

Agosto 2025

N° 1 - Serie Prácticas de Riesgo Adictivo

Malestar psicológico y estado de salud percibido en la población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Informe de resultados



Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

**Ministerio de
Desarrollo Humano y Hábitat**



Autoridades del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Jefe de Gobierno

Jorge Macri

Vicejefa de Gobierno

Clara Muzzio

Jefe de Gabinete de Ministros

Gabriel Sánchez Zinny

Ministro de Desarrollo Humano y Hábitat

Gabriel Mraida

Jefe de Gabinete del Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat

Patricio Scarzella

Directora General de Innovación para el Desarrollo del Bienestar General

Pamela Abril Sánchez

Observatorio de Desarrollo Humano y Hábitat

Autores/as del informe: Julieta Barreira, Guillermina Comas, Agustina Marquez, Diego Vázquez, Camila Cupo, Facundo Abramovich, Sol Peñarrocha, Pedro Cuello.

Índice de contenido

Resumen Ejecutivo.....	4
Presentación.....	5
Diseño y objetivos de la Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo.....	6
Introducción.....	7
Marco conceptual.....	8
Dimensiones de análisis: malestar psicológico y estado de salud percibido.....	10
Características sociodemográficas de la población adulta de la ciudad de Buenos Aires.....	12
Principales resultados de malestar psicológico y estado de salud percibido en la población de 18 a 75 años de la Ciudad de Buenos Aires.....	18
Indicadores de malestar psicológico.....	18
Malestar psicológico y prácticas de riesgo adictivo: consumos de sustancias, digitales y apuestas en línea.....	31
Indicadores del estado de salud percibido.....	38
Consideraciones finales.....	47
Bibliografía.....	49
Glosario.....	54
Anexo I: Metodología de la EPRA.....	55
Anexo II: Escalas e índices de medición.....	56

Resumen Ejecutivo

Personas de 18 a 75 años de CABA

28,6%



3 de cada 10 tiene malestar psicológico (síntomas de ansiedad y depresión).



¿Quiénes tienen más malestar?

- Las mujeres que los varones (33,1% vs. 23,1%)
- Los desocupados que los ocupados (51,7% vs. 26,9%)
- Los de nivel socioeconómico bajo que alto (40,6% vs. 19,7%)
- Los hogares con niños, niñas y adolescentes monomarentales/monoparentales que los de núcleo completo (40,9% vs. 26,8%)



Prácticas de riesgo adictivo

A mayor riesgo en el consumo de sustancias, consumos digitales y apuestas en línea, mayores niveles de malestar psicológico.



Alcohol: 72,5%



Marihuana: 73,7%



Cocaína: 100%



Consumos digitales (celular)
18-29 años: 35,2%



Apuestas en línea: 57,4%

El 26,3% declara tener problemas de salud (físicos y/o psicológicos), el 8,7% son crónicos o graves.



¿Quiénes perciben más problemas de salud?

Las mujeres que los varones (30,4% vs. 21,6%)

Los de nivel socioeconómico bajo que alto (40,3% vs. 19,8%)

Presentación

El presente informe es fruto del trabajo conjunto entre el Observatorio de Desarrollo Humano y Hábitat y el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA), en el marco de un convenio de colaboración entre el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat de la Ciudad de Buenos Aires y la Universidad Católica Argentina. En este contexto, durante el cuarto trimestre de 2024 se llevó a cabo la Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (EPRA) que relevó datos representativos de la población de 18 a 75 años residente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Algunos de los resultados obtenidos a partir de la encuesta fueron presentados en el *Estudio de línea de base sobre la prevalencia de prácticas de riesgo adictivo en la población de 18 a 75 años de la Ciudad de Buenos Aires* publicado en abril de 2025.

En esta ocasión, se presentan nuevos datos centrados en una problemática de alta relevancia: el bienestar asociado a la salud mental. En los últimos años, se ha registrado un preocupante incremento de síntomas como depresión, ansiedad, angustia e insomnio, lo que ha convertido esta temática en una prioridad para la agenda pública. El análisis se basa en indicadores de malestar psicológico y de estado de salud percibido, dimensiones que el ODSA, a través de la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA), monitorea a nivel nacional desde 2010, con especial atención a las desigualdades sociales, económicas y laborales, así como al deterioro del bienestar subjetivo.

A partir de esta experiencia, y con el asesoramiento de investigadores del ODSA-UCA, el Observatorio de Desarrollo Humano y Hábitat realizó un análisis específico de los datos disponibles, con el fin de generar información y resultados que describan en profundidad la situación de la población adulta de la Ciudad de Buenos Aires en relación con el malestar psicológico y el estado de salud percibido. El trabajo consideró variables clave como características sociodemográficas, nivel socioeconómico, exposición a riesgos y otras condiciones relevantes, e incluyó la evaluación del riesgo asociado a consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, prácticas digitales y comportamientos de apuestas en línea.

La producción de esta información resulta esencial para dimensionar la magnitud y la distribución del malestar psicológico y de las conductas de riesgo en la población, identificar los grupos más afectados y comprender cómo distintas vulnerabilidades sociales y económicas inciden en el bienestar emocional y físico. Contar con insumos de este tipo no solo permite visibilizar fenómenos que muchas veces permanecen ocultos, sino que también aporta una base sólida para diseñar, implementar y evaluar políticas públicas basadas en evidencia, orientadas a reducir las desigualdades y mejorar la calidad de vida de la población.

Diseño y objetivos de la Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo

La *Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo* se realizó en la **Ciudad Autónoma de Buenos Aires** entre octubre y diciembre de **2024**. Consistió en un **relevamiento probabilístico, presencial y domiciliario sobre una muestra de 6.000 personas de entre 18 y 75 años**, residentes en hogares particulares de la ciudad¹.

Se trata del primer estudio representativo de la ciudad de Buenos Aires, con dominio a nivel de las 15 comunas, que indaga, además de cuestiones vinculadas con consumos de sustancias psicoactivas, otro tipo de prácticas de consumo emergentes como las conductas vinculadas a los usos de la tecnología y las apuestas en línea, para las cuales no se cuenta con evidencia suficiente.

Los principales objetivos de este relevamiento fueron estimar la magnitud y la incidencia de los consumos de sustancias psicoactivas y las conductas de riesgo asociadas, conocer las características sociodemográficas de las personas involucradas en estas prácticas, identificar los contextos en los que ocurren y dar cuenta de la percepción de riesgo. Esta información resulta clave para diseñar políticas públicas sólidas, fundamentadas en datos empíricos y orientadas a prevenir y atender las situaciones que afectan a los grupos más expuestos.

Además de indagar en cuestiones vinculadas con los consumos y riesgos, el diseño del relevamiento contempló recolectar información vinculada con malestar psicológico y estado de salud percibido.

En este sentido, el cuestionario incluyó preguntas referidas a cinco dimensiones: 1) Características sociodemográficas, 2) Consumos de sustancias psicoactivas, 3) Consumos digitales, 4) Conductas de apuesta en línea y 5) Conocimiento y demanda de tratamiento por conductas de riesgo adictivo.

¹ Para mayor desarrollo de los aspectos metodológicos, ver Anexo I.

Introducción

Este informe tiene como objetivo aportar información sobre el **malestar psicológico y el estado de salud percibido** de las personas de 18 a 75 años que residen en la Ciudad de Buenos Aires a partir de los datos obtenidos en la EPRA. Se busca indagar en padecimientos psicológicos y describir cómo esta población percibe su estado de salud, abarcando tanto la dimensión física como la psíquica.

El análisis se propone brindar información confiable y representativa de tal modo que configure un insumo para la mejora y orientación de la gestión de las políticas públicas de la Ciudad de Buenos Aires. La **salud mental**, en tanto dimensión del desarrollo humano y el bienestar de la sociedad, se ha consolidado en los últimos años como un tema prioritario en la agenda pública. El creciente número de estudios que advierten un aumento en los problemas de este ámbito refuerza la necesidad de abordarlo.

La pandemia por SARS-Covid 19 configuró un escenario social inédito situando a la salud en un lugar central. Las medidas de aislamiento implementadas como emergencia para frenar la propagación del virus, buscaron proteger principalmente el bienestar físico de las personas. Como contraparte, otras dimensiones fundamentales para el desarrollo humano, como es el bienestar subjetivo, se vieron afectadas negativamente (Salvia y Rodríguez Espínola, 2022). Al respecto, Dévora Kestel (2022), Directora del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, afirma que, a partir de la pandemia, hubo un incremento de entre el 25% y 27% de las tasas de prevalencia de depresión y ansiedad a nivel mundial. El mismo organismo ha advertido que el impacto en la salud mental de una epidemia, generalmente, es más fuerte entre quienes viven en situación de exclusión social y en las personas mayores (OMS, 2022). En este marco, resulta fundamental analizar cómo la salud mental se ve afectada de manera desigual en distintos grupos poblacionales, en especial las relacionadas con el género, la edad y el nivel socio-económico.

También es necesario abordar el análisis de los indicadores de salud mental en relación con los **consumos problemáticos**. A nivel nacional, desde la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010), los consumos problemáticos dejaron de ser abordados desde el enfoque de la seguridad para ser, precisamente, competencia de las instituciones de salud. Por ello, su abordaje se incorpora al campo de la salud integral, con un enfoque centrado en el bienestar físico, mental y social. En este sentido, el Observatorio de la Deuda Social Argentina (UCA) -que fue parte de la elaboración y realización de la EPRA- desde el 2010 realiza estudios a nivel nacional que incluyen la medición del estado de salud percibido y el malestar psicológico.

Marco conceptual

La salud es un concepto polisémico y complejo, susceptible de ser abordado desde distintos enfoques. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Desde una perspectiva jurídica, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con rango constitucional en Argentina, reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Naciones Unidas, 1986).

En este marco, el concepto de **salud** se concibe desde una perspectiva multidimensional, entendiendo que el bienestar no depende exclusivamente de factores biológicos, sino que además debe ser comprendido en función de dimensiones sociales y económicas que se manifiestan en aspectos como la relación que las personas tienen con el trabajo, la posición socioeconómica, el nivel educativo, entre otros.

Las diversas perspectivas sobre la **salud mental** hacen referencia a la capacidad de los individuos de atravesar distintas situaciones vitales conservando el bienestar emocional; de disfrutar y de relacionarse con otros/as a partir de la integración en espacios sociales, laborales y comunitarios. También enfatizan en la influencia de los contextos donde las personas se desarrollan individualmente, resaltando la importancia de ambientes -familiares y sociales- que permiten ese bienestar. En resumen, la salud mental se comprende como la posibilidad de los sujetos de elaborar, procesar y sobreponerse a aquellas situaciones adversas (la tristeza, la incertidumbre, etc.).

Investigar la salud mental implica una complejidad particular, ya que al depender de estados subjetivos y experiencias individuales, el análisis requiere necesariamente basarse en aquello que las personas manifiestan sobre sus propias vivencias personales e íntimas, en muchos casos atravesadas por tabúes. Así mismo, hay una multiplicidad de variables que inciden en el bienestar psicológico. La literatura sobre la materia reconoce el impacto que tienen sobre la salud, y la salud mental en particular, las situaciones de crisis socioeconómicas y las desigualdades sociales (Huerta, 2023; Brenlla y Aranguren, 2010; Benach, 2018; Espínola, et al, 2020).

El estrés psicológico producido por las dificultades para completar el ingreso económico necesario, el pluriempleo y el tránsito por contextos poco previsibles o que incrementan la frustración, dificultan la auto-regulación emocional y alteran la capacidad de las personas de sobreponerse a las situaciones adversas. En definitiva, la salud mental entendida como problema social constituye un proceso complejo que excede las nociones clásicas o biomédicas de enfermedad y curación (Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012).

En Argentina, la **Ley de Salud Mental** (2010) señala al Estado como el responsable de proteger, preservar y mejorar la salud mental, entendiendo a ésta como un proceso condicionado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Además, en su artículo 4, prevé que “Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

La normativa complementaria, la **Ley Nacional N.º 26.934** (2014), conocida como **Plan IACOP**, entiende a los consumos problemáticos como “aquellos consumos que -mediando o sin mediar sustancia alguna- afectan negativamente, en forma crónica, la salud física o psíquica del sujeto y/o las relaciones sociales. Los consumos problemáticos pueden manifestarse como adicciones o abusos al alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas –legales o ilegales- o producidos por ciertas conductas compulsivas de los sujetos hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado compulsivo por un profesional de la salud”. Este enfoque plantea que los consumos problemáticos no son sólo aquellos asociados a sustancias psicoactivas, sino que engloba otro tipo de conductas compulsivas de los sujetos hacia, por ejemplo, las nuevas tecnologías, algo novedoso y característico de la actualidad.

Anteriormente a esa sanción, la Ciudad de Buenos Aires ya había sido pionera en la normativa jurídica con la **Ley N.º 6.764** (2000) que también sitúa a la salud mental como un asunto prioritario que debe ser abordado por las instituciones públicas de distintas maneras incluyendo “el desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica” sobre el tema. Además establece que la salud mental “es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-sociocultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”.

Con el fin de abordar la salud y la salud mental de la población de la CABA, el análisis se centrará en dos dimensiones fundamentales: **el nivel de malestar psicológico y el estado de salud percibido**. Ambas, que serán desarrolladas en el apartado siguiente, se examinarán en relación a las características sociodemográficas de la población de CABA y en vínculo con los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, digitales y comportamientos de apuestas en línea.

Dimensiones de análisis: malestar psicológico y estado de salud percibido

Respecto a la primera dimensión de análisis, **el malestar psicológico** puede definirse como un estado de sufrimiento emocional caracterizado principalmente por síntomas ansiosos y depresivos, tales como cansancio, inquietud, agitación, nerviosismo, falta de interés o desmotivación, tristeza, desesperanza y sentimientos de inutilidad. Así, se busca captar aquellos estados que afectan la capacidad de las personas de responder a las demandas de la vida cotidiana y desenvolverse socialmente (Rodríguez Espínola, Garofalo, Paternó Manavella, Dolabjian & Soler, 2025).

Para evaluar este constructo, la **Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10)** constituye un instrumento breve, de fácil aplicación y validado internacionalmente, diseñado para medir el nivel de malestar psicológico inespecífico en adultos. La K10 está compuesta por 10 ítems² que indagan la frecuencia de síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión durante los últimos 30 días, utilizando una escala de cinco opciones de respuesta. El puntaje total obtenido en la K10 ofrece una medida dimensional del malestar psicológico, permitiendo discriminar entre sujetos sin malestar psicológico y con malestar leve, moderado o severo, aunque no diferencia entre trastornos específicos.

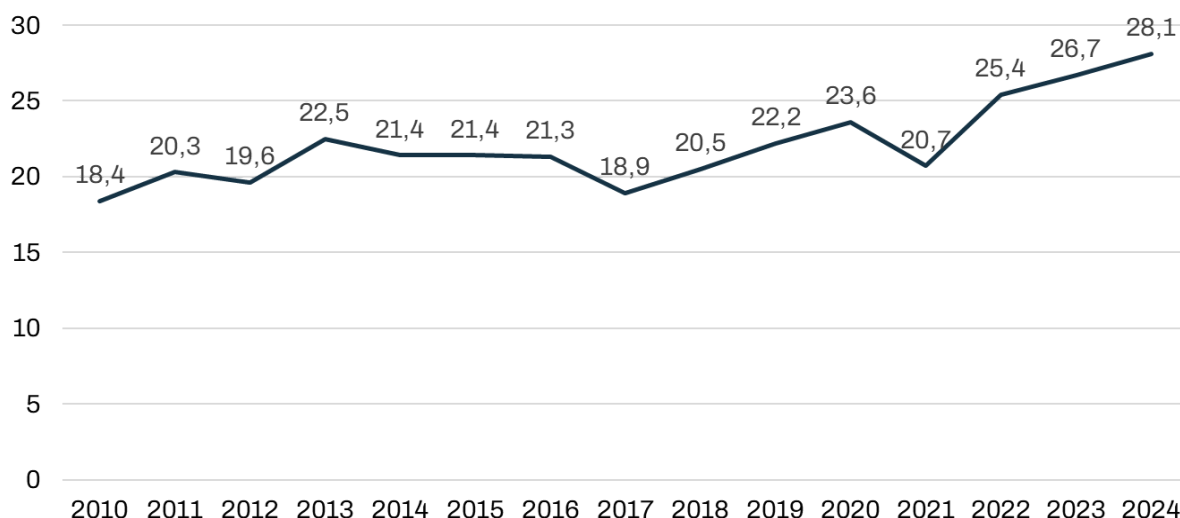
Por su parte, el estudio de Brenlla y Aranguren (2010) ha demostrado la validez y confiabilidad de la K10 en distintos contextos y poblaciones, incluyendo su adaptación y validación para la población argentina, ya que cumple con los requisitos psicométricos necesarios para su uso como herramienta de exploración de la problemática. En ese mismo artículo, las investigadoras ya señalaban prematuramente un incremento de las tasas de prevalencia de los malestares comunes a lo cual se añadía el descenso en la edad de aparición de los mismos³.

En el caso de los trabajos realizados por ODSA-UCA (Rodríguez Espínola, *et al.*, 2022, 2023 y 2025), desde 2010 los registros nacionales anuales de esta variable reflejan una tendencia al aumento, del 18,4% en el primer año analizado al 28,1% en 2024, la cifra más alta registrada y que indica un padecimiento de casi 3 de cada 10 personas del país.

² Para demostrar que la K-10 es un instrumento apropiado para medir eficientemente el malestar psicológico presentado por los habitantes de la CABA, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio inicial en una muestra correspondiente a población general no clínica (selección aleatoria de 587 adultos de ambos sexos de 18 a 75 años) utilizando el método de ejes principales ($KMO=.883$; Test de esfericidad de Bartlett $X^2(45) = 2183.87$; $p < .001$). La presencia de un único factor dio cuenta del 46.41% de la varianza total. Se obtuvieron medidas muy satisfactorias de confiabilidad ($\alpha = .865$). Para más información, véase el Anexo II.

³ Otros estudios como el *Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina* realizado en el año 2018 -promovido por la OMS, la Universidad de Harvard y la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires- manifestaban una prevalencia de trastornos mentales en personas mayores de edad de un 29,1%.

Gráfico 1. Evolución anual del malestar psicológico en la población de 18 años y más. Argentina, 2010-2024 (en %).



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

Por su parte, el indicador de **estado de salud percibido**, según las definiciones e informes de la UCA (Rodríguez Espínola, *et al*; 2024), se refiere a la apreciación subjetiva que tiene cada persona sobre su propio estado de salud general. Este indicador integra dimensiones físicas, biológicas y psicológicas, y se obtiene a partir de la autovaloración realizada por el propio individuo.

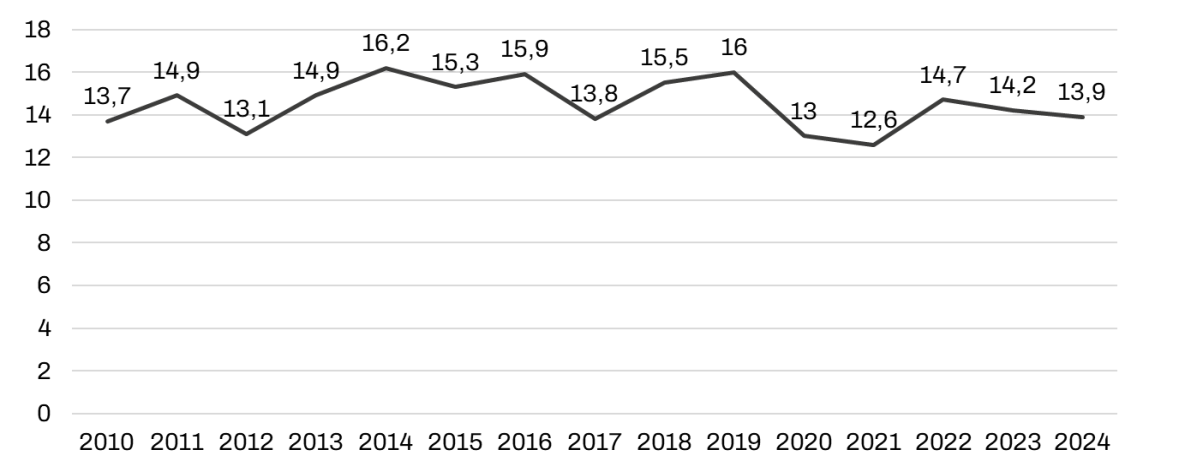
En el caso de la EPRA, la medición suele basarse en una única pregunta: “En general, ¿Cuál es su estado de salud incluyendo aspectos físicos y mentales?”. Luego, las distintas respuestas se agrupan en tres categorías: “sin problemas de salud”, “algunos problemas de salud” y “problemas de salud significativos o enfermedad crónica o grave”. Finalmente, según Rodríguez Espínola (2022, 2023 y 2025), el “déficit de estado de salud percibido” se operacionaliza como el porcentaje de personas que reportan tener bastantes problemas de salud o padecer enfermedades graves o crónicas, permitiendo así identificar grupos con mayor vulnerabilidad en función de sus condiciones de vida y acceso a derechos."

Este indicador es utilizado porque permite captar de manera sintética y confiable la percepción global de salud de la población, reflejando tanto la experiencia personal de síntomas y enfermedades como aspectos emocionales y sociales. Además, la salud percibida está reconocida como un predictor válido de condiciones de salud reales y se asocia con variables demográficas, socioeconómicas y de acceso a servicios de salud.

El déficit en el estado de salud percibido fue medido por la ODSA-UCA a nivel nacional de manera anual entre los años 2010 y 2024. Se observa aquí un crecimiento sostenido entre 2010 y 2014, que incluso marca el pico general en 2014 (16,2%). Posteriormente, hay una ligera caída

entre 2015 y 2019, con valores que varían entre 13,8% y 16%. En 2020 y 2021, se registra una disminución significativa (13% y 12,6%, respectivamente), lo que podría estar relacionado con el impacto de la pandemia de COVID-19 que limitó las consultas médicas habituales y concentró los recursos sanitarios en la atención de la enfermedad. Por último, se destaca también una caída de 0,2 puntos porcentuales en el año 2024 respecto al año anterior (14,2%), donde el déficit en el estado de salud percibido se reportó en niveles de 13,9% (Rodríguez Espínola, *et al.*, 2025).

Gráfico 2. Evolución anual del déficit en el estado de salud percibido en la población de 18 años y más. Argentina, 2010- 2024 (en %).



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

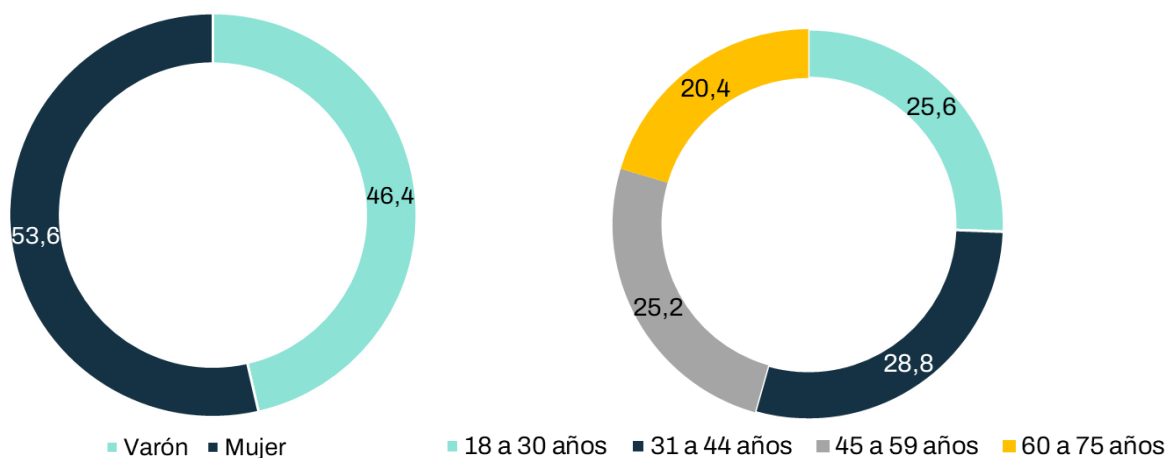
Características sociodemográficas de la población adulta de la ciudad de Buenos Aires

Con el propósito de contextualizar el análisis, se presenta a continuación una breve descripción de las características sociodemográficas de la población entre 18 y 75 años en la Ciudad de Buenos Aires a partir de los datos relevados por la EPRA. Esta información servirá como marco para interpretar los indicadores sobre malestar psicológico y estado de salud percibido que se desarrollarán en los apartados siguientes.

En primer lugar, al observar a la población de entre 18 y 75 años según su composición por género se encuentra que **hay una mayor cantidad de mujeres**, representando un 53,6% frente a un 46,4% de varones. En segundo lugar, al analizar la distribución según rangos de edad, la población se divide en cuartiles semejantes, siendo el rango de 31 a 44 años el de mayor población (28,8%) y el de 60 a 75 años el de menor población (20,4%). Contrastadas con el Censo 2022, realizado por el INDEC (2023), ambas estadísticas reflejan una representatividad adecuada de la población de la Ciudad de Buenos Aires.⁴

⁴ En primer lugar, según el censo las mujeres representan al 53,8% de la población y los varones al 46,2%. Adicionalmente, la población de entre 18 y 75 años se compone por un 25% entre quienes tienen entre 18 y 30 años; un 29,5% entre quienes tienen de 31 a 44; un 25,2% de población entre 45 a 59 años y un 20,4% del último cuartil, de entre 60 a 75 años.

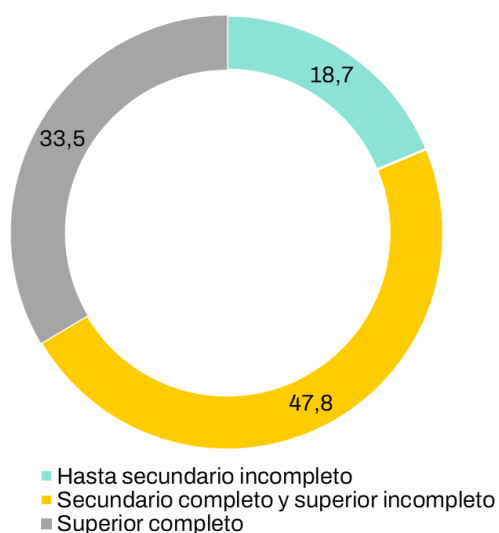
Gráfico 3. Distribución por género y grupos de edad en la población de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Por otro lado, el nivel educativo⁵ de la población fue diferenciado en tres niveles: entre aquellos que no tuvieron instrucción o no finalizaron los estudios primarios y/o secundarios, aquellos que finalizaron el secundario y/o no finalizaron estudios superiores y, por último, quienes sí finalizaron sus estudios superiores. Se constata que el 18,7% de la población no finalizó los estudios obligatorios; quienes sí finalizaron el secundario pero no los estudios superiores representan al 47,8% de la población y quienes finalizaron sus estudios superiores al 33,5% del total.

Gráfico 4. Distribución por nivel educativo en la población de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

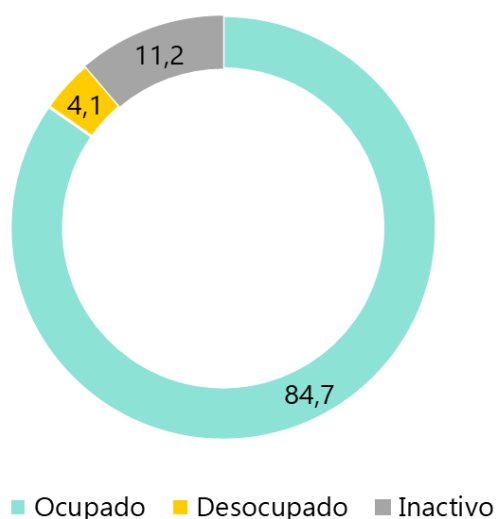


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

⁵ Las categorías de nivel educativo se agruparon considerando que en CABA el mismo es más alto que en otras jurisdicciones con el objetivo de reflejar mejor la realidad local.

Al analizar la condición de actividad de la población en edad de trabajar definida según la edad jubilatoria (18 a 59 años en mujeres y 18 a 64 años en varones) se observa que el **84,7% se encuentra ocupada**, el **4,1% desocupada** y el **11,2% inactiva** (no tienen trabajo, no lo están buscando activamente y no están disponibles para trabajar).

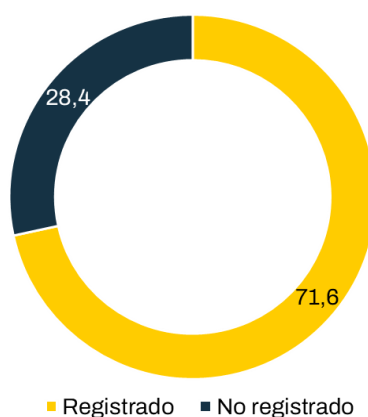
Gráfico 5. Población potencialmente activa (mujeres de 18 a 59 y varones de 18 a 64 años) según condición de actividad. CABA, Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Dentro de la población ocupada existe un universo heterogéneo. Así, el análisis se detendrá en dos dimensiones: el registro del empleo y la subocupación horaria, es decir, la que afecta a aquellas personas ocupadas que trabajan menos de 35 horas semanales y que desean trabajar más. En la primera dimensión, se advierte que el 71,6% de la población ocupada de entre 18 y 75 años en la Ciudad de Buenos Aires tiene un empleo registrado (realiza o le realizan aportes jubilatorios, declara ganancias o paga monotributo) mientras que el 28,4% restante no se encuentra registrado.

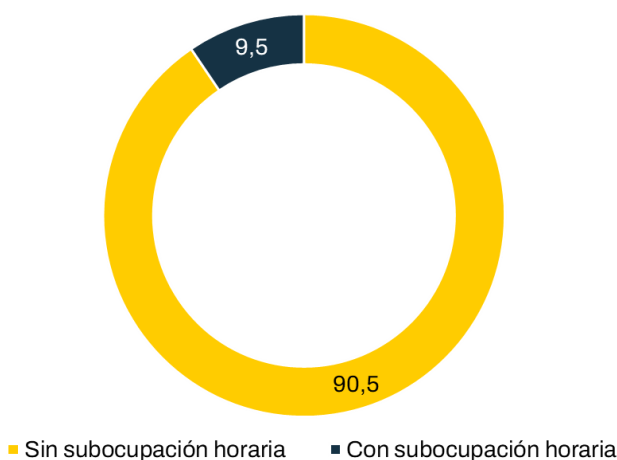
Gráfico 6. Población de 18 a 75 años ocupada según registro del empleo en la población. CABA, Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

En la segunda dimensión, se observa que el 9,5% de las personas ocupadas de entre 18 y 75 años de la ciudad se encuentran en situación de subocupación horaria, es decir, trabajan menos de 35 horas semanales y desean trabajar más horas.

Gráfico 7. Población de 18 a 75 años ocupada según situación de subocupación horaria. CABA, Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

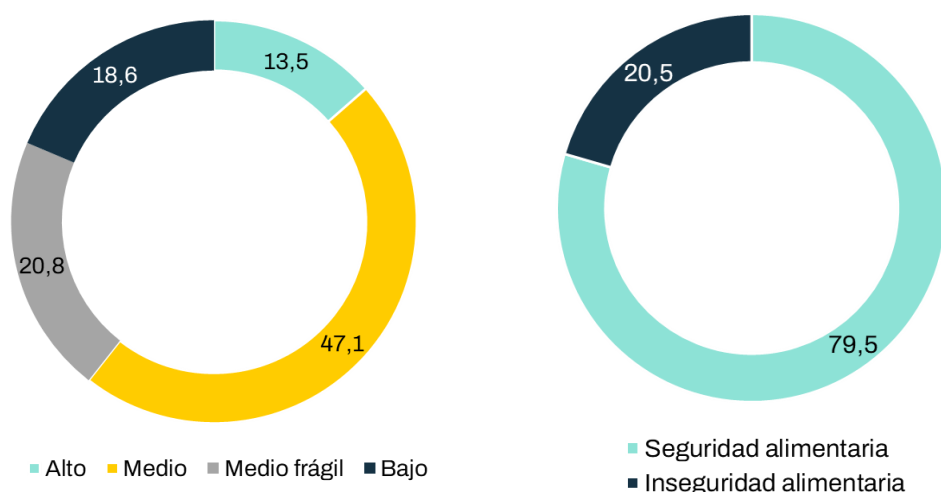
El nivel socioeconómico (NSE) es un estratificador de los hogares que se construye desde un enfoque multidimensional, que trasciende las medidas basadas únicamente en ingresos monetarios. Para su construcción, se incorporaron variables relacionadas con el nivel educativo, la situación laboral, las condiciones de vivienda y la tenencia de bienes⁶.9

⁶ Para conocer en mayor profundidad aspectos metodológicos de la construcción del estratificador ver Anexo II.

En el caso de la población adulta de CABA, el 47,1% pertenece al nivel medio, lo que representa casi la mitad del total. El 13,5% se ubica en el nivel socioeconómico alto, mientras que el 39,4% restante se concentra entre los niveles medio frágil y bajo.

Por otro lado, a partir de la EPRA se indagó sobre inseguridad alimentaria, es decir, aquellas situaciones en las que las personas viven en hogares donde no pueden acceder, en todo momento, a una nutrición adecuada para llevar una vida activa y sana. Se determina que un hogar presenta inseguridad alimentaria cuando, en los últimos 12 meses, algún miembro del hogar tuvo que reducir porciones o saltar comidas enteras por falta de recursos económicos. En este sentido, el 20,5% de las personas residen en hogares que presentan algún nivel de inseguridad alimentaria⁷

Gráfico 8. Distribución de la población de 18 a 75 años por nivel socioeconómico e inseguridad alimentaria. CABA, Octubre - Diciembre 2024 (en %).

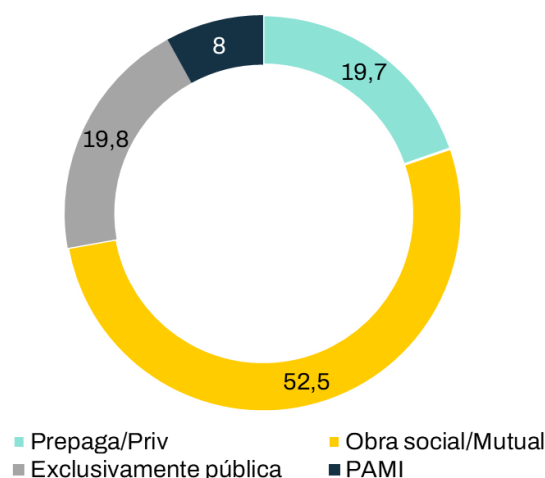


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Asimismo, presenta particular relevancia detenerse sobre la cobertura de salud de la población de 18 a 75 años de CABA, donde se destaca que más de la mitad cuenta con cobertura de alguna obra social o mutual (52,5%), mientras que los restantes se distribuyen entre quienes cuentan con cobertura privada o prepaga (19,7%), quienes utilizan el sistema público exclusivamente (19,8%) y quienes solo poseen PAMI (8%).

⁷ Según datos de la Encuesta Anual de Hogares 2024 de CABA, elaborada por la Dirección General de Estadística y Censos (IDECBA, GCABA), la inseguridad alimentaria entre la población de 18 a 75 años fue del 24%.

Gráfico 9. Distribución por cobertura de salud en la población de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



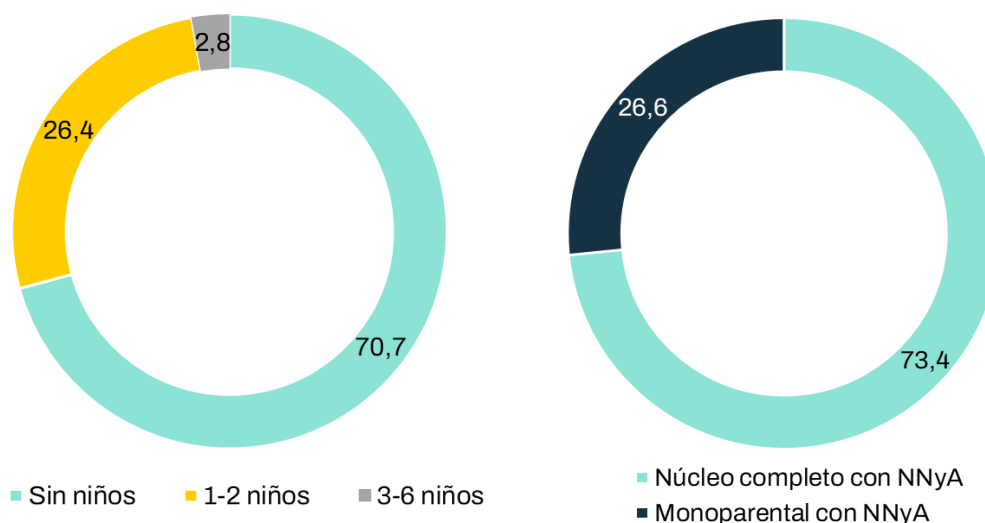
Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Por último, se considera la convivencia con niños/as en el hogar, considerando la importancia que representa tener personas menores a cargo, sobre las cuales hay que desplegar tareas de cuidado y/o crianza, condicionando el uso del tiempo individual y las decisiones personales. El 70,7 % no convive en hogares con niños/as o adolescentes, el 26,4 % incluye entre uno y dos, y el 2,8% entre tres y seis. Al interior de estos hogares, el 73,4% de las personas componen hogares con niños/as y/o adolescentes de núcleo completo⁸, el 26,6% residen en hogares monoparentales⁹.

⁸ Pareja conyugal y al menos un hijo/a que reside en la vivienda, con o sin convivencia de otros miembros además del núcleo) Se agruparon las categorías 'Hogar de núcleo completo con hijos' y 'Hogar de núcleo completo extenso o compuesto' de Susana Torrado (2007).

⁹ Aquellos conformados por un solo progenitor que vive con uno o más hijos/as, independientemente de la convivencia con otros miembros). Se agruparon las categorías 'Hogar de núcleo monoparental' y 'Hogar de núcleo monoparental extenso o compuesto' de Susana Torrado (2007).

Gráfico 10. Población entre 18 y 75 años según convivencia con niños niñas y adolescentes y tipo de hogar. CABA, Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Principales resultados de malestar psicológico y estado de salud percibido en la población de 18 a 75 años de la Ciudad de Buenos Aires

Indicadores de malestar psicológico

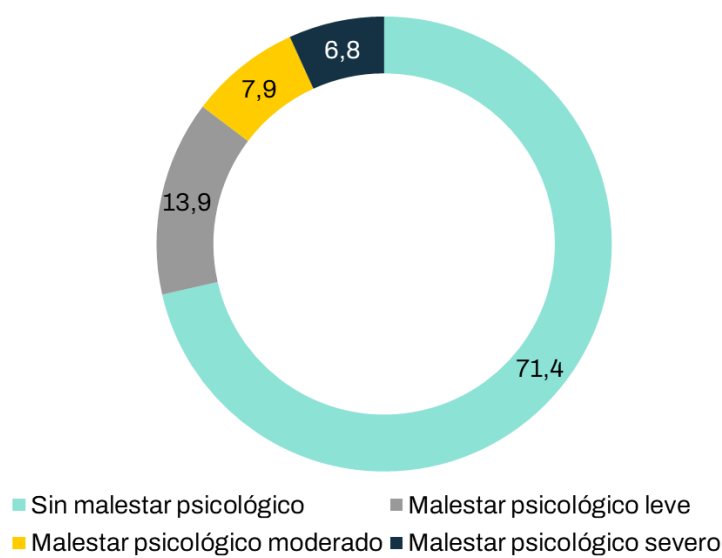
En este apartado se analiza la relación entre los niveles de **malestar psicológico y las características sociodemográficas de la población** de CABA. Aunque no es posible establecer relaciones causales, se examina en qué grupos poblacionales el malestar se presenta con mayor intensidad, identificando factores que pueden influir en una mayor o menor incidencia de la condición.

Asimismo, se busca describir los **niveles de malestar psicológico en relación con distintas disposiciones subjetivas como el estado general de salud percibido¹⁰ y comportamientos relacionados con consumos problemáticos**; tanto de sustancias psicoactivas, como digitales y de apuestas en línea.

En la Ciudad de Buenos Aires, **casi 3 de cada 10 personas muestran algún nivel de malestar psicológico**, es decir, síntomas de ansiedad y depresión. Los niveles o intensidad de malestar son variables, siendo el **malestar leve (13,9%) el más común, seguido por el moderado (7,9%) y por el malestar severo (6,8%)**.

¹⁰ Refiere a la apreciación subjetiva que tiene cada persona sobre su propio estado de salud general. Este indicador integra dimensiones físicas, biológicas y psicológicas, y se obtiene a partir de la autovaloración realizada por el propio individuo.

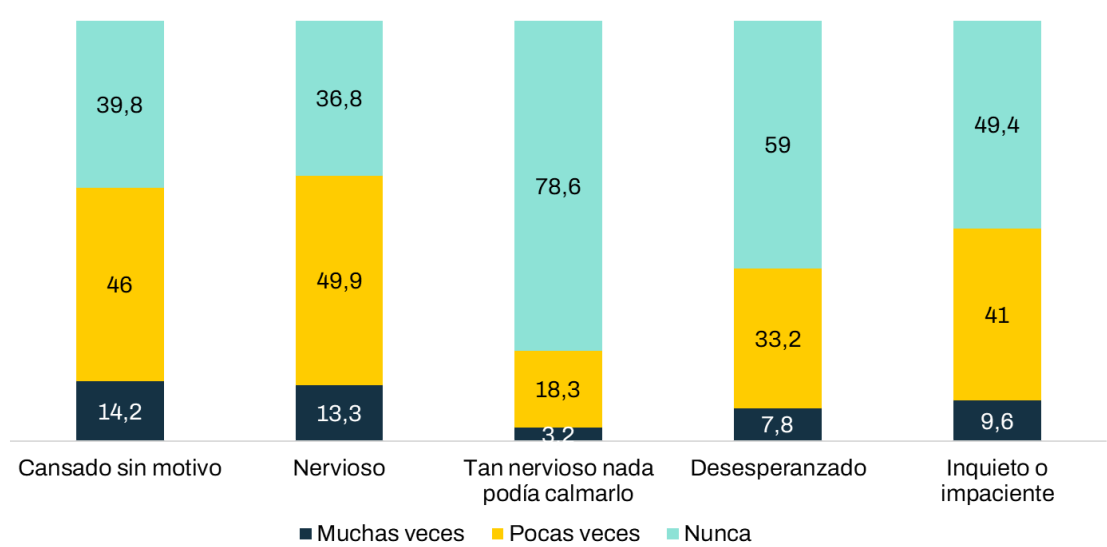
Gráfico 11. Malestar psicológico en los últimos 30 días en personas de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

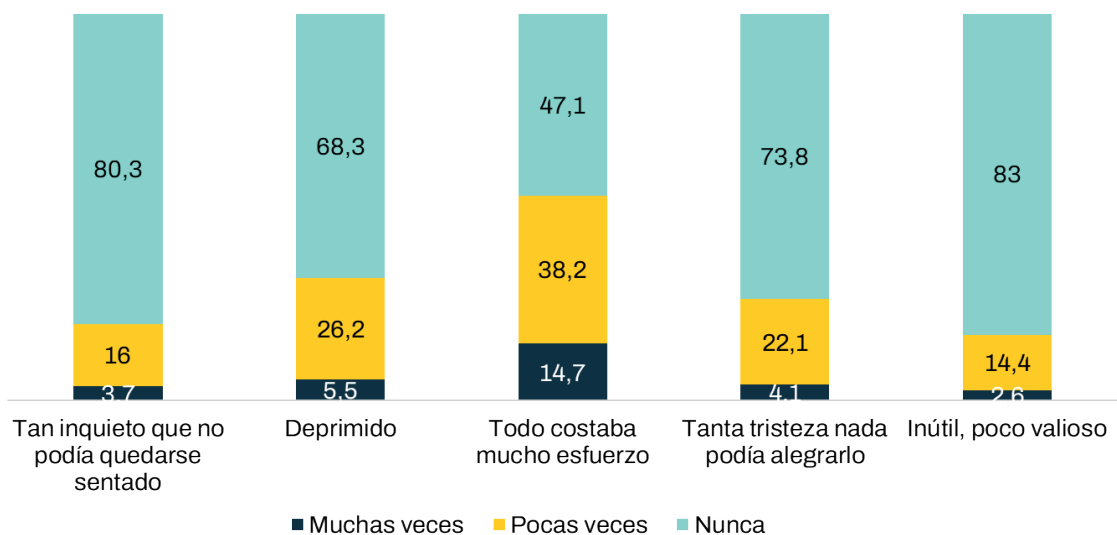


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

A partir de un análisis más detallado de cada una de las diez afirmaciones que se utilizan en la Escala de malestar psicológico de Kessler (K10), es posible adentrarse de manera exploratoria en los síntomas que manifiestan los/as ciudadanos. Los estados emocionales que destacan por haber sido experimentados **muchas o algunas veces en los últimos 30 días son: estar nervioso (63,2%), “cansado sin motivo” (60,2%) y que “todo cueste mucho esfuerzo” (53%).**

Gráfico 12. Síntomas de malestar psicológico en la población de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).





Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Al analizar el malestar psicológico según género y edad, se observa **que las mujeres presentan mayor malestar psicológico que los varones**. El 33,1% de las mujeres posee algún tipo de malestar psicológico (incluyendo leve, moderado y severo), mientras que este número desciende 10 puntos porcentuales para el caso de los varones, llegando a un 23,1%. Diversas investigaciones coinciden en que las mujeres padecen más malestar psicológico que los varones (OMS, 2023; Lledó, 2024). A la vez, marcan que ésta diferencia puede ser comprendida de manera multifactorial (Londoño Perez, et. al., 2020) teniendo en cuenta la incidencia de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales en el malestar psicológico. En este marco, también se mostró la necesidad de contemplar que los varones tienen menor tendencia a reportar y manifestar el malestar, como así también mayor disposición a minimizarlo. Así, los estereotipos de género pueden influir en los resultados de la encuesta, debido a que las mujeres tienden a tener un patrón externalizador de su experiencia emocional y los varones suelen internalizar sus padecimientos (Londoño Perez, et. al., 2020; Cova Solar, 2004). El ejemplo de la tasa de suicidios es ilustrativo para dar cuenta de la diferencias entre lo que manifiestan las mujeres y los varones con respecto a su malestar psicológico: según las estadísticas vitales (Ministerio de Salud, 2024), en Argentina se registraron 3.488 suicidios en el año 2023 de los cuales el 80,2% (2779 casos) corresponden a varones, frente al 19,8% (709 casos) en mujeres.

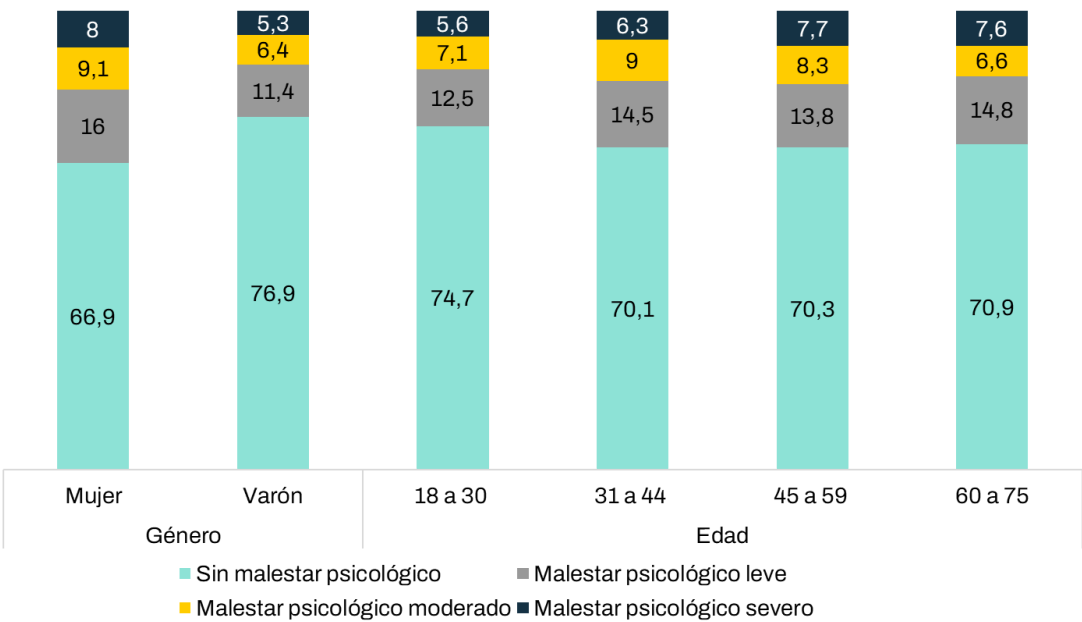
A la vez que se puede presumir una subestimación en el caso de los varones por los estereotipos de género, **también se puede inferir que el peso de los mandatos sobre las mujeres y las desigualdades de género pueden producir mayores niveles de malestar sobre ellas**, dado que sobre las mujeres recae una mayor carga de trabajo producto de las tareas de crianza y cuidado, así como los mandatos de maternidad y fenómenos como el “techo de cristal”¹¹ que

¹¹ El “techo de cristal” hace referencia a las barreras que dificultan que las mujeres accedan a puestos de mayor jerarquía, poder o remuneración en sus ámbitos laborales, a pesar de contar con la preparación necesaria. Se sugiere como consulta el informe *Brechas de género en el mercado de trabajo de la Ciudad de Buenos Aires. Evolución de los principales indicadores socio laborales desde una perspectiva de género* elaborado por el Observatorio de Desarrollo Humano (2022) donde se abordan las brechas de género en el trabajo y la desigualdad en el acceso de cargos directivos, entre otros indicadores.

producen limitaciones en el desarrollo profesional y en el bienestar económico, una más alta presión social por la imagen física, entre otras inequidades.

Con respecto al **malestar psicológico según la edad**, el porcentaje de personas sin malestar es relativamente estable entre los distintos grupos etarios, destacándose una mayor proporción de personas de 18 a 30 años que no manifestaron malestar (74,7%). De manera opuesta, el **malestar severo es más elevado en personas de mediana edad (45 a 59) y adultas mayores (60 a 75)**, presentando en ambos casos un nivel **mayor al 7%**. Según la OMS (2023), en el caso de los mayores de 60, los padecimientos psíquicos son inseparables de los sentimientos de aislamiento y soledad y pueden afectar la tasa de mortalidad. Además, se considera que el debilitamiento de las redes de apoyo social influye de manera determinante en el malestar psicológico de los adultos mayores a 60 años (Cuadra-Peralta, 2016) que, al combinarse con una salud física más frágil y problemas económicos, llevan a las personas a una situación de vulnerabilidad muy alta (Bøen, *et al.* 2012).

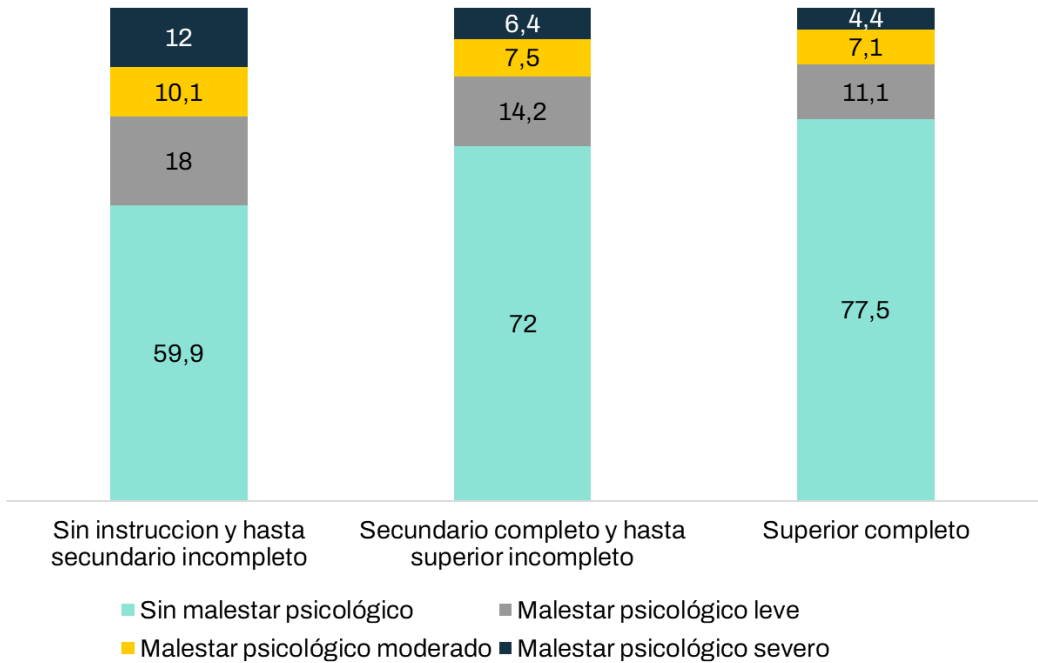
Gráfico 13. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según género y grupos de edad. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHuH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

También resulta relevante examinar la relación entre el **nivel educativo** de la población y la presencia de malestares psicológicos, dado que, como indicador de desarrollo humano, el nivel educativo refleja tanto el grado de vulnerabilidad como la situación socioeconómica de las personas. Según los datos de la EPRA, existe una correlación entre nivel educativo y presencia de malestar psicológico de manera tal que **a medida que disminuye el nivel educativo aumenta el malestar psicológico**. En ese sentido, los/as **porteños/as con menor formación** (sin instrucción y hasta secundario incompleto) **presentan un mayor nivel de malestar severo** (12%) y solo un 59,9% está libre de malestar; quienes tienen estudios terciarios o universitarios muestran un menor porcentaje de malestar severo (4,4%) y un mayor bienestar (77,5%).¹²

Gráfico 14. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según nivel educativo. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



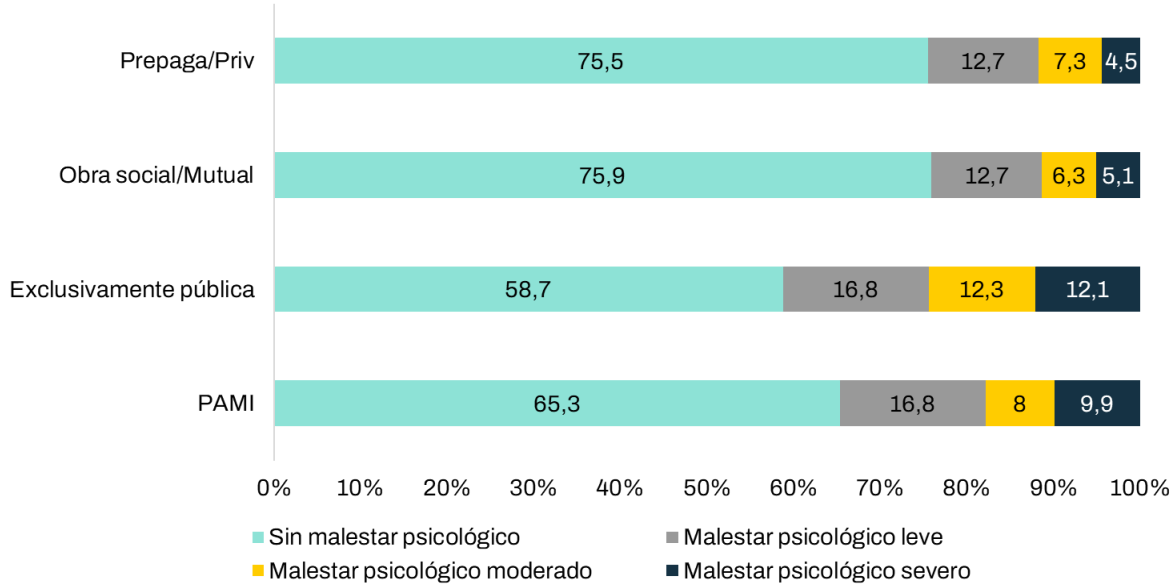
Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

La relación entre el tipo de **cobertura de salud** y el malestar psicológico es un aspecto relevante a la hora de analizar las condiciones de vida de la población. El acceso desigual a servicios de atención influye directamente en la percepción del bienestar y en la posibilidad de recibir apoyo frente a situaciones de malestar emocional.

¹² Para la variable de nivel educativo, se decidió agrupar desde sin instrucción hasta nivel secundario incompleto, dada la alta cobertura de educación primaria en CABA.

En este sentido, se observa que quienes dependen exclusivamente del sistema público de salud presentan los niveles más altos de malestar psicológico moderado y severo (12,3% y 12,1%, respectivamente), así como el menor porcentaje de personas sin malestar (58,7%). En cambio, quienes cuentan con cobertura a través de una prepaga, obra social o mutual muestran menores niveles de malestar psicológico

Gráfico 15. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según cobertura de salud. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

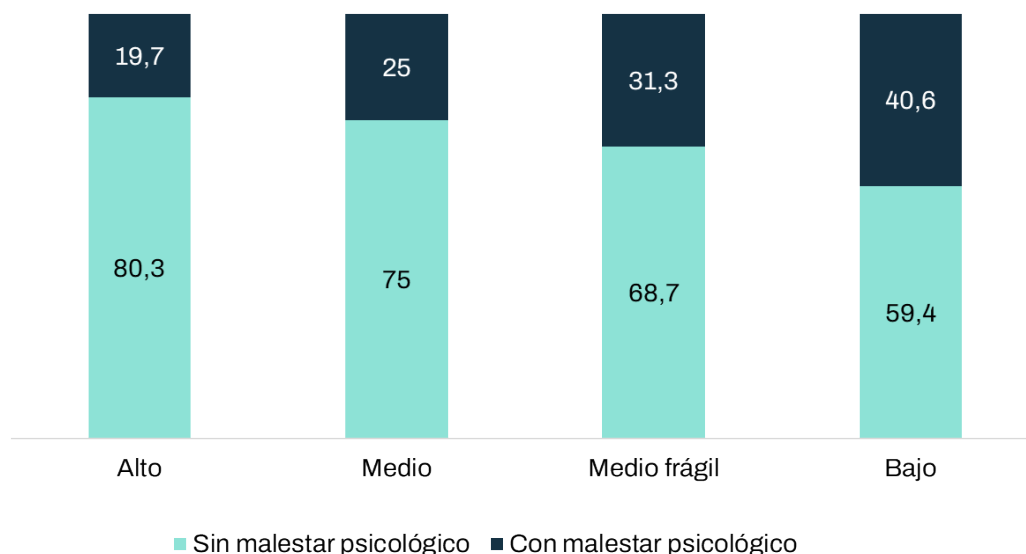


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Otra de las dimensiones abordadas fue la relación del malestar psicológico con el **nivel socioeconómico**. Como se afirmó previamente, tanto el estrés producto de las necesidades económicas, como el endeudamiento personal y/o familiar o la sobrecarga laboral para completar el ingreso necesario, son motivos que afectan al bienestar personal. En ese sentido, se observa que **a medida que disminuye el nivel socioeconómico, aumenta el malestar psicológico**.

Tal como se observa en el gráfico 16, a medida que disminuye el nivel socioeconómico, aumenta el malestar psicológico. Enfatizando en los sectores más enriquecidos y en aquellos más pobres, se destaca que en el **nivel socioeconómico alto, el 19,7% presenta algún tipo de malestar psicológico** mientras que en el sector socioeconómico **bajo ese malestar se duplica 40,6%**. Por el contrario, el 80,3% de las personas del nivel socioeconómico alto no presenta malestar, mientras que este porcentaje desciende al 59,4% en el caso del nivel socioeconómico bajo, implicando una diferencia de 20,9 puntos porcentuales.

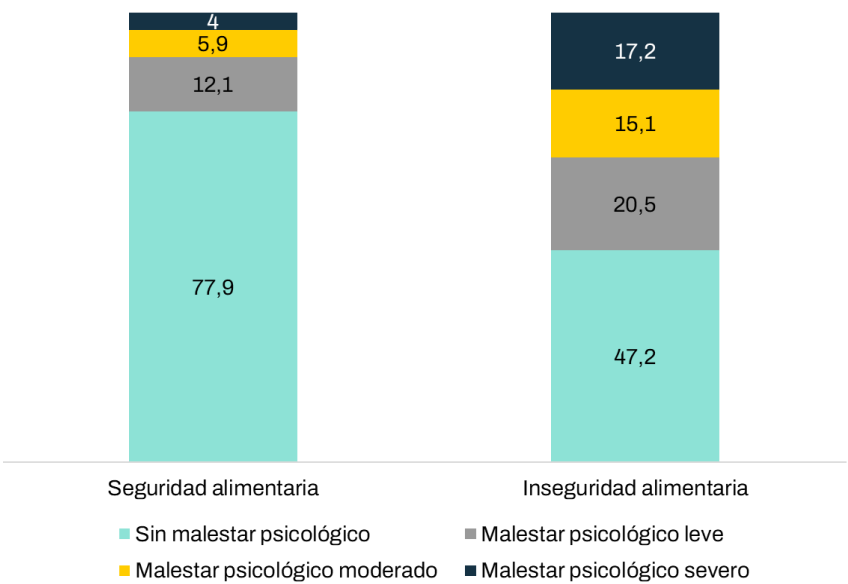
Gráfico 16. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según nivel socioeconómico. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

A partir de los datos del gráfico 17, se analiza la relación entre aquellas personas que atraviesan dificultades para acceder a una alimentación suficiente y adecuada en los hogares (inseguridad alimentaria) con la presencia de malestares psicológicos. Entre quienes residen en hogares con inseguridad alimentaria, se presenta un mayor porcentaje de malestar psicológico: **el 53% de las personas que pertenecen a hogares con inseguridad alimentaria tiene algún nivel de malestar psicológico, más del doble respecto de quienes viven en hogares sin este tipo deficit** (solo 22% registró algún tipo de malestar.) Asimismo, el malestar severo se cuadruplica entre quienes viven en hogares con inseguridad alimentaria, llegando al 17,2%.

Gráfico 17. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años que residen en hogares con o sin inseguridad alimentaria. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Al analizar la presencia de malestar psicológico en relación a la **condición de actividad, la desocupación se asocia con mayores niveles de malestar psicológico, especialmente en su forma severa** (18,3%) que dobla a quienes están inactivos (6,8%) y triplica a quienes están ocupados (5,9%). De igual modo, entre los desocupados es más alto el nivel de malestar leve y moderado respecto a los otros dos grupos.

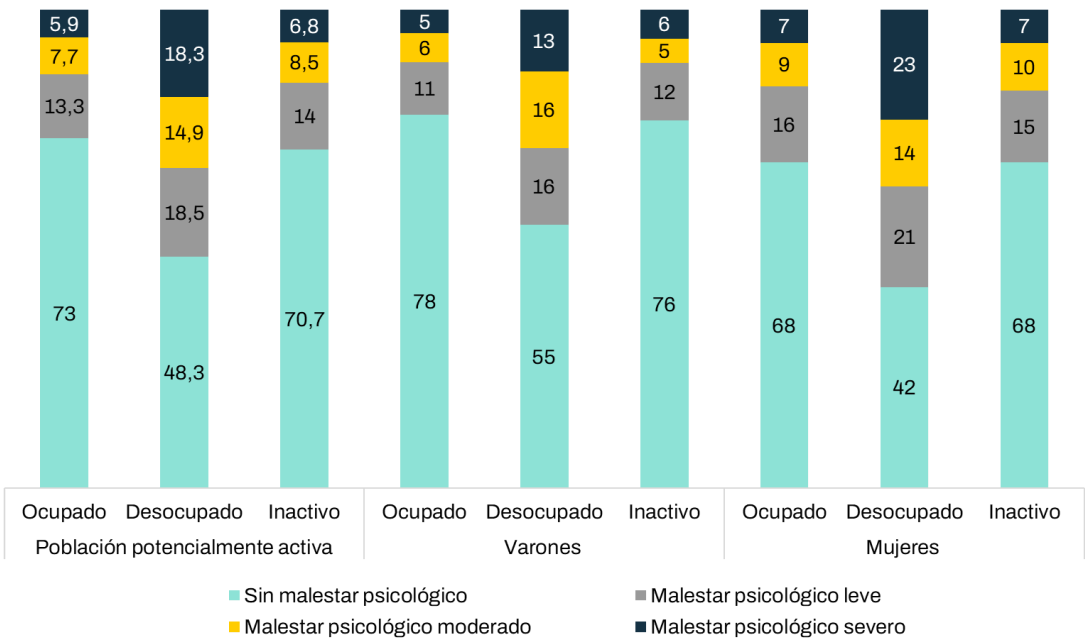
Es posible destacar la importancia de la ocupación laboral en la satisfacción y realización personal entre las premisas del bienestar subjetivo y el desarrollo humano. Según la Organización Mundial de la Salud (2024), al mantenerse activas, las personas no solo obtienen un sustento económico, sino también una sensación de seguridad, dirección y realización personal, la posibilidad de construir vínculos positivos, integrarse en una comunidad y contar con un soporte para desarrollar rutinas organizadas.

Comparando el universo de varones y el de mujeres en edad de actividad laboral; **en las tres categorías de condición de actividad, las mujeres poseen mayor malestar psicológico**. Los varones ocupados presentan 22% de malestar incluyendo los tres niveles de intensidad, mientras que en las mujeres aumenta diez puntos porcentuales llegando al 32%. En el caso de los varones desocupados, quienes tienen malestar de algún tipo llegan al 45%, mientras que en el caso de las

mujeres la proporción asciende al 58%. Finalmente, al observar el universo de inactivos; los varones con algún malestar psicológico representan el 23%; mientras que en las mujeres escala en diez puntos porcentuales, alcanzando al 32%.

La diferencia considerable de mayor malestar psicológico en mujeres según condición de actividad, podría deberse a la **brecha laboral de género**; en tanto tal como afirman investigaciones sobre el tema centrados en la Ciudad de Buenos Aires, aún persiste la brecha salarial entre varones y mujeres, y la inversión en educación y formación profesional de las mujeres no las acerca a los ingresos de los varones con la misma formación (Observatorio de Desarrollo Humano, 2022; Mazzeo y Bocchicchio, 2017). Las tasas más bajas de empleo asalariado formal, junto con menos horas de trabajo y menos años de empleo asegurado para las mujeres, tienen consecuencias negativas para el ítem de antigüedad en la retribución, así como para la cobertura de regímenes contributivos relacionados con el empleo. Tal como se mencionó anteriormente, si bien no se presentan diferencias marcadas en la desocupación entre varones y mujeres; la distancia reside entre quienes están inactivos; siendo las mujeres quienes se ocupan del trabajo de cuidado no remunerado, lo cual generalmente implica una limitación significativa a su progreso social y laboral.

Gráfico 18. Malestar psicológico según condición de actividad de la población potencialmente activa por género (mujeres de 18 a 59 y varones de 18 a 64 años) CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

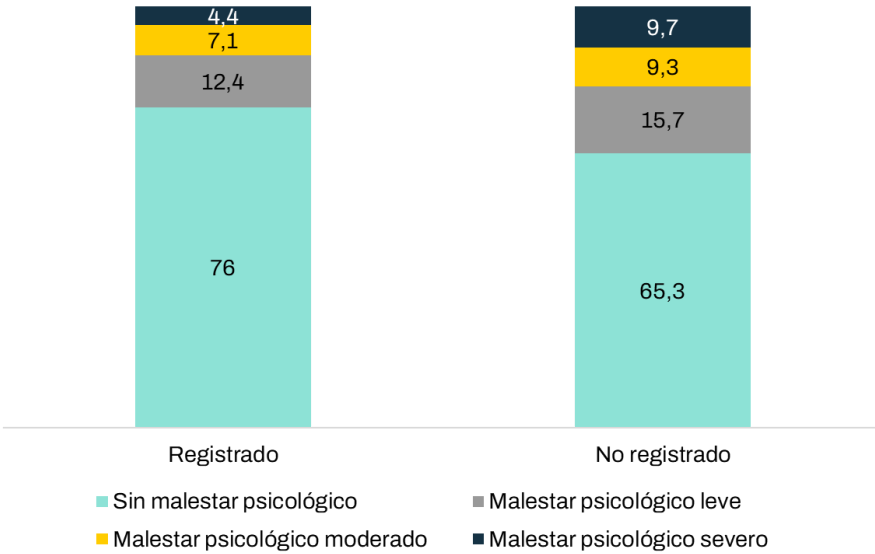


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Para analizar con mayor profundidad al universo de los **ocupados**, se realizó un análisis a partir del **registro del empleo** y la subocupación horaria. Según la Organización Panamericana de la Salud (2024), quienes trabajan en empleos no están registrados y presentan mayor precariedad

laboral tienden a experimentar peores condiciones de salud en un amplio rango de aspectos, que incluyen la exposición a sustancias peligrosas y riesgos en el trabajo, dificultades de salud mental y un acceso más limitado tanto a la atención sanitaria como a los servicios de protección social. En efecto, según los resultados de la EPRA, **las personas con empleos no registrados en la ciudad muestran mayores niveles de malestar psicológico que aquellos que poseen un empleo registrado**. En relación con el malestar psicológico severo, el mismo aumenta a más del doble siendo que los trabajadores registrados con dicho malestar se ubican en un 4,4%, mientras que quienes no se encuentran registrados representan al 9,7%.

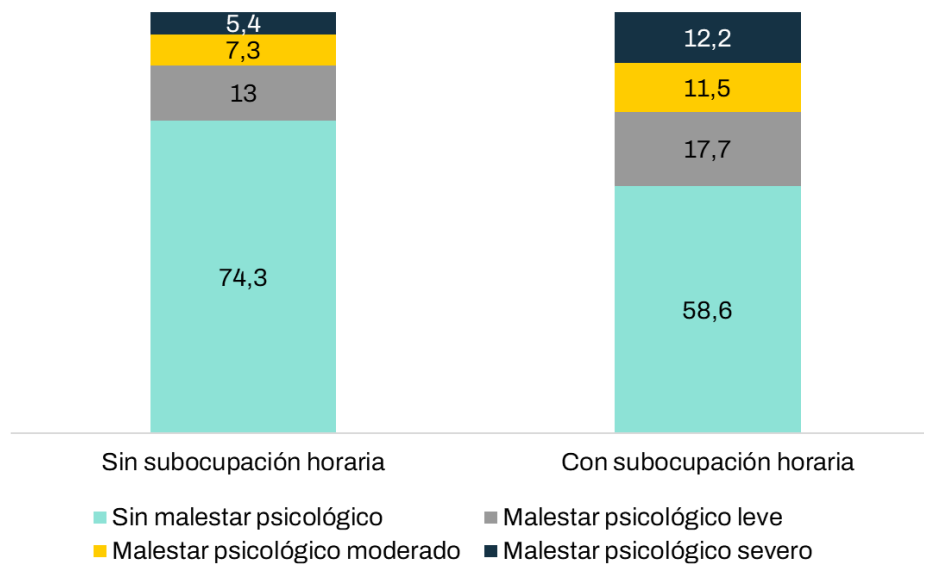
Gráfico 19. Malestar psicológico según registro del empleo de personas de 18 a 75 años ocupadas. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

En este mismo sentido, **el malestar psicológico aumenta entre aquellas personas de 18 a 75 años ocupadas, que se encuentran en situación de subocupación horaria en la ciudad**, es decir quienes trabajan menos de 35 horas semanales y desearían trabajar más. Quienes tienen empleos a jornada completa y presentan algún tipo de malestar son el 25,7%, mientras que el mismo dato para el universo de quienes se encuentran en situación de subocupación horaria asciende al 41,4%. Asimismo, el malestar psicológico severo aumenta a más del doble pasando de 5,4% en quienes no poseen subempleo a 12,2% entre quienes declaran subocupación horaria.

Gráfico 20. Malestar psicológico según situación de subocupación horaria en personas de 18 a 75 años ocupadas. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



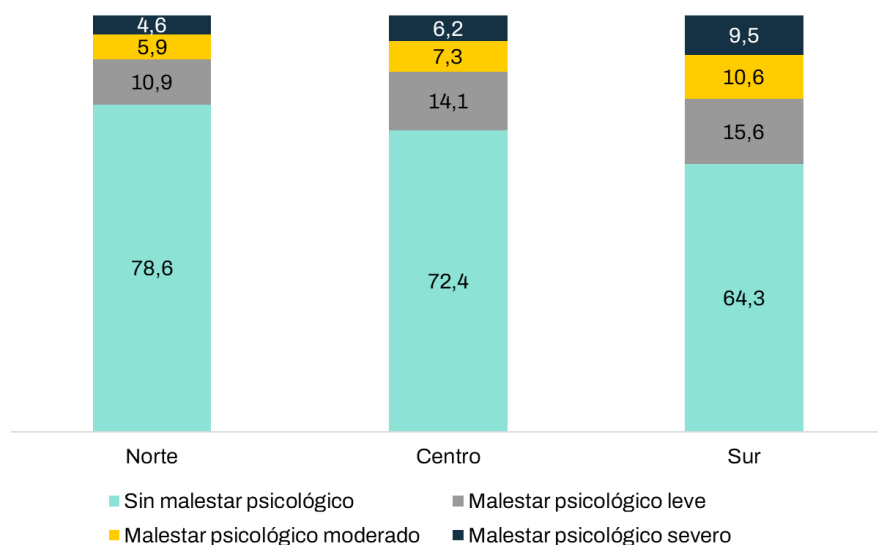
Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

La amplia literatura de los estudios urbanos locales han demostrado cómo las desigualdades socioeconómicas se territorializan dentro de la CABA (Herzer, 2008, Marcús, 2011, Oszlak 2017; Rodríguez y Di Virgilio, 2016; Torres, 2001). Este proceso da como resultado espacios jerarquizados donde se concentran los sectores más acomodados y que presentan altos estándares de servicios urbanos, espacios con plena cobertura de servicios destinados a los sectores medios y espacios marginalizados donde son segregados los sectores populares con los peores niveles de cobertura de servicios y la mayor presencia de problemas ambientales.

En este caso, a muy grandes rasgos, se puede observar una zona norte con alta concentración de sectores altos y medios, una zona centro con la presencia mayoritaria de amplios sectores medios y una zona sur poblada principalmente por los sectores más vulnerabilizados¹³. En sintonía con este mapa heterogéneo y desigualdad de la Ciudad de Buenos Aires, en este trabajo se observa que la **zona Norte presenta el menor porcentaje de personas con malestar psicológico (21,4%)**. Por el contrario, en la **Zona Sur se observan los mayores niveles de malestar en todas sus intensidades (35,7%)** llegando a duplicar a la zona Norte en la presencia de malestares severos y moderados.

¹³ Operacionalmente, la zona norte se compone de las comunas 2, 13 y 14; la zona centro de las comunas 1, 3, 5, 6, 12 y 15; y la zona sur de las comunas 4, 8, 9 y 10 (IDECBA, 2024).

Gráfico 21. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según zona. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



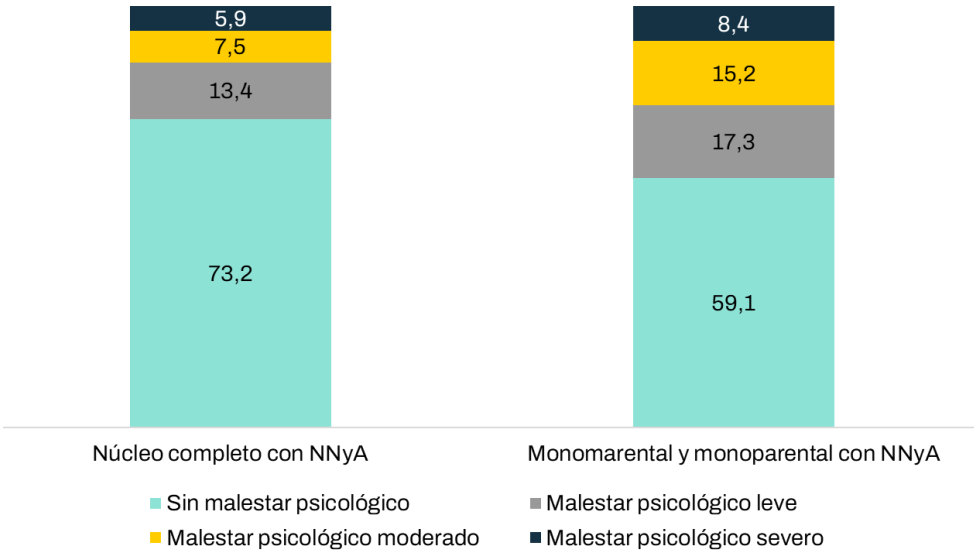
Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Otro factor que puede influir en los niveles de malestar psicológico es el tipo de hogar. Analizar esta variable permite indagar si la presencia de niños, niñas y/o adolescentes y la completitud de los núcleos conyugales se asocian a diferencias en el malestar reportado por la población adulta, aportando evidencia sobre posibles cargas emocionales y demandas adicionales que podrían incidir en su bienestar. Al focalizar en los **hogares con presencia de menores de 17 años**, se observa que el 40,9% de las personas de entre 18 y 75 años que residen en hogares monomarentales o monoparentales (un solo progenitor que vive con uno o más hijos/as, con o sin convivencia de otros miembros) presentan **malestar psicológico**. Mientras que quienes viven en hogares de núcleo completo (pareja conyugal y al menos un hijo/a que reside en la vivienda, con o sin convivencia de otros miembros además del núcleo) el malestar psicológico es marcadamente menor, alcanzando sólo al 26,8%.

A partir de datos recopilados por el Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC, 2025), en base a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) para el total de aglomerados urbanos entre 1986 y 2024, la importancia relativa de los hogares monoparentales casi se duplicó (pasó del 8% al 15%). A su vez, el 80% de este tipo de hogares son, en realidad, “hogares monomarentales”: compuestos por madres con hijos/as. Este porcentaje se ha mantenido prácticamente estable durante las últimas tres décadas. El predominio de los hogares monomarentales no solo evidencia una tendencia demográfica sostenida, sino también una distribución desigual de las responsabilidades y tareas de cuidado, que recae mayoritariamente sobre mujeres a cargo de niños, niñas y adolescentes. Estas

condiciones pueden contribuir al mayor nivel de malestar psicológico registrado en comparación con otros tipos de hogar.

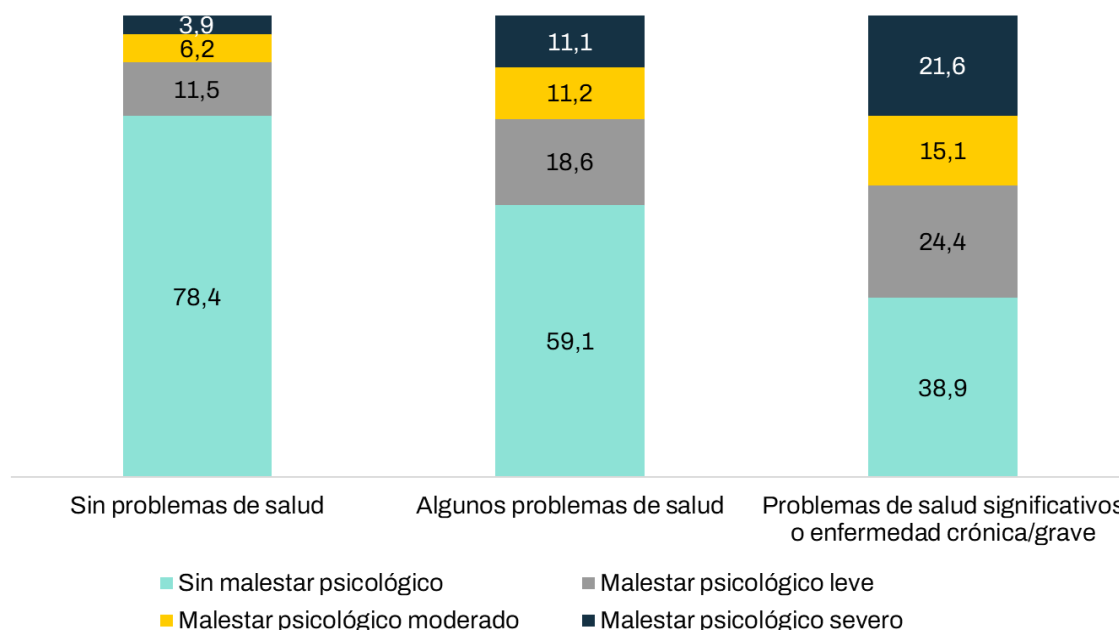
Gráfico 22. Malestar psicológico en personas que residen en hogares con niño/as o adolescentes (0 a 17 años) según tipo de hogar. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Finalmente, analizamos el malestar psicológico en clave del estado de salud percibido, entendido en sus dimensiones tanto físicas como psicológicas. Si bien este último indicador será desarrollado en profundidad en una sección más adelante de este informe, se lo introduce aquí para observar su vinculación con las manifestaciones de malestar psicológico en la población. Es notable que **a medida que aumentan los problemas de salud percibidos, aumenta el malestar psicológico**. Entre quienes declaran padecer **problemas de salud significativos o una enfermedad crónica grave, el malestar psicológico alcanza al 61,1%** mientras que en el grupo que no reporta tener problemas de salud, la población con malestar desciende al 21,6%. A su vez, el malestar severo se incrementa significativamente, pasando del 3,9% en quienes no tienen problemas de salud al 21,6% entre quienes manifiestan problemas de salud significativos. Se observa entonces, una relación clara entre los problemas de salud graves y el malestar psicológico.

Gráfico 23. Malestar psicológico en personas de 18 a 75 años según estado de salud percibido. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Malestar psicológico y prácticas de riesgo adictivo: consumos de sustancias, digitales y apuestas en línea

En este apartado se analiza la relación entre el nivel de malestar psicológico y diferentes prácticas asociadas al riesgo adictivo tales como el consumo de sustancias psicoactivas —legales (alcohol) e ilegales (marihuana, cocaína, entre otras)— consumos digitales (uso del celular) y las apuestas en línea.

Uno de los objetivos principales de la EPRA consistió en determinar los niveles de riesgo asociados a estas prácticas en la población de la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, se recurrió al uso de instrumentos estandarizados y validados internacionalmente, diseñados para identificar, clasificar y cuantificar el grado de consumo o uso problemático de determinadas sustancias o comportamientos.

En lo que respecta al consumo de alcohol, se aplicó la escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; véase Anexo II), la cual permite establecer distintos niveles de riesgo -desde ausencia de riesgo en el consumo hasta riesgo alto en el consumo- entre las personas que declararon haber consumido alcohol en los últimos 12 meses.

El riesgo asociado al consumo de marihuana se evaluó mediante la escala CUDIT-R (Cannabis Use Disorders Identification Test Revised; véase Anexo II), que clasifica a las personas consumidoras en los últimos 12 meses en distintos niveles de riesgo, que van desde ausencia de riesgo hasta riesgo alto.

En el caso del consumo de cocaína, se describen niveles de riesgo que van desde leve hasta alto a partir de la ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test; véase Anexo II) clasificando el riesgo en función del consumo declarado durante los últimos 12 meses. Los comportamientos de riesgo vinculados al uso del celular se establecieron a partir de la EDAS-18 (Escala de adicción y dependencia al smartphone; véase Anexo II) en niveles que van desde ausencia de riesgo hasta riesgo alto.

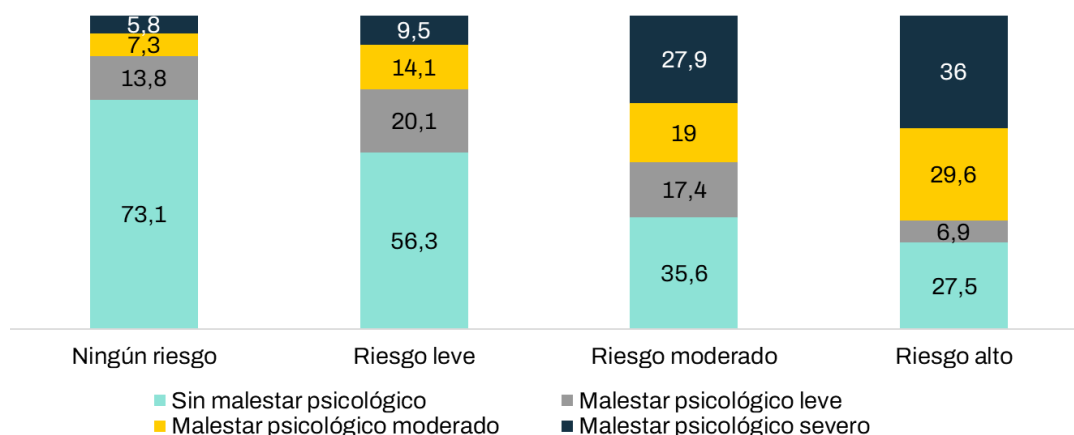
Por último, utilizando la escala PGSI (Problem Gambling Severity Index; véase Anexo II), se identificaron niveles de riesgo en los comportamientos de apuestas en línea que van desde una apuesta no problemática hasta un riesgo alto.

Si bien los datos disponibles no permiten establecer una relación causal directa —es decir, no puede determinarse si el malestar psicológico provoca estos comportamientos o si ocurre a la inversa—, sí se observa una correlación significativa. Tanto las personas que reportaron algún nivel de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas como aquellas que lo presentaron respecto al uso del celular o las apuestas en línea, muestran niveles de malestar psicológico más elevados en comparación con quienes no presentan riesgo para estos comportamientos.

En el caso del consumo de alcohol, el porcentaje de la población de 18 a 75 años de la ciudad que manifestó haber consumido alcohol en los últimos 12 meses (prevalencia anual) fue del 74,5%. Entre estos, el 6,1% presentó algún nivel de riesgo en cuanto a su consumo (riesgo leve 4,9%, riesgo moderado 0,7% y riesgo alto 0,5%).

El gráfico 24 muestra una clara relación entre el aumento del riesgo en el consumo de alcohol y el incremento del malestar psicológico. El porcentaje de personas con malestar severo se incrementa notablemente: pasa del 5,8% en el grupo sin riesgo al 36% en el grupo con riesgo alto. Asimismo, se observa una diferencia de 10,6 puntos porcentuales en los niveles de malestar psicológico moderado entre el grupo con consumo de alcohol de riesgo moderado y aquel con riesgo alto.

Gráfico 24. Malestar psicológico según riesgo en el consumo de alcohol (AUDIT) en personas de 18 a 75 años que bebieron alcohol en los últimos 12 meses. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

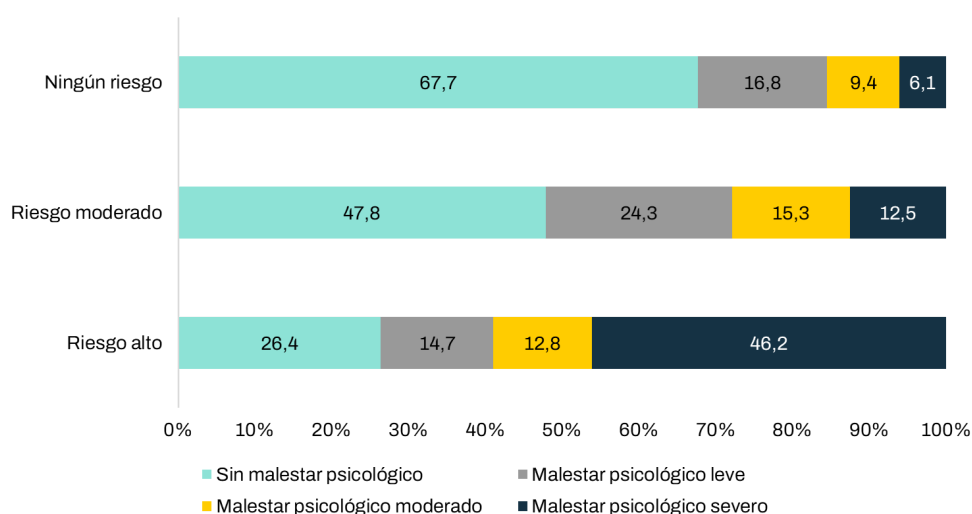


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

En el consumo de marihuana, un 16,5% de la población manifestó haberla consumido en los últimos 12 meses. Dentro de este grupo, el 23,1% presenta algún nivel de riesgo en su consumo, desglosado en un 20,4 % con riesgo moderado y un 2,7 % con riesgo alto.

Para esta sustancia, se observa un patrón similar que con el alcohol: el malestar psicológico severo aumenta a medida que se incrementa el nivel de riesgo en el consumo. Mientras este tipo de malestar afecta al 6,1% de quienes no presentan riesgo, se duplica en el grupo con riesgo moderado (12,5%) y alcanza el 46,2% entre quienes presentan un riesgo alto.

Gráfico 25. Malestar psicológico según riesgo en el consumo de marihuana (CUDIT) en personas de 18 a 75 años que consumieron en los últimos 12 meses. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

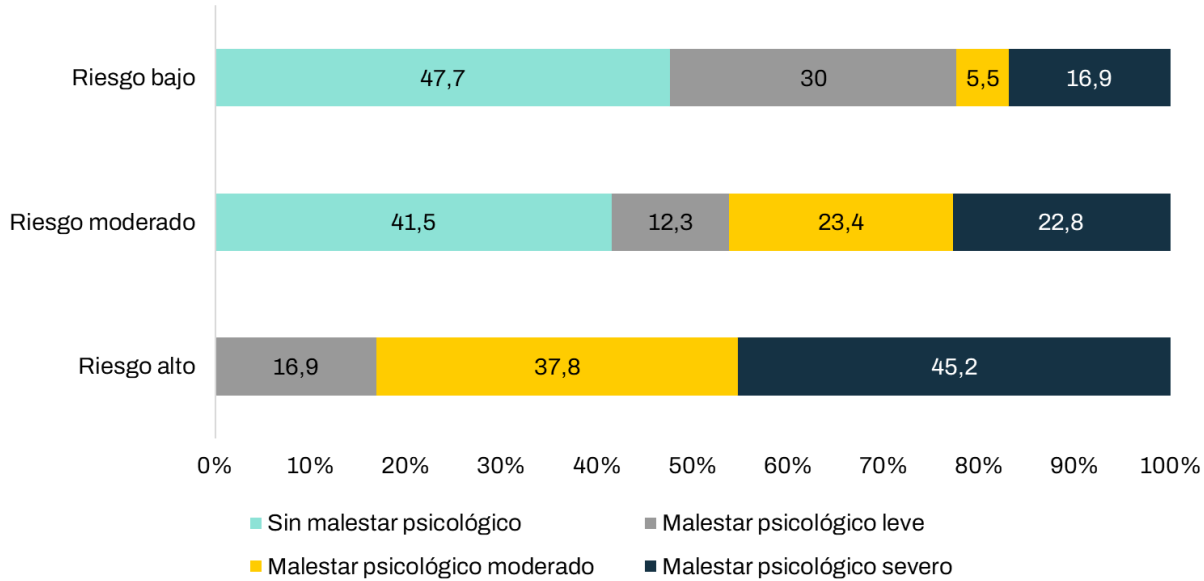


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

La prevalencia anual del consumo de cocaína, es decir, la proporción de personas entre 18 y 75 años que la consumieron en los últimos 12 meses, es del 1,7%. Dentro de este grupo, el 68,2% presenta un consumo con riesgo moderado y el 9,2% con riesgo alto, sumando un 77,4% de consumidores con algún nivel de riesgo.

Entre las personas que consumieron cocaína en los últimos 12 meses, la correlación entre el malestar psicológico y el nivel de riesgo en el consumo es especialmente significativa. Esta relación se refleja en una tendencia creciente del malestar a medida que aumenta el riesgo: el porcentaje de personas que presentan algún grado de malestar psicológico es del 52,4% en el grupo de bajo riesgo, asciende al 58,5% en el grupo de riesgo moderado y alcanza el 100% en el grupo de riesgo alto. En este último grupo, el bienestar psicológico es nulo, el malestar se distribuye entre el 16,9% que presenta malestar leve, el 37,8% de malestar moderado y el 45,2% malestar severo.

Gráfico 26. Malestar psicológico según riesgo en el consumo de cocaína¹⁴ (ASSIST) en personas de 18 a 75 años que consumieron en los últimos 12 meses. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



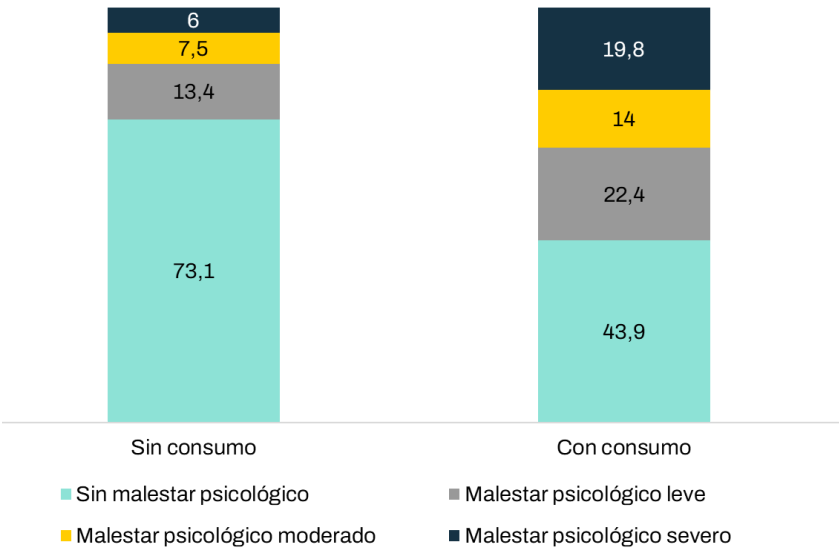
Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Aunque los ansiolíticos o tranquilizantes son medicamentos recetados para el tratamiento de ansiedad o depresión, también pueden ser adquiridos de forma ilegal. Si bien en la encuesta no se indaga sobre la proveniencia de estas sustancias, los datos confirman la tendencia correlativa entre su consumo y la presencia de malestar psicológico. Las personas que consumieron tranquilizantes o ansiolíticos en los últimos 30 días presentan un mayor nivel de malestar psicológico respecto a quienes no consumieron (56,2% vs. 26,9%, respectivamente). El

¹⁴ Los datos vinculados al consumo de cocaína son indicativos dada la baja incidencia de este consumo en la población, lo que aumenta el margen de error estadístico.

malestar severo se triplica, pasando del 6% en quienes no consumieron al 19,8% en quienes sí lo hicieron.

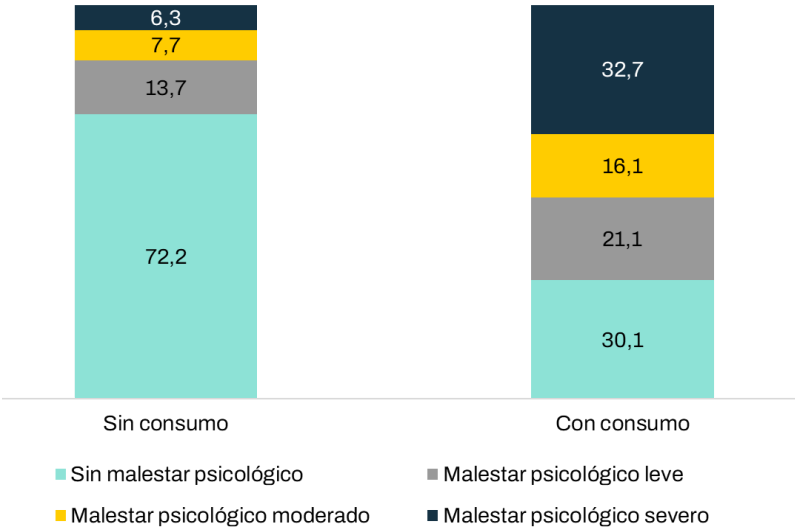
Gráfico 27. Malestar psicológico según prevalencia mensual de tranquilizantes/ansiolíticos (con y sin receta) en personas de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

De manera similar, las personas que consumieron estimulantes o antidepresivos -sea con o sin receta- en los últimos 30 días, presentaron niveles de malestar psicológico considerablemente más altos que quienes no los consumieron (72,2% vs. 30,1%, respectivamente). El malestar psicológico severo se multiplica por más de cinco, pasando del 6,3% entre quienes no consumieron al 32,7% entre quienes sí lo hicieron.

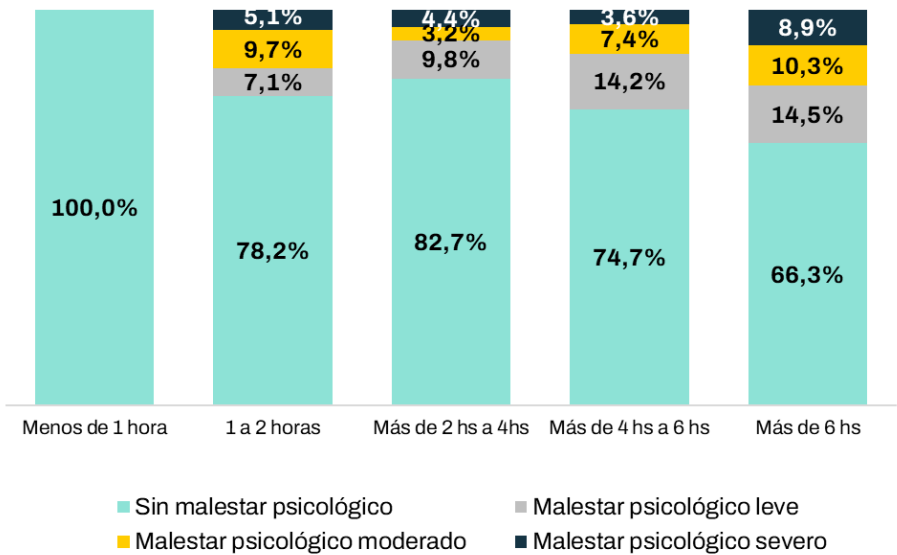
Gráfico 28. Malestar psicológico según prevalencia mensual de estimulantes/antidepresivos (con y sin receta) en personas de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %)



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Para analizar la vinculación entre malestar psicológico y consumos digitales nos concentraremos en la población adulta joven dado que el uso es más intensivo (Paternó Manavella et al., 2025). Al respecto, resulta pertinente analizar la relación entre el nivel de malestar psicológico y la cantidad de horas diarias de uso del celular en el segmento etario de jóvenes de entre 18 y 29 años. Durante el día de mayor uso del celular en los últimos cinco días previos a la realización de la encuesta, el 33,7% de quienes lo utilizaron durante más de seis horas presentó algún grado de malestar psicológico, siendo el malestar severo del 8,9%. A su vez, entre quienes utilizaron el celular entre cuatro y seis horas diarias, el malestar psicológico alcanzó al 25,2%. Asimismo, entre quienes utilizaron menos de una hora el celular, resalta el dato del 100% sin ningún tipo de malestar psicológico. Estos resultados se alinean con estudios recientes que advierten que un uso excesivo del tiempo de pantalla se asocia con síntomas de depresión, ansiedad y otras formas de malestar psicoemocional (Limone et al., 2023). Estos resultados se alinean con estudios recientes que advierten que un uso excesivo del tiempo de pantalla se asocia con síntomas de depresión, ansiedad y otras formas de malestar psicoemocional (Limone et al., 2023).

Gráfico 29. Malestar psicológico según cantidad de horas de uso del celular en el día de mayor actividad en los últimos 5 días en personas de 18 a 29 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

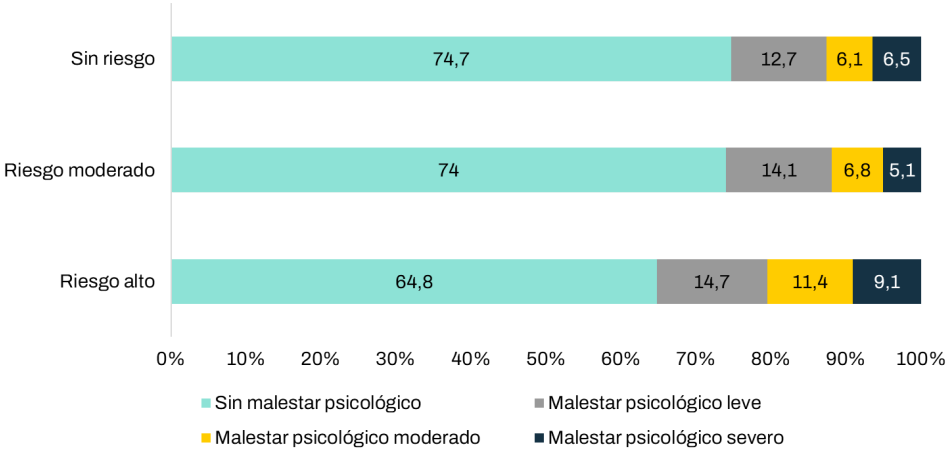


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Al analizar la relación entre el malestar psicológico y los niveles de riesgo en el uso del celular en las personas jóvenes de entre 18 y 29 años, se observa una tendencia clara: a mayor riesgo, mayor es el nivel de malestar. Entre quienes presentan riesgo alto en el uso del celular, el 35,2%

manifiesta algún grado de malestar psicológico. En cambio, entre quienes no presentan riesgo, esta proporción desciende al 25,3%. En relación con los consumos digitales, y según la Guía de Consumos Problemáticos Digitales (GCBA, 2025), resulta importante destacar que los mismos tienen impacto en la salud integral; en el plano psicológico, si bien pueden constituirse en un medio de acceso a recursos de salud mental y grupos de apoyo, al mismo tiempo pueden contribuir a generar estados de ansiedad, depresión y aislamiento social.

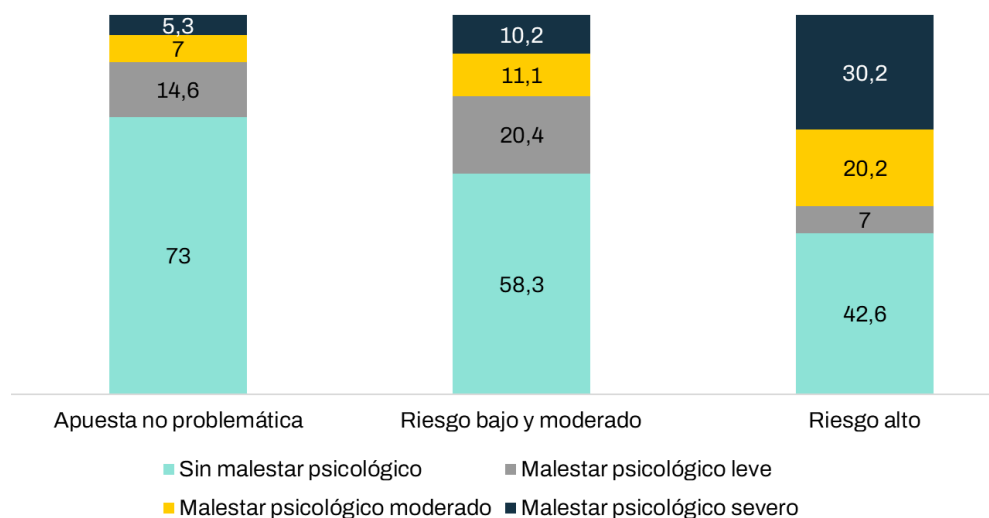
Gráfico 30. Malestar psicológico según riesgo en el uso del celular (EDAS 18) en personas de 18 a 29 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Por último, entre las personas que presentan riesgo alto en las apuestas en línea, el malestar psicológico severo alcanza el 30,2% en contraste con el 5,3% registrado entre quienes apuestan de manera no problemática. Además, se destaca que quienes presentan riesgo bajo o moderado de apuestas en línea tienden a mostrar en mayor medida un nivel de malestar psicológico leve (20,4%).

Gráfico 31. Malestar psicológico según riesgo de apostar en línea (PGSI) en personas de 18 a 75 años que apostaron en los últimos 12 meses. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

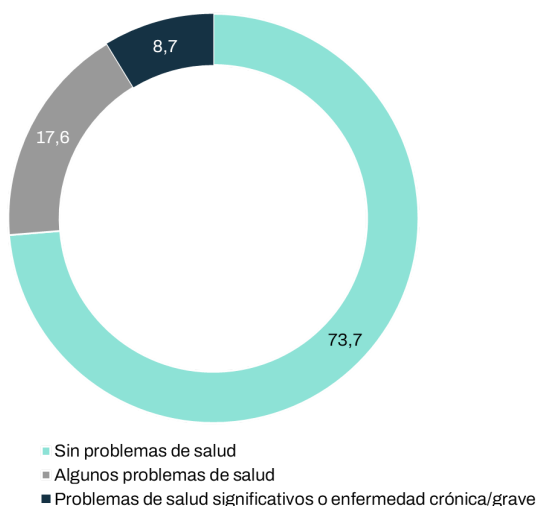
Indicadores del estado de salud percibido

El estado de salud subjetivo refiere a la medición del estado general de salud percibido por las personas, abarcando tanto aspectos físicos como psicológicos. El análisis se centra entre quienes reportaron presentar múltiples problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves, lo cual se considera como “déficit en el estado de salud percibido”.

En la Ciudad de Buenos Aires, el 26,3% manifiesta atravesar algún problema de salud. Dentro de este grupo, un 17,6% percibe que tiene algunos problemas y una minoría, el 8,7% que tiene problemas de salud significativos/enfermedades graves (déficit de estado de salud percibido). La mayoría de la población, es decir, casi tres cuartas partes, considera no tener problemas de salud.

Como se mencionó previamente, a nivel nacional, en 2024, un 13,9% de la población reportó tener problemas de salud significativos/enfermedades graves (ODSA-UCA, 2024), lo que representa una muy leve disminución respecto al 14,2% registrado en 2023. Sin embargo, según ODSA-UCA, entre 2010 y 2024 se observa una estabilidad relativa en este indicador, con valores que oscilan entre el 13% y el 16%.

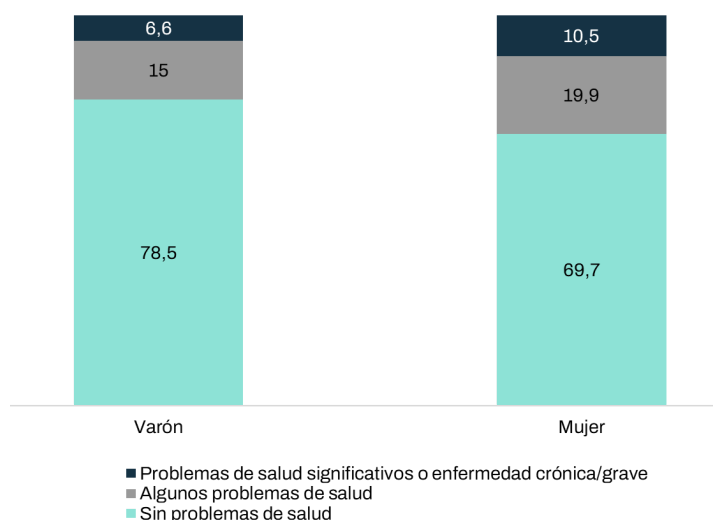
Gráfico 32. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Al analizar la composición de quienes poseen problemas de salud -ya sea algunos o muchos-, se observa en primer lugar que las mujeres declaran mayores padecimientos en su salud frente a los varones, constituyendo una diferencia de 8,8 p.p. entre ambos géneros. La misma tendencia se verifica al observar que las mujeres reportan en mayor medida que los varones tanto algunos problemas (19,9% vs. 15%) como los significativos o enfermedades crónicas/graves (10,5% vs. 6,6%). Como se mencionó en el análisis de malestar psicológico según género, esta diferencia podría vincularse a un subreporte de los problemas de salud por parte de los varones debido a estereotipos y mandatos de género.

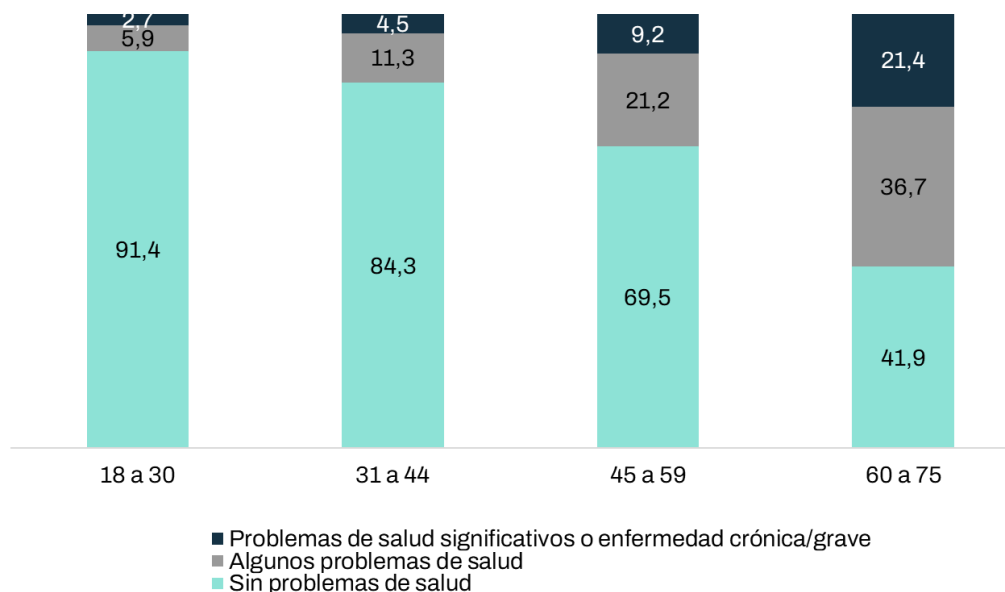
Gráfico 33. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años según género. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

También se observa que, a mayor edad aumentan los problemas de salud declarados. Si bien es esperable que la vejez se asocie a mayores problemas de salud, este dato tiene una relevancia peculiar al considerar el envejecimiento poblacional de la Ciudad de Buenos Aires, ya que impacta no solo en la estructura demográfica, sino también en el bienestar a lo largo de la vida. Según estudios que indagan la autopercepción de la salud en personas mayores, “una baja satisfacción vital, presenta la posibilidad de predecir una autopercepción negativa de salud” (Pelaez, Acosta y Carrizo, 2015, p.7). Además, las crecientes vulnerabilidades físicas asociadas a la edad hacen que el estado de salud se convierta en una de las principales preocupaciones de este grupo etario.

Gráfico 34. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años según grupos de edad. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

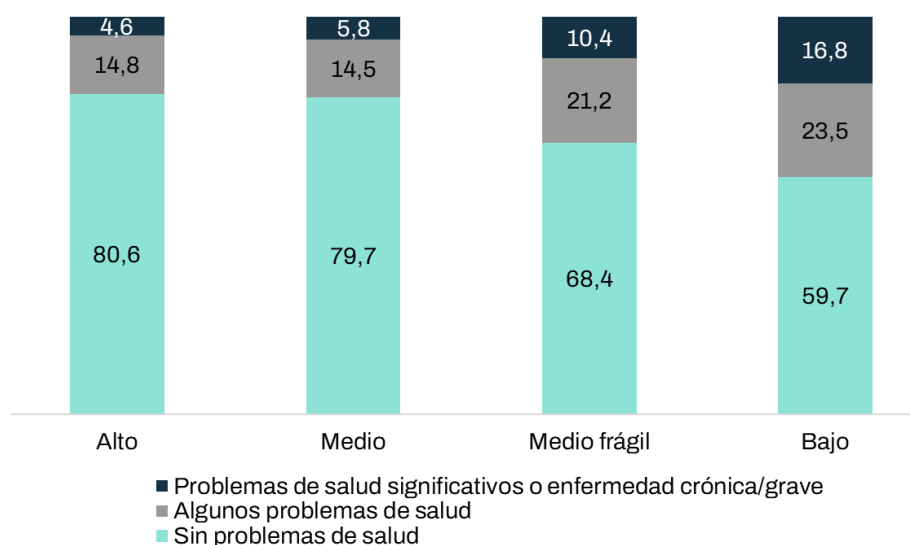


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Así como las mujeres reportan más problemas de salud que los varones, y las personas con más edad lo hacen con respecto a los jóvenes, una misma tendencia se verifica entre aquellos que tienen menor nivel socioeconómico respecto a los que pertenecen a sectores más pudientes. **A medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas, aumentan los problemas de salud percibidos.**

Como se expuso anteriormente, la distribución de nivel socioeconómico de la muestra de población realizada en esta encuesta, representativa de la población de la Ciudad de Buenos Aires, es de la siguiente manera: un 13,5% pertenece al nivel alto, un 47,1% al medio, un 20,8% al medio frágil y un 18,6% al bajo. De esta manera, mientras que el 40,3% de las personas de nivel bajo reporta problemas de salud; en el nivel alto, lo hace solo el 19,4%. La brecha se amplía aún más al observar los casos graves, que se cuadruplican al comparar ambos extremos: 4,6% en el nivel socioeconómico alto y 16,8% en el nivel bajo.

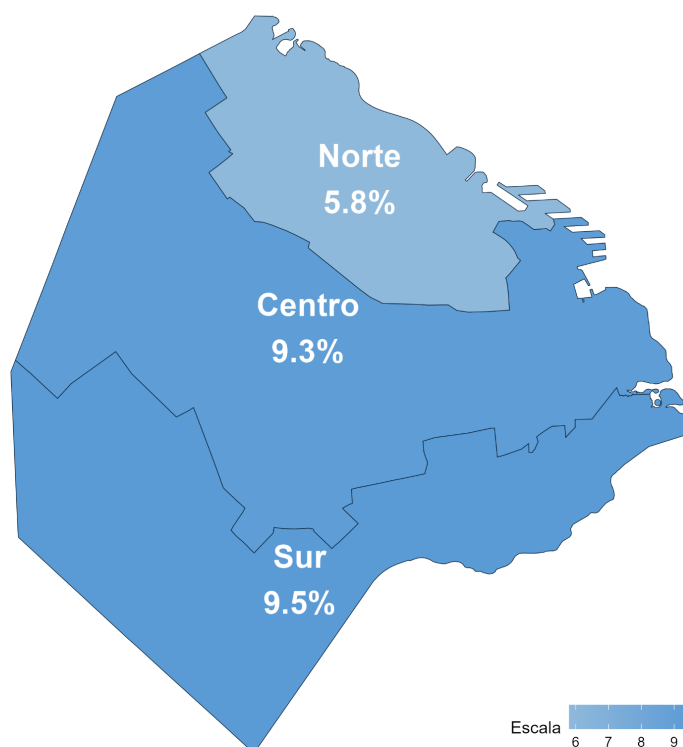
Gráfico 35. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años según nivel socioeconómico (NSE). CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Lo mismo sucede al tener en cuenta las desigualdades distribuidas espacialmente en la CABA, es decir, entendiendo que es un territorio heterogéneo y que sus diferentes zonas manifiestan desigualdades socioeconómicas latentes entre los habitantes. De este modo, se observa que las mayores proporciones de personas que reportaron tener problemas de salud significativos o enfermedades crónicas se registraron en la zona sur de la CABA (Comunas 4, 8, 9 y 10) con un 9,5%, y en la zona centro (Comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15) con un 9,3%. En contraste, la zona norte (Comunas 2, 13 y 14) presentó una proporción considerablemente menor, con solo un 5,8%.

Gráfico 36. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años según zona. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).

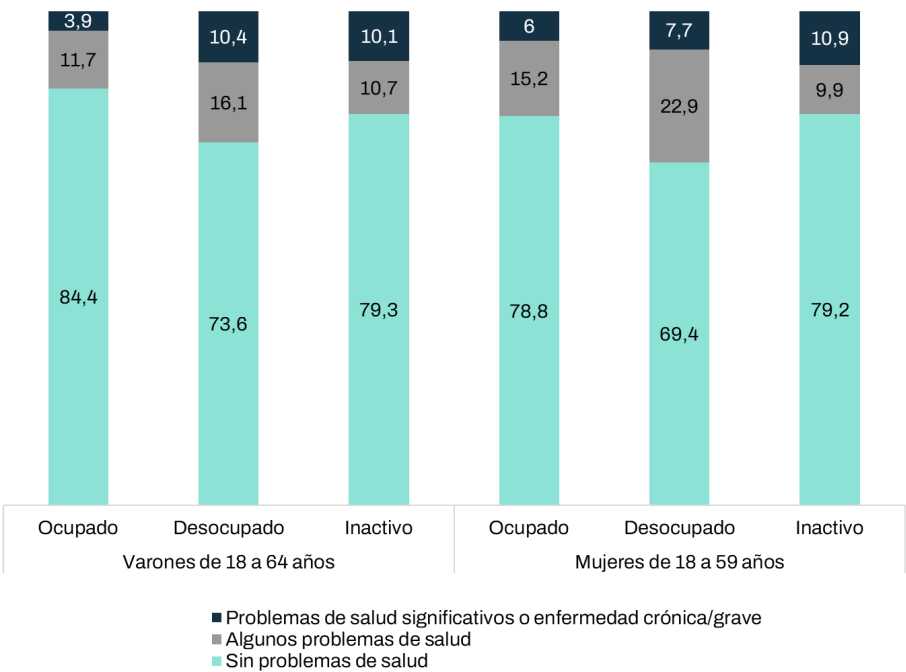


Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

También se verifica una correlación entre el estado de salud percibido y la condición de actividad, lo que se constata principalmente desde el punto de vista de la desocupación. En ese sentido, como se observa en el gráfico 37, **aquellas personas desocupadas perciben en mayor medida problemas de salud que los/as inactivos y ocupados.**

Entre los varones de 18 a 64 años, quienes están desocupados perciben en mayor medida (10,4%) problemas de salud significativos o enfermedades graves en un nivel similar que los inactivos (10,1%) pero marcadamente diferente a quienes están ocupados (3,9%); para las mujeres de 18 a 59 años, los problemas de salud significativos se perciben en mayor proporción (10,9%) en condición de inactividad.

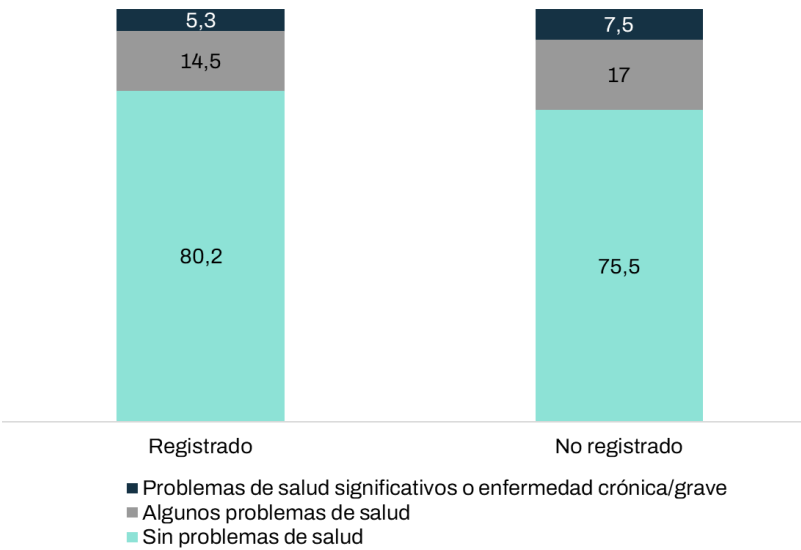
Gráfico 37. Estado de salud subjetivo según condición de actividad y género (varones de 18 a 64 y mujeres de 18 a 59). CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Dentro del universo de personas ocupadas, se observan diferencias tanto entre quienes tienen empleo registrado y quienes no, como entre quienes se encuentran en situación de subocupación horaria y aquellos que no lo están. En el primer caso, las personas que trabajan de forma no registrada presentan problemas de salud en mayor medida que aquellos que tienen un empleo registrado (24,5% entre los no registrados y 19,8% entre los registrados).

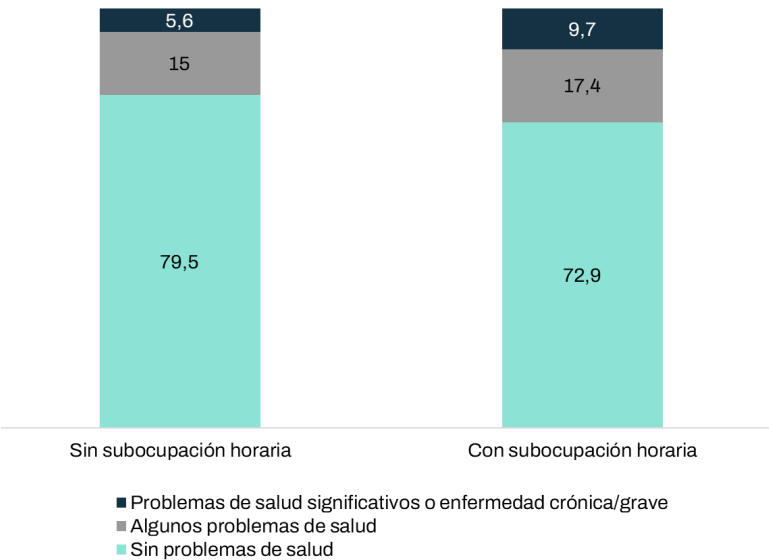
Gráfico 38. Estado de salud subjetivo según registro del empleo en personas de 18 a 75 años ocupadas. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

En el segundo caso, entre quienes están en situación de subocupación horaria el 27,1% afirma tener problemas de salud (algunos o crónicos/graves) en contraste con el 20,6% entre quienes no se encuentran en esa situación. Además, el 9,7% de los subocupados declara padecer problemas de salud graves, frente al 5,6% registrado entre las personas que no se encuentran subocupadas.

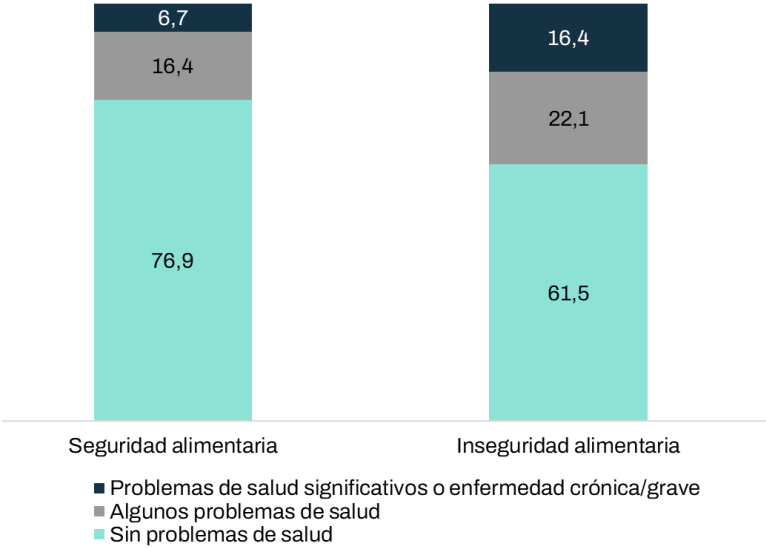
Gráfico 39. Estado de salud subjetivo según situación de subocupación horaria en personas de 18 a 75 años ocupadas. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Según los datos de la EPRA, la inseguridad alimentaria se asocia a una mayor prevalencia de problemas de salud percibidos por la población. Entre quienes residen en hogares con inseguridad alimentaria, el 38,5% reporta problemas de salud, mientras que en contextos de seguridad alimentaria (alimentación adecuada y suficiente), ese porcentaje desciende al 23,1%. Además, en el caso de problemas de salud severos, la diferencia entre ambos grupos casi se triplica: alcanza el 16,4% entre aquellas personas en hogares que padecen inseguridad alimentaria, frente al 6,7% registrado entre quienes viven en hogares que cuentan con seguridad alimentaria.

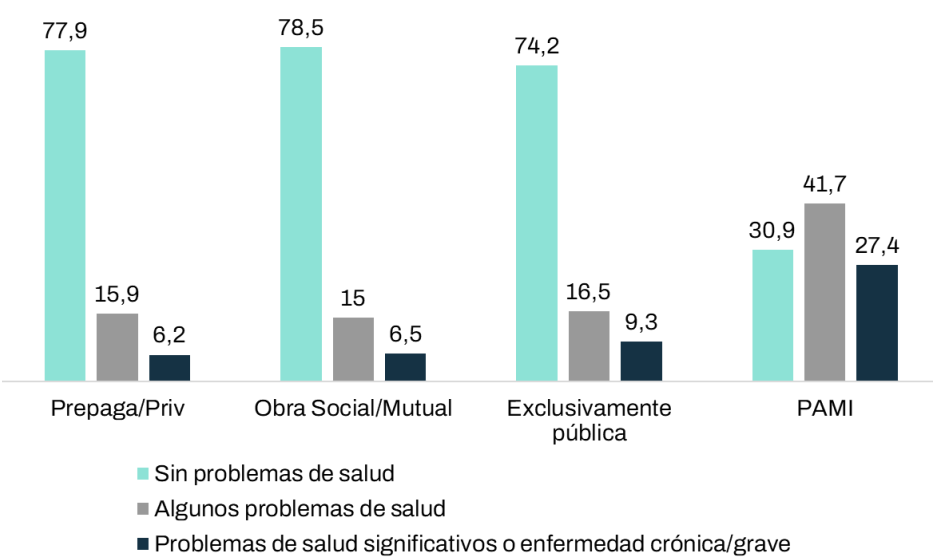
Gráfico 40. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años que residen en hogares con o sin inseguridad alimentaria. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Las personas con obra social/mutual o prepaga perciben problemas de salud en menor proporción que las que usan solo el sistema público (78% vs. 74,2%). Entre los afiliados a PAMI (varones de 65 años o más y mujeres de 60 o más), solo el 30,9% dice no tener problemas de salud, el 41,7% reporta tener algunos problemas y el 27,4% reporta enfermedades graves.

Gráfico 41. Estado de salud subjetivo en personas de 18 a 75 años según cobertura de salud. CABA. Octubre - Diciembre 2024 (en %).



Fuente: Encuesta de Prácticas de Riesgo Adictivo (CABA). Observatorio de Desarrollo Humano-DGCGDH-MDHyH-GCBA y ODSA-UCA, 2024.

Consideraciones finales

Los resultados obtenidos confirman la relevancia de abordar la salud mental como una problemática central en la población adulta (18 a 75 años) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Casi tres de cada diez personas (28,5 %) presentan algún nivel de malestar psicológico, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres (33,1 %) que en varones (23,1 %).

Las desigualdades sociales y económicas muestran un peso determinante: el malestar es más frecuente entre quienes tienen menor nivel educativo, bajo nivel socioeconómico o están desocupados, especialmente en sus formas moderada y severa. También se observan diferencias según el tipo de hogar: en los hogares monomarentales y monoparentales con niños, niñas y/o adolescentes de 0 a 17 años, la prevalencia es 14,1 puntos porcentuales superior a la de los hogares de núcleo completo.

Se destaca, además, la fuerte asociación entre el malestar psicológico severo y el riesgo elevado en el consumo de alcohol, marihuana y cocaína, así como con conductas problemáticas

vinculadas al uso de pantallas y apuestas en línea, lo que subraya la necesidad de integrar el abordaje de consumos problemáticos en las políticas de cuidado de la salud mental.

En materia de salud percibida, más de una cuarta parte de la población (26,2 %) reporta problemas, y un 8,7 % los considera significativos o crónicos. Las mujeres, las personas mayores y los sectores socioeconómicos bajos registran peor estado de salud, reflejando desigualdades estructurales que impactan en el bienestar. Asimismo, el malestar psicológico y los problemas de salud se concentran en quienes tienen empleo precario o dependen exclusivamente del sistema público de salud, lo que evidencia el valor de la formalización laboral y el acceso equitativo a la atención sanitaria.

En conjunto, estos hallazgos reafirman la necesidad de fortalecer políticas públicas integrales de salud mental, con énfasis en los grupos más desfavorecidos, la prevención de consumos problemáticos y la reducción de las brechas de acceso al sistema de salud.

Bibliografía

- Argentina. Congreso de la Nación. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/330207/2010>
- Argentina. Congreso de la Nación. (2014). Ley N.º 26.934. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Plan IACOP). Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/114992/2014>
- Bøen, H., Dalgard, O.S. & Bjertness, E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 12, 27 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-27>
- Brenlla, María Elena; Aranguren, María (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10). *Revista de Psicología*, vol. 28, núm. 2, pp. 309-340, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. (2025). Día de la Familia: ¿cómo se organizan y evolucionan los hogares en nuestro país? <https://www.cippecc.org/textual/dia-de-la-familia/>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Legislatura. (2000). Ley N.º 6.764. *Marco normativo para el abordaje de la salud mental*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires.
https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/ck_PL-LEY-LCABA-LCBA-6764-24-7022.pdf
- Cuadra-Peralta, Alejandro; Medina Cáceres, Eduardo Francisco; Salazar Guerrero, Katherine. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Revista Límite*, vol. 11, núm. 35, pp. 56-67.
- Cova Solar, Félix Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: evidencias contradictorias *Terapia Psicológica*, vol. 22, núm. 2, noviembre, 2004, pp. 165-169 Sociedad Chilena de Psicología Clínica Santiago, Chile. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/785/78522207.pdf>
- GCABA (S/F). *Visualizaciones sobre el uso y distribución del tiempo y el trabajo no remunerado de las mujeres de la Ciudad en el marco de la pandemia del Covid-19*. Disponible en:
<https://buenosaires.gob.ar/agendadetransparencia/visualizaciones-sobre-el-uso-y-distribucion-del-tiempo-y-el-trabajo-no-0>.

- Herzer, H. (2008). *Con el corazón mirando al sur. Transformaciones en el sur de la ciudad de Buenos Aires*. Espacio Editorial.
- Huerta, Consuelo (2023), *Desigualdad Social Y Salud Mental De La Población Infanto-Juvenil: En Búsqueda De Factores Protectores*. Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila. <https://doi.org/10.46553/2718-7454.12>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados definitivos*. INDEC. <https://www.indec.gob.ar/>
- Kestel, D. (2022), *Estado de la salud mental tras la pandemia del COVID-19 y progreso de la Iniciativa Especial para la Salud Mental (2019-2023) de la OMS*. Disponible en: <https://www.un.org/es/cr%C3%B3nica-onu/estado-de-la-salud-mental-tras-la-pandemia-del-covid-19-y-progreso-de-la-iniciativa>.
- Limone, P., Toto, G. A., Monacis, L., & Ceglie, F. (2023). *The association between Internet Gaming Disorder and depressive symptoms: A systematic review of empirical studies. International Journal of Mental Health and Addiction*. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01473-7>
- Lledó, Vicente (2024). Variables sociodemográficas y su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en la población adulta: Una revisión sistemática. Disponible en: <https://dspace.umh.es/handle/11000/32611?locale=en>
- Londoño-Pérez, - Constanza, Cita-Álvarez, Andrea, Niño-León, Lorena, Molano-Cáceres, Francenid, Reyes-Ruiz, Catherine, Vega-Morales, Astrid, & Villa-Campos, Catalina. (2020). Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. Terapia psicológica, <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200189>
- Macús, J. (2011). La incidencia de las políticas habitacionales en los procesos de jerarquización del espacio urbano (Buenos Aires, 1870-1999). En *Territorios*, N° 24, 59-75.
- Mazzeo, V.; Bocchicchio, F. (2017). La brecha laboral de género en la Ciudad de Buenos Aires. V Seminario Internacional Desigualdad y Movilidad Social en América Latina, 31 de mayo y 1º y 2 de junio de 2017, Ensenada, Argentina. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.10672/ev.10672.pdf.
- Mesa Interministerial. (2025). *Glosario para el abordaje de consumos problemáticos*. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Secretaría de Deportes, Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, y Lotería de la Ciudad de Buenos Aires.

- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat, GCABA (s/f). *Guía para educadores y formadores sobre consumos problemáticos digitales*. Disponible en:
https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2025-04/20250321_%20Consumos%20Problem%C3%A1ticos%20Digitales%20-%20Gu%C3%ADa%20para%20formadores_A4%20digital.pdf.

- Ministerio de Salud (2025), *Estadísticas vitales Serie 5 Número 67*, Argentina. disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_67_anuario_vitales_2023-version_final.pdf

- Mora y Araujo, M. (2002). *La estructura social de la Argentina: evidencias y conjeturas acerca de la estratificación actual* (Serie Políticas Sociales N.º 66). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://hdl.handle.net/11362/5770>

- Naciones Unidas. (1986). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

- Nazario, G y Contreras, V. (2018). Ver, entender y eliminar las desigualdades de salud es una batalla científica y política. Entrevista a Joan Benach. *Sin permiso*. Disponible en:
<https://www.sinpermiso.info/textos/ver-entender-y-eliminar-las-desigualdades-de-salud-es-una-batalla-cientifica-y-politica-entrevista-a>

- Observatorio de Desarrollo Humano. (2022). *Brechas de género en el mercado de trabajo de la Ciudad de BUenos Aires. Evolución de los principales indicadores socio laborales desde una perspectiva de género*. Dirección General de Desarrollo Institucional y Modernización. Subsecretaría de Administración. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. Disponible en:
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2025-05/Brechas%20de%20g%C3%A9nero%20en%20el%20mercado%20de%20trabajo%20en%20la%20Ciudad%20de%20Buenos%20Aires%20%282013-2021%29%20.pdf>

- Observatorio de Desarrollo Humano y Hábitat, MDHyH, GCABA. (2024), *Desigualdades en el desarrollo humano: una perspectiva territorial sobre pobreza y empleo en la ciudad*. Disponible en:
<https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2025-06/Informe%20Desigualdad%20Territorial%20-%202024.pdf>.

- Paternó Manavella, M. A., Pilatti, A., Michelini, Y., Rivarola Montejano, G., Correa, P., Márquez, A., Comas, G. A., Barreira, J. B., Salvia, A. (Dir.), y Rodríguez Espínola, S. (Coord.). (2025). *Estudio de línea de base sobre prevalencia de prácticas de riesgo adictivo en la población de 18 a 75 años de la Ciudad de Buenos Aires*. Pontificia Universidad Católica Argentina.
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/19930>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Mental health at work: Fact sheet*. OMS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>
- Organización Panamericana de la Salud (2024). <https://www.paho.org/es/noticias/16-12-2024-ops-alerta-sobre-repercusiones-trabajo-informal-problemas-salud-mental-acceso> .
- Oszlak, O. (2017). *Merecer la ciudad*. UNTREF.
- Peláez, E; Acosta, L; Carrizo, E. (2015), Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública*. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/2779>.
- Rodríguez C. y Di Virgili, M. (2016). *Territorio, políticas habitacionales y transformaciones urbanas*. Espacio. Buenos Aires.
- Rodríguez Espínola, S. (Coord.) (2024). *Desigualdad estructural en el desarrollo humano y social (2010-2023): Esfuerzos para el bienestar frente a la persistente inestabilidad económica y social (1.ª ed.)*. EDUCA. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/19039/1/desigualdad-estructural-desarrollo.pdf>.
- Rodríguez Espínola S., Donza E., et. al. *Capacidad de Desarrollo Humano y derechos laborales en la población urbana al final de la década 2010-2019. El desafío de la equidad en la Argentina frente a la pandemia social y sanitaria*. Pontificia Universidad Católica Argentina “Santa María de los Buenos Aires”. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/111777>
- Rodríguez Espínola, S. (Coord.), 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 (1ª ed.)*. EDUCA.

- Salvia, Agustín (coord.) y Rodríguez Espínola, Solange Sylvia (coord.) (2022). *Heterogeneidades y vulnerabilidades en el Desarrollo Humano 2010-2021: el impacto en el bienestar subjetivo y en la salud durante el contexto de pandemia*. Edición para Fundación Universidad Católica Argentina. Disponible en: <https://www.aacademica.org/agustin.salvia/423.pdf>.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2023). "Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC)". Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encoprac_2022.pdf
- Stagnaro, Juan Carlos; Cía, Alfredo; Vázquez, Nestor R; Vommaro, Horacio; Nemirovsky, Martín (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina; *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*; 29; 142; 275-299. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/176579>.
- Stolkiner, Alicia y Ardilla Gómez, Sara (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/195112>.
- Torrado, Susana (2007), *Población y bienestar en la Argentina: una historia social del siglo XX*. EDHASA.
- Torres, H. (2001). Cambios Socioterritoriales en Buenos Aires durante la década de 1990. *Revista Eure*, N° 27 (80), (p. 33–56).

Glosario

Apuestas en línea: Son transacciones realizadas a través de Internet, donde las personas predicen resultados de deportes y juegos de casino o loterías, comprometiendo una suma de dinero con la esperanza de obtener un retorno financiero si su predicción es correcta.

Consumos: Comportamientos o conductas que implican el uso, la incorporación o la autoadministración, de forma única, esporádica o repetitiva, de elementos externos al sujeto. Se vincula con el consumismo, un fenómeno sociocultural en el que se enfatiza la importancia de la obtención de bienes y servicios como una forma de alcanzar satisfacción personal y social.

Consumos digitales: Refiere a prácticas que implican objetos de consumo que, por la particularidad del entorno, son inmateriales y se accede a ellos a través de dispositivos digitales, como celulares inteligentes, tablets o consolas.

Consumo problemático: Refiere al uso, abuso o adicción que, mediando o sin mediar sustancia, afecta negativamente, en forma aguda o crónica, la salud física o psíquica del sujeto, o sus relaciones sociales.

Inactivo: Refiere a toda persona que no tiene trabajo, no lo está buscando activamente y no está disponible para trabajar.

Inseguridad alimentaria: cuando algún miembro del hogar, en los últimos 12 meses tuvo que reducir porciones o saltar comidas (desayuno, almuerzo, merienda, cena) enteras por falta de recursos económicos.

Prácticas de riesgo adictivo: Conductas, hábitos o actividades que podrían llegar a desarrollar una dependencia física, psicológica o emocional hacia una sustancia, comportamiento o actividad específica.

Prevalencia: proporción de casos observados en un período de tiempo determinado respecto a una población específica. En lo relativo a los estudios poblacionales de los consumos de sustancias, se suelen utilizar las prevalencias vida, año y mes.

Registro del empleo: Se considera empleo registrado cuando la persona ocupada realiza o le realizan aportes jubilatorios, declara ganancias o paga monotributo.

Subocupación horaria: cuando las personas trabajan menos de 35 horas semanales por causas involuntarias (es decir, porque no consiguen más trabajo o más horas) y están disponibles para trabajar más horas.

Sustancia psicoactiva: es un compuesto natural o sintético que actúa sobre el sistema nervioso central modificando procesos cognitivos, emocionales y conductuales. Su consumo puede generar alteraciones en las funciones que regulan los pensamientos, las emociones y el comportamiento.¹⁵

¹⁵ Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2023). "Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 (ENCoPraC)".

Anexo I: Metodología de la EPRA

Diseño y características de la muestra

La investigación utilizó una muestra probabilística, estratificada y por conglomerados, representativa de la población de 18 a 75 años residente en hogares particulares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Este diseño permitió obtener inferencias estadísticas para toda la ciudad y desagregar resultados por comuna, manteniendo márgenes de error y coeficientes de variación adecuados.

- **Muestreo probabilístico:** Todas las unidades de análisis tuvieron una probabilidad de selección conocida y mayor a cero, lo que permitió calcular ponderadores y garantizar la precisión de los resultados.
- **Estratificación:** Se realizó por radios censales, usando como criterio el nivel educativo del jefe de hogar (Censo INDEC 2010).
- **Muestreo por conglomerados estratificados bietápico:** En la primera etapa se seleccionaron 600 radios censales distribuidos en las comunas de la ciudad con inicio en manzanas prefijadas (puntos muestrales). La afijación de la muestra se realizó de manera no proporcional. En la segunda, se seleccionaron hogares dentro de cada radio de manera aleatoria. En cada punto se realizaron 10 entrevistas, definiendo así los conglomerados. Los hogares elegibles debían contar con al menos un adulto de entre 18 y 75 años con residencia permanente y disponibilidad para responder la encuesta.

Tamaño y distribución

La muestra total fue de 6.002 casos. Esta cantidad aseguró para la estimación de una proporción sobre el total de hogares para toda CABA, un error máximo de $\pm 1,8\%$ con un 95% de confianza bajo la hipótesis de máxima dispersión (p y $q = 0,5$) suponiendo un efecto de diseño igual a 2. La distribución se hizo de forma no proporcional: se realizaron unas 400 entrevistas por comuna para garantizar resultados desagregados.

Ponderación y expansión

Los factores de ponderación se estimaron considerando las probabilidades de selección de las unidades que componen la muestra y se expandieron usando parámetros de las proyecciones de población elaboradas por el INDEC para el año del relevamiento.

Anexo II: Escalas e índices de medición

Escala ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Es un instrumento de medición desarrollado por la OMS para detectar de manera temprana el consumo problemático de alcohol, tabaco y otras sustancias en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Para la EPRA se utilizaron las preguntas dedicadas a la detección de consumo de cocaína y las consecuencias asociadas en quienes consumieron la sustancia en los últimos 12 meses. Se evalúan los indicadores: prevalencia de consumo, frecuencia, deseo intenso de consumir, problemas derivados (de salud, sociales, legales o económicos), dificultades para cumplir responsabilidades por el consumo, preocupación de terceros e intentos fallidos para dejar la sustancia.

Las respuestas generan un puntaje entre 0 y 39, donde un valor más alto indica mayor riesgo en el consumo. Los puntajes de corte para establecer los niveles de riesgo fueron: 0 a 3 puntos (riesgo leve), 4 a 26 puntos (riesgo moderado) y un puntaje de 27 puntos o más (riesgo alto).

Escala AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Es un instrumento de screening desarrollado por la OMS para detectar en pacientes o en población general el consumo excesivo de alcohol, identificar riesgos de dependencia y evaluar consecuencias del consumo perjudicial, en consonancia con las definiciones de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades).

Se centra en el consumo de alcohol de los últimos 12 meses e incluye preguntas sobre frecuencia, cantidad de ingesta, frecuencia de episodios de consumo elevado (5 medidas o más de alcohol), pérdida de control, afectación de actividades, consumo en ayunas, sentimientos de culpa, lagunas de memoria, preocupación de terceros y lesiones vinculadas al consumo.

El puntaje total va de 0 a 40: a mayor puntaje, mayor riesgo de consumo problemático de alcohol. Los puntajes de corte de la escala fueron: 0 a 7 puntos (ningún riesgo), 8 a 15 puntos (riesgo leve), 16 a 19 puntos (riesgo moderado), 20 a 40 puntos (riesgo alto).

Escala CUDIT-R (Cannabis Use Disorders Identification Test - Revised)

Es un instrumento breve de screening diseñado para detectar abuso o dependencia de cannabis. Derivado del AUDIT, evalúa el consumo en los últimos 12 meses e indaga sobre la incapacidad de controlar la ingesta, impacto en las actividades diarias, tiempo dedicado al consumo o recuperación, lagunas de memoria y uso en situaciones que suponen un riesgo mayor, así como frecuencia, duración de los efectos y antecedentes de intentos para dejar de consumir.

El puntaje total varía de 0 a 32 donde una puntuación más elevada indica un consumo más problemático. Los puntajes de corte utilizados son los siguientes: 0 a 5 puntos (ningún riesgo), 6 a 12 puntos (riesgo moderado) y una puntuación de 13 puntos o más (riesgo alto).

Escala EDAS - 18 (Escala de adicción y dependencia al smartphone)

Es una versión abreviada validada en adultos por García-Domingo et al. (2020) que evalúa conductas asociadas al uso problemático del celular. Consta de opciones de respuesta tipo Likert (1=“totalmente en desacuerdo” a 5=“totalmente de acuerdo”) según nivel de acuerdo con las afirmaciones planteadas. Las afirmaciones exploran síntomas como ansiedad o abstinencia, interferencia en la vida diaria y tiempo de uso.

El ítem D11 fue eliminado tras pruebas de confiabilidad ($\alpha=0.947$), por lo que la puntuación total se obtiene sumando 17 ítems, con un rango de 17 a 85 puntos. La baremización en adultos de 18 a 75 años de CABA estableció tres niveles: 17 a 32 puntos (sin riesgo), 33 a 47 puntos (riesgo moderado) –uso con algunas consecuencias negativas– y 48 a 85 puntos (alto riesgo) –indicativo de comportamiento problemático.

Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K10)

Es un instrumento de evaluación breve publicado en 2002 por Ronald Kessler y adaptado a Argentina por Brenlla y Aranguren en 2010, que se utiliza para medir síntomas de ansiedad y depresión no específicos en población general. Consta de 10 ítems con respuestas tipo Likert de cinco opciones (nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y siempre, siendo el valor de la respuesta de 1 a 5 respectivamente), que indagan la frecuencia de sentimientos de nerviosismo, desesperanza, inquietud, depresión y fatiga durante los últimos 30 días.

El puntaje total oscila entre 10 y 50 puntos, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de malestar psicológico. La categorización de los puntajes se basó en los criterios empleados en la Encuesta de Salud de la Población Victoriana (2001), estableciendo cuatro niveles de malestar: 10 a 19 puntos (sin malestar psicológico), 20 a 24 puntos (malestar psicológico leve), 25 a 29 puntos (malestar psicológico moderado) y 30 a 50 puntos (malestar psicológico severo).

Escala PGSI (Problem Gambling Severity Index)

Es una herramienta de 9 ítems que evalúa la severidad de los problemas relacionados con las apuestas en los últimos 12 meses. Indaga aspectos como la frecuencia de los pensamientos sobre apuestas, la dificultad para controlarlo, intentos fallidos de dejar de apostar y el impacto en la vida personal, económica y social.

La puntuación total va de 0 a 27 puntos, clasificando la conducta en: 0 puntos (sin riesgo), 1 a 8 puntos (riesgo bajo), 9 a 10 puntos (riesgo moderado) y 11 a 27 puntos (riesgo alto), siendo las puntuaciones más altas indicativas de problemas de juego más graves.

Índice de nivel socioeconómico

El Observatorio de Desarrollo Humano y Hábitat construyó una variable para identificar el nivel socioeconómico de los hogares de la EPRA adaptado a la estructura de clases de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para esto, se tomó como medida de comparación la variable estratos socioeconómicos de la Encuesta Anual de Hogares (EAH - IDECBA).

En primer lugar, se normalizó el índice provisto en la base de datos de la EPRA, el cual considera: los bienes del hogar (incluye la tenencia de automóvil, de computadora y de tarjeta de crédito, entre otros); el nivel educativo del jefe de hogar; si la vivienda se encuentra ubicada en un barrio popular; la ocupación del principal aportante económico del hogar y, por último, la tasa de empleo del hogar.

En segundo lugar, siguiendo los esquemas de estratificación propuestos por Mora y Araujo (2002) se establecieron puntos de corte. Luego, se utilizó el esquema de clases de Susana Torrado (1992) para dividir la clase alta en dos subsegmentos, incluyendo en el segmento más alto a las ocupaciones tales como: directores de empresas, profesionales en función específica autónomos, profesionales en función específica asalariados, propietarios de pequeñas empresas y pequeños productores autónomos.

A partir de estas consideraciones resultó un nuevo estratificador compuesto por las siguientes categorías: 63 o más puntos que pertenezca a las categorías I, II, III, IV y V del esquema de clases de Torrado (NSE alto), 48 a 62 o 63 o más puntos que no pertenezcan a las categorías I, II, III, IV y V del esquema de clases de Torrado (NSE medio), 35 a 47 puntos (NSE medio frágil), 1 a 34 puntos (NSE bajo).