

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i2.1166>

Impacto de los Determinantes Sociales en la Salud Mental: Una Revisión Sistemática

Impact of Social Determinants on Mental Health: A Systematic Review

Karoll Juliet Fragozo Vergara

Kafrave@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-0111-4224>

Universidad Simón Bolívar
Albania, Guajira – Colombia

Maria del Carmen Salcedo Pacheco

mariadelcarmensalcedopacheco4@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-7698-5649>

Universidad Libre
Bogotá D.C. – Colombia

Luisa Fernanda Pérez Turizo

Luisaturi09@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1968-031X>

Universidad Antonio Nariño
Bogotá D.C. – Colombia

Nicolás López Castellanos

nicolaslopez@live.com.mx

<https://orcid.org/0009-0001-8720-1643>

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA
Bogotá D.C. – Colombia

Maria Fernanda Dávila

mariaferdc12@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-1414-0518>

Universidad Cooperativa de Colombia
Bogotá D.C. – Colombia

Artículo recibido: 10 mayo 2025

- Aceptado para publicación: 20 junio 2025

Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

Introducción: La salud mental está profundamente influenciada por determinantes sociales como pobreza, desigualdad, inestabilidad laboral, acceso limitado a servicios de salud, inseguridad alimentaria y precariedad habitacional. Estos factores aumentan la prevalencia de trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés crónico, especialmente en poblaciones vulnerables.

Objetivo: Explorar el impacto de los determinantes sociales en la salud mental y evaluar intervenciones para mitigar estos efectos en contextos socioeconómicos diversos. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática en bases de datos como PubMed y PsycINFO. Se incluyeron estudios observacionales, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas que abordaran determinantes sociales e intervenciones asociadas con salud mental. La selección, extracción y análisis de datos siguió estándares PRISMA, incluyendo evaluación de sesgo. **Resultados:** De 11,727 registros iniciales, se incluyeron 22 estudios. La pobreza persistente incrementa 2.4 veces los problemas de conducta infantil y los síntomas emocionales. La tasa de pobreza en personas con

enfermedades mentales graves aumentó del 48.2% al 65.2% en 21 años. Intervenciones económicas, como transferencias monetarias, redujeron síntomas depresivos en un 0.1-0.16 desviaciones estándar. Los efectos positivos fueron más significativos cuando las intervenciones combinaban aspectos económicos y sociales. **Discusión:** Los resultados confirman que la pobreza y la desigualdad son predictores de trastornos mentales. Las intervenciones multisectoriales, como programas de transferencias monetarias y mejora habitacional, muestran resultados prometedores. Sin embargo, la efectividad varía según el contexto, resaltando la necesidad de adaptaciones culturales y estructurales. La heterogeneidad metodológica limita la comparación directa entre estudios, pero fortalece la necesidad de enfoques integrados para abordar estos determinantes.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, pobreza, desigualdad, salud mental, intervenciones multisectoriales

ABSTRACT

Introduction: Mental health is profoundly influenced by social determinants such as poverty, inequality, job instability, limited access to healthcare, food insecurity, and precarious housing. These factors increase the prevalence of mental disorders like depression, anxiety, and chronic stress, particularly among vulnerable populations. **Objective:** To explore the impact of social determinants on mental health and evaluate interventions aimed at mitigating these effects in diverse socioeconomic contexts. **Methods:** A systematic review was conducted using databases such as PubMed and PsycINFO. Observational studies, clinical trials, and systematic reviews addressing social determinants and related mental health interventions were included. Data selection, extraction, and analysis followed PRISMA standards, including bias assessment. **Results:** Out of 11,727 initial records, 22 studies were included. Persistent poverty was associated with a 2.4-fold increase in childhood behavioral and emotional symptoms. The poverty rate among individuals with severe mental illnesses rose from 48.2% to 65.2% over 21 years. Economic interventions, such as cash transfers, reduced depressive symptoms by 0.1-0.16 standard deviations. Positive effects were more significant when interventions combined economic and social aspects. **Discussion:** The findings confirm that poverty and inequality are predictors of mental disorders. Multisectoral interventions, such as cash transfer programs and housing improvements, show promising results. However, their effectiveness varies by context, highlighting the need for cultural and structural adaptations. Methodological heterogeneity limits direct comparison between studies but underscores the importance of integrated approaches to addressing these determinants.

Keywords: social determinants of health, poverty, inequality, mental health, multisectoral

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar humano y está intrínsecamente influenciada por factores sociales y económicos. Diversos estudios han establecido una relación clara entre los determinantes sociales y la salud mental. Factores como la pobreza, la desigualdad, la inestabilidad en el empleo, el acceso limitado a servicios de salud, la inseguridad alimentaria y la precariedad en la vivienda afectan significativamente la prevalencia de trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el estrés crónico (1).

Poblaciones en condiciones de pobreza presentan un riesgo 1.5 a 3 veces mayor de sufrir depresión y ansiedad en comparación con las poblaciones de mayores ingresos. Esto se debe a factores como la exposición a eventos adversos, la inseguridad financiera y las tensiones relacionadas con la falta de recursos básicos (2). Por otro lado, en contextos con mayores niveles de cohesión social y seguridad económica, la incidencia de trastornos mentales tiende a ser menor debido a la disponibilidad de redes de apoyo y servicios adecuados (3).

Además, los entornos comunitarios y las condiciones de vida, como la calidad de la vivienda y la estabilidad laboral, afectan significativamente el bienestar psicológico. Estudios longitudinales demuestran que la inestabilidad en la vivienda y el empleo agravan los problemas de salud mental, particularmente en poblaciones vulnerables (4).

A pesar de las investigaciones existentes, persisten importantes lagunas en la comprensión de cómo los determinantes sociales afectan la salud mental en diferentes contextos. Por ejemplo:

Variabilidad Contextual: Aunque los efectos de la pobreza y la desigualdad están bien documentados, la comparación sistemática de su impacto en diferentes regiones, culturas y niveles socioeconómicos sigue siendo limitada (2).

Intervenciones y Políticas: Existe evidencia dispersa y fragmentada sobre las intervenciones más efectivas para mitigar los efectos negativos de los determinantes sociales. Si bien estrategias como los programas de transferencias económicas y la mejora de las condiciones de vivienda han mostrado beneficios, no hay una síntesis robusta que informe adecuadamente las políticas públicas (5).

Intersección de Factores Sociales: La interacción entre diferentes determinantes sociales, como el género, la raza y el estatus económico, y su influencia conjunta en la salud mental, sigue siendo un área subexplorada. Por ejemplo, el impacto del estrés relacionado con la discriminación varía significativamente entre grupos raciales y étnicos (6).

Impacto de Crisis Globales: Eventos recientes, como la pandemia de COVID-19, han exacerbado las desigualdades en salud mental, revelando la necesidad de investigaciones más profundas sobre el impacto de las crisis globales en poblaciones marginadas (7).

Dada la complejidad y la multidimensionalidad de los determinantes sociales, surge la pregunta de cómo influyen estos factores en la salud mental en poblaciones afectadas por la

pobreza y la desigualdad en comparación con aquellas con mejores condiciones socioeconómicas. Además, ¿cuáles son las intervenciones más efectivas para mitigar los efectos de estos determinantes en contextos vulnerables? Planteamos la hipótesis de que las poblaciones en desventaja socioeconómica presentan mayores tasas de trastornos mentales debido a la interacción adversa de múltiples determinantes sociales. También proponemos que las intervenciones que combinan enfoques multisectoriales como programas integrados de salud mental, mejora del acceso a la educación y políticas de vivienda son más efectivas para reducir estos efectos.

Para abordar estas preguntas, llevaremos a cabo una revisión sistemática de la literatura existente. Este enfoque permitirá identificar y sintetizar evidencia relevante sobre las diferencias en el impacto de los determinantes sociales en la salud mental según el nivel socioeconómico, así como evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas en diferentes contextos. Este análisis no solo contribuirá a llenar vacíos críticos en el conocimiento, sino que también proporcionará una base sólida para diseñar estrategias de intervención más efectivas y equitativas que promuevan la salud mental en poblaciones vulnerables.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Esta revisión sistemática se realizó con el objetivo de sintetizar la evidencia existente sobre el impacto de los determinantes sociales en la salud mental, comparando poblaciones con diferentes condiciones socioeconómicas y evaluando intervenciones para mitigar estos efectos.

Criterios de selección

Tipos de Estudios: Se incluyeron estudios observacionales (cohortes, estudios transversales y casos y controles) y ensayos clínicos que evaluaran intervenciones. También se consideraron revisiones sistemáticas previas y estudios cualitativos relevantes.

Tipos de Participantes:

- Poblaciones afectadas por pobreza, desigualdad y acceso limitado a servicios de salud, incluyendo individuos de todas las edades y regiones geográficas.
- **Grupos comparadores:** poblaciones con mejores condiciones socioeconómicas o acceso adecuado a servicios de salud.

Tipos de Intervenciones/Exposiciones:

- **Exposición principal:** determinantes sociales como pobreza, desigualdad, educación, desempleo, y acceso a servicios de salud.
- **Intervenciones evaluadas:** programas de reducción de pobreza, acceso a recursos comunitarios, y apoyo psicosocial.

Tipos de Desenlaces:

Desenlaces Primarios:

- Trastornos de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, y trastornos relacionados con el estrés.

Desenlaces Secundarios:

- Variables intermedias, como acceso a recursos comunitarios, redes sociales, y mejora de la calidad de vida.

Métodos de Búsqueda para la Identificación de Estudios

Búsquedas Electrónicas:

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos:

- PubMed/MEDLINE
- Embase
- PsycINFO
- CINAHL
- Cochrane Library

Los términos de búsqueda incluyeron combinaciones de:

- "social determinants of health," "poverty," "inequality," "mental health," "depression," "intervention."

Recolección de Datos y Análisis

Selección de Estudios: Dos revisores seleccionaron de forma independiente los estudios mediante títulos y resúmenes. Los estudios seleccionados fueron evaluados en texto completo para cumplir con los criterios de inclusión. Las discrepancias se resolvieron mediante consenso o con un tercer revisor.

Extracción de Datos y Gestión: Se diseñó una plantilla estructurada para extraer información sobre el diseño del estudio, participantes, exposición/intervención, desenlaces y resultados clave.

Evaluación de los Estudios con Herramientas de Evaluación Crítica para Diseño Epidemiológico

Se aplicaron herramientas validadas como:

- ROBIS para revisiones sistemáticas.
- New-Castle Ottawa Scale para estudios observacionales.
- Cochrane Risk of Bias Tool para ensayos clínicos.

RESULTADOS

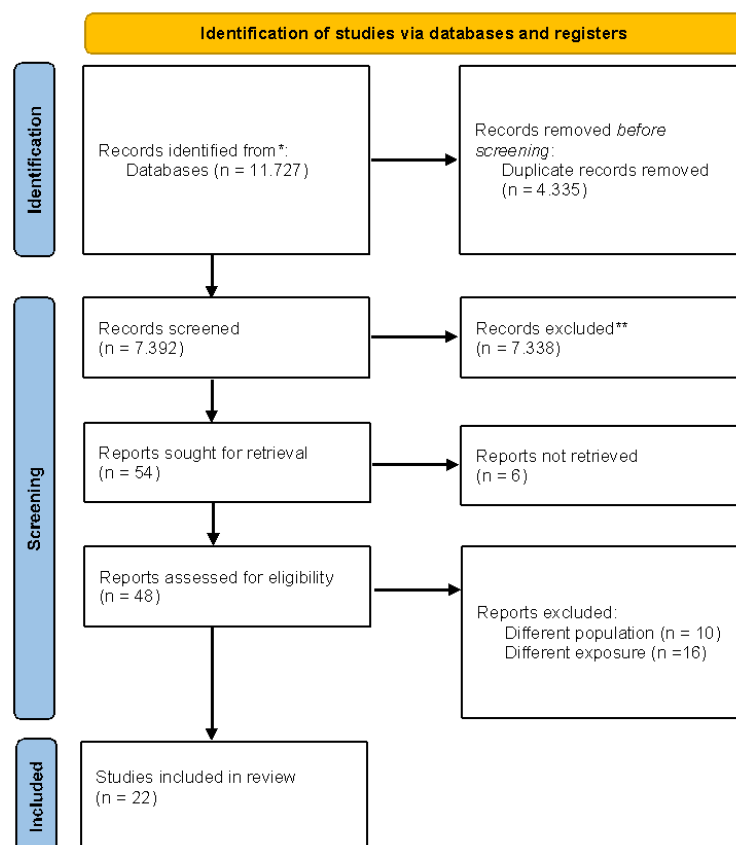
Identificamos un total de 11,727 registros mediante búsquedas en bases de datos. Después de eliminar 4,335 duplicados, se evaluaron 7,392 registros mediante el cribado de títulos y resúmenes. De estos, 7,338 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de elegibilidad. Se

obtuvieron los textos completos de 54 informes, de los cuales 6 no pudieron ser recuperados. En total, se evaluaron 48 informes para determinar su elegibilidad, excluyéndose 26 debido a las siguientes razones: población diferente (n=10) y exposición diferente (n=16). Finalmente, se incluyeron 22 estudios que cumplían con los criterios de inclusión.

El proceso de selección de los estudios se detalla en el diagrama de flujo PRISMA (ver **Figura 1**).

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



Se incluyeron 22 estudios en la revisión sistemática, distribuidos en diferentes contextos geográficos y metodológicos. Los estudios provinieron de países como el Reino Unido, China, Sudáfrica, Suecia, Italia, Estados Unidos, Uganda, Canadá, Alemania, Finlandia y Portugal. De estos, 16 correspondieron a diseños de cohortes, 5 fueron estudios de corte transversal y 6 revisiones narrativas o sistemáticas.

Participantes y características de las muestras

Los estudios incluyeron una diversidad de poblaciones, desde niños y adolescentes hasta adultos en contextos de pobreza, desigualdad y migración. El tamaño de las muestras varió considerablemente, desde estudios cualitativos con 22 participantes hasta análisis poblacionales con más de 144,000 individuos. En cuanto al rango etario, los participantes incluyeron desde infantes (seguimientos desde el nacimiento) hasta adultos mayores (poblaciones de 84 años).

Los principales grupos de interés fueron:

- Niños y adolescentes en situación de pobreza o desigualdad (n=11 estudios).
- Poblaciones adultas en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica (n=7 estudios).
- Grupos específicos como migrantes, refugiados y huérfanos del SIDA (n=4 estudios).

Diseños metodológicos y horizontes temporales

Los estudios de cohortes abarcaron horizontes temporales amplios, con seguimientos de hasta 21 años, como el estudio realizado en China por Xinyi Zhao et al. (2020) (8). Algunos estudios longitudinales incluyeron análisis basales en cohortes en curso, como el trabajo de Megan Y. Maxwell et al. (2023) en Estados Unidos, mientras que otros se enfocaron en períodos más cortos, como los tres años analizados por Chan et al. (2021) en Hong Kong. Por otro lado, las revisiones narrativas y sistemáticas cubrieron análisis retrospectivos de hasta 10 años.

Temáticas abordadas

Las temáticas centrales incluyeron:

- Impacto de la pobreza en la salud mental y sus mecanismos mediadores, como el estudio de Leyla Karimli et al. (2023) en Uganda (9).
- Relación entre desigualdad socioeconómica y problemas emocionales en adolescentes, explorado por Viviane S. Straatmann et al. (2019) en el Reino Unido (10).
- Influencia del contexto post-migratorio en la salud mental de refugiados, descrito por Michaela Hynie (2017) en Canadá (11).
- Efectividad de intervenciones de alivio de la pobreza en la salud mental, evaluado por Mirela Zaneva et al. (2022) en múltiples países (12).

Para una descripción detallada de cada estudio, incluidas sus características metodológicas y objetivos específicos, consulte la **Tabla 1**.

Evaluación de riesgo de sesgo:

Estudios de cohortes:

Hemos evaluado el riesgo de sesgo en los estudios de cohortes incluidos, utilizando criterios predefinidos. Los resultados se resumen en la **Tabla 2**, donde se examinan aspectos relacionados con la selección de cohortes, la comparabilidad de grupos y la evaluación de desenlaces.

Selección de cohortes

En términos generales, los estudios fueron representativos de sus poblaciones objetivo. Por ejemplo:

- La cohorte de Morag Treanor fue considerada verdaderamente representativa de niños nacidos en Escocia (muestra representativa nacional del estudio GUS) (13).
- El estudio de Xinyi Zhao, realizado en un condado rural de China, utilizó métodos estandarizados para evaluar a personas con enfermedades mentales graves (SMI), siendo considerado algo representativo (8).

- Estudios como los de Viviane S. Straatmann (10) y Jemimah Ride (14), basados en el Millennium Cohort Study en el Reino Unido, se calificaron como verdaderamente representativos de la población infantil nacional.

Sin embargo, algunos estudios no describieron explícitamente un grupo no expuesto, centrándose en el análisis de gradientes dentro de la cohorte expuesta.

Determinación de la exposición y desenlaces

La exposición a factores socioeconómicos y ambientales se evaluó mediante herramientas validadas en la mayoría de los estudios. Por ejemplo:

- En el estudio de Megan Y. Maxwell (15), se utilizó el índice de privación del área (ADI) basado en datos censales, mientras que Viviane S. Straatmann evaluó el nivel educativo materno al nacer como un indicador robusto (10).
- Todos los estudios midieron desenlaces como síntomas emocionales, calidad de vida o problemas de conducta mediante herramientas validadas como el SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) y el CBCL (Child Behavior Checklist).

En algunos casos, no se confirmó que los desenlaces estuvieran ausentes al inicio del estudio, como en el trabajo de Maxwell, donde los síntomas externalizantes se evaluaron en un único punto temporal (9-10 años) (15).

Comparabilidad

La mayoría de los estudios controlaron por factores clave asociados a los desenlaces, como nivel socioeconómico, edad y género. Por ejemplo:

- El estudio de Treanor ajustó por pobreza como factor principal (13).
- Straatmann y Ride incluyeron variables como educación materna, etnicidad y tamaño del hogar (10).

Seguimiento

La duración del seguimiento fue adecuada en la mayoría de los estudios, alcanzando hasta 21 años en el estudio de Zhao (8). Sin embargo, se identificaron limitaciones en algunos estudios con períodos más cortos o datos basales únicos.

Para más detalles sobre el riesgo de sesgo y las características metodológicas de los estudios, consulte la **Tabla 2**.

Corte transversal

Hemos evaluado la calidad metodológica de los estudios de corte transversal incluidos utilizando una lista de verificación predefinida. Los resultados se presentan en la **Tabla 3**, donde se destacan criterios relacionados con la selección de la muestra, la comparabilidad y la evaluación de resultados.

Selección de la muestra

- Dos estudios, **Miguel San Sebastián** (16) y **Flavia Sesti** (17), fueron considerados representativos de sus respectivas poblaciones de estudio. Ambos estudios utilizaron

muestreo probabilístico, con tamaños de muestra adecuados (21,004 y 144,055 participantes, respectivamente).

- El estudio de **Andrew Gibbs** (18), aunque utilizó un diseño robusto, presentó limitaciones en la representatividad debido al enfoque en jóvenes de asentamientos informales urbanos en Durban, Sudáfrica, lo que introduce un posible sesgo de selección.

Ninguno de los estudios detalló información sobre los sujetos no incluidos en los análisis, lo que podría limitar la generalización de los resultados.

Comparabilidad

Todos los estudios ajustaron por factores de confusión básicos (como edad y género) y realizaron ajustes adicionales por otros factores relevantes asociados a los desenlaces estudiados. Por ejemplo:

- **San Sebastián** ajustó por ingreso individual y desigualdad contextual (16).
- **Gibbs** incluyó variables como uso de sustancias, dinámicas de poder de género y violencia de pareja (18).
- **Sesti** comparó determinantes sociales entre italianos y migrantes, considerando nivel educativo y características socioeconómicas (17).

Resultados y pruebas estadísticas

La evaluación de resultados fue adecuada en los tres estudios, con el uso de herramientas validadas y metodologías estadísticas robustas. Todos los estudios reportaron la aplicación de pruebas estadísticas apropiadas para evaluar asociaciones y diferencias entre los grupos. Por ejemplo:

- **San Sebastián** utilizó modelos de regresión logística para analizar la asociación entre desigualdad de ingresos y angustia psicológica (16).
- **Gibbs** empleó modelos de mediación para explorar vías entre pobreza, salud mental y violencia de pareja (18).
- **Sesti** aplicó análisis multivariantes para comparar síntomas depresivos entre grupos de diferentes niveles educativos (17).

En general, los tres estudios fueron considerados de alta calidad metodológica en relación con los criterios evaluados. Consulte la **Tabla 3** para un desglose detallado de las puntuaciones por ítem.

Ensayos clínicos: Se evaluaron dos ensayos clínicos realizados por **Leyla Karimli et al.** (9), ambos destinados a examinar el impacto de intervenciones de reducción de la pobreza en la salud mental de niños huérfanos por el SIDA en Uganda. La evaluación del riesgo de sesgo se llevó a cabo utilizando un enfoque sistemático, y los resultados se resumen en la **Tabla 4**.

Dominio 1: Proceso de randomización

- Ambos ensayos utilizaron una secuencia de asignación aleatoria y adecuada, que se mantuvo oculta hasta la inscripción de los participantes (1.1 y 1.2, respuesta: *Y* y *PY*, respectivamente).
- No se identificaron diferencias basales entre los grupos que sugirieran problemas con la aleatorización (1.3, respuesta: *N*).
- El juicio de riesgo de sesgo en este dominio fue clasificado como bajo, sin evidencia de direcciones predichas de sesgo.

Dominio 2: Desviaciones de las intervenciones previstas

- Los participantes, cuidadores y personas que implementaron las intervenciones no eran conscientes de las asignaciones del grupo (2.1 y 2.2, respuesta: *N*).
- No se identificaron desviaciones atribuibles al contexto del ensayo (2.3, respuesta: *NA*).
- Ambos estudios fueron juzgados con un bajo riesgo de sesgo en este dominio.

Dominio 3: Datos faltantes de desenlaces

- Ambos ensayos reportaron datos disponibles para casi todos los participantes, sin pérdidas significativas que pudieran introducir sesgos en los resultados (3.1, respuesta: *Y*).
- El riesgo de sesgo en este dominio también fue clasificado como bajo.

Dominio 4: Medición de desenlaces

- Las medidas de los desenlaces fueron consideradas apropiadas y realizadas mediante herramientas validadas y consistentes con los objetivos del estudio (4.1, respuesta: *N*).
- Este dominio fue clasificado como de bajo riesgo de sesgo.

Dominio 5: Selección de resultados reportados

- Ambos ensayos analizaron los datos según un plan de análisis preespecificado, reduciendo el riesgo de sesgo en la selección de los resultados (5.1, respuesta: *Y*).
- El juicio de riesgo de sesgo en este dominio fue bajo.

Ambos ensayos clínicos presentaron un bajo riesgo de sesgo en todas las áreas evaluadas. No se identificaron direcciones predecibles de sesgo en los dominios analizados. Estos resultados refuerzan la validez interna de los ensayos y su contribución a los hallazgos sobre la relación entre intervenciones de reducción de la pobreza y salud mental infantil. Para más detalles, consulte la **Tabla 4**.

Revisiones sistemáticas

Se evaluaron dos revisiones sistemáticas: una conducida por **Mirela Zaneva et al.** (12) y otra por **Margarita Alegría et al.**, utilizando un enfoque estructurado para determinar el riesgo de sesgo y la calidad metodológica. Los resultados de esta evaluación se resumen en la **Tabla 5**, organizados en cuatro dominios principales: criterios de elegibilidad, identificación y selección de estudios, recolección y evaluación de datos, y síntesis de resultados (19).

Dominio 1: Criterios de elegibilidad

- La revisión de **Mirela Zaneva** presentó criterios de elegibilidad predefinidos y en su mayoría apropiados para responder a la pregunta de investigación. Sin embargo, se detectaron preocupaciones moderadas debido a ambigüedades en la especificación de los criterios y restricciones en las fuentes de información (12).
- En contraste, la revisión de **Margarita Alegría** no definió claramente los objetivos y criterios de elegibilidad, y las restricciones fueron inadecuadas. Esto llevó a preocupaciones altas respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad (19).

Dominio 2: Identificación y selección de estudios

- La revisión de **Zaneva** incluyó una búsqueda exhaustiva en bases de datos relevantes, métodos adicionales para identificar estudios no publicados, y restricciones apropiadas en términos de idioma y formato. Se tomaron medidas para minimizar errores durante la selección, resultando en preocupaciones bajas en este dominio (12).
- Por otro lado, la revisión de **Alegría** mostró deficiencias significativas, incluyendo falta de métodos complementarios a la búsqueda en bases de datos y restricciones inadecuadas, lo que llevó a preocupaciones altas (19).

Dominio 3: Recolección y evaluación de los estudios

- En la revisión de **Zaneva**, se hicieron esfuerzos para minimizar errores en la recolección de datos y evaluación de sesgos, y los estudios primarios fueron descritos adecuadamente, lo que resultó en preocupaciones bajas en este dominio (12).
- La revisión de **Alegría**, en cambio, mostró importantes limitaciones, con insuficientes esfuerzos para minimizar errores, falta de evaluación formal del riesgo de sesgo y omisión de resultados relevantes, lo que generó preocupaciones altas (19).

Dominio 4: Síntesis y resultados

- La síntesis de **Zaneva** incluyó todos los estudios relevantes, abordó adecuadamente la heterogeneidad entre ellos y reportó resultados sólidos, resultando en preocupaciones bajas (12).
- En contraste, la revisión de **Alegría** presentó serias deficiencias, incluyendo exclusión de estudios relevantes, falta de claridad en los análisis predefinidos y omisión de la heterogeneidad, lo que llevó a preocupaciones altas en este dominio (19).

La revisión de **Mirela Zaneva** fue evaluada con preocupaciones bajas en todos los dominios, reflejando una metodología sólida y consistente (12). En contraste, la revisión de **Margarita Alegría** presentó preocupaciones altas en múltiples áreas clave, limitando su validez y aplicabilidad. Para detalles adicionales sobre los dominios evaluados, consulte la **Tabla 5** (19).

Resultados de los estudios incluidos (ver tabla 6):

Comparación 1: Efectos de la pobreza y determinantes sociales en la salud mental

Cohortes

Morag Treanor y Patricio Troncoso (2023): Se observó que la pobreza persistente en niños se asocia con peores desenlaces en salud mental parental y síntomas emocionales y conductuales en los hijos (13). En comparación con niños que nunca vivieron en pobreza:

- Los niños en pobreza persistente tuvieron puntajes más altos en problemas de conducta (media 2.46 vs 1.04) y síntomas emocionales.
- La salud mental parental mostró un deterioro mayor con valores estandarizados de hasta -0.30 para familias en pobreza persistente.

Xinyi Zhao et al. (2020): La pobreza relativa empeoró la situación clínica y económica de personas con enfermedades mentales graves (SMI) en China entre 1994 y 2015 (8):

- La tasa de pobreza aumentó de 48.2% a 65.2% ($p < 0.001$).
- La incapacidad laboral fue un factor de riesgo significativo de mal estado clínico (OR 5.16 en 1994 y 3.44 en 2015, $p < 0.001$).

Revisiones narrativas

Kristian Wahlbeck et al. (2017): Intervenciones como visitas domiciliarias, programas de empleo y apoyo parental redujeron los efectos de la pobreza en la salud mental. Las visitas domiciliarias lograron (20):

- 67% de reducción en problemas de salud mental infantil.
- 50% de reducción en arrestos a los 15 años.

Margarita Alegría et al. (2018) (19): Los determinantes sociales como la inseguridad alimentaria, discriminación y condiciones de vivienda afectan significativamente la salud mental:

- La discriminación acumulativa predijo un aumento en angustia psicológica.
- Condiciones laborales precarias se asociaron con mayores tasas de depresión y estrés.

Comparación 2: Intervenciones económicas y de apoyo social

Ensayos clínicos

Leyla Karimli et al. (2023): Las intervenciones económicas ("Bridges" y "Bridges PLUS") mejoraron la salud mental infantil (9):

- Reducción significativa en síntomas de depresión ($B = -0.444$, $p < 0.001$) y desesperanza ($B = -0.478$, $p < 0.001$).
- Incremento en el autoconcepto ($B = 0.795$, $p < 0.001$).

Mirela Zaneva et al. (2022): Las transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas redujeron los síntomas internalizantes en adolescentes (12):

- OR 0.72 (IC 95%: 0.59–0.88, $p < 0.01$) para síntomas internalizantes.

Comparación 3: Impacto del racismo y desigualdad social

Obianuju O. Berry et al. (2021): El racismo estructural afecta la salud mental infantil desde la primera infancia (21):

- Problemas emocionales en infantes de madres expuestas a discriminación materna durante el embarazo (OR significativa).
- Los niños expuestos a racismo persistente mostraron mayores tasas de depresión y ansiedad (61% de los desenlaces negativos).

A. Hoell y H.J. Salize (2019) (22): La desigualdad social impacta linealmente la salud mental:

- Niños en niveles socioeconómicos bajos tienen un riesgo 3.6 veces mayor de problemas psicológicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta revisión sistemática identifica y sintetiza evidencia sobre cómo los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la desigualdad, y el acceso limitado a servicios de salud, afectan la salud mental en diferentes contextos socioeconómicos y culturales. Los resultados destacan que las poblaciones en condiciones socioeconómicas desfavorables presentan una prevalencia significativamente mayor de trastornos mentales, como depresión y ansiedad, y que las intervenciones multisectoriales, como programas de transferencias monetarias y mejoras habitacionales, pueden mitigar estos efectos adversos. Además, se resalta la influencia de factores interseccionales, como género y discriminación, en la exacerbación de los problemas de salud mental.

En línea con investigaciones recientes, nuestros hallazgos refuerzan que la pobreza persistente y la desigualdad son determinantes sólidos de los problemas de salud mental. Por ejemplo, estudios longitudinales como el de Pryor et al. (2019) muestran que los niños expuestos a pobreza crónica o intermitente tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y de conducta, especialmente en la adolescencia (23). Además, Sylvestre et al. (2018) destacan que las personas con enfermedades mentales graves enfrentan tasas alarmantes de pobreza, lo que limita significativamente su acceso a tratamientos adecuados y profundiza su deterioro clínico (24).

Por otro lado, las intervenciones diseñadas para mitigar estos efectos han mostrado resultados mixtos. Ridley et al. (2020) evidencian que las transferencias monetarias no condicionadas pueden reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad en poblaciones vulnerables, indicando el potencial de estas estrategias para romper el ciclo entre pobreza y problemas de salud mental (2). Sin embargo, Knifton e Inglis (2020) subrayan que la inseguridad alimentaria, incluso con intervenciones, sigue siendo un factor crítico que perpetúa los problemas de salud mental y los contextos de violencia (25).

Estas diferencias subrayan la importancia de adaptar las intervenciones a contextos específicos, considerando la heterogeneidad de los determinantes sociales y culturales, así como

la necesidad de un enfoque integral que aborde las múltiples dimensiones de la pobreza y su impacto en la salud mental.

Entre las limitaciones principales de esta revisión se incluye la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, lo que dificulta realizar comparaciones directas. Además, la mayoría de los estudios se centraron en países de ingresos bajos y medianos, limitando la generalización de los hallazgos a contextos de altos ingresos. Por otro lado, una fortaleza importante de esta revisión es el uso de herramientas robustas para la evaluación del riesgo de sesgo, como ROBIS y la escala de Newcastle-Ottawa, que garantizan la validez de los hallazgos sintetizados.

Estos hallazgos tienen importantes implicaciones para las políticas de salud pública y la investigación futura. Los programas integrados que combinan transferencias económicas, apoyo psicosocial y mejora en las condiciones de vivienda deben priorizarse para reducir las brechas en salud mental. A nivel investigativo, se necesita explorar más profundamente cómo las interacciones entre género, raza y desigualdad afectan la salud mental en diferentes contextos, particularmente en poblaciones migrantes y grupos históricamente marginados.

Los determinantes sociales son factores clave en la configuración de la salud mental a nivel global. Este estudio refuerza la necesidad de implementar políticas multisectoriales y contextualmente adaptadas que aborden las causas estructurales de los problemas de salud mental, especialmente en poblaciones vulnerables. La integración de enfoques preventivos y de intervención es crucial para lograr una equidad en la salud mental.

Tabla 1
Características de los estudios incluidos

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
Morag Treanor, (13)	2023	Reino Unido (Escocia)	Cohortes	Explorar la relación bidireccional entre la salud mental de los padres y los problemas de conducta y síntomas emocionales de los hijos a lo largo del tiempo, evaluando el impacto de la pobreza como covariable.	5,217 niños	Niños de una cohorte de nacimiento en Escocia, seguidos desde el nacimiento hasta la adolescencia.	De la infancia a la adolescencia (seguimiento desde 10 meses hasta 13 años).
Xinyi Zhao, (8)	2020	China	Cohortes	Explorar el cambio en el estado de pobreza de personas con SMI de 1994 a 2015 y examinar el impacto de la	711 en 1994, 1042 en 2015	Personas mayores de 15 años con SMI, principalmente esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión mayor en seis municipios	21 años (1994 a 2015)

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
				pobreza en su resultado clínico		rurales de Xinjin, Chengdu, China	
Viviane S. Straatman, n, (10)	2019	Reino Unido	Cohortes	Evaluar en qué medida los factores de riesgo en la primera infancia explican las desigualdades sociales en la salud mental de adolescentes en el Reino Unido	6,509 (análisis de casos completos)	Niños del Reino Unido nacidos entre 2000-2002, con datos sobre salud mental a los 14 años y nivel de educación materna al nacer	Seguimiento de los 9 meses a los 14 años
Megan Y. Maxwell, (15)	2023	Estados Unidos	Cohortes	Examinar cómo la pobreza en el vecindario contribuye a los síntomas externalizantes en niños y si factores como el volumen cerebral, niveles de toxinas y percepción de amenazas median esta relación; evaluar el rol del apoyo socioemocional como moderador.	8,623 niños	Niños de 9-10 años, 53% blancos, 14% afroamericanos, 20% hispanos, 2% asiáticos, 11% de otras etnias.	Punto de referencia en el tiempo (análisis de datos basales en un estudio longitudinal en curso)
Chan, K.L., (26)	2021	Hong Kong	Cohortes	Identificar factores modificables que contribuyan a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) entre jóvenes en situación de pobreza.	546 jóvenes	Jóvenes de 17 a 27 años en 2019 (media: 20.6 años); 63% estudiantes, 37% trabajadores; 46% hombres; ingresos familiares promedio de 2352 USD mensuales.	2016 a 2019 (3 años)
Jemimah Ride, (14)	2019	Reino Unido	Cohortes	Cuantificar la contribución potencial de la depresión posnatal a las desigualdades socioeconómicas en problemas de salud y desarrollo infantil	4,359 en análisis completo; 5,441 con imputación múltiple de datos faltantes	Madres y niños de la cohorte del Estudio de la Cohorte del Milenio (MCS), representativo de familias en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte	Seguimiento desde los 9 meses de edad hasta los 14 años

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
Miguel San Sebastián, (16)	2018	Suecia	Corte transversal	Evaluar las hipótesis de ingreso absoluto, contextual y relativo en relación con el distress psicológico en el norte de Suecia	21.004	Población de 25 a 84 años, residentes en las cuatro provincias más al norte de Suecia; muestreo probabilístico representativo a nivel de condado y municipal	Único momento de evaluación (2014)
Andrew Gibbs, (18)	2018	Sudáfrica	Corte transversal	Explorar asociaciones entre pobreza y violencia de pareja íntima (IPV) en jóvenes de asentamientos informales urbanos y entender las posibles vías mediadoras, incluyendo uso de sustancias, salud mental y actitudes de género	680 mujeres y 677 hombres	Jóvenes de 18 a 30 años, residentes en asentamientos informales en Durban, Sudáfrica; sin empleo formal	Recolección de datos entre septiembre 2015 y septiembre 2016
Flavia Sesti, (17)	2012	Italia	Corte transversal	Evaluar la relación entre el nivel educativo y otros determinantes sociales de la salud (DSS) con los síntomas depresivos entre la población residente, comparando a italianos y migrantes	144,055 (136,514 con ciudadanía italiana y 7,491 extranjeros)	Adultos trabajadores residentes en Italia, de entre 25-69 años, divididos en italianos y migrantes de países de alta emigración (Central y Este de Europa, África, Asia, América Latina)	Análisis de datos del 2014-2018
M. Carvalho, (27)	2014	Portugal	Corte transversal	Identificar la prevalencia de problemas emocionales en adolescentes y sus determinantes psicosociales, con análisis de diferencias según género y grado escolar.	17,911 adolescentes en tres muestras: 6,903 (1998), 6,131 (2002) y 4,877 (2006).	Adolescentes de 10 a 17 años, con media de edad de 14 años, en 6º (35.3%), 8º (36.3%) y 10º grado (28.3%) escolar; representativos de la población escolar portuguesa.	Datos recogidos en tres momentos: 1998, 2002, 2006
Leyla Karimli,(9)	2013	Estados Unidos (Instituciones de los autores),	Ensayo clínico	Examinar cómo las relaciones familiares median los	1410 niños huérfanos	Niños de 10 a 16 años, huérfanos por el SIDA, estudiantes en 48 escuelas de cuatro	48 meses de seguimiento, con datos en

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
		estudio realizado en Uganda		efectos de una intervención de reducción de pobreza en la depresión, desesperanza y autoconcepto en niños huérfanos por el SIDA en Uganda		distritos de Uganda	cinco puntos temporales : inicio, 12, 24, 36 y 48 meses
Leyla Karimli, (9)	2019	Estados Unidos (en el contexto de Uganda)	Ensayo clínico	Evaluar si la pobreza infantil, el trabajo infantil y la riqueza del hogar median el efecto de una intervención de fortalecimiento económico en la salud mental de niños huérfanos por el SIDA en Uganda	1,410 niños huérfanos por SIDA	Niños huérfanos de 10 a 16 años en Uganda, afectados por el SIDA, asistiendo a 48 escuelas primarias en Uganda	48 meses, con evaluaciones a los 12, 24, 36 y 48 meses
Alice Mūrage, (28)	2023	Canadá	Estudio cualitativo, entrevistas semiestructuradas	Explorar los determinantes sociales de la salud mental en adolescentes, específicamente el impacto de factores de riesgo de género durante la pandemia de COVID-19.	22 adolescentes	Adolescentes de 15 a 19 años, que se identifican como niñas, residentes en asentamientos informales en Nairobi, Kenia, y Lagos, Nigeria.	Periodo de marzo a mayo de 2021 (durante la pandemia de COVID-19).
Matthew Ridley, (2)	2020	Estados Unidos	Revisión narrativa	Examinar la relación causal entre pobreza y enfermedades mentales y los mecanismos subyacentes	-	Poblaciones de bajos ingresos en países de ingresos bajos y medios	Varía desde 3 meses hasta varios años según el estudio revisado
Kristian Wahlbeck, (20)	2017	Finlandia	Revisión narrativa	Revisar intervenciones psicosociales y de políticas públicas que mitiguen los efectos de la pobreza y la desigualdad en la salud mental	-	Incluye estudios en todas las edades y sin restricciones geográficas, abordando contextos de pobreza y desigualdad	Últimos 10 años (2007-2017)
John Sylvestre, (24)	2017	Canadá	Revisión narrativa	Examinar la pobreza como un problema clave que	-	-	-

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
				enfrentan las personas con enfermedades mentales graves (SMI) y discutir la falta de estrategias adecuadas dentro de los sistemas de salud mental comunitarios para abordar este problema.			
A. Hoell, (22)	2019	Alemania	Revisión narrativa	Examinar cómo la desigualdad social impacta la salud mental y describir los mecanismos, modelos teóricos y estrategias de intervención para abordar las inequidades en la salud mental.	-	Enfoque en poblaciones de diferentes estatus socioeconómicos en Alemania (niños, adolescentes, adultos, personas en situación de pobreza o desempleo).	-
Crick Lund, (29)	2023	Reino Unido y Sudáfrica	Revisión narrativa	Describir los determinantes sociales de la salud mental y explorar enfoques para intervenciones efectivas, especialmente en contextos de bajos y medianos ingresos.	-	-	-
Michaela Hynie, (11)	2017	Canadá	Revisión narrativa	Resumir los hallazgos sobre el impacto de condiciones post-migratorias en la salud mental de refugiados y solicitantes de asilo.	-	Refugiados y solicitantes de asilo	-
Obianuju O. Berry, (21)	2021	Estados Unidos	Revisión narrativa	Revisar la investigación sobre el impacto del racismo en la salud mental y el desarrollo socioemocional de la primera infancia	-	Principalmente niños de comunidades afroamericanas y latinas, en contextos urbanos y socioeconómicos desfavorecidos	Desde el embarazo hasta los primeros cinco años de vida de los niños

Autor	Año	País	Diseño	Objetivo	N	Participantes	Horizonte temporal
Mirela Zaneva, (12)	2022	Reino Unido	Revisión sistemática	Evaluar la efectividad de las intervenciones de alivio de la pobreza, específicamente las transferencias monetarias (condicionadas y no condicionadas), en la mejora de los resultados de salud mental de niños y adolescentes en países de ingresos bajos, medios y altos.	16,750 niños y adolescentes en los estudios resumidos; 13,538 en el meta-análisis	Niños y adolescentes de entre 0 y 19 años; contextos diversos de ingresos bajos, medios y altos, mayormente de bajos y medianos ingresos y entornos de riesgo elevado.	Varía por estudio individual; incluye seguimientos de entre 3 meses y 4 años según el diseño de cada intervención.
Margarita Alegría, (19)	2018	Estados Unidos	Revisión sistemática	Sintetizar la literatura reciente sobre los determinantes sociales y los desenlaces de salud mental, proporcionando recomendaciones para avanzar en el campo.	-	-	Análisis retrospectivo de estudios publicados en los últimos 3 años

Tabla 2

Evaluación de riesgo de sesgo de estudios de cohortes

Categoría	Criterio	Morag Treanor (13),	Xinyi Zhao (8),	Viviane S. Straatmann (10),	Megan Y. Maxwell (15),	Chan, K.L. (26),	Jemimah Ride, (14)
Selección	Representatividad de la cohorte expuesta	a) Verdadera representativa de niños nacidos en Escocia (GUS, muestra representativa nacional) (★)	b) Algo representativa de personas con SMI en un condado rural chino (se usaron métodos estandarizados y diagnósticos por ICD-10 en un área rural representativa) (★)	a) Verdaderamente representativa de niños nacidos en el Reino Unido (datos del Millennium Cohort Study, muestra nacional representativa) (★)	a) Verdaderamente representativa (datos de la cohorte del estudio ABCD, muestra representativa a nivel nacional en EE.UU.) (★)	b) Algo representativa (jóvenes de familias en pobreza en Hong Kong, que recibían asistencia financiera; posible sesgo hacia familias que acceden a programas gubernamentales) (★)	a) Verdaderamente representativa (cohorte nacionalmente representativa del Millennium Cohort Study en el Reino Unido) (★)

Categoría	Criterio	Morag Treanor (13),	Xinyi Zhao (8),	Viviane S. Straatmann (10),	Megan Y. Maxwell (15),	Chan, K.L. (26),	Jemimah Ride, (14)
	Selección de la cohorte no expuesta	a) Selecciona da de la misma comunidad (los mismos datos de GUS para las exposicion es de referencia) (★)	c) No se describe un grupo no expuesto, explícito; el estudio compara grupos dentro de la población con SMI según estatus económico y tratamiento.	c) No se menciona explícitamente un grupo no expuesto, ya que el análisis se centra en asociaciones dentro de la cohorte según nivel socioeconómico.	c) No se describe un grupo explícito no expuesto, ya que todos los participantes estuvieron expuestos a diferentes niveles de pobreza barrial y factores ambientales.	c) No se describe explícitamente un grupo no expuesto; el enfoque está en factores dentro de una cohorte expuesta a pobreza.	c) No se describe explícitamente un grupo no expuesto, ya que el enfoque es en gradientes socioeconómicos dentro de la cohorte.
	Determinación de la exposición	a) Registro seguro (medición de variables por cuestionarios estandarizados como SF-12 y SDQ) (★)	a) Registro seguro (datos obtenidos de encuestas poblacionales estructuradas y validadas) (★)	a) Registro seguro (nivel educativo materno al nacimiento, medida robusta de condiciones socioeconómicas) (★)	a) Registro seguro (índice de privación del área - ADL, calculado a partir de datos censales y cuestionarios de residencia) (★)	a) Registro seguro (datos de programas de asistencia social y encuestas estructuradas validadas) (★)	b) Entrevista estructurada (uso de inventarios estandarizados como la Escala de Malaise para evaluar síntomas depresivos posnatales) (★)
	Demostración de que el desenlace no estaba presente al inicio del estudio	a) Sí (se midió desde el inicio de la cohorte) (★)	a) Sí (se midió desde la identificación inicial del diagnóstico y los síntomas mediante entrevistas clínicas) (★)	a) Sí (se midió la salud mental de los adolescentes a los 14 años, después del periodo de exposición evaluado hasta los 3 años) (★)	b) No, ya que se evaluaron síntomas externalizantes y neurodesarrollo a una edad única (9-10 años) sin información sobre su aparición previa.	b) No claramente, ya que el diseño longitudinal reporta cambios en la calidad de vida pero no confirma la ausencia de problemas previos.	a) Sí, desenlaces como problemas emocionales y de conducta se evaluaron en la adolescencia, después de la exposición posnatal (★)
Comparabilidad	Comparabilidad de las cohortes sobre el diseño o análisis	a) Control por pobreza como factor principal (★)	a) Controla por nivel económico (principal factor asociado a los desenlaces) (★)	a) Controla por variables clave como sexo del niño, edad materna y etnicidad (★)	a) Controla por ingreso familiar como principal factor asociado (★)	a) Controla por edad, género y estado socioeconómico como factores principales (★)	a) Controla por nivel socioeconómico como factor principal (★)
		b) Control por edad materna y sexo del	b) Control adicional por variables	b) Control adicional por factores familiares y	b) Control adicional por edad, sexo y otras	b) Ajusta por variables psicológicas	b) Ajuste adicional por factores como

Categoría	Criterio	Morag Treanor (13),	Xinyi Zhao (8),	Viviane S. Straatmann (10),	Megan Y. Maxwell (15),	Chan, K.L. (26),	Jemimah Ride, (14)
		niño (segundo factor importante) (★)	como género y tratamiento (segundo factor importante) (★)	del vecindario (segundo nivel de ajuste) (★)	variables ambientales en los modelos de regresión (★)	y sociales como esperanza y apoyo social (★)	educación materna, estado civil, tamaño del hogar y etnicidad (★)
Desenlace	Evaluación del desenlace	a) Evaluación independiente (uso de herramientas validadas y medidas longitudinales) (★)	a) Evaluación independiente (uso de criterios diagnósticos estandarizados ICD-10 y entrevistas realizadas por psiquiatras entrenados) (★)	a) Evaluación independiente (uso del Strengths and Difficulties Questionnaire validado) (★)	a) Evaluación independiente (síntomas externalizados evaluados mediante CBCL, validado) (★)	a) Evaluación independiente (uso de instrumentos validados: PedsQL, SDQ, y escalas de apoyo social) (★)	b) Vinculación de registros (datos reportados por maestros, padres y adolescentes a través del SDQ y otros instrumentos) (★)
	Seguimiento suficientemente largo para que ocurran desenlaces	a) Sí (13 años de seguimiento o desde el nacimiento hasta la adolescencia) (★)	a) Sí (seguimiento de 21 años) (★)	a) Sí (seguimiento desde el nacimiento hasta los 14 años, adecuado para estudiar desarrollo de problemas socioemocionales) (★)	b) No, ya que el estudio es transversal y no se evaluaron cambios en síntomas ni mediadores a lo largo del tiempo.	a) Sí, seguimiento de tres años entre 2016 y 2019 para evaluar cambios en la calidad de vida (★)	a) Sí, seguimiento desde el nacimiento hasta los 14 años (★)
	Adecuación del seguimiento de las cohortes	b) Pequeña pérdida de seguimiento; se justificó en el modelo longitudinal (retención del 56% en la ola final, uso de máxima verosimilitud para manejar los datos faltantes) (★)	b) Pérdida aceptable de seguimiento con manejo estadístico adecuado y datos longitudinales comparables (Kappa > 0.74 para fiabilidad entre evaluadores) (★)	b) Pérdida aceptable de seguimiento; se usaron imputaciones múltiples para manejar datos faltantes y se incluyó ponderación para diseño y pérdida de seguimiento (★)	b) La mayoría de los datos estuvieron disponibles para análisis (exclusión del 27% de los participantes por datos faltantes), pero no se describe un impacto significativo o en el sesgo de selección (★)	b) Adecuado; aunque hubo exclusión por datos faltantes, el impacto sobre el sesgo parece limitado (★)	b) La mayoría de los participantes fueron retenidos en el análisis final; se manejaron los datos faltantes con imputación múltiple, y se aplicaron ponderaciones por diseño de la muestra (★)

Tabla 3

Evaluación de riesgo de sesgos de estudios de corte transversal

Ítem de Evaluación	Miguel San Sebastián (16),	Andrew Gibbs (18),	Flavia Sesti (17),
Selección			
1. Representatividad de la muestra	1	0	1
2. Tamaño de la muestra	1	1	1
3. Sujetos no incluidos	0	0	0
Comparabilidad			
1. Ajustes por factores de confusión básicos	1	1	1
2. Ajustes adicionales por otros factores relevantes	1	1	1
Resultados			
1. Evaluación del resultado	1	1	1
2. Pruebas estadísticas	1	1	1

Tabla 4*Evaluación de riesgo de sesgo de los ensayos clínicos*

Pregunta	Leyla Karimli, (9)
1.1 Was the allocation sequence random?	Y
1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were enrolled and assigned?	PY
1.3 Did baseline differences between intervention groups suggest a problem with the randomization?	N
Domain 1: Risk-of-bias judgement	Low
Predicted direction of bias: Randomization process	NA
2.1 Were participants aware of their assigned intervention during the trial?	N
2.2 Were carers and people delivering the interventions aware of participants' assignments?	N
2.3 Were deviations from intended intervention likely due to trial context?	NA
Domain 2: Risk-of-bias judgement	Low
Predicted direction of bias: Deviations from intended interventions	NA
3.1 Were data for this outcome available for nearly all participants?	Y
Domain 3: Risk-of-bias judgement	Low
Predicted direction of bias: Missing outcome data	NA
4.1 Was the method of measuring the outcome inappropriate?	N
Domain 4: Risk-of-bias judgement	Low
Predicted direction of bias: Measurement of the outcome	NA
5.1 Were the data analyzed according to a pre-specified analysis plan?	Y
Domain 5: Risk-of-bias judgement	Low
Predicted direction of bias: Selection of the reported result	NA
Overall risk of bias	Low
Predicted overall direction of bias	NA

Tabla 5*Evaluación de riesgo de sesgo de las revisiones sistemáticas*

Dominio	Pregunta	Mirela (12),	Zaneva	Margarita Alegría (29),
Dominio 1: Criterios de elegibilidad de los estudios				
1.1	¿La revisión obedeció a objetivos y criterios de elegibilidad preestablecidos?	Sí		Probablemente no
1.2	¿Los criterios de elegibilidad fueron apropiados para la pregunta de la revisión?	Probablemente sí		Probablemente sí
1.3	¿Los criterios de elegibilidad fueron planteados sin ambigüedades?	Probablemente no		No
1.4	¿Fueron apropiadas todas las restricciones en los criterios de elegibilidad basadas en las características de los estudios?	Probablemente sí		Probablemente no
1.5	¿Fue apropiada cualquier restricción en los criterios de elegibilidad basada en las fuentes de información?	Probablemente no		No
1.6	Preocupaciones respecto a la especificación de los criterios de elegibilidad de los estudios	Moderadas		Altas
Dominio 2: Identificación y selección de los estudios				
2.1	¿La búsqueda incluyó un rango apropiado de bases de datos/fuentes electrónicas para reportes publicados y no publicados?	Sí		Probablemente sí
2.2	¿Se usaron métodos adicionales a la búsqueda en bases de datos para identificar reportes relevantes?	Sí		Probablemente no

Dominio	Pregunta	Mirela (12),	Zaneva	Margarita Alegría (29),
2.3	¿Los términos y la estructura de la estrategia de búsqueda probablemente recuperaron tantos estudios elegibles como fue posible?	Sí		No
2.4	¿Fueron apropiadas las restricciones basadas en fecha, formato de publicación o idioma?	Probablemente sí		Probablemente no
2.5	¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la selección de los estudios?	Sí		No
2.6	Preocupaciones respecto a los métodos usados para identificar o seleccionar los estudios	Bajas		Altas
Dominio 3: Recolección de datos y evaluación de los estudios				
3.1	¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la recolección de los datos?	Probablemente sí		Probablemente no
3.2	¿Estuvieron disponibles suficientes características de los estudios, para permitir interpretar los resultados?	Sí		Probablemente sí
3.3	¿Se recolectaron todos los resultados relevantes de los estudios para su uso en la síntesis?	Probablemente sí		No
3.4	¿El riesgo de sesgos fue evaluado formalmente usando criterios apropiados?	Sí		No
3.5	¿Se hicieron esfuerzos para minimizar el error en la evaluación del riesgo de sesgos?	Sí		No
3.6	Preocupaciones respecto a los métodos usados para recolectar los datos y evaluar los estudios	Bajas		Altas
Dominio 4: Síntesis y resultados				
4.1	¿La síntesis incluyó todos los estudios que debería?	Sí		Probablemente no
4.2	¿Todos los análisis predefinidos fueron reportados o las desviaciones fueron explicadas?	Sí		No
4.3	¿La síntesis fue apropiada dada la naturaleza y similitud en las preguntas de investigación, diseño y desenlaces?	Sí		Probablemente no
4.4	¿La variación entre los estudios (heterogeneidad) fue mínima o se abordó en la síntesis?	Sí		No
4.5	¿Los resultados fueron sólidos?	Sí		Probablemente no
4.6	¿Los sesgos en los estudios primarios fueron mínimos o se abordaron en la síntesis?	Probablemente sí		No
4.7	Preocupaciones respecto a la síntesis y resultados	Bajas		Altas

Tabla 6

Resultados de los estudios incluidos

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
Morag Treanor, (13)	2023	Cohortes	Exposición a la pobreza	Niños que nunca experimentaron pobreza en comparación con aquellos con diferentes	Salud mental parental, problemas de conducta infantil y síntomas emocionales infantiles.	- Problemas de conducta infantil: La media inicial de problemas de conducta fue 1.98 a los 3-4 años, disminuyendo progresivamente hasta 1.32 a los 12-13 años. La desviación estándar para

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
				niveles de exposición a la pobreza.		esta medida fluctuó, de 1.44 en la edad de 3-4 años a 1.55 a los 12-13 años, indicando una variabilidad considerable pero estable. - Síntomas emocionales infantiles: La media inicial de síntomas emocionales fue de 1.2 a los 3-4 años y aumentó gradualmente a 1.96 a los 12-13 años. La desviación estándar para estos síntomas también aumentó, de 1.42 a los 3-4 años a 2.16 a los 12-13 años, mostrando una intensificación y variación mayor en los problemas emocionales con la edad. - Salud mental parental: La media de la salud mental parental mostró un empeoramiento progresivo, especialmente en familias con pobreza persistente, con valores estandarizados de hasta -0.30 para pobreza persistente en la última medición. - Efectos de pobreza: Los niños en pobreza persistente mostraron puntuaciones de problemas de conducta y síntomas emocionales notablemente más altos en comparación con aquellos que nunca vivieron en pobreza (p.ej., problemas de conducta media de 2.46 vs 1.04 en pobreza persistente vs no-pobreza respectivamente). Los efectos de la pobreza sobre la salud mental parental también fueron mayores para aquellos en pobreza persistente, con un impacto negativo significativo a través del tiempo.
Xinyi Zhao, (8)	2020	Cohortes	Estado económico familiar (pobreza relativa) y capacidad de trabajo	Estado económico familiar no pobre	Ingreso per cápita, estado económico familiar, estado clínico (remisión parcial/completa vs. síntomas/deterioro)	- Ingreso neto anual per cápita: En 1994, el ingreso era un 19.8% mayor en la población general que en personas con SMI; en 2015 esta diferencia aumentó a 100.2%.

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						- Tasa de pobreza: En personas con SMI, la tasa de familias en estado económico pobre (<media) fue del 48.2% en 1994, incrementándose a 65.2% en 2015 ($p < .001$). - Distribución de género y situación familiar: En 1994, 52.8% de los hombres con SMI estaban en condición de pobreza frente al 42.1% no pobres; en 2015, esta cifra fue 48.5% pobres vs 39.1% no pobres ($p < .05$). - Edad y duración de la enfermedad: En 1994, la media de edad era 44.1 años para los pobres frente a 44.9 para los no pobres; en 2015, fue 55.5 años en pobres vs 57.1 en no pobres ($p < .001$). La duración media de la enfermedad aumentó de 12.9 años (pobres, 1994) a 17.6 años (pobres, 2015) ($p < .001$). - Estado clínico: En 1994, 64.6% de los pobres presentaban síntomas/deterioro frente al 37.0% no pobres; en 2015, fue 61.1% en pobres vs 49.0% en no pobres. - Factores de riesgo de pobre estado clínico en regresión logística: La incapacidad laboral en 1994 tuvo un OR de 5.16 y en 2015 de 3.44 ($p < .001$). La falta de tratamiento previo tuvo OR de 6.26 en 1994 y 7.75 en 2015 ($p < .001$); pobreza económica OR de 2.34 en 1994 y de 1.36 en 2015 ($p < .05$).
Viviane S. Straatman, (10)	2019	Cohortes	Nivel educativo de la madre en el momento del nacimiento del niño, usado como medida de las condiciones socioeconómicas de la infancia (SECs)	Comparación entre grupos de SEC según nivel educativo materno: madres sin calificación frente a madres con grado universitario	Problemas de salud mental en adolescentes: puntuación de problemas socioemocionales mediante el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Riesgo total (RR) de problemas mentales en adolescentes con madres sin calificación frente a madres con grado universitario: 4.40 (IC 95%: 3.18 - 6.07). Proporción mediada de desigualdad social en salud mental a los 14 años explicada por factores en la primera infancia: 63.9% (IC 95%:

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						50.2% - 77.6%).Factores individuales y mediación específica: Perinatales: 34.1% (IC 95%: 19.9% - 47.5%), RR natural directo (NDE) = 3.29, RR indirecto natural (NIE) = 1.36.Factores individuales del niño: 16.1% (IC 95%: 7.8% - 24.2%), NDE = 3.90, NIE = 1.14.Familiares: 27.9% (IC 95%: 17.2% - 38.3%), NDE = 3.45, NIE = 1.30.Relaciones con pares: 26.4% (IC 95%: 18.8% - 34.2%), NDE = 3.50, NIE = 1.25.Factores de vecindario: 17.3% (IC 95%: 10.3% - 24.2%), NDE = 3.89, NIE = 1.15
Megan Y. Maxwell, (15)	2023	Cohortes	Pobreza en el vecindario	Ingresos familiares	Síntomas externalizantes e internalizantes, volumen cerebral, integridad de la sustancia blanca, niveles de toxinas, percepción de amenaza en el vecindario, y apoyo socioemocional.	Pobreza en vecindario y síntomas: - Relación positiva entre pobreza y síntomas externalizantes tras ajustar por ingresos familiares ($\beta=0.03$, $p=0.04$). - Relación negativa con síntomas internalizantes después de ajustar por ingresos familiares ($\beta=-0.03$, $p=0.04$). Volumen cerebral y pobreza: - Volumen reducido en la amígdala izquierda con pobreza elevada ($\beta=-0.05$, $p<0.001$). - Volumen intracraneal general menor asociado con pobreza en el vecindario ($\beta=-0.11$, $p<0.001$). Integridad de sustancia blanca: - La integridad del cingulum derecho aumentó con pobreza elevada ($\beta=0.05$, $p<0.001$). Toxinas y pobreza: - Los niveles de toxinas, incluidos el material particulado y el dióxido de nitrógeno, aumentaron significativamente en los vecindarios con mayor pobreza ($\beta=0.52$, $p<0.001$).

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						Percepción de amenaza: - Percepción de inseguridad en padres ($\beta=-0.51$, $p<0.001$) y niños ($\beta=-0.28$, $p<0.001$) aumentó con la pobreza en el vecindario. Apoyo socioemocional: - Interacción significativa: niveles altos de monitoreo parental redujeron síntomas externalizantes en niños de menores niveles de pobreza (β interactivo=-0.19).
Chan, K.L., (26)	2021	Cohortes	Pobreza y factores socioeconómicos, sociales y psicológicos.	Ninguno específico; comparación interna entre participantes con mejora en HRQoL vs. sin mejora en HRQoL.	Mejora en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) en las áreas de funcionamiento físico, emocional, social y escolar.	HRQoL General: Empleo asociado con mejora en HRQoL general (OR ajustado = 9.85, CI 95% [4.76–20.40], $p < 0.001$). Reducción de problemas emocionales y conductuales (OR ajustado = 1.95, CI 95% [1.10–3.45], $p < 0.05$). Aumento en esperanza (OR ajustado = 2.89, CI 95% [1.67–5.01], $p < 0.001$). Mayor apoyo social (OR ajustado = 2.28, CI 95% [1.31–3.98], $p < 0.01$). Funcionamiento físico: Práctica de ahorro (OR ajustado = 2.27, CI 95% [1.32–3.93], $p < 0.01$). Aumento en esperanza (OR ajustado = 2.68, CI 95% [1.55–4.66], $p < 0.001$). Aumento en apoyo social (OR ajustado = 1.94, CI 95% [1.11–3.40], $p < 0.05$). Funcionamiento emocional: - Empleo (OR ajustado = 3.67, CI 95% [1.74–7.75], $p < 0.001$). Reducción de problemas emocionales y conductuales (OR ajustado = 2.54, CI 95% [1.32–4.87], $p < 0.01$). Aumento en esperanza (OR ajustado = 2.33, CI 95% [1.36–4.00], $p < 0.01$). Aumento en apoyo social (OR ajustado = 1.94, CI 95% [1.13–3.94], $p < 0.05$).

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						0.05)..Orientación hacia la carrera futura (OR ajustado = 1.95, CI 95% [1.12–3.39], $p < 0.05$). Funcionamiento social: Empleo (OR ajustado = 2.26, CI 95% [1.03–4.99], $p < 0.05$)..Asistencia social (OR ajustado = 2.45, CI 95% [1.17–5.14], $p < 0.05$)..Aumento en esperanza (OR ajustado = 2.17, CI 95% [1.22–3.87], $p < 0.01$)..Aumento en apoyo social (OR ajustado = 3.48, CI 95% [1.97–6.13], $p < 0.001$). Orientación hacia la carrera futura (OR ajustado = 2.06, CI 95% [1.13–3.75], $p < 0.05$). Funcionamiento escolar: Edad (OR ajustado = 1.61, CI 95% [1.42–1.83], $p < 0.001$)..Asistencia social (OR ajustado = 3.99, CI 95% [2.03–7.83], $p < 0.001$). Aumento en esperanza (OR ajustado = 3.66, CI 95% [1.99–6.72], $p < 0.001$). Aumento en apoyo social (OR ajustado = 2.10, CI 95% [1.14–3.89], $p < 0.05$). Orientación hacia la carrera futura (OR ajustado = 2.46, CI 95% [1.37–4.40], $p < 0.01$).
Jemimah Ride, (14)	2019	Cohortes	Depresión posnatal materna	Estratificación socioeconómica según ingresos familiares equivalentes	Necesidades educativas especiales, problemas emocionales, problemas de conducta y baja autopercepción de salud en la adolescencia	- Necesidades educativas especiales: - Contribución de los síntomas depresivos posnatales a las desigualdades: 8.4% del índice de concentración. - Prevalencia más alta en el quintil más bajo de ingresos en comparación con los más altos. - Problemas emocionales: - Contribución de los síntomas depresivos posnatales a las desigualdades: 6.9% del índice de concentración. - Prevalencia constante a lo largo de los quintiles, con un diferencial en el riesgo si las madres presentan síntomas depresivos.

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						- Problemas de conducta: - No se encontró una contribución significativa de los síntomas depresivos posnatales en este desenlace. - Baja autopercepción de salud: - Contribución de los síntomas depresivos posnatales a las desigualdades: 4.5% del índice de concentración. - Los niños de madres con síntomas depresivos tenían mayor probabilidad de autocalificar su salud como "mala" o "regular" a los 14 años.
Miguel San Sebastián, (16)	2018	Corte transversal	Nivel de ingresos (ingreso absoluto, contextual y relativo)	Diferentes quintiles de ingreso individual, desigualdad en el municipio (Gini), privación relativa en el grupo de referencia	Distress psicológico medido por el cuestionario General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)	1. Ingreso Absoluto: Un gradiente significativo en distress psicológico entre quintiles de ingreso individual: - Comparado con el quintil más rico (Q1), el quintil más pobre (Q5) presentó un riesgo relativo de distress psicológico de 2.02 (IC 95%=1.76-2.32). - Quintil 2: PR=1.36 (IC 95%=1.20-1.53), - Quintil 3: PR=1.60 (IC 95%=1.42-1.81), - Quintil 4: PR=1.97 (IC 95%=1.73-2.24), - Quintil 5 (más pobre): PR=2.02 (IC 95%=1.76-2.32). 2. Ingreso Contextual (Gini): No se observó un gradiente claro de distress psicológico según los niveles de Gini; sin embargo, los municipios en los quintiles 2 y 3 del Gini mostraron una mejor salud mental que los municipios más igualitarios (quintil 1): - Quintil 2: PR=0.89 (IC 95%=0.79-0.99), - Quintil 3: PR=0.86 (IC 95%=0.75-0.99). 3. Ingreso Relativo (índice de Yitzhaki): Se observó una asociación positiva entre la privación relativa y el distress psicológico. Los individuos en el quintil con la mayor diferencia de ingresos presentaron el

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						mayor riesgo de distress psicológico: - Quintil 1 (menor diferencia): PR=1.00 (referencia), - Quintil 2: PR=1.16 (IC 95%=0.99-1.35), - Quintil 3: PR=1.24 (IC 95%=1.05-1.48), - Quintil 4: PR=1.30 (IC 95%=1.06-1.58), - Quintil 5 (mayor diferencia): PR=1.37 (IC 95%=1.06-1.76).
Andrew Gibbs, (18)	2018	Corte transversal	Inseguridad alimentaria, pobreza a nivel de hogar, empleo y actitudes de género	No aplicable	Perpetración de IPV en hombres y experiencia de IPV en mujeres en los últimos 12 meses..Salud mental (depresión, síntomas de PTSD) y uso de alcohol/drogas..Actitudes de género y conductas de control en relaciones..Factores de resiliencia, como educación y actitudes equitativas de género.	Mujeres: Las mujeres con inseguridad alimentaria elevada tienen una probabilidad significativamente mayor de experimentar IPV (OR ajustado=1.84, IC95%: 1.08–3.14)..Las que experimentaron mayores niveles de traumas infantiles también reportaron más experiencias de IPV..Uso de sustancias: Las mujeres con síntomas de depresión y uso de alcohol y drogas mostraron mayor incidencia de IPV (OR para el uso de alcohol=1.07, p=0.002; OR para uso de drogas=1.88, p=0.002)..Resiliencia: La educación superior se asoció con actitudes de género equitativas, reduciendo el riesgo de IPV. Hombres: Los hombres que trabajaron en el último año y aquellos que ganaron dinero mostraron mayor tendencia a perpetrar IPV (OR=1.74, p=0.013 y OR=1.46, p=0.041, respectivamente)..El control en la relación y el trauma infantil fueron factores fuertes en la perpetración de IPV (OR=1.07, p=0.009; trauma: OR=1.05, p=0.002)..Actitudes de género: Aquellos con actitudes menos equitativas y mayores comportamientos de

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
Flavia Sesti, (17)	2022	Corte transversal	Determinantes sociales de la salud, especialmente nivel educativo, situación económica y estado de empleo	Diferentes niveles de cada factor de riesgo en poblaciones de migrantes y no migrantes en Italia	Presencia de síntomas depresivos, estratificación por sexo, nivel educativo, dificultad económica, situación de empleo, residencia y duración de estancia en Italia	control mostraron mayores tasas de IPV. - Nivel educativo: en italianos, la educación terciaria reduce el riesgo de síntomas depresivos (PR ajustada 0.74, $p=0.000$); en migrantes, la educación terciaria aumenta el riesgo (PR ajustada 1.61, $p=0.006$), con mayor riesgo en hombres (PR ajustada 2.40, $p=0.006$) y menos significativo en mujeres (PR 1.20, no significativa) - Dificultades económicas: En italianos, las dificultades para llegar a fin de mes aumentan significativamente el riesgo de depresión (PR ajustada 3.78 para "muchas dificultades", $p=0.000$; PR 1.68 para "algunas dificultades", $p=0.000$); en migrantes, este riesgo también es alto (PR 3.00 para "muchas dificultades", $p=0.000$; PR 1.43 para "algunas dificultades", $p=0.039$) - Empleo: En ambos grupos, buscar trabajo incrementa el riesgo de depresión (italianos PR 1.44, $p=0.000$; migrantes PR 1.60, $p=0.002$); estar inactivo también eleva el riesgo en italianos (PR 1.35, $p=0.000$) y, aunque menos, en migrantes (PR 1.32, $p=0.080$) - Residencia geográfica: En italianos, el riesgo de depresión es menor en el centro (PR 0.77, $p=0.000$) y sur (PR 0.71, $p=0.000$) comparado con el norte; en migrantes, el riesgo es más bajo en el sur (PR 0.43, $p=0.000$) especialmente para mujeres (PR 0.36, $p=0.000$) - Duración de estancia en Italia para migrantes: El riesgo de síntomas depresivos aumenta con el tiempo de residencia (PR 2.23 para más de 10 años, $p=0.005$), con una

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						tendencia a mayor riesgo en mujeres que llevan entre 5 y 9 años (PR 2.05, $p=0.052$) y más de 10 años (PR 2.77, $p=0.003$)
M. Carvalho, (27)	2014	Corte transversal	Factores psicosociales: síntomas emocionales, consumo de sustancias, comunicación familiar y con amigos, compromiso escolar, percepción de un entorno seguro.	No aplica (estudio observacional sin intervención específica).	Síntomas emocionales (somáticos, nerviosismo, tristeza), consumo de sustancias (tabaco, alcohol, drogas), percepción de comunicación (familiares y amigos), compromiso escolar, percepción de seguridad en el barrio.	- Síntomas emocionales: Las chicas reportaron un promedio más alto en síntomas emocionales (10.18) que los chicos (8.42) con $p < 0.001$; los síntomas aumentaron con el grado escolar (6°: 8.63, 8°: 9.4, 10°: 10.09) y tendieron a disminuir ligeramente en la muestra de 2006. - Somáticos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago): Chicas (3.61) mostraron más síntomas somáticos que chicos (2.84) con $p < 0.001$; los síntomas somáticos también aumentaron con el grado escolar (6°: 3.08, 8°: 3.22, 10°: 3.47). - Nerviosismo y tristeza: Las chicas reportaron un promedio de 6.58, superior al de los chicos (5.59), con $p < 0.001$, aumentando con el grado escolar (6°: 5.57, 8°: 6.22, 10°: 6.62). - Consumo de sustancias: Los chicos reportaron mayor uso de sustancias (5.68) que las chicas (5.22), con un aumento general en el grado escolar (6°: 4.56, 8°: 5.42, 10°: 6.51). Los consumos de tabaco y alcohol fueron más elevados en 2002, y en el caso de drogas se mantuvo estable. - Comunicación familiar: Mayor dificultad de comunicación con la familia con el aumento de edad; más fácil para chicos (14.54) que para chicas (14.15) con $p < 0.001$. - Compromiso escolar: Ligera disminución en el compromiso escolar con el avance en la edad (6°: 17.3, 8°: 16.64, 10°: 16.11), sin diferencias significativas por género.

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
Leyla Karimli,(9)	2023	Ensayo clínico	Programas "Bridges" y "Bridges PLUS" que incluyen cuentas de desarrollo infantil (CDA), capacitación en educación financiera y mentoría	Grupo control con cuidado habitual (apoyo en consejería, alimentos y materiales escolares)	Depresión (Child Depression Inventory), desesperanza (Beck Hopelessness Scale), autoconcepto (Tennessee Self-Concept Scale), calidad de relaciones familiares	- Depresión: Bridges: reducción de depresión (B = -0.412, IC 95%: -0.726 a -0.098) - Bridges PLUS: reducción de depresión (B = -0.444, IC 95%: -0.755 a -0.133) - Desesperanza: Bridges: reducción de desesperanza (B = -0.406, IC 95%: -0.644 a -0.167) - Bridges PLUS: reducción de desesperanza (B = -0.478, IC 95%: -0.681 a -0.275) - Autoconcepto: Bridges: aumento en autoconcepto (B = 0.795, IC 95%: 0.286 a 1.304) - Bridges PLUS: aumento en autoconcepto (B = 0.788, IC 95%: 0.255 a 1.321)
Leyla Karimli (9),	2019	Ensayo clínico	Intervención de fortalecimiento económico basada en la familia que incluye cuentas de ahorro con fondos equiparados y capacitación financiera	Grupo de control que recibió solo servicios usuales de atención escolar	Salud mental (mediante escalas de desesperanza de Beck, depresión infantil y autoconcepto de Tennessee)	Salud mental a los 24 meses: Mejora significativa en el grupo de intervención en comparación con el control, con un cambio de 0.33 desviaciones estándar (B=-0.59, intervalo de confianza al 95%: -0.93 a -0.25, p < 0.001). - Efecto directo en salud mental: Efecto sin mediadores fue también significativo (B=-0.47, IC al 95%: -0.80 a -0.12, p < 0.01). - Efecto indirecto a través de pobreza infantil: A los 24 meses, la intervención redujo la pobreza infantil, lo que a su vez mejoró la salud mental de los niños (B=-0.14, IC al 95%: -0.29 a -0.01, p < 0.06, β=-0.08). A los 36 meses, se observó un efecto similar con B=-0.12 (IC al 95%: -0.25 a -0.01, p < 0.05, β=-0.06). - Frecuencia de trabajo infantil: No se observó un efecto indirecto significativo en la salud mental a través de la frecuencia del trabajo infantil en ninguna de las mediciones (por ejemplo, 24 meses: B=0.01, IC al

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						95%: 0 a 0.04, $p < 0.3$; 36 meses: $B=0.01$, IC al 95%: 0 a 0.03, $p < 0.5$). - Riqueza del hogar: La riqueza del hogar tampoco actuó como mediador efectivo para la salud mental infantil en el período de seguimiento (por ejemplo, 24 meses: $B=0$, IC al 95%: -0.01 a 0.02, $p > 1$). - Resultados a largo plazo (36 y 48 meses): Aunque la mejora en salud mental continuó en el grupo de intervención, las diferencias no fueron estadísticamente significativas en comparación con el control a los 36 ($B=-0.27$, IC al 95%: -0.60 a 0.04, $p < 0.1$) ni a los 48 meses ($B=-0.33$, IC al 95%: -0.64 a 0.002, $p < 0.05$).
Alice Mürage, (28)	2023	Estudio cualitativo, entrevistas semiestructuradas	Determinantes sociales de la salud (pobreza, desigualdad de género, condiciones ambientales, acceso a servicios de salud, educación interrumpida y violencia doméstica y de género).	Adolescentes en contextos con menores restricciones de recursos y condiciones de vida más estables (no específicamente evaluado en el estudio pero inferido).	1. Ansiedad y depresión: Entre 50% y 100% de las adolescentes en entornos de bajos recursos reportaron síntomas de ansiedad y depresión agravados por la pandemia, asociados a preocupaciones por salud y economía familiar. 2. Aislamiento social: La mayoría reportó sentimientos de soledad al perder contacto con amigos y la escuela. 3. Acceso a educación: La mayoría describió dificultades serias para continuar estudios durante el confinamiento, afectando su autoestima y visión de futuro. 4. Violencia de género: Varias participantes señalaron un aumento de acoso o riesgo de violencia.	Ansiedad y depresión: Aproximadamente el 50% de las adolescentes reportaron síntomas significativos de depresión debido a incertidumbre educativa y presión económica familiar. El 30% mostró ansiedad respecto al riesgo de infección por COVID-19, y un 20% más indicó angustia al observar problemas financieros en sus hogares, lo que llevó a pérdida de interés por sus estudios..Aislamiento social: 70% de las adolescentes en Nigeria y Kenia señalaron aislamiento al perder contacto con amigos, afectando su bienestar emocional.. Acceso a educación: Más del 80% reportó que su educación fue interrumpida significativamente, mencionando que no pudieron acceder a materiales de estudio en casa. Un 50% expresó la posibilidad de abandonar los estudios..Violencia de género: Un 40% de las participantes señalaron que enfrentaron o

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						conocieron casos de violencia durante el confinamiento
Matthew Ridley, (2)	2020	Revisión narrativa	Pobreza, desempleo, bajos ingresos, violencia, y falta de servicios básicos	Poblaciones con mejores condiciones socioeconómicas o que reciben intervenciones, como transferencias monetarias	Salud mental (depresión, ansiedad), seguridad económica, calidad de vida	Transferencias monetarias: Redujeron síntomas depresivos en 0.12 desviaciones estándar (SD) después de 4 meses y en 0.16 SD casi 3 años después. - Efectos de programas antipobreza multifacéticos: En seis países, un programa de “graduación” (transferencias, incentivos de ahorro y acceso a salud) aumentó el bienestar psicológico en 0.1 SD después de 3 años. - Estudio de terapia conductual breve en India: En un RCT, adultos tratados mostraron una tasa de remisión de >60% después de 3 meses y trabajaron en promedio 2.3 días más por mes. A los 12 meses, la intervención redujo costos de salud en \$20 mensuales. - Cash transfer en Kenia: Transferencias de \$400-\$1500 incrementaron el consumo y redujeron depresión y estrés. En el subgrupo que vivía en condiciones de sequía, el programa redujo suicidios en 18%. - Efectos acumulados: La revisión promedió los efectos de transferencias monetarias y programas de reducción de pobreza, hallando que en conjunto mejoran la salud mental en aproximadamente 0.1 SD.
Kristian Wahlbeck, (20)	2017	Revisión narrativa	Determinantes sociales de la salud mental, como pobreza, desigualdad, exclusión social; evaluando intervenciones psicosociales y de políticas públicas	No hay un comparador específico entre diferentes niveles socioeconómicos, pero se incluye una revisión de intervenciones en entornos vulnerables	Impacto en salud mental de programas de apoyo a la paternidad, visitas domiciliarias, mejoramiento de viviendas, programas de empleo, prescripción social, programas de reducción de pobreza, entre otros	- Visitas domiciliarias: 50% de reducción en casos de abuso infantil y negligencia, 67% de reducción en problemas de salud mental a los 6 años de seguimiento, 60% de reducción en arrestos a los 15 años. - Programas de empleo para personas desempleadas: Se encontró un incremento en la salud mental

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						reportado en el seguimiento a 2 años. Beneficios en reducción de costos para el sector público y empleadores por el aumento en la empleabilidad y la reducción en cambios de trabajo. - Intervención "Housing First" para personas sin hogar: Mejora de la adherencia a medicación psiquiátrica (schizofrenia) del 50% en comparación con controles. - Programas de asistencia de alquiler (Moving to Opportunity, EE.UU.): Efecto positivo en salud mental a largo plazo con mejoría de condiciones habitacionales. - Intervenciones de "Prescripción Social": Reducción en la exclusión social y mejoras en bienestar social; necesidad de más evidencia para una recomendación a gran escala. - Programas de alivio de deudas: Asociados a reducción de suicidios por desalojos (hasta 4 veces más riesgo de suicidio en casos de desalojo) y mejoras en la estabilidad de vida. - Programas escolares de promoción de salud mental: Resultados positivos en salud mental, conductas sociales y educativas; apoyo fuerte en intervenciones de escuela completa y entrenamiento para padres/profesores. - Programas de políticas laborales (por ejemplo, "Youth Guarantee"): Beneficio en la reducción de asistencia social y uso de psicotrópicos, aunque sin causalidad confirmada.
John Sylvestre, (24)	2017	Revisión narrativa	Pobreza en personas con SMI, abordada desde tres perspectivas:	No aplica (análisis conceptual).	La pobreza entre personas con SMI en comparación con la población general. Tasas de pobreza	1) Canadá: 26% de las personas con una discapacidad mental leve viven en pobreza, mientras que el 30.5% de las personas con

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
			recursos monetarios, necesidades básicas y capacidades.		entre personas con SMI en Canadá y EE. UU. La falta de acceso adecuado a recursos y programas que combatan la pobreza en esta población.	discapacidades mentales graves enfrentan pobreza, en comparación con solo el 8.6% de la población general sin discapacidad (fuente: Canadian Survey on Disability 2012). 2) EE. UU.: 3.4 millones de personas con enfermedades mentales recibieron un ingreso mensual promedio de \$634 a través del programa Supplementary Security Income (SSI), con un total de \$763 si se incluyen los beneficios de Social Security Disability Insurance (SSDI). La tasa de pobreza en esta población es aproximadamente del 30%, comparado con el 10% en personas sin discapacidad (fuente: Social Security Administration, 2012). 3) En EE. UU., las personas con discapacidad por enfermedad mental representan aproximadamente el 34% de los beneficiarios de SSI y el 28% de los trabajadores discapacitados que reciben SSDI.
A. Hoell, (22)	2019	Revisión narrativa	Desigualdad social y factores socioeconómicos (estatus económico, educación, empleo, exclusión social, entre otros)	Comparación entre diferentes niveles socioeconómicos	Salud mental (trastornos mentales, uso de servicios de salud, salud percibida, prevalencia de depresión y ansiedad, calidad de vida)	- En niños y adolescentes con bajo SES, el riesgo de problemas psicológicos es 3.6 veces mayor que en aquellos con alto SES (índice RI - Relative Index). - En Alemania, la prevalencia de depresión es casi el doble en adultos con bajo SES frente a aquellos con alto SES. - La prevalencia de trastornos mentales en personas desempleadas y de bajos ingresos es significativamente más alta que en la población general, con tasas superiores en trastornos depresivos, de ansiedad, y abuso de sustancias. - En personas sin hogar, el 78% presenta algún trastorno mental, incluyendo una prevalencia elevada de

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						psicosis, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. - Tasas de prevalencia de síntomas depresivos en personas con bajo nivel educativo son superiores en comparación con aquellos de mayor nivel educativo (en todos los grupos de edad). - Efecto de la desigualdad en tiempos de crisis económica: Durante la crisis financiera de 2008-2010, la prevalencia de trastornos mentales, incluyendo depresión y ansiedad, aumentó considerablemente en las poblaciones de bajo SES, lo cual se relacionó con un incremento en el desempleo y la precarización laboral.
Crick Lund, (29)	2023	Revisión narrativa	Determinantes sociales como pobreza, inseguridad alimentaria, violencia de género y emergencias humanitarias (debido a conflictos y cambio climático).	Generalización de enfoques de salud mental sin intervención específica en los determinantes sociales.	Impacto en la salud mental general, reducción de desigualdades en salud mental, y evaluación de mecanismos específicos que explican estos efectos en PIBM.	Transferencias de efectivo: Una revisión y metaanálisis de 45 estudios en países de ingresos bajos y medios muestra que las transferencias de efectivo tienen un efecto pequeño pero estadísticamente significativo en la salud mental y el bienestar. El tamaño del efecto para la salud mental fue de $d = 0.07$ (IC 95%: 0.05, 0.09) y para el bienestar general de $d = 0.13$ (IC 95%: 0.09, 0.18). Programas multidimensionales: En el estudio ALIVE en Colombia, Nepal y Sudáfrica, se evalúan varias intervenciones en un ensayo controlado aleatorizado con cuatro grupos: (1) intervención para fortalecer la autorregulación, (2) intervención económica con transferencias de efectivo y educación financiera, (3) intervención combinada de autorregulación y económica, y (4) control. Aunque los resultados detallados de efectividad aún están en curso, el estudio busca mejorar la salud mental en jóvenes

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
Michaela Hynie, (11)	2017	Revisión narrativa	Exposición a condiciones socioeconómicas y contextuales post-migratorias desfavorables	Condiciones pre-migratorias y poblaciones en contextos socioeconómicos más favorables	Prevalencia de trastornos mentales comunes (PTSD, depresión, ansiedad), variabilidad según condiciones socioeconómicas, efectos a largo plazo del contexto post-migratorio.	afectados por pobreza multidimensional. Tasa de Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD) y depresión: Estudios de alta calidad reportan tasas de PTSD y depresión en refugiados en o por debajo del 15%, aunque la prevalencia puede aumentar en campamentos en países de bajos ingresos. Otros estudios muestran que las tasas de trastornos mentales en refugiados son elevadas en comparación con poblaciones no migrantes, pero varían entre 10%-30% dependiendo del método de evaluación y contexto del país receptor. Impacto de la estabilidad económica: Una metaanálisis de 59 estudios reporta una relación directa entre oportunidades económicas y mejor salud mental entre refugiados, incluyendo derecho al trabajo y acceso a empleo. Inseguridad de vivienda y calidad de alojamiento: En campos de refugiados, la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor, y la dificultad para acceder a vivienda adecuada está vinculada con mayores tasas de estrés psicológico en diversos estudios. Estado migratorio y tiempo de procesamiento: Estudio en Australia muestra que refugiados con visas temporales tienen niveles más altos de estrés y depresión en comparación con aquellos con visas permanentes. Esperas prolongadas de asilo reducen significativamente la tasa de empleo y aumentan el estrés y la ansiedad. Aislamiento social: El aislamiento contribuye a una mayor incidencia de

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						depresión y estrés en refugiados, especialmente cuando se añade a barreras lingüísticas y discriminación. Entre los refugiados de la ex-Yugoslavia, la separación familiar y el aislamiento social predicen niveles altos de depresión.
Obianuju O. Berry, (21)	2021	Revisión narrativa	Racismo (estructural, directo y vicarious) como determinante social de la salud	No aplica (revisión narrativa sin grupo de comparación explícito)	Desarrollo socioemocional infantil, salud mental de la madre/cuidador, calidad de apego, comportamientos de externalización e internalización, y trastornos de sueño en infantes	Un estudio longitudinal mostró que el 66% de los desenlaces de bajo peso al nacer en infantes de madres expuestas a discriminación tenían asociaciones estadísticamente significativas. Otro estudio longitudinal con 704 participantes (mujeres afroamericanas y latinas jóvenes en situación desfavorecida) encontró que la discriminación materna durante el embarazo predijo problemas de inhibición y emocionalidad negativa en los infantes (con odds ratios significativos) a los 6 meses y 1 año de edad. Para niños aborígenes en Australia, la exposición indirecta a discriminación duplicó el riesgo de problemas de sueño y salud mental entre los 7 y 12 años. La odds ratio fue aproximadamente 2.0 en estos casos. En otro estudio longitudinal, el 61% de los efectos en la salud mental de niños de 5-10 años expuestos al racismo persistente fueron adversos, incluyendo depresión, ansiedad y conductas de autolesión. Se observó que infantes de madres que reportaron altos niveles de discriminación tenían duraciones de sueño más cortas de 1 a 2 años, con una reducción promedio de hasta 15-20% en la duración del sueño.
Mirela Zaneva, (12)	2022	Revisión sistemática	Programas de transferencia monetaria:	Grupos sin intervención o con	Síntomas de salud mental (internalizantes)	- Meta-análisis sobre síntomas internalizantes: Reducción

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
			intervenciones monetarias condicionadas (CCT) y no condicionadas (UCT) diseñadas para aliviar la pobreza.	intervención mínima (ej., beneficios sociales estándar) según cada estudio	como depresión, ansiedad, síntomas de trauma) y externalizantes (comportamientos agresivos e hiperactividad), además de problemas de comportamiento generales.	estadísticamente significativa en los problemas internalizantes en adolescentes tras la intervención (OR=0.72, IC 95%: 0.59-0.88, p<.01). - Resultados de intervenciones específicas: * Estudio en Palestina: UCT muestra OR=-0.252 para puntuación anormal en el SDQ. * Estudio en Malawi (2019): Efectos en CES-D; coeficiente OLS global=-0.149***, en chicas=-0.152**, en chicos=-0.145***. * Estudio en Malawi (2013): UCT muestra coeficiente en GHQ-12 de -0.143*** al año, sin efecto significativo a 2 años; CCT para chicas en escuela tuvo efectos menores pero positivos, aunque no significativos en el largo plazo. * Burkina Faso (2018): El grupo combinado (UCT + coaching familiar) mostró una reducción significativa en la depresión en CES-D, d=-0.41*** a 12 meses, -0.39** a 24 meses.
Margarita Alegría, (19)	2018	Revisión sistemática	Determinantes sociales como pobreza, inseguridad alimentaria, condiciones laborales, discriminación, apoyo social, violencia comunitaria, y características del entorno, entre otros.	Poblaciones con mejores condiciones socioeconómicas y acceso a servicios	Desenlaces de salud mental como depresión, ansiedad, estrés postraumático, síntomas psicóticos, y bienestar psicológico general.	1. Empleo e Inseguridad Laboral: El desempleo y el empleo precario están asociados con un aumento en los síntomas de angustia psicológica, incluso en países con acceso universal a la salud, como Canadá y Suecia. 2. Ingresos y Estrés Financiero: En varios estudios, un ingreso bajo se asocia con tasas más altas de autolesiones, intentos de suicidio y depresión. En particular, los adultos transgénero de bajos ingresos en los Estados Unidos muestran una alta prevalencia de estos síntomas. 3. Condiciones de Vivienda: La exposición prolongada a condiciones de vivienda inadecuadas, como falta de calefacción

Autor	Año	Diseño	Determinante	Comparador	Desenlaces	Resultados
						y hacinamiento, se correlaciona con un aumento de problemas psicológicos, con datos en jóvenes y adultos que indican efectos negativos en su salud mental. 4. Seguridad Alimentaria y Salud Mental: La inseguridad alimentaria está vinculada a una mayor incidencia de depresión. Un estudio indicó que el 12.8% de los participantes en el programa de asistencia nutricional (SNAP) presentaban síntomas de depresión, en comparación con el 6.7% de aquellos que no recibían esta ayuda. 5. Discriminación y Bienestar Psicológico: La discriminación basada en raza, estatus migratorio y orientación sexual muestra una asociación fuerte con síntomas de depresión y ansiedad, incluyendo en grupos de inmigrantes africanos en Hong Kong y población iraquí en Suecia. La discriminación acumulativa predice un aumento de la angustia psicológica, y estudios en el Reino Unido muestran que esta puede tener un efecto acumulativo.

REFERENCIAS

1. Yang P, Hernandez BS, Plastino KA. Social determinants of mental health and adolescent anxiety and depression: Findings from the 2018 to 2019 National Survey of Children's Health. *Int J Soc Psychiatry*. 2023 May;69(3):795–8.
2. Ridley M, Rao G, Schilbach F, Patel V. Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*. 2020 Dec 11;370(6522):eaay0214.
3. Fone D, White J, Farewell D, Kelly M, John G, Lloyd K, et al. Effect of neighbourhood deprivation and social cohesion on mental health inequality: a multilevel population-based longitudinal study. *Psychol Med*. 2014 Aug;44(11):2449–60.
4. Bentley R, Baker E, LaMontagne A, King T, Mason K, Kavanagh A. Does employment security modify the effect of housing affordability on mental health? *SSM - Popul Health*. 2016 Dec;2:778–83.
5. Candy B, Cattell V, Clark C, Stansfeld S. The health impact of policy interventions tackling the social determinants of common mental disorder: a systematic review. *J Public Ment Health*. 2007 Jun 1;6(2):28–39.
6. Assari S. Social Determinants of Depression: The Intersections of Race, Gender, and Socioeconomic Status. *Brain Sci*. 2017 Nov 24;7(12):156.
7. Bower M, Buckle C, Rugel E, Donohoe-Bales A, McGrath L, Gournay K, et al. 'Trapped', 'anxious' and 'traumatised': COVID-19 intensified the impact of housing inequality on Australians' mental health. *Int J Hous Policy*. 2023 Apr 3;23(2):260–91.
8. Zhao X, Yu YH, Peng MM, Luo W, Hu SH, Yang X, et al. Change of poverty and outcome of persons with severe mental illness in rural China, 1994-2015. *Int J Soc Psychiatry*. 2021 Jun;67(4):315–23.
9. Karimli L, Ssewamala FM, Neilands TB. The impact of poverty-reduction intervention on child mental health mediated by family relations: Findings from a cluster-randomized trial in Uganda. *Soc Sci Med* 1982. 2023 Sep;332:116102.
10. Straatmann VS, Lai E, Lange T, Campbell MC, Wickham S, Andersen AMN, et al. How do early-life factors explain social inequalities in adolescent mental health? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*. 2019 Nov;73(11):1049–60.
11. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2018 May;63(5):297–303.
12. Zaneva M, Guzman-Holst C, Reeves A, Bowes L. The Impact of Monetary Poverty Alleviation Programs on Children's and Adolescents' Mental Health: A Systematic Review

- and Meta-Analysis Across Low-, Middle-, and High-Income Countries. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2022 Aug;71(2):147–56.
13. Treanor M, Troncoso P. The Indivisibility of Parental and Child Mental Health and Why Poverty Matters. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med.* 2023 Sep;73(3):470–7.
 14. Ride J. Is socioeconomic inequality in postnatal depression an early-life root of disadvantage for children? *Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care.* 2019 Sep;20(7):1013–27.
 15. Maxwell MY, Taylor RL, Barch DM. Relationship Between Neighborhood Poverty and Externalizing Symptoms in Children: Mediation and Moderation by Environmental Factors and Brain Structure. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023 Dec;54(6):1710–22.
 16. San Sebastián M, Mosquera PA, Gustafsson PE. Whose income is more important: mine, yours or ours? Income inequality and mental health in northern Sweden. *Eur J Public Health.* 2018 Dec 1;28(6):1056–61.
 17. Sesti F, Minardi V, Baglio G, Bell R, Goldblatt P, Marceca M, et al. Social determinants of mental health in Italy: the role of education in the comparison of migrant and Italian residents. *Int J Equity Health.* 2022 Aug 23;21(1):116.
 18. Gibbs A, Jewkes R, Willan S, Washington L. Associations between poverty, mental health and substance use, gender power, and intimate partner violence amongst young (18-30) women and men in urban informal settlements in South Africa: A cross-sectional study and structural equation model. *PloS One.* 2018;13(10):e0204956.
 19. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Sep 17;20(11):95.
 20. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017 May;52(5):505–14.
 21. Berry OO, Londoño Tobón A, Njoroge WFM. Social Determinants of Health: the Impact of Racism on Early Childhood Mental Health. *Curr Psychiatry Rep.* 2021 Mar 12;23(5):23.
 22. Soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19 Pandemie. Ergebnisse der längsschnittlichen COPSYS-Studie. | Request PDF. ResearchGate [Internet]. 2024 Oct 22 [cited 2024 Dec 20]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/366042525_Soziale_Ungleichheit_und_psychische_Gesundheit_von_Kindern_und_Jugendlichen_waehrend_der_COVID-19_Pandemie_Ergebnisse_der_langsschnittlichen_COPSY-Studie
 23. Pryor L, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM, Hulvej Rod N, Melchior M. Trajectories of family poverty and children's mental health: Results from the Danish National Birth Cohort. *Soc Sci Med.* 2019 Jan;220:371–8.

24. Sylvestre J, Notten G, Kerman N, Polillo A, Czechowki K. Poverty and Serious Mental Illness: Toward Action on a Seemingly Intractable Problem. *Am J Community Psychol*. 2018 Mar;61(1–2):153–65.
25. Knifton L, Inglis G. Poverty and mental health: policy, practice and research implications. *BJPsych Bull*. 2020 Oct;44(5):193–6.
26. Chan KL, Lo CKM, Ho FK, Chen Q, Chen M, Ip P. Modifiable Factors for the Trajectory of Health-Related Quality of Life among Youth Growing Up in Poverty: A Prospective Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Sep 1;18(17):9221.
27. Carvalho M, De Matos MG, Social Adventure Project Team. Psychosocial determinants of mental health and risk behaviours in adolescents. *Glob J Health Sci*. 2014 Apr 1;6(4):22–35.
28. Mũrage A, Ngunjiri A, Oyekunle A, Smith J. Social determinants of mental health among older adolescent girls living in urban informal settlements in Kenya and Nigeria during the COVID-19 pandemic. *Glob Public Health*. 2023 Jan;18(1):2264946.
29. Lund C. Global mental health and its social determinants: How should we intervene? *Behav Res Ther*. 2023 Oct;169:104402.