuring poverty and deprivation*. Workshop on Indicators of Poverty.
- Halaby, C. N. (2004). Panel models in sociological research: Theory into practice. *Annual Review of Sociology*, 30, 507–544.
- Helliwell, J. F., Layard, R., & Sachs, J. (2023). *World happiness report 2023*. Sustainable Development Solutions Network.
- Hori, A., Yamamoto, Y., & Takahashi, K. (2020). Economic hardship and psychological distress: A study on informal workers. *International Journal of Occupational Health Psychology*, 25(1), 45–58. <https://doi.org/10.1037/ocp0000156>
- Hsiao, C. (2022). *Analysis of panel data* (6th ed.). Cambridge University Press.
- Jurado, C., et al. (2017). Validación de la escala K-10 en población latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(3), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.002>
- Khaled, S., et al. (2022). Unemployment and mental health: Evidence from multi-country studies. *International Journal of Mental Health Systems*, 16(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13033-022-00550-3>
- Kessler, R. C., & Mroczek, D. (1994). Final versions of our non-specific psychological distress scale. Survey Research Center, University of Michigan.
- Kessler, R. C., et al. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959–976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Klasen, S., & Lahoti, R. (2020). Measuring multidimensional poverty in India: Where do we stand? *World Development*, 135, 105082. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105082>

- Lačný, M. (2020). Approaches to subjective poverty in economic and sociological research. *Human Affairs*, 30(3), 413–427. <https://doi.org/10.1515/humaff-2020-0036>
- Lema Añón, C. (2020). Desigualdades e inequidades en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202003018.
- Lucchetti, L. (2006). Caracterización de la percepción del bienestar y cálculo de la línea de pobreza subjetiva en Argentina [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata].
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Institute of Health Equity. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.24815.18085>
- Méndez-Rivero, F., Pozo, Ó. J., & Julià, M. (2022). Gender differences in the indirect effect of psychosocial work environment in the association of precarious employment and chronic stress: A mediation analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16073. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316073>
- Méndez-Rivero, L., Pérez, A., & Gómez, S. (2022). Gender inequalities and economic stress: Impacts on women's mental health. *Gender & Society*, 36(4), 550–568. <https://doi.org/10.1177/0891243222110177>
- Muñoz Arroyave, et al. (2022). Salud mental y bienestar en contextos latinoamericanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 31(1), 1–12.
- Muñoz-Navarro, R. (2021). Desempleo y sintomatología ansiosa y depresiva en población adulta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 26(1), 45–56.
- Nguyen, K., & Ravallion, M. (2019). Multidimensional poverty measurement with subjective indicators. *Journal of Economic Inequality*, 17(3), 317–334. <https://doi.org/10.1007/s10888-019-09400-4>
- Observatorio de la Deuda Social Argentina. (2024). *Anexo metodológico de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA-UCA)*. UCA.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Mental health: Strengthening our response*. OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Impacto del COVID-19 en la salud mental en América Latina y el Caribe*. OPS.
- Otten, R., et al. (2020). Gender differences in mental health trajectories during social isolation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 913–922. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01865-7>
- Papuchon, A., & Duvoux, N. (2019). Subjective poverty as perceived lasting social insecurity: Lessons from a French survey on poverty, inequality and the welfare state (2015–2018). *LSE International Inequalities Institute Working Paper*, 36.
- Paz, J. (2025). Pobreza subjetiva en la Argentina. En *Libro de actas IV Jornadas de Investigación en Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales*. Universidad Nacional de Salta.
- Perry, H. (2023). Social justice and health inequities. *International Journal of Public Health*, 68, 1–10. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.11233>
- Pineda, J., et al. (2018). Ansiedad y depresión: Comorbilidad en población general. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 45(2), 67–75.
- Pradhan, M., & Ravallion, M. (2000). Measuring poverty using qualitative perceptions of consumption adequacy. *Review of Economics and Statistics*, 82(3), 462–471. <https://doi.org/10.1162/003465300559028>
- Rancans, E., et al. (2020). Unemployment as a risk factor for mental disorders: Evidence from population studies. *European Psychiatry*, 63(1), e4. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.4>
- Razo González, D., et al. (2018). Determinantes sociales de la salud: Una revisión conceptual. *Salud Pública de México*, 60(3), 334–342. <https://doi.org/10.21149/8813>
- Ravallion, M. (2012). Poor, or just feeling poor? On using subjective data in measuring poverty. *Policy Research Working Paper 5968*. World Bank.
- Ravallion, M., & Lokshin, M. (2001). Identifying welfare effects from subjective questions. *Economica*, 68(271), 335–357. <https://doi.org/10.1111/1468-0335.00252>
- Ravallion, M., & Lokshin, M. (2016). Subjective economic welfare. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 124, 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2015.11.002>

- Rodríguez Espínola, S., Garofalo, C. S., Paternó Manavella M. A., Dolabjian, M. & Soler, J. (2025). Retrocesos en el bienestar subjetivo y la integración ciudadana (2010-2024). La resiliencia frente a la adversidad y la constante postergación hacia el pleno desarrollo humano en la población argentina. Documento Estadístico-Barómetro de la Deuda Social Argentina. Fundación Universidad Católica Argentina.
- Ruiz Álvarez, M., et al. (2022). Inequidades en salud: Una revisión conceptual. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e152. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.152>
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Sampasa-Kanyinga, H., et al. (2018). Psychological distress and health behaviors among adolescents. *BMC Public Health*, 18, 136. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5034-0>
- Sandín, B., et al. (2018). Ansiedad y depresión: Características clínicas y comorbilidad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(2), 13–22. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.2>
- Schokkaert, E., & van Ootegem, L. (2017). Subjective well-being and income inequality. *Social Indicators Research*, 134(3), 1021–1038. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1462-7>
- Sen, A. (2014). *Development as freedom* (1999). In *The globalization and development reader: Perspectives on development and global change* (pp. 525–545). Wiley.
- Stiglitz, J. (2013). *The price of inequality: How today's divided society endangers our future*. W. W. Norton & Company.
- Sweet, E. (2018). The perceptual dimension of economic stress and mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 132–148. <https://doi.org/10.1177/0022146517747905>
- Townsend, P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: A survey of household resources and standards of living*. University of California Press.
- UNECE. (2021). *In-depth review of subjective poverty measures*. United Nations Economic Commission for Europe.
- Verbeek, M. (2021). *A guide to modern econometrics* (5th ed.). Wiley.

- Villatoro, S. (2012). La medición del bienestar a través de indicadores subjetivos: Una revisión. *Estudios Estadísticos*.
- Wang, K., Liu, Y., & Zhang, J. (2015). Financial strain and emotional health: Evidence from household surveys. *Social Science & Medicine*, 146, 67–74.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.009>
- Wooldridge, J. M. (2019). *Introductory econometrics: A modern approach* (7th ed.). Cengage Learning.
- World Health Organization. (2022). *Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

7. FICHA TÉCNICA

FICHA TÉCNICA ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA - BICENTENARIO 2010-2016	
Dominio	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina.
Universo	Hogares particulares y población con residencia habitual en los mismos.
Tamaño de la muestra	Muestra puntual hogares: aproximadamente 5.760 casos por año. Relevamiento completo de los niños/as de 0 a 17 años en los hogares.
Tipo de encuesta	Multipropósito longitudinal.
Asignación de casos	No proporcional post-calibrado.
Puntos de muestreo	EDSA - Bicentenario 2010-2016: 952 radios censales (Censo 2001).
Dominio de la muestra	Aglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño: 1) AMBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur); 2) Otras Áreas Metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza; y 3) Resto urbano: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
Procedimiento de muestreo	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
Criterio de estratificación	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo con la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socioeconómico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento. Calibración por dominio, estrato, edad, sexo y condición de actividad de población de 18 años y más.
Fecha de realización	Durante cuatro meses del segundo semestre de cada año EDSA Bicentenario Agosto-noviembre.
Error muestral	+/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

FICHA TÉCNICA ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA - AGENDA PARA LA EQUIDAD 2017-2024	
Dominio	Aglomerados urbanos con 80.000 habitantes o más de la República Argentina.
Universo	Hogares particulares y población con residencia habitual en los mismos.
Tamaño de la muestra	Muestra puntual hogares, 2017 a 2023: aproximadamente 5.760 casos por año. En 2024, 2880 casos. Relevamiento completo de los niños/as de 0 a 17 años en los hogares.
Tipo de encuesta	Multipropósito longitudinal.
Asignación de casos	No proporcional post-calibrado.
Puntos de muestreo	EDSA - Agenda Equidad 2017-2024: 960 radios censales (Censo 2010).
Dominio de la muestra	Aglomerados urbanos agrupados en 3 grandes conglomerados según tamaño: 1) AMBA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense (Conurbano Zona Norte, Conurbano Zona Oeste y Conurbano Zona Sur); 2) Otras Áreas Metropolitanas: Gran Rosario, Gran Córdoba, San Miguel de Tucumán y Tafí Viejo, y Gran Mendoza; y 3) Resto urbano: Mar del Plata, Gran Salta, Gran Paraná, Gran Resistencia, Gran San Juan, Neuquén-Plottier-Cipolletti, Zárate, La Rioja, Goya, San Rafael, Comodoro Rivadavia y Ushuaia-Río Grande.
Procedimiento de muestreo	Polietápico, con una primera etapa de conglomeración y una segunda de estratificación. La selección de los radios muestrales dentro de cada aglomerado y estrato es aleatoria y ponderada por la cantidad de hogares de cada radio. Las manzanas al interior de cada punto muestral y los hogares de cada manzana se seleccionan aleatoriamente a través de un muestro sistemático, mientras que los individuos dentro de cada vivienda son elegidos mediante un sistema de cuotas de sexo y edad.
Criterio de estratificación	Un primer criterio de estratificación define los dominios de análisis de la información de acuerdo con la pertenencia a región y tamaño de población de los aglomerados. Un segundo criterio remite a un criterio socioeconómico de los hogares. Este criterio se establece a los fines de optimizar la distribución final de los puntos de relevamiento. Calibración por dominio, estrato, edad, sexo y condición de actividad de población de 18 años y más.
Fecha de realización	Durante cuatro meses del segundo semestre de cada año EDSA Equidad: Julio-octubre.
Error muestral	De 2017 a 2023, +/- 1,3%, con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%. En 2024, +/- 1,8% con una estimación de una proporción poblacional del 50% y un nivel de confianza del 95%.

COMPARACIÓN EDSA 2010-2024

	EDSA 2010-2016 SERIE BICENTENARIO	EDSA 2017-2024 SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD
Periodo de relevamiento	3 Trimestre del año	3 Trimestre del año
Cantidad de hogares	5760 hogares/personas por año	5760 hogares/personas por año
Cantidad de PM	952 radios censales (Censo 2001)	960 radios censales (Censo 2010)
Cantidad de aglomerados	20 aglomerados	20 aglomerados
Error muestral estimado	+/- 1,3	+/- 1,3
Criterio de empalme	Los datos de la serie EDSA Bicentenario 2010-2016 fueron empalmados a los valores de la serie EDSA Agenda para la Equidad (2017-2024).	

8. DEFINICIONES DE INDICADORES

INDICADOR	DEFINICIONES CONCEPTUALES	DEFINICIONES OPERACIONALES
VARIABLE DEPENDIENTE		
MALESTAR PSICOLÓGICO	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de la sintomatología ansiosa y depresiva. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con otros.	Porcentaje de personas que declararon tener síntomas de ansiedad y depresión integradas en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.
VARIABLES DE CORTE SELECCIONADAS		
POBREZA POR INGRESOS	Se considera pobres a aquellos hogares cuyos ingresos se encuentran por debajo del umbral del ingreso monetario necesario para adquirir en el mercado el valor de una canasta de bienes y servicios (Canasta Básica Total o CBT).	Porcentaje de personas que habitan hogares en situación de pobreza.
NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL HOGAR	Representa niveles socioeconómicos de pertenencia a partir de un índice factorial que toma en cuenta el capital educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes durables del hogar y la condición residencial de la vivienda, siendo dicho índice recodificado en estratos socio económicos según cuartiles de la distribución.	Porcentaje de hogares -y personas que habitan hogares- en cada uno de los estratos: Nivel Medio Alto (4° cuartil) Nivel Medio Bajo (3° cuartil) Nivel Bajo (2° cuartil) Nivel Muy Bajo (1° cuartil)
DÉFICIT DE ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	Mide el estado de salud percibido por las personas desde una noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.	Identifica el porcentaje de personas que dicen tener bastantes problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves.
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Representa la posición y participación de las personas en el mercado laboral. Esta clasificación se establece en función de si una persona: tiene una actividad económica u ocupación, no tiene pero la busca activamente, no tiene ni busca un empleo.	Porcentaje de personas ocupadas, desocupadas e inactivas.
CALIDAD DE EMPLEO	Se refiere a la incidencia de relaciones laborales de calidad, de precariedad o subempleo inestable de la población económicamente activa.	Porcentaje de personas económicamente activas con un empleo pleno, un empleo precario, un subempleo inestable o en condición de desempleo.

9. ESCALA DE MALESTAR PSICOLÓGICO DE KESSLER. VERSIÓN DE DIEZ ÍTEMS (K-10)

Las siguientes preguntas describen formas en las que las personas actúan o se sienten. Por favor, señale la opción que mejor se adecúe a su situación durante el último mes. Es preciso señalar una única respuesta para cada pregunta, si no está seguro, señale lo que más se aproxime a su forma de sentir actual.

¿Ud. se sintió... en el último mes...?	Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre	Ns/ Nr
1. ...cansado sin motivo?	1	2	3	4	5	9
2. ...nervioso?	1	2	3	4	5	9
3. ...tan nervioso que nada podía calmarlo?	1	2	3	4	5	9
4. ...desesperanzado?	1	2	3	4	5	9
5. ...inquieto o impaciente?	1	2	3	4	5	9
6. ...tan inquieto que no podía quedarse sentado?	1	2	3	4	5	9
7. ...deprimido?	1	2	3	4	5	9
8. ...ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo?	1	2	3	4	5	9
9. ...ha sentido tanta tristeza que nada podía alegrarlo?	1	2	3	4	5	9
10. ...inútil, poco valioso?	1	2	3	4	5	9

Modo de puntuar: Los puntajes se suman de manera directa y se obtienen puntuaciones que oscilan entre valores de 10 y 50. La escala permite obtener categorías o niveles diagnósticos con un punto de corte para identificar un posible caso de trastorno mental es 20 puntos, si bien es posible establecer rangos en cuatro niveles de probabilidad y gravedad: bajo (10-19), moderado (20-24), alto (25-29) y muy alto (30-50).

0 - 19 bajo malestar psicológico
20 - 24 moderado malestar psicológico
25 - 29 alto malestar psicológico
30 - 50 muy alto malestar psicológico

10. ANEXO ESTADÍSTICO

Malestar Psicológico y Déficit de estado de salud percibido en el mediano plazo (años 2010-2024) según características sociodemográficas y socioeconómicas

Tabla AE.1. Malestar psicológico. En porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010 a 2024.

Años 2010- 2024. En porcentaje de población de 18 años y más.	SERIE BICENTENARIO EMPALMADA A PARÁMETROS SERIE EQUITAD*							SERIE AGENDA PARA LA EQUITAD**							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020***	2021***	2022	2023	2024
TOTALES															
Límite inferior	16,8	18,9	17,9	20,6	20,1	19,8	19,9	17,1	19,4	21,2	23,0	19,6	23,3	24,8	24,6
Estadístico	18,4	20,3	19,6	22,5	21,4	21,4	21,3	18,9	20,5	22,2	23,6	20,7	25,4	26,7	28,1
Límite superior	19,9	21,7	21,4	24,4	22,6	23,0	22,8	20,2	22,6	24,5	25,7	22,9	27,6	28,8	31,4
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES															
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL															
Medio profesional	7,6	12,1	9,9	8,0	8,6	11,7	11,4	11,1	10,3	13,0	15,9	9,4	6,6	15,3	20,4
Medio no profesional	13,3	16,7	13,5	18,6	15,2	16,3	16,2	14,5	15,6	19,5	21,1	13,1	19,4	21,5	22,8
Bajo integrado	22,0	21,6	22,4	24,1	25,2	25,1	22,0	21,0	23,2	22,1	24,3	21,7	29,0	29,4	29,3
Bajo marginal	25,3	30,1	29,4	34,5	33,5	31,8	36,3	29,0	31,9	33,6	31,5	39,4	38,5	37,5	37,9
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO															
Medio alto	7,7	12,1	9,9	12,3	10,5	9,7	12,1	10,1	12,2	13,3	14,2	10,8	11,1	18,0	18,7
Medio bajo	16,8	18,5	18,3	21,0	19,4	19,9	17,5	16,1	15,1	18,6	20,8	14,2	21,5	20,8	22,1
Bajo	25,2	24,1	23,5	26,4	26,5	27,8	23,7	21,3	25,2	27,0	25,9	23,3	31,6	29,7	32,9
Muy bajo	27,2	30,5	30,3	33,8	32,3	31,5	35,0	29,1	31,6	30,9	30,6	36,8	38,0	37,0	38,4
POBREZA POR INGRESOS															
No pobre	15,6	18,8	17,9	20,2	18,5	18,2	18,7	16,1	16,7	18,0	20,3	17,1	20,2	22,9	21,8
Pobre	29,0	28,8	29,4	34,0	35,2	35,0	31,3	30,3	32,5	31,8	30,3	28,8	36,1	34,1	39,5
REGIONES URBANAS															
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7,9	14,2	11,0	15,9	9,9	12,2	17,3	17,3	15,5	15,8	17,8	13,9	11,8	22,7	26,5
Conurbano Bonaerense	21,6	23,3	21,0	23,6	23,8	23,3	22,2	20,4	23,2	25,2	26,6	20,4	33,3	28,7	30,1
Otras Áreas Metropolitanas	19,3	19,2	20,8	21,4	21,0	20,8	22,8	18,0	20,2	21,9	23,4	25,8	20,2	27,3	27,6
Resto Urbano Interior	15,9	17,5	20,5	25,1	23,0	23,1	19,4	17,3	17,5	19,4	20,5	20,4	20,9	23,9	24,3
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO															
SEXO															
Varón	15,4	17,9	16,1	19,8	17,8	18,7	18,7	15,1	16,3	19,1	19,7	16,8	21,2	22,5	23,1
Mujer	21,0	22,5	22,7	25,0	24,4	23,9	23,8	22,3	24,2	24,9	27,1	24,1	29,1	30,5	32,5
GRUPOS DE EDAD															
18 a 34 años	16,4	16,6	14,5	19,5	17,7	17,2	16,2	15,5	19,2	21,0	25,4	17,6	22,5	23,8	25,7
35 a 59 años	20,7	22,6	24,0	23,8	23,5	24,4	23,5	21,5	23,0	24,1	23,6	22,8	27,6	30,9	29,4
60 a 74 años	19,3	24,9	22,0	26,0	24,6	22,8	26,8	21,2	19,1	21,7	21,3	23,3	27,5	23,1	30,1
75 años y más	12,0	16,2	16,4	20,9	19,0	20,7	20,3	15,9	16,0	17,9	25,9	18,6	22,6	26,8	27,2
NIVEL EDUCATIVO															
Con secundario completo	12,5	14,8	15,8	18,1	16,5	14,8	15,7	14,2	16,2	19,1	22,1	15,3	18,7	22,1	22,4
Sin secundario completo	25,6	27,5	24,7	28,8	27,9	29,9	29,0	25,9	27,1	26,7	25,7	28,7	35,1	33,5	36,1
JEFATURA DEL HOGAR															
Jefe	18,7	19,6	17,6	22,3	19,4	19,9	19,5	19,2	21,2	22,8	24,7	20,6	26,0	25,0	29,2
No jefe	17,9	20,8	21,1	22,5	22,6	22,3	22,6	18,5	19,7	21,3	22,0	20,9	24,2	24,9	25,9

Y MALESTAR PSICOLÓGICO: Porcentaje de personas que mencionaron síntomas de ansiedad y depresión integrados en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.

* Los valores de EDSA-Bicentenario (2010-2016) se estiman a partir de aplicar un coeficiente de empalme con la EDSA-Agenda para la Equidad 2017 a nivel de cada indicador y sus diferentes categorías y/o aperturas. Este coeficiente busca controlar el cambio metodológico introducido por la EDSA-Equidad en la medición de los indicadores. Los coeficientes así elaborados se aplican una vez estimados los valores generados por la muestra EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) comparable con la EDSA-Bicentenario (2010-2016).

** El diseño muestral de la EDSA-Bicentenario (2010-2016) se elaboró a partir del marco muestral del CENSO 2001, la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) introdujo una actualización de dicho diseño a partir del CENSO 2010. Esta actualización se hizo introduciendo una estrategia de solapamiento que permite hacer estimaciones de empalme entre ambas series -hacia atrás o hacia adelante- a partir de un sistema de ponderadores y coeficientes de ajuste. En este caso, los datos correspondientes al período 2010-2016 son estimaciones de empalme que ajustan hacia atrás los valores calculados con la EDSA-Bicentenario, tomando como parámetro la EDSA-Agenda para la Equidad 2017.

*** A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver anexo metodológico).

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Tabla AE.2. Déficit de estado de salud percibido. En porcentaje de personas de 18 años y más. Años 2010 a 2024.

Años 2010-2024. En porcentaje de población de 18 años y más.	SERIE BICENTENARIO EMPALMADA A PARÁMETROS SERIE EQUIDAD*							SERIE AGENDA PARA LA EQUIDAD**							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020***	2021***	2022	2023	2024
TOTALES															
Límite inferior	12,1	13,7	11,5	13,5	14,9	13,9	14,5	12,7	14,2	14,8	11,5	11,1	13,3	12,6	11,0
Estadístico	13,7	14,9	13,1	14,9	16,2	15,3	15,9	13,8	15,5	16,0	13,0	12,6	14,7	14,2	13,9
Límite superior	15,3	16,2	14,7	16,3	17,5	16,7	17,3	15,7	17,3	17,6	14,6	13,8	16,0	15,7	16,7
CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES															
ESTRATO SOCIO-OCUPACIONAL															
Medio profesional	5,5	8,9	5,8	5,4	7,7	7,9	9,5	8,3	11,2	9,7	8,6	6,3	6,3	9,9	5,8
Medio no profesional	11,0	12,8	9,5	14,1	12,2	13,7	13,0	10,9	11,6	10,1	8,6	7,3	10,1	11,0	8,9
Bajo integrado	15,9	15,5	15,0	15,3	19,5	18,0	16,5	15,7	17,2	17,8	16,1	14,4	16,6	14,6	16,3
Bajo marginal	18,2	21,8	18,8	22,2	22,4	19,9	24,6	19,4	22,7	26,3	16,5	22,4	22,8	21,0	21,2
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO															
Medio alto	5,9	9,8	7,8	7,8	9,2	8,4	10,8	8,0	10,1	7,8	7,4	7,0	6,2	11,5	7,1
Medio bajo	10,4	10,5	9,7	11,4	13,6	12,3	11,3	11,7	11,5	13,4	11,7	8,6	10,8	9,1	10,2
Bajo	16,1	15,7	15,2	16,0	17,8	17,1	14,6	15,7	17,1	16,9	13,0	14,0	17,4	14,1	18,2
Muy bajo	21,5	23,4	19,0	23,0	23,1	22,4	26,2	20,5	24,9	26,9	19,9	22,4	23,5	21,3	20,0
POBREZA POR INGRESOS															
No pobre	12,2	18,8	13,3	14,5	15,2	13,7	15,0	12,5	14,8	15,3	12,3	12,5	14,2	14,2	13,2
Pobre	18,4	17,6	13,4	17,6	20,6	21,3	18,8	19,4	17,8	17,2	14,5	13,0	15,7	14,1	15,1
REGIONES URBANAS															
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	6,0	7,2	7,1	9,4	7,4	7,3	10,0	15,2	13,1	15,6	14,9	13,3	13,4	12,3	11,5
Conurbano Bonaerense	17,1	11,9	10,7	12,0	15,2	11,6	13,9	14,7	17,0	17,5	13,7	13,5	17,4	17,2	14,5
Otras Áreas Metropolitanas	15,2	11,1	10,2	10,4	11,7	9,6	13,1	13,3	15,8	14,0	12,0	10,4	11,9	10,8	13,2
Resto Urbano Interior	9,5	6,0	8,3	8,3	6,8	8,3	8,0	10,9	13,1	14,7	11,3	12,6	11,6	11,7	14,9
CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO															
SEXO															
Varón	11,0	13,1	10,6	12,3	13,3	12,9	13,1	9,9	13,3	13,4	9,0	11,7	11,2	10,8	10,8
Mujer	16,2	16,7	15,4	17,3	18,9	18,7	18,6	17,2	17,5	18,3	16,6	13,5	17,8	17,1	16,7
GRUPOS DE EDAD															
18 a 34 años	10,0	10,7	8,0	10,9	12,0	9,4	10,2	8,4	5,5	5,6	4,6	5,9	4,6	4,1	7,3
35 a 59 años	17,5	16,3	16,1	15,7	18,4	18,4	17,4	15,9	16,8	16,1	11,2	12,2	13,4	14,1	11,9
60 a 74 años	15,2	21,9	17,6	20,5	19,3	20,0	23,2	19,5	27,8	30,4	19,8	20,8	30,9	27,4	22,1
75 años y más	10,9	12,5	10,9	12,5	13,6	12,9	13,3	15,8	32,9	34,5	24,1	32,6	36,5	33,6	41,8
NIVEL EDUCATIVO															
Con secundario completo	9,2	10,2	10,8	11,5	13,4	10,5	11,8	10,8	12,2	11,4	10,3	8,4	10,0	10,3	10,0
Sin secundario completo	19,1	20,7	16,2	19,4	19,9	21,4	21,3	18,2	20,7	22,8	16,9	18,9	21,5	19,8	19,5
JEFATURA DEL HOGAR															
Jefe	14,0	15,5	14,8	15,6	18,3	17,0	17,7	14,6	18,6	18,1	13,9	14,7	16,8	16,4	15,8
No jefe	13,3	14,1	11,1	13,9	13,5	13,5	13,9	12,7	11,8	13,3	11,8	8,7	10,9	10,3	10,3

Y DÉFICIT DE ESTADO DE SALUD PERCIBIDO: Porcentaje de personas que dicen tener bastantes problemas de salud, padecer enfermedades crónicas o graves.

* Los valores de EDSA-Bicentenario (2010-2016) se estiman a partir de aplicar un coeficiente de empalme con la EDSA-Agenda para la Equidad 2017 a nivel de cada indicador y sus diferentes categorías y/o aperturas. Este coeficiente busca controlar el cambio metodológico introducido por la EDSA-Equidad en la medición de los indicadores. Los coeficientes así elaborados se aplican una vez estimados los valores generados por la muestra EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) comparable con la EDSA-Bicentenario (2010-2016).

** El diseño muestral de la EDSA-Bicentenario (2010-2016) se elaboró a partir del marco muestral del CENSO 2001, la EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025) introdujo una actualización de dicho diseño a partir del CENSO 2010. Esta actualización se hizo introduciendo una estrategia de solapamiento que permite hacer estimaciones de empalme entre ambas series -hacia atrás o hacia adelante- a partir de un sistema de ponderadores y coeficientes de ajuste. En este caso, los datos correspondientes al período 2010-2016 son estimaciones de empalme que ajustan hacia atrás los valores calculados con la EDSA-Bicentenario, tomando como parámetro la EDSA-Agenda para la Equidad 2017.

*** A los fines de la comparación histórica, los datos de la EDSA 2020 y 2021 deben ser considerados con reserva debido a los cambios metodológicos introducidos en el contexto de pandemia COVID-19 (ver anexo metodológico).

Fuente: EDSA-Bicentenario (2010-2016) - EDSA-Agenda para la Equidad (2017-2025), Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.