

# Determinantes sociales de la salud mental: retórica, realidades y esperanzas

## *Social determinants of mental health: rhetoric, realities, and hopes*

Renato D. Alarcón<sup>1</sup>

Universidad Peruana Cayetano Heredia  
ORCID: 0000-0002-7316-1185

© El autor. Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.



DOI: <https://doi.org/10.20453/ah.v67i1.5524>

### RESUMEN

Revisión cualitativa de la literatura en torno a los llamados determinantes sociales de la salud y la salud mental (DSSM), cuyos sustentos conceptuales (racismo, identidad, significado, contexto, etc.) y datos históricos son resumidos en las primeras secciones. Se analizan las perspectivas descriptiva (factores tales como estatus socioeconómico, educación, vivienda, empleo, nutrición, componentes etnoraciales, etc.) y dinámica (vulnerabilidad, violencia, corrupción, etc.), así como el impacto específico de los DSSM. Su manejo, particularmente desde las perspectivas sociocultural y de atención primaria de salud, con enfoques de prevención y de auténtica justicia social, y los procesos de enseñanza e investigación a nivel global, con énfasis en las realidades de América Latina, culminan los objetivos planteados.

**Palabras clave:** determinantes sociales; salud mental; inequidades; prevención; psiquiatría sociocultural.

### ABSTRACT

A qualitative literature review on the so-called Social Determinants of Health and Mental Health whose conceptual bases (racism, identity, meaning, context,

among others) and historical data are summarized in the first sections. The descriptive (analysis of concepts such as socio-economic status, education, housing, employment, nutrition, ethno-racial components) and dynamic (vulnerability, violence, corruption, etc.), as well as the specific impact of the DS, are analyzed. Their management, particularly from the socio-cultural and Primary Health Care perspectives with preventive and an authentic social justice approaches and the teaching, training and research processes at a global level with emphasis Latin American realities culminate the stated objectives.

**Keywords:** social determinants; mental health; inequities; prevention; socio-cultural psychiatry.

### 1. INTRODUCCIÓN

Una de las características más relevantes en la historia contemporánea de la psiquiatría y la salud mental es, indudablemente, el avance casi paralelo de las perspectivas neurobiológica y sociocultural (Alarcón, 2013). A lo largo de los siglos, una y otra han conocido períodos más o menos prolongados de predominio ideológico y práctico o factual, basado fundamentalmente en circunstancias del ejercicio del poder político, disponibilidad de recursos, naturaleza y validez de sus resultados y el reconocimiento colectivo de su impacto. En tal contexto, puede señalarse

<sup>1</sup> Profesor emérito de psiquiatría y titular de la Cátedra Honorio Delgado, UPCH; distinguido profesor emérito y consultor del Departamento de Psiquiatría y Psicología de la Escuela de Medicina de Mayo Clinic, Rochester, MN, EE. UU.

que la segunda mitad del siglo xx fue una etapa de franco avance de la llamada «psiquiatría biológica», avance reflejado fundamentalmente en los logros de la psicofarmacología clínica y sus sustentos básicos de bioquímica, neurofisiología, laboratorio y estadística (Woelbert et al., 2020).

Las primeras décadas del siglo XXI, sin embargo, empezaron a dar nuevamente cabida a un cada vez más significativo rol de los componentes psico-socio-cultural-espirituales de salud y enfermedad mental. Contribuyeron a ello no solo la comprobación de límites y fracasos del enfoque psicofarmacológico, sino también la evidencia epidemiológica de una creciente incidencia de cuadros mentales en todos los niveles de la escala social, con mayor y dramática presencia en sectores sociales deprivados y poblaciones llamadas «vulnerables» de países de altos, medianos y bajos ingresos (Phelan et al., 2010). Hallazgos provenientes de estudios conjuntos de clínicos y científicos sociales, la formación y acción coordinada de equipos multidisciplinarios, la vigorización de campos de estudio como psiquiatría social y psiquiatría cultural y una creciente movilización de las poblaciones más afectadas en diversos continentes fueron también factores decisivos (Swartz, 2012). La inquietud social y política, en especial en los antiguamente llamados países «en vías de desarrollo», que llegaron, en algunos casos, a guerras o conflictos con letales consecuencias, contribuyó sin duda a esta transformación (Miller y Rasmussen, 2010). Migración y tecnología convergieron para la concreción de las hoy casi incuestionables formulaciones de la llamada salud mental global (Kohrt y Mendenhall, 2015).

No tardaron en reaparecer (o, simplemente, hacerse más sonoros) pronunciamientos institucionales a niveles global, regional y nacional que demandan una mayor atención a factores sociales, ambientales (o ecológicos), demográficos y culturales de cada vez más alarmantes psicopatologías colectivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), receptáculo burocrático internacional de magnitud nada negligible, prestó renovada atención, desde fines del siglo pasado, a factores (nada nuevos) de tipo socio-epidemiológico

y comenzó a acuñar la noción de determinantes sociales de la salud (DSSM) (WHO, 2001), a la que luego añadió el adjetivo «mental» como componente sustancial de una realidad cada vez más innegable (Alarcón, 2023). De hecho, se estima que el 80 % de la salud de una persona está determinado por DSSM, y no por circunstancias de atención clínica o factores genéticos o biológicos (Gouin, 2011).

Los DSSM constituyen un conjunto de características colectivas de toda comunidad humana que, basada en su presencia y consistencia, favorecen o reducen los niveles de estabilidad emocional, anímica y conductual de sus miembros. Su vigencia cualitativa y cuantitativa se da en diferentes renglones, todos los cuales, sin embargo, confluyen al canal irredento de la salud física y mental. Algunos estudiosos clásicos los



Los DSSM constituyen un conjunto de características colectivas de toda comunidad humana que, basada en su presencia y consistencia, favorecen o reducen los niveles de estabilidad emocional, anímica y conductual de sus miembros.



llamarían probablemente «factores patogénicos», pero es indudable que su valor y su peso clínico van más allá de una mera denominación nosológica.

En secciones sucesivas de este artículo se elaborarán, en más detalle, el desarrollo histórico, la conceptualización y el significado de los DSSM. Su enfoque intentará examinar, reflexionar y adoptar una postura crítica objetiva desde la perspectiva de los tres componentes centrales mencionados en el título: la retórica que, con base en la variada historia del vocablo, analizará objetivamente su construcción ontológica y el vigor o la superficialidad de sus enunciados (Weinberg, 1973); la realidad de formulaciones y acciones aplicadas a terrenos y poblaciones diversas a nivel global; y las esperanzas que entrañan no solo realizaciones concretas, sino también ideas nutricias en torno al impacto de factores socioculturales en la salud mental

de millones de seres humanos en nuestro planeta. Las secciones que siguen examinarán, primero, la estructura y los sustentos conceptuales de los DSSM y, luego, los principios y las acciones que les dan forma en busca de efectividad y consistencia.

## 2. SUSTENTOS CONCEPTUALES

Una de las áreas más controvertidas en el campo de la psiquiatría y de los trastornos psiquiátricos ha sido y es la delimitación de sus alcances, la precisión de sus bases hermenéuticas y científicas, en suma, la definición y caracterización de su identidad. El hecho de que el foco central de sus afrontes teóricos y clínicos ha sido siempre el campo de las «enfermedades mentales» y la asunción de que «lo mental» no era únicamente reflejo de funciones (y disfunciones) cerebrales acentuó, desde un comienzo, el carácter trascendente que le fue conferido por emociones, pensamientos, sentimientos, reflexiones, debates y exploraciones de fenómenos singularmente subjetivos, es decir, genuinamente humanos (Ghaemi, 2003; Bok, 2010). Valores éticos y estéticos, la tradición como esencia sumariante de la historia, la religión como dialecto de lo desconocido y lo incierto, la creatividad y el arte como expresiones supremas (y, en casos, «anormales») del mundo interior constituyeron gradualmente el repositorio inmenso de vivencias a ser exploradas en el diálogo de la entrevista clínica (Cipriano y McCarthy, 2023). La cada vez más compleja vida familiar, embrión de la coexistencia social, sus escenarios físico-geográficos y el cotidiano trato interpersonal fueron creando rutas de exploraciones solitarias o búsquedas conjuntas, afirmaciones categóricas y dudas tormentosas, anhelos de acuerdo y armonía, pero también esbozos iniciales de conflictos y violencia. En suma, la psiquiatría fue encontrando fenómenos socioculturales como núcleo innegable —e irrenunciable— de su quehacer (Kendler y Parnas, 2008; Eisenberg, 2005).

No siendo la polémica neurociencias vs. ciencias socioculturales el objetivo de este estudio, pasamos a precisar enseguida definiciones necesarias para la comprensión de la esencia conceptual de los DSSM. *Cultura* es una de ellas, el repositorio de factores que confieren distinción, consistencia y bases dinámicas a la actividad diaria de individuos y comunidades a través del tiempo y de la historia, delineando así identidades individuales y colectivas. *Raza*, el conjunto de rasgos fisonómicos que confieren una

arbitraria significación política a la apariencia externa de individuos y comunidades diversas. *Etnicidad* y sus implicaciones de pertenencia, basadas en componentes geográficos, históricos y socioculturales. *Contexto* como el conjunto de elementos ecológicos o socioambientales, escenarios y circunstancias de impacto variable, trasfondo de eventos individuales, interpersonales o colectivos. *Significado*, formas o modalidades singulares de interpretación de eventos, conductas o situaciones determinadas o dictadas por percepciones personales de actores y/o testigos. E *identidad*, condición de un ser individual o una entidad grupal o social de constitución única y distintiva, consistente y continua, diferente de otras, resultado específico de la combinación de singulares y numerosas variables (Kirmayer y Jarvis, 2019; Singh, 2024; Alegría et al., 2010).

No sorprende, por otro lado, que esta serie de conceptos básicos dé lugar a otras ideas indudablemente relevantes para nuestro objetivo. *Racismo* y sus variantes, enconos, aversiones, rechazos y hasta odios establecidos a lo largo de siglos, basados en concepciones trágicamente esquemáticas de pieles, colores, tallas, sexos y géneros (Ben-Cheikh et al., 2021; Johnstone y Kanitsaki, 2010); un proceso contemporáneo de esta manera de ver a los «otros» (el reducto de la «otredad» [Kirmayer, 2015]) es el de la *racialización*, es decir, la tendencia, muchas veces irreflexiva, a atribuir rasgos mayormente negativos de individuos o grupos a criterios de raza y procedencia étnica, concebidos como factores negativos, fatalísticamente inmodificables (American Psychiatric Association [APA], 2022b). Por estas variadas rutas se llega a la noción de *minorías* con contextos o trasfondos culturales característicos, lamentablemente no siempre examinados con objetividad y certeza *vis-a-vis* con las llamadas poblaciones mayoritarias (Rogers y Pilgrim, 2010).

*Salud mental global* ha emergido en las últimas dos o tres décadas como un concepto dominante. Se ha señalado ya que, dentro de sus muchos factores de elaboración o forja, hay dos dominantes, uno de características eminentemente sociales y otro de neto origen tecnocientífico: migraciones y tecnología, respectivamente (Bhugra et al., 2011). Las migraciones, sean de naturaleza interna o externa, fomentan encuentros con saldos impredecibles,

diversidades de grado o fuerza con recompensas o estreses a veces inmensurables y un telón de fondo único y poderoso: aculturación (Chun et al., 2003; Lara et al., 2005); la tecnología, por su parte, abraza poco a poco cada una de las vetas de la actividad humana, con *comunicación* como la de alcance e impacto más universal. Estos dos factores son ingredientes esenciales del proceso de globalización, escenario crucial de la salud global y su complejo componente mental (Bhugra y Mastrogianni, 2004).

### 3. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD Y SALUD MENTAL

Como ya se ha señalado, los DSSM constituyen un campo de estudio de creciente importancia en psiquiatría y medicina, abarcando enfoques docentes y de investigación, pronunciamientos de salud pública y áreas de debate social. Se trata de un conjunto más o menos extenso y numeroso de factores o condiciones de naturaleza esencialmente socio-ecológico-cultural con poderoso y significativo impacto en la salud mental de individuos y comunidades de todos los niveles socioeconómicos y en todas las regiones geográficas del globo (WHO, 2013). Los efectos de cada determinante social pueden ser favorables y positivos, o viceversa. Vale la pena señalar que, aparte de sus características propias, los DSSM propician una dinámica sumamente activa que, lamentablemente, es mucho más intensa cuando está centrada en poblaciones frágiles o «vulnerables» (Heiman y Artiga, 2015), dando forma a mecanismos de autorrefuerzo o auténticos círculos viciosos en las víctimas del impacto inicial: cualquier esfuerzo de control encuentra la misma escasez de recursos, las mismas carencias físicas, materiales, subjetivas y emocionales que acentúan entonces el daño y sus secuelas.

#### 3.1. Breve recuento histórico

Tal como se ha señalado en páginas precedentes, fue la OMS la que, dada su jerarquía internacional, oficializó el término hacia comienzos de este siglo, culminando así un proceso de reconocimiento y reaprendizaje iniciado por lo menos dos o tres décadas atrás. Las discrepancias, en cuanto a incidencia y prevalencia de todo tipo de enfermedades y dolencias, entre países llamados entonces «desarrollados» y «subdesarrollados», abrieron rutas de cuestionamiento y debate. En 2003, la oficina europea de la OMS publicó el primer documento

formal sobre determinantes sociales de la salud, incluyendo en la nómina inicial gradientes sociales, estrés, ciclos de vida temprana, exclusión social, desempleo o subempleo, apoyo social, adicciones, alimentación y transporte (OMS, 2011). Dos años después se constituyó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud que, entre 2008 y 2011, publicó una serie de reportes bajo el título «Cerrando la brecha en una generación», en los cuales planteó por primera vez comprender, desde una perspectiva de justicia social aplicada a la salud, el origen y la eventual solución de las inequidades de servicios y sus factores de exacerbación (WHO, 2011).

Este documento formuló tres recomendaciones generales: i) mejora de las condiciones de vida diaria, incluyendo educación y protección social durante todas las etapas del ciclo vital; ii) modificación sustancial, por parte de los gobiernos, de las desigualdades en la distribución de poder, dinero y recursos; y iii) reconocimiento global del problema, a efecto de favorecer la elaboración de intervenciones debidamente planeadas. En países como Estados Unidos, la Ley de Asistencia Asequible (*Affordable Care Act*), promulgada en 2010, reforzó a las organizaciones comunitarias como integrantes del sistema nacional de atención en salud, facilitando la integración de políticas que indujeran cambios en escalas mayores. Otros países en varios continentes han tomado medidas similares, con resultados que aún aguardan evaluaciones objetivas.

En 2011, tuvo lugar la primera Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro, con la participación de delegaciones de 125 países. La declaración política emitida al final del evento reafirmó el rol clave que las condiciones de vida de todo individuo o grupo juegan en la comprensión de las disparidades de salud a nivel global y la necesidad de la activa colaboración internacional orientada a su superación (Islam, 2019). Las últimas dos décadas han sido productivas en términos conceptuales y teóricos respecto al tema. El pronunciamiento más elocuente ha sido, sin duda, la reafirmación, a diversos niveles, de la crítica importancia de la salud mental en esta concepción: «No hay salud sin salud mental», al que varios autores han añadido una frase complementaria:

«y no hay salud mental sin un claro enfoque sociocultural» (Prince et al., 2007; Patel, 2013).

### 3.2. Perspectivas globales

Existe un marcado acuerdo en que los DSSM constituyen un denso grupo de condiciones y factores aplicables a nivel universal, tanto en los llamados países de altos ingresos (HIC, por sus siglas en inglés) como en los de medianos y bajos ingresos (LMIC, por sus siglas en inglés), aun cuando la magnitud de su impacto pueda variar en función de tales condiciones. Es posible afirmar también que, al paso del tiempo, la lista se ha incrementado, sea por la identificación de nuevos determinantes o por el más elaborado análisis de la naturaleza y las características de los previamente existentes. De hecho, es posible afirmar que este proceso de crecimiento y análisis continuará en las décadas por venir (Kirkbride et al., 2024).

Una clasificación sencilla de los DSSM utiliza fundamentalmente el criterio descriptivo de varias de las ciencias sociales para identificarlos con suficiente claridad en diferentes esferas del devenir humano, individual y colectivo. Un segundo grupo clasificatorio es resultado de la interacción dinámica entre las realidades que refleja el primer grupo y los niveles perceptivo-conductuales del individuo o individuos afectados y de los que conforman el medio humano circundante (del grupo familiar a la sociedad universal o global, pasando por barrio, vecindario, comunidad, ciudad, país, continente o región). Una representación gráfica del listado y sus interacciones coloca a la salud mental como el círculo nuclear, a la vez receptáculo y motor de estas interacciones:

Este telón de fondo permite presentar una breve narrativa de los dos grupos de DSSM esbozados arriba. El descriptivo —que algunos hasta quisieran llamar «fenomenológico»— incluye fundamentalmente los siguientes (Coughlin et al., 2020; Smeeding, 2006; Compton y Shim, 2015):

- 1) **Estatus socioeconómico:** Nivel de ingresos financieros que regimentan y prácticamente presiden estilos de vida a nivel individual o familiar, en función del peso específico, relevancia asignada y significado ínsito de otros factores. Para muchos, este factor es poderosamente decisivo en la regulación de la vida diaria y en los renglones de salud y enfermedad mental (Kopasker et al., 2018).
- 2) **Nivel de educación:** Forjador de actitudes, criterios, normas, convicciones y modalidades de afronte de situaciones favorables o desfavorables, con implicaciones de simplicidad o sofisticación, crudeza o madurez aplicable a todo tipo de circunstancias vitales.
- 3) **Empleo o trabajo:** Uno de los pilares del estatus socioeconómico, que trae consigo también niveles de autoestima, apreciación ajena, complejidad de la actividad o labor, niveles de comodidad o apuro, satisfacción de demandas o urgencias a nivel individual o familiar.
- 4) **Estilos de crianza:** Contactos y estilos familiares de interacción entre adultos. Son aspectos cruciales en la crianza de los niños desde sus etapas tempranas hasta la adultez joven, pasando por la niñez y la adolescencia, períodos de crítica importancia. Dedicación, consistencia y modelaje constructivo y cálido son ingredientes

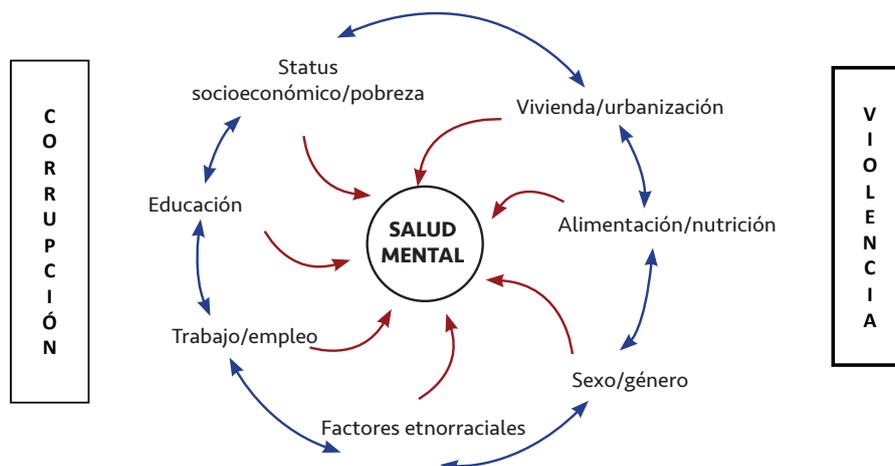


Figura 1. Determinantes sociales de salud y salud mental: una visión global.

positivos a los que se oponen rasgos negativos, tales como negligencia, rigidez, violencia, frialdad o distanciamiento afectivo, prolegómenos todos de adversidades tempranas y sumamente dañinas (Lacey y Minnis, 2020; Kessler et al., 2010).

- 5) **Religión:** Conjunto de creencias, rituales, manejo de circunstancias de vida y muerte, tradiciones y hábitos que constituyen elementos básicos y niveles de cercanía afectiva, fortaleza espiritual, resiliencia y valores morales como solidaridad, fe, compasión o esperanza.
- 6) **Vivienda:** Sea urbana o rural, citadina o campestre, metropolitana o más pequeña, la vivienda condiciona estilos de vida, escenario básico de interacciones familiares y sociales, de cobertura de necesidades inmediatas, urgentes o rutinariamente establecidas, etc. El ambiente físico de la vivienda y sus implicaciones de diseño, comodidad, densidad, nivel de polución, etc., tienen decisivo impacto en la salud física y mental de quienes la habitan.
- 7) **Estilos de alimentación y nutrición:** Dictados por hábitos ancestrales y disponibilidades materiales o financieras, se consideran críticamente importantes en la prevención o el manejo de condiciones físicas u orgánicas vitales, incluida (para el ámbito de la salud mental) la integridad funcional del cerebro y del sistema nervioso central (Gregory y Coleman-Jensen, 2017).
- 8) **Transporte:** Aun cuando para algunos puede no ser necesariamente un condicionante significativo, no son escasas las subpoblaciones sujetas a la disponibilidad, el acceso, la conveniencia y la comodidad de facilidades y medios de transporte como factor decisivo de estabilidad familiar, laboral y hasta emocional (Marmot y Wilkinson, 2005). Su presencia o ausencia contribuyen, respectivamente, a grados de bienestar cotidiano o de frustraciones marcadas y repercusiones predecibles.
- 9) **Estatus migratorio:** Aun cuando no es aplicable a todas, muchas regiones del mundo operan como áreas receptoras de poblaciones migrantes cada vez más numerosas. Sometidos a experiencias

y situaciones originadas, aun antes de tomar la decisión de migrar y, luego, por el impacto de varios DSSM ya existentes, los migrantes afrontan procesos tales como el de aculturación y sus varios componentes y variantes que juegan un rol decisivo en la adaptación a la comunidad anfitriona (Close et al., 2016; De Silva et al., 2021; Cicognani et al., 2018). El llamado «estrés aculturativo» incluye costos financieros y emocionales del cambio contextual, cambios de roles y resistencia a la aculturación en sí, presiones ocupacionales, biculturalismo conflictivo en generaciones jóvenes y eventual emergencia de vulnerabilidades (Torres et al., 2012).

Vale la pena señalar que, aparte de sus características propias, los DSSM propician una dinámica sumamente activa que, lamentablemente, es mucho más intensa cuando está centrada en poblaciones frágiles o «vulnerables», dando forma a mecanismos de autorrefuerzo o auténticos círculos viciosos en las víctimas del impacto inicial.

- 10) **Sexo y género:** De importancia cada vez más creciente, la consideración de estos factores como DSSM representa un cambio substancial ya que implica el reconocimiento claro de un error humano y social casi consuetudinario. Siglos atrás, sexo y género eran «hechos consumados» de sanción social universal: la mujer era «natural e incuestionablemente» inferior al varón y aquellos de género diferente (homosexuales, lesbianas, bisexuales, transexuales, etc.) o eran simplemente ignorados o muchas veces cruelmente «castigados». Si bien el siglo XXI muestra cambios significativos, el vigor y la visibilidad de estas variables reclaman constante evaluación (Medina-Martínez et al., 2021).
- 11) **Factores etnoraciales:** Los mismos criterios se aplican a la consideración de las características étnicas y raciales de cada individuo en el seno de una sociedad. Raza depende tanto de autoidentificación como de puntualización social; y los estudios sobre este concepto no difieren mucho de los de etnicidad, al enfocarse

en factores tales como fenotipo, genotipo, ancestro, identidad social y experiencias de vida. La coexistencia de grupos diversos adquiere gradualmente mayor aceptación, pero es y debe ser continuamente considerada expresión de un DSSM por sus potenciales implicaciones negativas (Colen et al., 2018).

El segundo grupo de DSSM es—como ya se ha dicho—resultado de una interacción entre los señalados arriba y los individuos, grupos y comunidades que los experimentan, es decir, la humanidad en su conjunto. Individualmente y en conjunto, todos pueden ser considerados negativos o dañinos, a diferencia de los factores del grupo descriptivo, pero, al mismo tiempo, operan por sí mismos y con tal fortaleza que no requieren ya las precondiciones eventualmente establecidas por aquellos. En otras palabras, pueden actuar independientemente, aun en presencia de circunstancias ecosociales que pudieran considerarse «normales». Una lista tentativa abarca los siguientes:

- 1) **Vulnerabilidad:** En todo tipo de colectividad o agrupación social se da la presencia de poblaciones o subpoblaciones llamadas vulnerables, es decir, frágiles, susceptibles, física y/o emocionalmente débiles ante el embate de adversidades. Puntualizadas como tales por el resto de la comunidad circundante que las margina, las ignora o las victimiza, experimentan entonces cuadros clínicos más o menos típicos. Sobre esta base, la vulnerabilidad afecta más a niño/as y adolescentes, anciano/as, comunidades pobres, mujeres y portadores de géneros diferentes a hombre o mujer (Osgood et al., 2010; Alegría y O'Malley, 2022).
- 2) **Soledad:** En tanto que aislamiento social intenta ser una medición objetiva del número y volumen de las conexiones sociales significativas de una persona o de un grupo (Wang et al., 2017), soledad describe la perturbadora percepción del desequilibrio entre la calidad y la cantidad deseadas y reales de sus relaciones sociales (Mann et al., 2022). Es posible contar con un buen número de contactos y, aun así, experimentar sentimientos de soledad, y viceversa. Soledad es un definido factor de riesgo y una secuela relativamente temprana de trastornos emocionales y mentales.
- 3) **Discriminación:** Resultado de ignorancia, confusión, desinformación, superficialidad y

hasta consignas políticas o religiosas. Es un estado de ánimo latente, una disposición presta a manifestaciones de hostilidad, separación y punición por parte de muchas poblaciones a nivel global en contra de otras, usualmente minoritarias (Graham, 2007). El punto de referencia de todo proceso discriminatorio es generado, compartido y reforzado por asunciones y criterios de carácter casi dogmático y, por lo mismo, difícilmente modificable.

- 4) **Estigma:** Se constituye en la fase más aguda e intensa, actuante y concreta de todo proceso discriminatorio. Existen poblaciones definidamente estigmatizadas según criterios etnoraciales, religiosos y hasta políticos, pero es en el campo de la salud mental donde el estigma puede adquirir fuerza e impacto severamente perniciosos, aun dentro del grupo familiar y multiplicado a nivel comunitario, social o público. Síntomas como alucinaciones, delusiones, paranoias, auto y heteroagresiones y acciones como «visitar al psiquiatra» o ser admitido a un hospital especializado son considerados «boletos de entrada» al territorio de la estigmatización (Crisp et al., 2000; Shelton et al., 2021).
- 5) **Violencia:** No es exagerado afirmar que la violencia se ha convertido casi en un componente habitual de la vida humana en muchas zonas del globo, rasgo cuya vigencia la convierte casi automática e insensiblemente en un determinante de salud de enorme magnitud. Se añade a ello el hecho de que existen numerosas formas de violencia basadas en tipo y naturaleza, escenario, desencadenantes, objetivos, impacto, intensidad y consecuencias (Keynejad et al., 2023).
- 6) **Corrupción:** Ubicada en un marco de referencia fundamentalmente político-administrativo, la corrupción es considerada un DSSM, precisamente por la aplicación masiva que tales esferas instrumentalizan en la vida colectiva. Aun cuando muchos pueden adoptar actitudes de indiferencia, subestimación y hasta resignación frente a evidencias de corrupción entre políticos, gobernantes, administradores y burócratas, tal puede ser precisamente la razón más relevante de su avance y permanencia (Ramachandran, 2004).

### 3.3. Mecanismos de impacto

Se presenta enseguida, a manera de ejemplo, el caso

del estatus socioeconómico de cualquier población como un determinante social poderoso que puede afectar críticamente otros renglones genéricos, tales como vivienda, educación, alimentación/nutrición, transporte, ocupación, vida social, etc. Su faz negativa se da indefectiblemente en los niveles y expresiones muchas veces dramáticamente elocuentes del fenómeno que llamamos pobreza (Kawachi y Kennedy, 1997; Evans y Schamberg, 2009). Poblaciones pobres, deprivadas, carentes de recursos esenciales, expuestas a una adversidad cotidiana experimentan numerosos y serios problemas de salud física y salud mental, problemas que abaten intensamente a los integrantes más frágiles de los grupos, familias o comunidades expuestas: niños, ancianos y mujeres, para citar algunos.

El círculo vicioso pobreza-salud se desenvuelve inexorablemente con componentes que no por predecibles dejan de ser complejos y casi inmanejables: sus repercusiones, en niveles de estabilidad familiar, educación o empleo, se extienden muy pronto al campo de la salud con sus demandas de atención poco escuchadas o sistemáticamente negligidas. Se instalan focos crecientes de inestabilidad, inseguridad, incertidumbre, confusión y conflicto, factores patogénicos que conducen luego a dificultades y problemas de salud mental. Si los problemas de salud general no son atendidos, mucho menos lo son aquellos que afectan a la salud mental, ya que, en estos, se agregan maniobras de evitamiento, vergüenza y prejuicios que cultivan y conducen a otros determinantes claramente negativos y crueles, por ejemplo, discriminación y estigmatización (Graham, 2007; Shelton et al., 2021), a su vez asociados a alienación, aislamiento social, humillación e internalización (Ramachandran, 2004).

En el caso de la migración como determinante social, el impacto sociocultural negativo puede implicar niveles de desintegración familiar, secuelas de ausencia parental en el hogar, aislamiento subsecuente, desempleo persistente, pobreza creciente y hasta conducta antisocial marcada (Kawachi y Kennedy, 1997).

La cadena no se detiene. El término «vestimenta cultural» de fenómenos, como los arriba mencionados, entraña la justificación de su creciente uso basado en la cada vez más intensa difusión y aceptación de conceptos neurobiológicos. El manejo social de la enfermedad

mental está teñido de prejuicios e inequidades cuando afecta fundamentalmente a poblaciones minoritarias o pobres: aparte de los estereotipos conductuales de los propios pacientes acerca de su padecimiento, los procesos de discriminación y estigma se evidencian en una menor disposición de los propios profesionales a interactuar con este tipo de pacientes y en la incertidumbre clínica asociada a la percepción e interpretación de sus síntomas. De hecho, se ha encontrado una relación directa entre severidad clínica y nivel de discriminación, ocultamiento o negación de diagnósticos; en otros casos, los pacientes parecen aliviados cuando reciben un diagnóstico y opciones de tratamiento, pero continúan convencidos de la malinterpretación de sus síntomas por parte de familiares y amigos (Evans y Schamberg, 2009).

La serie de artículos sobre salud mental global publicados en la segunda década de este siglo por la revista británica *The Lancet* elaboró dos hipótesis en relación con la conexión causal entre pobreza y enfermedades mentales (Collins et al., 2011; Patel et al., 2018): la primera fue denominada hipótesis de Causalidad Social, según la cual condiciones de pobreza incrementan el riesgo a través de mecanismos como estrés elevado, exclusión social, decremento del capital social, desnutrición, riesgos obstétricos, violencia y trauma; la segunda, hipótesis de Selección o Desviación social, postula que personas con enfermedad mental experimentan un mayor nivel de riesgo de caer o permanecer en la pobreza debido a crecientes gastos en salud, productividad reducida, estigma, pérdida de empleo y subsecuente reducción de ingresos. Usando terminología clínica clásica, la primera hipótesis adscribe un rol etiológico a la pobreza, en tanto que la segunda entraña funciones patogénicas recíprocas: el círculo vicioso aludido anteriormente.

### 3.4. Manejo de los DSSM

Los determinantes sociales forman parte de un marco polifacético de referencia en el enfoque de la salud mental a nivel global. Instituciones como la OMS y la Fundación Gulbenkian han sumariado una serie de principios y acciones orientadas a su manejo, a un «qué hacer» que produzca resultados útiles y limite su potencial negativo (WHO y Calouste Gulbenkian Foundation, 2017). Estas formulaciones reafirman la prioridad de salud mental como objetivo primario de un saludable sistema cuerpo-mente, componente

de un «universalismo proporcional» que cuente con aquella como foco del «curso de la vida» y que asegure su equidad y presencia en las políticas de salud de todos los países y sus comunidades. Las estrategias nacionales para la consumación efectiva de tales acciones requieren el evitamiento de un «cortoplacismo» demagógico y perjudicial, amén de acciones multisectoriales e intervenciones precoces y efectivas que reflejen familiaridad y conocimiento pleno de realidades locales.

La *perspectiva cultural* es igualmente decisiva en la consideración y el manejo de los DSSM. Poblaciones latinas o hispanohablantes en varias regiones y continentes han conferido un valor significativo a estos factores a lo largo de su historia. A punto de partida de un sociocentrismo vital (diferente al egocentrismo del llamado «mundo anglosajón») (Alarcón, 2009b), se han generado actitudes sociales positivas y negativas con relación a la salud mental. La pobreza existente en varias de aquellas regiones, expuesta a factores de autorrefuerzo como violencia o corrupción, discriminación o estigma, ha creado barreras contra una atención racional y razonable y con ellas, naturalmente, una profunda necesidad de políticas constructivas y coherentes de salud mental.

En términos generales, este contexto incluye, desde la perspectiva de poblaciones latinas, múltiples atributos causales (físicos, científicos, interpersonales, emocionales espirituales o sobrenaturales) vinculados a enfermedades mentales. Umbrales variables de tolerancia y distrés resultan en síntomas relativamente más frecuentes que en otras colectividades: somatización, agitación, manifestaciones conversivas o disociativas, etc. (McGrath et al., 2023). Temas de prejuicios, estigma y discriminación son frecuentes, como lo son también los llamados conceptos culturales de distrés incluidos en la última edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5-TR)* de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2022a). Esta sección incluye: a) Modismos de distrés, que no son necesariamente síntomas, pero proveen modalidades colectivas y compartidas de nociones y experiencias de preocupaciones personales o sociales (por ejemplo, «nervios» o «susto»); b) Síndromes culturales: conjunto de síntomas y atributos que

tienden a ocurrir en miembros de grupos culturales o subculturales específicos y son reconocidos y aceptados localmente como patrones coherentes de experiencia y conducta (por ejemplo, «ataque de nervios»); c) Explicaciones culturales: etiquetas, atributos o rasgos, percibidos por el individuo sufriente, que los presenta como causas culturalmente significativas y reconocidas de su padecimiento (por ejemplo, «envidia» o «castigo divino»).

Siete de 94 estudios incluidos en una investigación metaanalítica que relaciona DSSM y trastornos mentales tuvieron lugar en países sudamericanos (Silva et al., 2016). Los correlatos de tipo transversal identificaron género femenino, soltería, edad avanzada, insuficiencia alimentaria, bajo nivel social, educación limitada, ingresos bajos, desempleo, apuros financieros, percepción subjetiva de salud negativa, nivel pobre de salud, daño funcional, residencia en zonas rurales, religiosidad limitada, ser víctima de violencia sexual, violencia psicológica durante la niñez, falta de redes de apoyo, percepciones de discriminación racial, pobre sentido de maestría o control y sentimiento de soledad, como determinantes significativos. Varios de ellos fueron también detectados en estudios prospectivos, añadiéndose disrupción y conflictos maritales,

En el caso de la migración como determinante social, el impacto sociocultural negativo puede implicar niveles de desintegración familiar, secuelas de ausencia parental en el hogar, aislamiento subsecuente, desempleo persistente, pobreza creciente y hasta conducta antisocial marcada.

dificultades de alquiler o arriendo y carencia total de vivienda.

La misma revisión caracterizó pobreza, privación material, desempleo y movilidad residencial frecuente, alta densidad poblacional, estrés de tráfico, criminalidad violenta, seguridad pobre, deficiencias infraestructurales y recursos limitados de atención

en salud, como rasgos asociados a nivel de vecindario o comunidad inmediata. Modelos multivariantes y estudios longitudinales agregaron a esta larga lista otros determinantes, como niveles bajos de cohesión social, capital social y calidad estética.

### 3.5. Enseñanza y adiestramiento en investigación

Las bases didácticas de la educación en torno a DSSM para futuros profesionales de salud y salud mental incluyen básicamente el conocimiento de la historia y la cultura de las poblaciones circundantes, de los llamados vínculos intersectoriales y aspectos específicos como vigencia y profundidad del racismo, entre otras variables. Si se concibe a los futuros profesionales como agentes de cambio social, la cosmovisión y la cultura de aquellas poblaciones son estrategias clave de integración y empoderamiento: requieren, por lo tanto, un enfoque claramente orientado a la comunidad y a la atención primaria en salud (Moreno et al., 2021; Taira y Hsieh, 2019) que supere al modelo biomédico convencional y fomente también la participación activa de la comunidad y de sus líderes. Este nivel de sistematización puede posibilitar un proceso sostenible de necesaria transformación social.

Los retos más caracterizados que este afronte deberá manejar son la segmentación poblacional, las barreras impuestas por inequidades de ingreso o educación, los procesos de racialización y minorización y otras coyunturas sociopolíticas, además de resistencias tradicionales, maniobras de poder y limitación de recursos. No deja de percibirse un tono ideológico-político en la base de estos planteamientos, pero su formulación y materialización deben ser fundamentalmente hermenéuticas y epistémicas, de alcance universal, libre de etiquetas partidarias parcializadas o dogmáticas.

Lo anterior refleja una temática política selecta en el proceso docente y pedagógico. Son necesarios ingredientes tales como seguridad cultural, competencia y un flexible adiestramiento antidogmático. Estos procesos didácticos entrañan también la vigencia de regulaciones nacionales que aseguren solvencia para su implementación y el uso de recursos como intérpretes o «agentes o gestores (*brokers*) culturales» dentro de un sistema integrado de servicios, evaluaciones e intervenciones clínicas, prevención de trastornos y

promoción de una auténtica salud mental (Kirmayer y Jarvis, 2019; Esponda et al., 2020).

En la región de las Américas sigue siendo necesario afrontar el desafío de los DSSM con estrategias que mejoren la calidad y la accesibilidad de los sistemas de salud. La «formación de talento humano» (Giraldo y Vélez, 2016) demanda estrategias pedagógicas centradas en piezas de conocimiento como los DSSM, no solo incluyendo, por ejemplo, mejores accesos de poblaciones vulnerables a servicios de salud, sino también la mejora definida de la empatía y las habilidades de aprendizaje y colaboración interprofesionales. Las alternativas didácticas que refuerzan y mejoran la enseñanza de los DSSM desde las aulas de clase utilizan, por ejemplo, herramientas tecnológicas como las visitas virtuales a zonas marginales. En la opinión de muchos autores, la atención primaria en salud (APS) cumple un papel instrumental que se adecúa a este enfoque y a su proyección comunitaria, mejorando las habilidades y los instrumentos («telesalud» incluida) de comunicación con la población de pacientes. En América Latina, países como México, Colombia, Chile, Argentina, Cuba, Perú, Brasil, Bolivia, Costa Rica y Panamá han implementado estos aportes, aun con medidas y niveles todavía variables (Torres et al., 2012; Moreno et al., 2021; Yavich y Báscolo, 2016; Fajardo et al., 2019).

En cuanto al adiestramiento en investigación sobre DSSM en Latinoamérica, es todavía necesario que los programas de salud y educación que imparten las facultades de Ciencias de la Salud elaboren *syllabi* accesibles, equitativos, resilientes y eficientes para sus poblaciones (Singh et al., 2019; Lund et al., 2018). Vale la pena señalar que diversos procesos de reforma constitucional en varios países no se han traducido necesariamente aún en reformas estructurales indispensables. Investigaciones a nivel de centros de atención primaria o se han limitado a reunir datos epidemiológicos o han incorporado a la práctica medidas y programas incompletos.

Dentro de los temas de investigación más importantes *vis-a-vis* con los DSSM, explorados en diversos países, figuran la mejora del diálogo intercultural con poblaciones indígenas, la creación de secretarías técnicas especializadas en DSSM para el impulso de estrategias específicas, la aplicación e incorporación de nuevos descubrimientos a la práctica de atención

primaria en diversos establecimientos de salud, la creación, adaptación y validación de instrumentos que permitan calcular las necesidades sociales en individuos, familias y poblaciones, la mejora del uso de programas informáticos que posibiliten una mayor cantidad de datos en tiempo real, y la mejor identificación de DSSM y prestación de servicios (Adam y De Savigny, 2012; Arango et al., 2018). Hay, sin embargo, vacíos de investigación, particularmente en Latinoamérica, sobre una variedad de temas relevantes, tales como el impacto de la violencia armada conducida por grupos subversivos o delincuencia organizada, los desastres naturales, la vigencia y el impacto auténticos de racismo e inequidades en la provisión de servicios, la sistematización de proyectos de transformación social sostenible, las innovaciones docentes y la creación de genuinos grupos multidisciplinarios (Silva et al., 2016; Barbar, 2018; Accatino et al., 2010).

Un campo de investigación de especial interés para una evaluación objetiva del impacto de DSSM es el del diagnóstico psiquiátrico, particularmente en su dimensión cultural (Alarcón, 2009a). Dentro de los objetivos de este enfoque, aparte de facilitar el *rapport* y el trabajo conjunto del profesional con el paciente, su familia y su ambiente, está el de mejorar la validez, utilidad clínica y estimación de la evolución y severidad del cuadro. La precisión en cuanto al número y vigor de los DSSM no solo ayuda en la formulación pronóstica y detección de comorbilidades, sino también en la mejora del empoderamiento del paciente.

A diferencia del afronte diagnóstico usual con sus características categoriales, semióticas, internalizantes e individualizadoras (Gaviria y Alarcón, 2010), el diagnóstico cultural busca examinar predicamentos, considera los síntomas como actos de comunicación en un sistema interpersonal significativo, un contexto social que induzca recuperación basada también en valores sociocomunitarios. Usuarios de las dos últimas ediciones del *DSM* han contado con la posibilidad de uso de la entrevista para la formulación cultural (CFI, por sus siglas en inglés), cuyo principal énfasis radica en la identificación, comprensión y manejo productivo de conductas pragmáticas, síntomas singulares y contextos socioculturales potencialmente patogénicos (Lewis-Fernández et al., 2015; Lewis-Fernández et al., 2017). La relación entre este afronte y la exploración de DSSM es sumamente estrecha.

#### 4. DISCUSIÓN

Los DSSM son una veta riquísima de conocimiento y estudios en la psiquiatría contemporánea. La atención de clínicos, docentes e investigadores a este tema se ha multiplicado en décadas recientes debido, entre otras razones, a la evidencia histórica del impacto de realidades ecopsicológicas y socioculturales en la vida mental de individuos y comunidades y, además, a la evidente insuficiencia de lenguaje y abordajes neurobiológicos en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de entidades clínicas (Phelan et al., 2010; Compton y Shim, 2015; WHO y Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

La descripción de los DSSM y —más que nada— su manejo han sido, sin embargo, materia de discursos retóricos que, cuando no repetitivos o reiterados, se han revestido ocasionalmente de oportunismo y demagogia. Esta crítica va dirigida fundamentalmente a gobiernos y entidades políticas de países, particularmente los de medianos y bajos ingresos y, ocasionalmente, a entidades internacionales. La lista de DSSM ha crecido casi descomunadamente desde la década de los 80, con detalles cada vez más agobiantes. El alivio de su impacto implica, lamentablemente, no solo enumeraciones laboriosas, descripciones sofisticadas y pronunciamientos burocráticos pletóricos de tecnicismos, sino, fundamentalmente, convicciones efectivas, decisiones técnicas y asignaciones financieras apropiadas y suficientes (McGrath et al., 2021; Cooper et al., 2022).

Así pues, aliviar el impacto negativo de los DSSM y reforzar su canalización positiva y beneficiosa son necesidades impostergables. Es preciso decir que un buen número de pronunciamientos por parte de instituciones como la OMS, la ONU y otras entidades de alcance internacional han cumplido un rol constructivo. El eco de tales pronunciamientos en un buen número de países ha sido positivo en el estímulo de intenciones de mejora y progreso de políticas de salud. Pueden señalarse dos logros de este tipo: la declaración de que «no hay salud sin salud mental», formulada por la OMS (por lo tanto, de alcances globales), y el establecimiento de centros de salud mental comunitaria con equipos multidisciplinarios y proyecciones bien definidas en un número de países, varios de ellos LMIC (Villaseñor, 2023). La pandemia

de la COVID-19 puso a prueba estas reformas, con resultados lamentablemente no siempre positivos, ya que puso al descubierto fragilidades financieras y administrativas, pero, principalmente, relacionadas a recursos humanos y materiales (Kola et al., 2021; Bower et al., 2023).

La participación de comunidades y de sus líderes en varias de estas iniciativas nacionales ha sido positiva, pero no suficiente en cuanto a cifras y, secundariamente, en cuanto a consistencia e impacto. Ello tiene que ver, posiblemente, con la inestabilidad de los cuerpos políticos en muchos países, la incertidumbre de su propio curso y desenlace, la escasez de conocimientos técnicos y la carencia de recursos. Tan importante como todo ello, sin embargo, es el nivel de información respecto a problemas de salud mental por parte de comunidades de todo tipo y tamaño: cuando no guiada por creencias tradicionales o difusión de datos equivocados o exagerados, la información puede simplemente no existir o ser materia de un fenómeno de negación individual y social (McGinty et al., 2024). La responsabilidad de autoridades y líderes de la comunidad y la colaboración de entidades y personas adecuadamente informadas y conocedoras son elementos decisivos en la corrección de esta deficiencia.

Lo dicho conduce al análisis de los procesos de enseñanza-educación-adiestramiento y de explicación-comprensión-investigación de DSSM en el mundo actual. Una vez más, la retórica se moviliza entre extremos de supuesta abundancia y de escasez más o menos aguda, dependiendo del fuselaje financiero de cada país, de su grado de estabilidad y predictibilidad política y de la naturaleza o estilo de su conducta gerencial. El nivel de realizaciones o los logros concretos varían también en función de aquellos engranajes, pero lo que sí puede afirmarse es que en un alto número de países queda aún mucho por hacer.

Existen programas sólidos de enseñanza e investigación sobre temas basados en DSSM; tal solidez está basada en equipos docentes competentes, programas adecuadamente organizados y escenarios apropiados para su implementación. Ello aun cuando es difícil elaborar una retórica convincente en torno a estos puntos, una vez más; sin embargo, la realidad refleja planteamientos teóricos que superan a realizaciones

concretas en una sustancial mayoría de países del antiguamente llamado tercer mundo. El objetivo fundamental de una buena enseñanza de DSSM es la oferta de soluciones y/o posibilidades de solución de los problemas de salud mental y sus más notorios desencadenantes (Taira y Hsieh, 2019; Giraldo y Vélez, 2016; Fajardo et al., 2019). Esta necesidad es más evidente, por cierto, en programas de adiestramiento de futuros profesionales de salud mental, cuyo conocimiento debe servir de base a convicciones de integridad, genuina multidisciplinariedad, honestidad y auténtica justicia social (Kirmayer et al., 2021; Smith y Trimble, 2016).

La formación de investigadores en salud mental presenta características similares en cuanto a estructuras y expectativas. La realidad es que la investigación en esta área ha sido y es limitada en LMIC, debido a la falta de recursos financieros y humanos. Con un predominio de auspicios comerciales/farmacéuticos por espacio de muchas décadas, otros tipos de investigación (clínica, psicoterapéutica, epidemiológica, de salud pública, sociocultural, etc.) permanecieron al margen. Hoy, la temática es voluminosa y trascendente: dentro de sus muchos tópicos vinculados a DSSM, se citan a menudo delineación y medida de factores de riesgo y protección, estudios más profundos de prevalencia, experiencias de aculturación, contextos migratorios, modalidades de afronte (resiliencia incluida), factores interétnicos, raciales y socioeconómicos que influyan sobre modelos explicatorios o de búsqueda de ayuda, síndromes culturales y otros conceptos culturales de distrés, calidad de vida y adecuaciones de atención clínica en salud mental.

El futuro de todos estos procesos lleva consigo un elemento esencial: la esperanza. Si la retórica sigue pautas más o menos preestablecidas en la narrativa de escenarios y la descripción de planes y proyectos y si las realidades se revisten de satisfacciones y fracasos, la esperanza nutre sin ambages las expectativas de poblaciones y comunidades a lo largo del globo. Se trata de la esperanza de una mejor calidad humana que forje mejores realizaciones, esperanza de principios que sustenten actitudes y disposiciones éticamente acabaladas, realidades en las que justicia y progreso vayan de la mano con honestidad, solidaridad y coraje. Esperanza de que el ejemplo que sigan las generaciones jóvenes sea alturado y generoso.

## 5. CONCLUSIONES

Los DSSM constituyen un cuerpo de doctrina que, para ser efectiva, debe contar con elementos de totalidad, integración, factibilidad y determinación por parte de sus autores y sus seguidores. Extendidos a nivel mundial, estos factores entrañan mensurabilidad diversa en países y regiones distintas a lo largo y ancho del globo. Un *summa summarum* de lo aquí discutido asume la identificación cabal de los DSSM, un marco de referencia objetivo en torno a la organización, inversiones y acceso a programas de salud y salud mental, recursos adecuados e instrumentos válidos y plataformas de discusión permanente y productiva.

Iniciativas de esta índole incluyen, por cierto, educación seria y consistente del público en temas de salud, atención de salud y su componente mental, costos, alcances y funcionamiento de programas, prácticas de salud, alimentación, vivienda, educación y aprendizaje, estrategias de prevención, distracciones y cultivo de valores individuales y colectivos (Cloninger et al., 2014; Brownson et al., 2017). El criterio de seguimiento y adaptación a las diferentes etapas del ciclo vital es muy importante por sus contenidos de curación y prevención. El alivio de situaciones de pobreza es prioridad dictada no solo por principios de justicia social, sino por principios de evitamiento y prevención de la trasmisión de condiciones emocionales extremas, como apatía, violencia, ruptura con la realidad o actitudes de desesperación y abandono. Las desigualdades intergeneracionales deben dejar de existir en nombre de un sentido ecuménico de justicia y de servicio auténtico (Cooper et al., 2022; Villaseñor, 2023; Skinner et al., 2023; Alegría et al., 2023). Y el uso de recursos tecnológicos novísimos como inteligencia artificial (Berdahl et al., 2023) aguarda también enfoques razonables.

## REFERENCIAS

Accatino, L., Figueroa, R. A., Montero, J. y González, M. (2010). La preocupante falta de formación en desastres dentro de las escuelas de Medicina latinoamericanas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(2), 135-136. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v28n2/135-136/es>

Adam, T. y de Savigny, D. (2012). Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. *Health Policy and Planning*,

27(Suppl 4), iv1-iv3. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs084>

Alarcón, R. D. (2009a). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139. <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2009.tb00233.x>

Alarcón, R. D. (2009b). Salud mental en América Latina: luces y sombras. *Salus*, 13(Supl.): 25-38. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011005.pdf>

Alarcón, R. D. (2013). Cultural psychiatry: a general perspective. En R. D. Alarcón (Ed.), *Cultural Psychiatry* (pp. 1-14). Karger.

Alarcón, R. D. (2023). De la polémica al diálogo: ciencia y humanismo en la psiquiatría contemporánea. En S. J. Villaseñor-Bayardo y C. Rojas (Coords.), *Neurociencias y humanidades. Un nuevo paradigma en psiquiatría* (pp. 41-77). Editorial Página Seis.

Alegría, M., Alvarez, K., Cheng, M. y Falgas-Bague, I. (2023). Recent advances on social determinants of mental health: looking fast forward. *The American Journal of Psychiatry*, 180(7), 473-482. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20230371>

Alegría, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E. y Stelk, W. (2010). One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Administration and Policy in Mental Health*, 37(1-2), 48-60. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0283-2>

Alegría, M. y O'Malley, I. S. (2022). *Opening the Black Box: Overcoming Obstacles to Studying Causal Mechanisms in Research on Reducing Inequality*. William T. Grant Foundation. [https://wtgrantfoundation.org/wp-content/uploads/2022/03/Alegría-Omalley\\_WTG-Digest-7.pdf](https://wtgrantfoundation.org/wp-content/uploads/2022/03/Alegría-Omalley_WTG-Digest-7.pdf)

American Psychiatric Association (2022a). Culture and psychiatric diagnosis. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup>. Ed., Text Revision (DSM-5-TR)* (pp. 859-879). American Psychiatric Association Publishing.

American Psychiatric Association (2022b). Impact of racism and discrimination on psychiatric diagnosis. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup>. Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* (pp. 17-19). American Psychiatric Association Publishing.

Arango, C., Díaz-Caneja, C. M., McGorry, P. D., Rapoport, J., Sommer, I. E., Vorstman, J. A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R. y Carpenter, W. (2018). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 5(7), 591-604. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30057-9)

- Barbar, A. E. (2018). Primary health care and Latin American territories marked by violence. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e142. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142>
- Ben-Cheikh, I., Beneduce, R., Guzder, J., Jadhav, S., Kassam, A., Lashley, M., Mansouri, M., Moro, M. R. y Tran, D. Q. (2021). Historical scientific racism and psychiatric publications: a necessary international anti-racist Code of Ethics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(10), 863-872. <https://doi.org/10.1177/07067437211020613>
- Berdahl, C. T., Baker, L., Mann, S., Osoba, O. y Giroi, F. (2023). Strategies to improve the impact of artificial intelligence on health equity: scoping review. *JMIR AI*, 2, e42936. <https://doi.org/10.2196/42936>
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., Kirkbride, J., Moussaoui, D., Nazroo, J., Qureshi, A., Stompe, T. y Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10(1), 2-10.
- Bhugra, D. y Mastrogianni, A. (2004). Globalisation and mental disorders. Overview with relation to depression. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 10-20. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.10>
- Bok, S. (2010). *Exploring Happiness: from Aristotle to Brain Science*. Yale University Press.
- Bower, M., Smout, S., Donohoe-Bales, A., O'Dean, S., Teesson, L., Boyle, J., Lim, D., Nguyen, A., Cleave, A. L., Batterham, P. J., Gournay, K. y Teesson, M. (2023). A hidden pandemic? An umbrella review of global evidence on mental health in the time of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1107560. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1107560>
- Brownson, R. C., Colditz, G. A. y Proctor, E. K. (2017). *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice*. Oxford University Press.
- Chun, K. M. y Balls-Organista, P. y Martin, G. (Eds.). (2003). *Acculturation: Advances in Theory, Measurement and Applied Research*. American Psychological Association.
- Cicognani, E., Sonn C. Albanesi, C. y Zani, B. (2018). Acculturation, social exclusion and resistance experiences of young Moroccans in Italy. *International Journal of Intercultural Relations*, 66, 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2018.07.002>
- Cipriano, C. y McCarthy, M. F. (2023). Towards an inclusive social and emotional learning. *Social and Emotional Learning: Research, Practice and Policy*, 2, 100008. <https://doi.org/10.1016/j.sel.2023.100008>
- Cloninger, C. R., Salvador-Carulla, L., Kirmayer, L. J., Schwartz, M. A., Appleyard, J., Goodwin, N., Groves, J., Hermans, M. H., Mezzich, J. E., van Staden, C. W. y Rawaf, S. (2014). A time for action on health inequities: foundations of the 2014 Geneva Declaration on person- and people-centered integrated healthcare for all. *International Journal of Person-Centered Medicine*, 4(2): 69-89. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485425/>
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D. y Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>
- Colen, C. G., Ramey, D. M., Cooksey, E. C. y Williams, D. R. (2018). Racial disparities in health among non-poor African Americans and Hispanics: the role of acute and chronic discrimination. *Social Science & Medicine*, 199, 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.051>
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S. E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., ... Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475, 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Compton, M. T. y Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150017>
- Cooper, M., Avery, L., Scott, J., Ashley, K., Jordan, C., Errington, L. y Flynn, D. (2022). Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*, 12(7), e060214. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>
- Coughlin, S., Vernon, M., Hatzigeorgiou, C. y George, V. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease prevention and control. *Journal of Environmental Health Sciences*, 6(1), 3061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7889072/>

- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. y Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- De Silva, U., Glover, N. y Katona, C. (2021). Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugee and asylum seekers: systematic review. *BJPsych Open*, 7(6), e194. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1013>
- Eisenberg, L. (2005). Are genes destiny? Have adenine, cytosine, guanine and thiamine replaced Lachesis, Clotho and Atropos as the weavers of our fate? *World Psychiatry*, 4(1), 3-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414711/>
- Esponda, G. M., Hartman, S., Qureshi, O., Sadler, E., Cohen, A. y Kakuma, R. (2020). Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 7(1), 78-92. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30125-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30125-7)
- Evans, G. W. y Schamberg, M. A. (2009). Childhood poverty, chronic stress, and adult working memory. *Proceedings of the National Academy Sciences*, 106(16), 6545-6549. <https://doi.org/10.1073/pnas.0811910106>
- Fajardo, G., Santacruz, J., Contrera, I. F., Yorio M. A., Pichs, L. A., Zambrana, G. W. Meynard, F. A. y Lara, E. (2019). Formación de médicos generales en América Latina: un reto para la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.83>
- Gaviria, S. L. y Alarcón, R. D. (2010). Psicopatología y género: visión longitudinal e histórica a través del DSM. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 389-404. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcpv/v39n2/v39n2a12.pdf>
- Ghaemi, S. N. (2003). *The Concepts of Psychiatry: a Pluralistic Approach to the Mind of Mental Illness*. Johns Hopkins University Press.
- Giraldo, A. y Vélez, C. (2016). Desafíos en la formación del talento humano para atención primaria de salud en América Latina. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 25(2), 54-70. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292016000200054](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292016000200054)
- Gouin J.-P. (2011). Chronic stress, immune dysregulation and health. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(6), 476-485. <https://doi.org/10.1177/1559827610395467>
- Graham, H. (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Open University Press.
- Gregory, C. A. y Coleman-Jensen, A. (2017). *Food insecurity, chronic disease, and health among working-age adults*, ERR-235. U. S. Department of Agriculture, Economic Research Service. <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=84466>
- Heiman, H. J. y Artiga, S. (2015). *Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity* [archivo PDF]. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. <https://www.issuelab.org/resources/22899/22899.pdf>
- Islam, M. M. (2019). Social determinants of health and related inequalities: confusion and implications. *Frontiers in Public Health*, 7, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00011>
- Johnstone, M.-J. y Kanitsaki, O. (2010). The neglect of racism as an ethical issue in health care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 480-495. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9210-y>
- Kawachi, I. y Kennedy, B. P. (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314, 1037-1040. <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7086.1037>
- Kendler, K. S. y Parnas, J. (Eds.). (2008). *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, PHenomenology, and Nosology*. Johns Hopkins University Press.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Keynejad, R. C., Bentley, A., Bhatia, U., Nalwadda, O., Mekonnen, F. D., Ali, P. A. y McGarry, J. (2023). Research, education and capacity building priorities for violence abuse and mental health in low- and middle-income countries: an international qualitative survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(12), 1761-1771. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02061-5>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E.,

- Stear, T., Wright, T. y Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58-90. <https://doi.org/10.1002%2Fwps.21160>
- Kirmayer, L. J. (2015). Empathy and alterity in psychiatry. En L. J. Kirmayer, R. Lemelson y C. Cummings (Eds.), *Re-visioning Psychiatry: Cultural Neuropharmacology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health* (pp. 141-167). Cambridge University Press.
- Kirmayer, L. J., Fung, K., Rousseau, C., Lo, H. T., Menzies, P., Guzder, J., Ganesan, S., Andermann, L. y McKenzie, K. (2021). Guidelines for training in Cultural Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(2), 195-246.
- Kirmayer, L. J. y Jarvis, G. E. (2019). Culturally responsive services as a path to equity in mental healthcare. *Healthcare Papers*, 18(2), 11-23. <https://doi.org/10.12927/hcpap.2019.25925>
- Kohrt, B. A. y Mendenhall, E. (Eds.). (2015). *Global Mental Health. Anthropological perspectives*. Left Coast Press.
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., Benjet, C., Cheung, E. Y., Eaton, J., Gonsalves, P., Hailemariam, M., Luitel, N. P., Machado, D. B., Misganaw, E., Omigbodun, O., Roberts, T., Salisbury, T. T., Shidhaye, R., Sunkel, C., ... Patel, V. (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 535-550. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00025-0)
- Kopasker, D., Montagna, C. y Bender, K. A. (2018). Economic insecurity: a socioeconomic determinant of mental health. *SSM Population Health*, 6, 184-194. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.09.006>
- Lacey, R. E. y Minnis, H. (2020). Practitioner review: twenty years of research with adverse childhood experience scores – Advantages, disadvantages and applications to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(2), 116-130. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13135>
- Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian M. I., Morales, L. S. y Bautista, D. E. (2005). Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26, 367-397. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144615>
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E. y Kirmayer, L. J. (Eds.) (2015). *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. American Psychiatric Association Publishing.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Lam, P. C., Galfalvy, H., Weiss, M. G., Kirmayer, L. J., Paralikar, V., Deshpande, S. N., Díaz, E., Nicasio, A. V., Boiler, M., Alarcón, R. D., Rohlf, H., Groen, S., van Dijk, R. C., Jadhav, S., Sarmukaddam, S., Ndeti, D., Scalco, M. Z., ... Vega-Dienstmaier, J. M. (2017). Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: mixed methods results from the *DSM-5* international field trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 290-297. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.193862>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357-369. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30060-9)
- Mann, E., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S. y Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(11), 2161-2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>
- Marmot, M. y Wilkinson R. G. (2005). Social organization, stress and health. En M. Marmot y R. G. Wilkinson (Eds.), *Social Determinants of Health* (pp. 6-30). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.003.02>
- McGinty, E. E., Alegría, M., Beidas, R. S., Braithwaite, J., Kola, L., Leslie, D. L., Moise, N., Mueller, B., Pincus, H. A., Shidhaye, R., Simon, K., Singer, S. J., Stuart, E. A. y Eisenberg, M. D. (2024). The *Lancet Psychiatry* Commission: transforming mental health implementation research. *The Lancet Psychiatry*, 11(5), 368-396. [https://doi.org/10.1016/52215-0366\(24\)00040-3](https://doi.org/10.1016/52215-0366(24)00040-3)
- McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Almeida, J. M., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, E., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., ... Kessler, R. C. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of population surveys from

- 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, 10(9), 668-681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- McGrath, M., Duncan, F., Dotsikas, K., Baskin, C., Crosby, L., Gnani, S., Hunter, R. M., Kaner, E., Kirkbride, J. B., Lafortune, L., Lee, C., Oliver, E., Osborn, D. P., Walters, K. R., Dykxhoorn, J. (2021). Effectiveness of community interventions for protecting and promoting the mental health of working-age adults experiencing financial uncertainty: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(7), 665-673. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-215574>
- Medina-Martínez, J., Saus-Ortega, C., Sánchez-Lorente, M. M., Sosa-Palanca, E. M., García-Martínez, P. y Mármol-López, M. I. (2021). Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11801. <https://doi.org/10.3390/ijerph182211801>
- Miller, K. E. y Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressor and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- Moreno, M. M., Hernández, E. H., Ayala, A. y Correal, C. A. (2021). Enseñanza y aprendizaje de los determinantes sociales en salud en la región de las Américas. *Educación Médica Superior*, 35(3), e2730. <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2730/1258>
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. <https://docplayer.es/21629840-Cerrando-la-brecha-la-politica-de-accion-sobre-los-determinantes-sociales-de-la-salud.html>
- Osgood, D. W., Foster, E. M. y Courtney, M. E. (2010). Vulnerable populations and the transition to adulthood. *The Future of Children*, 20(1), 209-229. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0047>
- Patel, V., Belkin, G. S., Chockalingam, A., Cooper, J., Saxena, S. y Unutzer, J. (2013). Grand challenges: integrating mental health services into priority health care platforms. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001448. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001448>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x)
- Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of Health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S28-S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590): 859-877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
- Ramachandran, V. S. (2004). *A Brief Tour of Human Consciousness: From Impostor Poodles to Purple Numbers*. PI Press.
- Rogers, A. y Pilgrim, D. (2010). *A Sociology of Mental Health and Illness*. 4.ª ed. Open University Press.
- Shelton, R. C., Adsul, P., Oh, A., Moise, N., Griffith, D. M. (2021). Application of an antiracism lens in the field of implementation science (IS): recommendations for reframing implementation research with a focus on justice and racial equity. *Implementation Research and Practice*, 2, 26334895211049482. <https://doi.org/10.1177/26334895211049482>
- Silva, M., Loureiro, A. y Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292. <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v30n4/original03.pdf>
- Singh, M. (2024, 13 de mayo). Read the label. How psychiatric diagnosis create identities. *The New Yorker*, May 13, 2024, pp. 20-24.
- Singh, S., McKenzie, N. y Knippen, K. L. (2019). Challenges and innovations in interprofessional education: promoting a public health perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 33(2), 270-272. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538114>
- Skinner, G. C., Bywaters, P. y Kennedy, E. (2023). A review of the relationship between poverty and child abuse and neglect: insights from scoping reviews, systematic reviews and meta-analyses. *Child Abuse Review*, 32(2), e2795.
- Smeeding, T. (2006). Poor people in rich nations: The United States in comparative perspective. *Journal*

- of *Economic Perspectives*, 20(1), 69-90. <https://doi.org/10.1257/089533006776526094>
- Smith, T. B. y Trimble, J. E. (2016). *Foundations of Multicultural Psychology: Research to Inform Effective Practice*. American Psychological Association.
- Swartz, L. (2012). An unruly coming of age: the benefits of discomfort for global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 531-538. <https://doi.org/10.1177/1363461512454810>
- Taira, B. R. y Hsieh, D. (2019). Advancing the biosocial perspective in the clinical training environment: surmounting the barriers and constructing the framework. *Academic Medicine*, 94(8), 1094-1098. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002668>
- Torres, L., Driscoll, M. W. y Voell, M. (2012). Discrimination, acculturation, acculturative stress, and Latino psychological distress: a moderated mediational model. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 18(1), 17-25. <https://doi.org/10.1037/a0026710>
- Villaseñor, S. J. (Coord.) (2023). *De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global*. Editorial Página Seis.
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F. y Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(12), 1451-1461. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1446-1>
- Weinberg B. (1973). Rhetoric after Plato. En P. P. Wiener (Editor-in-Chief), *Dictionary of the History of Ideas. Vol. IV. Psychological ideas to Zeitgeist* (pp. 167-172). Charles Scribner's Sons, Publishers.
- Woelbert, E., White, R., Lundell-Smith, K., Grant, J. y Kemmer, D. (2020). *The Inequities of Mental Health Research Funding*. International Alliance of Mental Health Research Funders. [https://digitalscience.figshare.com/articles/report/The\\_Inequities\\_of\\_Mental\\_Health\\_Research\\_IAMHRF\\_/13055897](https://digitalscience.figshare.com/articles/report/The_Inequities_of_Mental_Health_Research_IAMHRF_/13055897)
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. <https://iris.who.int/handle/10665/42390>
- World Health Organization (2011, 21 de octubre). *Rio Political Declaration on Social Determinants of Health*. <https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health>
- World Health Organization (2013). *The Economics of Social Determinants of Health and Health Inequalities: a resource book*. <https://iris.who.int/handle/10665/84213>
- World Health Organization; Calouste Gulbenkian Foundation (2014). *Social Determinants of Mental Health*. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)
- World Health Organization; Calouste Gulbenkian Foundation (2017). *Policy Options on Mental Health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513296>
- Yavich, N. y Báscolo, E. P. (2016). Current primary health care practices and research challenges in Latin America. *Family Practice*, 33(3), 205-206. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw032>