



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

Trabajo Fin de Grado

Grado en Psicología

Estrés, Desigualdad y Salud: una Revisión Sistemática

Nicolás Magarín Crespo

Director/a

Pablo Ruisoto Palomera

Pamplona

Marzo, 2023

Resumen

Antecedentes: La investigación sobre determinantes sociales de la salud está recibiendo cada vez más atención en la literatura científica, cuestionando la utilidad del modelo biomédico y subrayando la importancia de los factores psicosociales en la salud física y mental. Sin embargo, no está clara la naturaleza, escala o los mecanismos que explican cómo el contexto psicosocial impacta en la salud de la población. **Objetivos:** El objetivo de este trabajo es analizar la naturaleza y escala de los determinantes sociales sobre la salud y el papel del estrés en este proceso. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de un total de 80 artículos científicos publicados a texto completo en inglés en los últimos diez años en las bases de datos Web of Science, PubMed y PsycINFO. **Resultados y conclusiones:** Los determinantes sociales de la salud son un “hot topic” actualmente, encontrando un incremento de las publicaciones asociadas con este tema en los últimos años. Los resultados indican de forma consistente que un menor estatus socioeconómico y mayores niveles de desigualdad están asociados con peores indicadores de salud física y mental, independientemente del indicador considerado. La desigualdad, y no sólo las situaciones más desfavorables como la pobreza, provocan una activación crónica de la respuesta de estrés (eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y sistema nervioso periférico simpático), responsable de sus efectos sobre la salud. **Discusión:** Se discuten las implicaciones de los resultados obtenidos en el contexto del actual modelo biomédico en salud y, especialmente, en lo que respecta a la salud mental.

Palabras clave: salud; determinantes sociales de la salud; estrés; desigualdad; estatus socioeconómico.

Número de palabras del documento (sin resumen, índice, títulos, figuras, tablas ni referencias): 5933

Abstract

Background: The investigation into the social determinants of health is increasingly gaining prominence within the scientific literature, casting doubt on the efficacy of the biomedical model while underscoring the significance of psychosocial factors in both physical and mental well-being. Nevertheless, the precise nature, scope, and mechanisms that elucidate how the psychosocial context impacts population health remain obscure. **Objectives:** The objective is to scrutinize the essence and magnitude of social determinants on health, as well as the pivotal role played by stress in this intricate process. **Methodology:** A systematic review was meticulously conducted, encompassing a corpus of 80 comprehensive, English-language scientific articles published over the past decade, painstakingly sourced from renowned databases including Web of Science, PubMed, and PsycINFO. **Results and Conclusions:** Social determinants of health are currently a burgeoning subject of inquiry, evidenced by the burgeoning surge of publications in recent years. The outcomes consistently substantiate that diminished socioeconomic status and amplified levels of inequality are indubitably linked to adverse indicators of physical and mental well-being, irrespective of the specific parameter under consideration. It is the inequality itself, and not solely the most dire circumstances such as poverty, that triggers a chronic activation of the stress response, involving the intricate interplay of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic peripheral nervous system, thus engendering deleterious effects on health. **Discussion:** The implications of these findings are thoughtfully deliberated within the context of the prevailing biomedical model in healthcare, particularly with respect to mental health.

Keywords: health; social determinants of health; stress; inequality; socioeconomic status.

Number of words: 5933

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Antecedentes	1
Objetivos	5
Metodología	5
Resultados	7
Discusión.....	24
Conclusiones	34
Referencias.....	35

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1	6
Tabla 1	8
Tabla 2	13
Tabla 3	17

Antecedentes

La salud fue inicialmente definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la “ausencia de enfermedad”, una conceptualización asumida desde una perspectiva estrictamente biomédica (OMS, 1946) y, posteriormente, como un estado caracterizado por el bienestar completo en el ámbito físico, mental o social, incorporando a su descripción una perspectiva biopsicosocial innovadora para el momento de su formulación (OMS, 1948). Sin embargo, esta nueva definición tampoco quedó exenta de críticas que, más concretamente, hacían referencia a ese “estado de bienestar completo”, el cual dejaría a la amplia mayoría de la población “enferma” o “sin salud” (Herrero, 2016). Recientemente, a raíz de esta premisa expuesta, se ha conceptualizado la salud como un recurso para la vida. Es decir, supone la capacidad o los recursos necesarios para poder cuidar de uno mismo, contribuir a la comunidad a la que se pertenece, adaptarse y participar en el contexto en el que se está (Huber et al., 2011).

En el contexto de la salud mental, entendida como la forma de responder a las demandas vitales, se ha observado una transposición del modelo biomédico, el cual enfatiza el origen neurobiológico de los denominados “trastornos mentales” en detrimento de sus causas psicosociales (Gómez, 2002). Se remarcan los aspectos biológicos y se atienden los problemas que sean tangibles en el momento en el que aparecen y se consolidan. Esto es importante porque predispone a la medicalización de la sociedad o al tratamiento farmacológico de dichos trastornos mentales o del comportamiento (Restrepo & Jaramillo, 2012). Este intento por emular el punto de vista adoptado por la biomedicina resulta inconsistente con la creciente evidencia sobre la importancia de las condiciones en las que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen, reconocidas como “determinantes sociales de la salud” (Chancel et al., 2022; Marmot, 2004; Marmot & Allen, 2015; Rogers & Pilgrim, 2010; Sen, 1999; Vega, 2009). Estos dieron lugar a la creación de la Comisión sobre Determinantes

Sociales de la Salud de la OMS (Marmot, 2005), un organismo que apuesta por la justicia social y establece vías de intervención basadas en los determinantes sociales. De hecho, estudios relativamente recientes estiman que el peso específico de los determinantes sociales sobre la salud es superior al peso de la atención sanitaria (Frenz, 2005).

Dentro de estos determinantes sociales de la salud, la desigualdad socioeconómica es uno de los más estudiados, encontrando que la desigual distribución de recursos u oportunidades entre la población dentro de un país y entre naciones, está asociada con la desigual distribución de múltiples indicadores de salud (Allen et al., 2014; Whitehead & Dahlgren, 2006). Este dato es importante porque implica que dichas diferencias en indicadores de salud son evitables y, por lo tanto, injustas por definición (Espelt et al., 2016; Marmot et al., 2008; Peter & Evans, 2001; Solar & Irwin, 2010). Paradójicamente, este fenómeno ha aumentado notoriamente en las últimas décadas.

El último *World Inequality Report (2023)* encontró que los niveles de desigualdad socioeconómica han aumentado, independientemente del indicador que se considere; ingresos o riqueza. En concreto, respecto a los ingresos, se ha demostrado que el 10% del sector poblacional más rico acumula el 52% de los ingresos totales, mientras que el 10% más pobre obtuvo solamente el 8% de los mismos. Respecto a la riqueza, el 10% más alto acumula el 76% de la riqueza total, mientras que el 50% de la población más pobre apenas llega al 2% (Chancel et al., 2022; García-Serrano & Arranz, 2018). Esta desigualdad económica ha desencadenado un aumento en la demanda de salarios más justos y equitativos, sobre todo tras el incremento de la brecha salarial entre los sueldos de los altos cargos y los trabajadores de base. Más concretamente, en estas últimas 4 décadas, los salarios más altos en las empresas eran 5 veces superiores a los sueldos medios. Sin embargo, actualmente, los salarios más altos son 300 veces más elevados que el promedio. Además, según Kiatpongsan y Norton (2014), se subestima el nivel de desigualdad real.

En este contexto, el concepto de estrés propuesto inicialmente por Selye (1936) es especialmente importante porque ayudaría a entender cómo factores psicosociales pueden traducirse en cambios fisiológicos potencialmente relevantes en el ámbito de la salud. Por ejemplo, véase el Síndrome de Adaptación General (Selye, 1950). Sin embargo, Selye define el estrés como una respuesta fisiológica de carácter inespecífico, lo cual resulta inconsistente con los resultados de investigaciones posteriores. Actualmente, la definición y medida más extendida es la de Cohen et al. (1983), que entiende el estrés psicológico como la “percepción” de falta de control para hacer frente y adaptarse a las demandas del contexto. Esta definición es importante por dos motivos distintos; a diferencia de situar el origen de los problemas o trastornos mentales en desequilibrios neurobiológicos dentro del cerebro del individuo, se subraya el carácter subjetivo del estrés y, además, se recalca su carácter interactivo, subrayando la relevancia del contexto y la disponibilidad de recursos u oportunidades accesibles para adaptarse con éxito (Cannon, 1929).

La percepción de estrés se traduce en una cascada de cambios fisiológicos que, acumulados en el tiempo, pueden afectar negativamente a múltiples sistemas biológicos del organismo por acumulación de daños, incluyendo alteraciones en el sistema cardiovascular, el sistema metabólico o incluso el funcionamiento cognitivo, asociado con un mayor riesgo de demencia o de otros trastornos delimitados clínicamente (Castillo, 2020; Cohen et al., 2019; McEwen, 2012; Sapolsky, 2013).

En concreto, esta cascada de cambios fisiológicos asociados con la percepción de estrés consiste en la activación de dos elementos centrales de la respuesta humana; la activación del sistema nervioso periférico simpático asociado con la liberación de adrenalina y la activación del eje hipotalámico hipofisiario adrenal, este último asociado con la liberación de glucocorticoides, en humanos, cortisol. Ambos son considerados biomarcadores de la respuesta de estrés (O’Connor et al., 2021).

Los efectos del estrés sobre la salud son dependientes de la dosis, adoptando una forma de U invertida (Eckerling et al., 2021; Sapolsky, 2015). Esta tendencia es análoga a la conocida curva de activación-rendimiento de Yerkes & Dodson (1908). Mientras que una exposición a niveles bajos de estrés con duración e intensidad moderadas podría considerarse estimulante e incluso adaptativa, interpretando esos contextos como desafíos o retos, niveles excesivamente altos o sostenidos en el tiempo de forma crónica son los más perjudiciales o relevantes en el contexto de la salud, afectando al sistema metabólico (Tomiyama, 2019), inmunitario (Herbert & Cohen, 1994), generando alteraciones cardiovasculares (Steptoe & Kivimäki, 2013), aumentando el riesgo de enfermedades proinflamatorias (Sapolsky, 2015) o la supresión del sistema inmunitario (Schneiderman & Siegel, 2005), entre otros (Aschbacher et al., 2013; Ávila, 2014; Bonfill et al., 2010; Broadhurst, 1957; Elbæk et al., 2022; McEwen, 2004; Romero et al., 2019). Sin embargo, aunque a nivel biológico el estrés estuviera diseñado para ofrecer respuestas exitosas ante situaciones amenazantes, se ha generado un desajuste entre el entorno en el que surge la respuesta de estrés adaptativa y los contextos sociales actuales (Ávila, 2014).

Sin embargo, a pesar de la importancia e impacto de factores como los determinantes sociales y el estrés sobre la salud pública, la creciente desigualdad o la evaluación de políticas actuales, no están claras las relaciones entre estas variables (Pedrana et al., 2016).

Objetivos

Desarrollar una revisión sistemática para analizar la naturaleza y escala de determinantes sociales como la pobreza y desigualdad sobre la salud.

Analizar el papel del estrés en el impacto de los determinantes sociales, especialmente pobreza y desigualdad, sobre la salud.

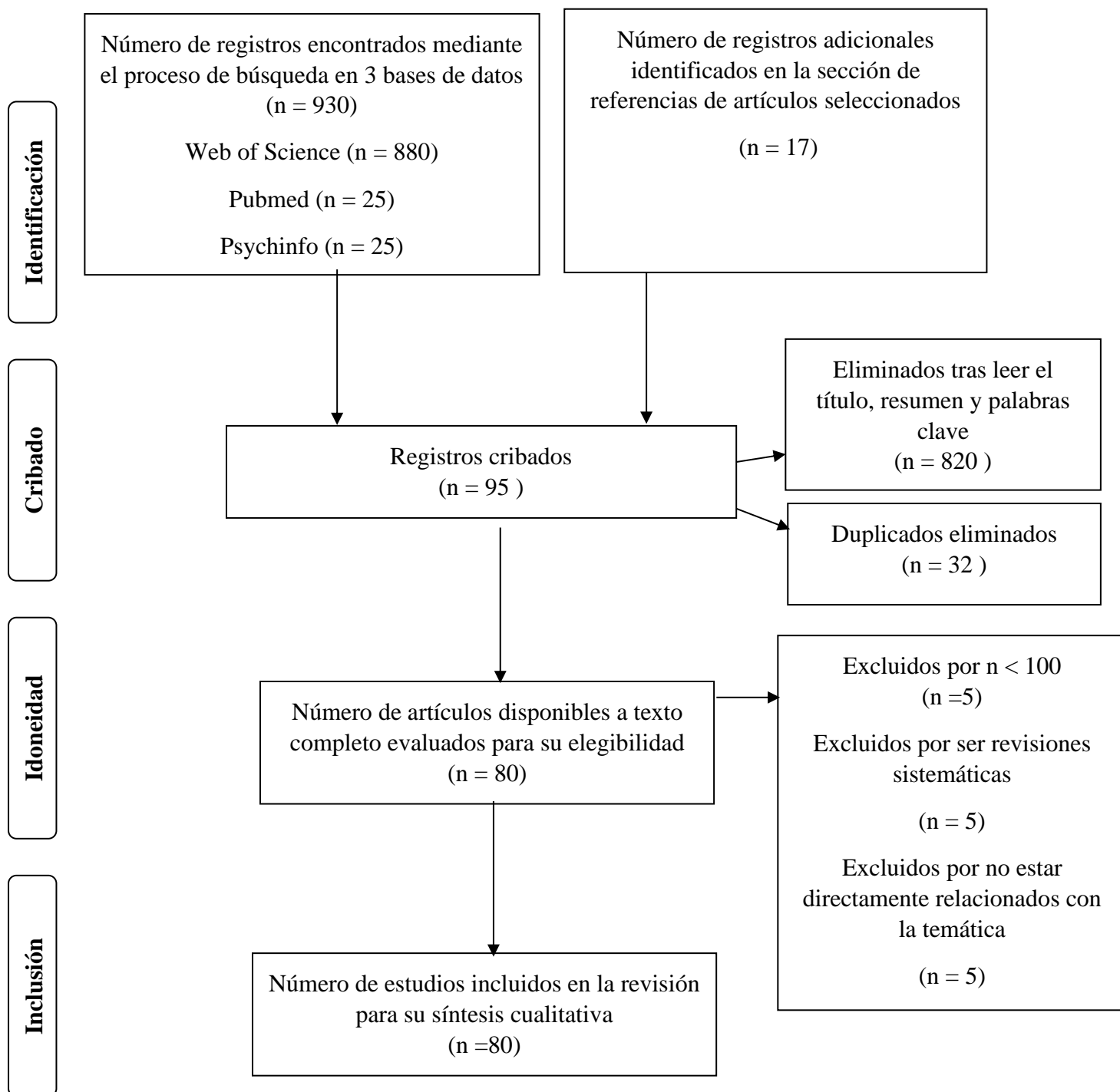
Metodología

Se realizó una revisión sistemática incluyendo un total de 80 artículos publicados en inglés, a texto completo y en los últimos 10 años (2012-2023) procedentes de las bases de datos Web of Science, Pubmed y Psychinfo, siguiendo las recomendaciones PRISMA (Page et al., 2021). Se incorporaron artículos procedentes al año 2012 porque la revisión comenzó a realizarse en el año 2022 y entraban dentro de los criterios descritos. Posteriormente, se amplió un año el rango de fechas para recoger los últimos estudios publicados en el 2023. Los artículos revisados aparecen precedidos de un asterisco en la sección de referencias de este trabajo. Complementariamente, se incluyeron artículos identificados de forma manual, citados y referenciados en las investigaciones encontradas. Se excluyeron revisiones o metaanálisis y artículos no directamente relacionados con el objetivo del trabajo a partir de la revisión del título, abstract y palabras clave. Por ejemplo, se descartaron trabajos centrados en individual “*life-style risk or protective factors*” o estudios con muestras inferiores a 100 participantes (Figura 1).

Respecto al protocolo de búsqueda, las palabras y sintaxis de búsqueda fueron: “*SDoH*” OR “*social determinants of health*” AND “*psychological stress*” OR “*perceived stress*”.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA



Nota. Adaptado de “The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews” (p. 6), por Page et al., 2021, *International Journal of Surgery*, 88.

Análisis

Se consideraron los siguientes apartados para poder estructurar las tablas de la sección de resultados, las cuales recogen los principales hallazgos de los artículos seleccionados en esta revisión sistemática, todo ello tras realizar la búsqueda descrita anteriormente y aplicar los ya mencionados criterios de inclusión y exclusión. Se tuvieron en cuenta distintos aspectos: una cita por artículo con los autores y el año de publicación empleados para ordenar los estudios cronológica y alfabéticamente, el número de participantes que forman la muestra definitiva con algunas características asociadas al género, la edad y alguna descripción adicional que pudiera ser de interés, el indicador de salud específico medido, los instrumentos o la forma en la que se realizó la medición de las variables principales de las investigaciones, el tipo de diseño de estudio que caracteriza a cada artículo (transversal, etc.) y los principales hallazgos encontrados relacionados con la temática de los determinantes sociales y su impacto en la salud física o mental.

Resultados

En las Tablas 1-3 se sintetiza la información más relevante sobre los estudios revisados ordenados por orden cronológico inverso:

Tabla 1

Síntesis de las características más relevantes de los artículos revisados desde 2020-2023 ordenados alfabéticamente.

Cita	Muestra	Indicador de desigualdad	Medidas	Diseño	Resultados
Backhaus et al., 2020	4228 estudiantes universitarios (43.9% hombres; 56,1% mujeres) mayores de 18 años.	Nivel de ingresos	BDI-S; IQ-SC; PSS-10; AUDIT-C; IPAQ	Transversal	Peor capital social y cognitivo asociado a entornos más pobres predice un aumento en la prevalencia de sintomatología depresiva.
Barradas et al., 2021	258 pacientes (37.6% hombres; 62.4% mujeres) en un programa de control de la hipertensión arterial mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico	SF-8; SES; PSS-10	Transversal	Peor estatus socioeconómico se traduce en mayor estrés, prediciendo peor salud mental.
Becerra et al., 2020	282 estudiantes universitarios mayores de 18 años.	Justicia percibida Apoyo social	PSQI; PSS-10; PIS; SES	Transversal	Mayor percepción de desigualdad y menor apoyo social predicen mayores niveles de estrés y riesgo de dificultades de conciliación del sueño.
Belvis et al., 2022	255 trabajadores (49% hombres; 51% mujeres) sin vacaciones en 1 mes de 24-60 años.	Condiciones laborales Apoyo social percibido	EPRES; Duke-UNK.11; PSS-10	Transversal	Bajo apoyo social agrava el efecto de la precariedad laboral sobre la salud percibida.
Berger-Polsky et al., 2020	9872 mujeres beduinas que dieron a luz a hijos únicos vivos.	Estatus socioeconómico	ISCO	Observacional retrospectivo	Los matrimonios polígamos forzosos predicen embarazos adversos. Bajo nivel socioeconómico se traduce en peores resultados.
Çetrez et al., 2021	4010 refugiados iraquíes (53.2% hombres; 46.8% mujeres) de más de 18 años.	Estatus socioeconómico	CD-RISC; PC-PTSD	Transversal	Peor estatus socioeconómico predice mayor prevalencia de problemas de salud mental.
Ciciurkaite & Brown, 2022	1488 adultos (46.17% hombres; 53.83% mujeres) mayores de edad (media 57 años).	Nivel de ingresos Estatus Socioeconómico Apoyo social	CES-D; LEI; SDRS; JDS, PSRS	Transversal	Bajos ingresos predicen más angustia, sintomatología depresiva y disminución del afrontamiento. Apoyo social media, pero no en estrés social.

Dawson et al., 2021	181 adultos inmigrantes (33.7% hombres; 66.3% mujeres) mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico Recepción población migrante	BCIS; PSS-10; CHEW; DI; PD	Transversal	La discriminación y el bajo estatus socioeconómico predicen una peor salud (presión arterial) en inmigrantes.
Dumith et al., 2021	1295 adultos (43.5% hombres; 56.5% mujeres) mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico y calidad de vida	WHOQOL-BREF; AWI; PSS-10	Transversal	Peor estatus socioeconómico se asocia con más estrés, derivado en peor calidad de sueño, morbilidades sanitarias y peor salud en el sector femenino entre los 40-59 años.
Hu et al., 2022	1240 afroamericanos (34% hombres; 66% mujeres) adultos con diabetes tipo 2.	Estatus socioeconómico	NCI; NVS; FFQ; GPSS; CES-D; EDS	Observacional de cohorte prospectivo	Una posición socioeconómica elevada predice un mejor control glucémico a largo plazo.
Kariman et al., 2020	608 parejas de madres (30 años de media) y sus hijos de 3-5 años.	Estatus Socioeconómico y apoyo social	ASQ; SEI; SS-A; PSS-10; STAI; BDI; ENRICH	Transversal	El bajo estatus socioeconómico, la depresión y la ansiedad materna o la insatisfacción conyugal predicen un menor desarrollo infantil.
Keeton et al., 2023	432 parejas de madres latinas con bajos ingresos y sus hijos menores (48,84% hombres; 51,16% mujeres).	Niveles de ingresos, crisis económica y estatus socioeconómico	PedsQL; PSS-4; PHQ-9; PROMIS	Transversal	Mayor estrés percibido por las madres predijo más probabilidades de disfunción emocional en menores.
Kivimaki et al., 2020	109246 adultos finlandeses (24% hombres; 76% mujeres) de 17-77 años.	Estatus socioeconómico	Puntaje de privación de área Registro de vinculación o encuesta para saber el logro educativo Grado Ocupacional del Servicio Civil Británico	Cohorte múltiple	Peor nivel socioeconómico se asocia significativamente con mayor prevalencia de enfermedades físicas y mentales.
Kleinmann & Wolter 2022	164 pacientes con dolor crónico (40.9% hombres; 59.1% mujeres) mayores de edad (media 50.3 años).	Estatus socioeconómico	GQ-6; IEQ; DASS	Transversal	Percepción de injusticia predice mayor consumo de opioides en desempleados y con sintomatología depresiva.
Malik et al., 2021	1060 adultos (62,9% hombres; 37,1% mujeres) mayores de edad (media 67,7 años) con sintomatología de enfermedad arterial periférica.	Estatus socioeconómico	PSS-4; PAD; VAS; PHQ-9	Prospectivo	Peor estatus socioeconómico predice mayor estrés, traduciéndose en mayor prevalencia de enfermedades y una peor recuperación.

Masjoudi et al., 2022	300 mujeres iraníes embarazadas (200 sanas y 100 con hipertensión) mayores de 28 años.	Estatus socioeconómico	HPLP-II; MSPSS; SEQ; PSS-10	Observacional de casos y controles no pareados	Entorno de bajo nivel educativo y altos niveles de estrés predicen hipertensión gestacional en mujeres embarazadas. Apoyo social como factor protector.
Menawi et al., 2020	440 pacientes palestinos hipertensos (40,7% hombres; 59,3% mujeres) mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico	GHQ-28	Descriptivo	Bajo estatus socioeconómico predice mayores trastornos psicológicos en poblaciones con enfermedades crónicas.
Moreno-Agostino et al., 2021	7272 adultos (42,7% hombres; 57,3% mujeres) mayores de 50 años.	Estatus socioeconómico	WHOQOL-AGE; SES	Transversal	La relación entre el estatus socioeconómico objetivo y la satisfacción con la vida se ve mediada por el estatus social subjetivo y la salud.
Olstad et al., 2022	22824 adultos (48,70 hombres; 51,3% mujeres) mayores de 18 años de Australia (4103), Canada (4397), Mexico (4135), Reino Unido (5549) y Estados Unidos (4640).	Estatus socioeconómico	SES	Transversal	El estrés por la inequidad de regiones desfavorecidas explica las desigualdades en salud.
Olukotun et al., 2022	615 adultos (59,8% hombres; 40,2% mujeres) mayores de 18 años con diabetes mellitus tipo 2.	Estatus socioeconómico	PHQ-9; DFS-12; DDS; K6; PDSMS; PSS-10; NPI; DKQ; SF-12	Transversal	Peor estatus socioeconómico del vecindario predice un mayor distrés psicológico que se traduce en peor salud física y mental.
Ortiz-Hernández et al., 2022	255 trabajadores (49% hombres ; 51% mujeres) de 25 a 60 años.	Condiciones laborales	PSS-14; EPRES	Transversal	Precariedad laboral predice estrés, independientemente de la edad.
Parekh et al., 2020	126 adultos (37% hombres; 63% mujeres) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica con edad media de 66 años.	Nivel de ingreso y estatus socioeconómico	PSS-10; SSS; US-HFSSM; NDS-R; EDS-W	Transversal	El sector con más estrés eran mujeres de < 65 años. Menores ingresos y mayor estrés predicen una necesidad de atención aguda 4 veces mayor.
Prokosch et al., 2022	1307 participantes blancos (239), afroamericanos (279), latinos (216), Hmong (227), etíopes (135) y nativo americanos (211).	Estatus socioeconómico	FAD; K6; GADB; USDA-Q; FSLE; BRS	Transversal	La discriminación por etnia afroamericana predice ansiedad, estrés y peor funcionamiento familiar.

Puciato et al., 2021	616 de empresarios privados (64,9% hombres; 35,1% mujeres) mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico	S-ESQ; BREF	Transversal	La riqueza de los trabajadores predice su percepción sobre su calidad de vida.
Sajedi et al., 2020	1067 madres iraníes (de 31,59 años de media) y sus hijos de 3 a 5 años (48,2% hombres; 51,8% mujeres).	Estatus socioeconómico	STAI; PSS-10; SS-A; ENRICH; ASQ; PIS, SAI	Observacional	Menor involucración materna y peor estatus socioeconómico impactan significativamente sobre el desarrollo infantil por medio del estrés o la depresión.
Sánchez-Recio et al., 2021	32105 trabajadores (52,6% hombres; 47,4% mujeres) de 16 años en adelante (media 42,3 años).	Condiciones laborales Apoyo social	NHS	Transversal	La satisfacción laboral y el apoyo social son mediadores entre el estrés y la autopercepción de salud.
Schilz et al., 2023	325 refugiados (69,2% hombres y 30,8% mujeres) mayores de 18 años.	Recepción población migrante Apoyo social	RHS-15; PHQ-9; PHQ-A; HTQ; BREF	Transversal	El estatus de inmigrante predice mayores índices de depresión, estrés y peor calidad subjetiva de vida y menor apoyo social
Scott-Storey et al., 2023	685 hombres adultos de 19 a 65 años.	Estatus socioeconómico	GRCS; CLVS-64; CESD-R; GADS; PTSD-CL	Transversal	Bajo estatus socioeconómico predice menor satisfacción con la vida y mayor estrés percibido, aumentando las probabilidades de violencia en hombres.
Steen et al., 2020	8181 estudiantes (44,7% hombres; 55,3% mujeres) de 15-16 años.	Estatus socioeconómico	SES; PSS-10; SF-36	Transversal	Un peor estatus social percibido se asocia con mayores niveles de estrés percibido y peores niveles de salud.
Sumner et al., 2020	134 pacientes (>18 años) en tratamiento por Lupus Erimatoso Sistémico (LES).	Estatus Socioeconómico	PSS-10; HADS; L-PROM	Observacional	Peor estatus socioeconómico mantiene una relación indirecta con la discapacidad, mediada por el estrés percibido y asociado también con la depresión.
Tong et al., 2021	1007 adultos (52% hombres; 48% mujeres) trabajadores mayores de 18 años.	Condiciones laborales	PHQ-9; GAD; FS; DCSQ	Transversal	Ingresos más bajos y mayor percepción de injusticia relacional predicen peor salud mental y más barreras al acceso a los servicios de salud mental.
Verelst et al., 2022	2320 adolescentes (51,4% hombres; 47,3% mujeres) de 11-18 años (n = 276 recién llegados, n = 200 migrantes no recién llegados y n = 1844 no migrantes).	Recepción población migrante Apoyo social percibido	CRIES-8; SDQ; DSSYR; MSPSS; PEDQ	Transversal	La discriminación y el bajo apoyo social percibido por inmigrantes recién llegados amenaza su salud mental, protegida por el apoyo familiar y el de los amigos.

Walker et al., 2021	209 adultos (27% hombres; 73% mujeres) de una población indígena en Panamá de 18 a 90 años.	Estatus socioeconómico	US-DAFSS; PHQ-9; K6; PSS-14	Transversal	Mayor inseguridad alimentaria predice peor salud mental, con mayor sintomatología depresiva, angustia o malestar psicológico.
Xiao et al., 2022	8493 niños (52,11% hombres; 47,89% mujeres) de 10 años de media.	Estatus socioeconómico	PSS-10; NHI-Toolbox	Observacional	Menores con familias desestructuradas, peor atención médica, en barrios desfavorecidos y con peor estatus socioeconómico tienen más estrés y peor salud mental.

Notas. ASQ: Ages and Stages Questionnaire, AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption, AWI: Asset Wealth Index, BCIS: Border Community and Immigration Stress, BDI: Beck Depression Inventory, BDI-S: Beck Depression Inventory-Short Form, BRFSS: National Health Behavioral Risk Factor Surveillance System, BRIS: Brief Resilience Scale, BSI-BREF: Brief Symptom Inventory, , CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale, CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CESD-R: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale-Revised, CHEW: 3-item Chew literacy scale, CLVS-64: Cumulative Lifetime Violence Severity, CRIES-8: Children's Revised Impact of Event Scale – 8, DASS: Depression Anxiety Stress Scales, DCSQ: The Swedish Demand–Control–Support Questionnaire, DDS: Diabetes Distress Scale, DFS-12: Diabetes Fatalism Scale, DI: Demand of Immigration, DKQ: Diabetes Knowledge Questionnaire, DSSYR: The Daily Stressors Scale for Young Refugees, Duke-UNK 11: Duke-UNK-11 Functional Social Support scale, EDS: Everyday Discrimination Scale, EDS-W: Everyday Discrimination Scale by Williams , ENRICH: Marital Satisfaction Scale , EPRES: Employment Precariousness Scale, FAD: 6-item General Family Functioning Sub-scale from the Family Assessment Device, FFQ: Food Frequency Questionnaire, FS: Flourishing Scale , FSLE: Financial-related Stressful Life Events, GAD: Generalized Anxiety Disorder, GADB: Generalized Anxiety Disorder Brief Screener, GADS: Generalized Anxiety Disorder Scale, GHQ-28: General Health Questionnaire-28, GPSS: Global Perceived Stress Scale, GQ-6: German Questionnaire-6 (cuestionario de dolor), GRCS: Gender Role Conflict Scale, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, HPLP-II: Health-promoting Lifestyle Profile-II Questionnaire, HTQ: Harvard Trauma Questionnaire, IEQ: Injustice Experience Questionnaire, IPAQ: International Physical Activity Questionnaire, IQ-SC: World Bank Integrated Questionnaire to Measure Social Capital, ISCO: International Standard Classification of Occupations, JDS: Job Decision Latitude Scale, K6: Kessler Psychological Distress Scale, LEI: Life Events Inventory, L-PROM: Lupus Patient-Reported Outcome measure Physical Health and Pain-Vitality subscales, MSPSS: The multidimensional scale of perceived social support, NCI: Neighbourhood Cohesion Index, NDS-R: Neighborhood Disorder Scale by Ross, NHI Toolbox: Neurology and Health Impact-Toolbox, NHS: National Health Survey, NPI: Neighbourhood participation/problem index, NVS: Neighborhood Violence Scale, PAD: Peripheral Arterial Disease Questionnaire, PC-PTSD: Primary Care-Posttraumatic Stress Disorder, PD: Perceived Discrimination, PDSMS: Perceived Diabetes Self-Management Scale, PEDQ: Brief Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire, PedsQL: Pediatric Quality of Life Measurement Model, PHQ-A: Patient Health Questionnaire-Adolescent, PHQ-9: Patient Health Questionnaire-9, PIS: Perceived Inequality Scale, PROMIS: Physical Global Health scale of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, PSRS: Provisions of Social Relations Scale PSS-10: Perceived Stress Scale-10 items, PSS-8: Perceived Stress Scale-8 items, PSS-14:

Perceived Stress Scale-14 items, **PTSD-CL**: *Posttraumatic Stress Disorder Checklist*, **RHS-15**: *Refugee Health Screener-15*, **SAI**: *Spielberg Anxiety Inventory*, **SDQ**: *Strengths and Difficulties Questionnaire*, **SDRS**: *Social Dispositions in Relationships Scale*, **SEI**: *Socioeconomic Inventory*, **SEQ**: *Self-efficacy Questionnaire*, **SES**: *MacArthur Socioeconomic Status*, **S-ESQ**: *Socioeconomic Status Questionnaire*, **SF-8**: *Short Form 8-Item Health Survey*, **SF-12**: *Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey*, **SF-36**: *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*, **SS-A**: *Social Support Appraisals Scale*, **SSS**: *Social Support Survey*, **STAI**: *State-Trait Anxiety Inventory*, **USDA-Q**: *United States Department of Agriculture's 6-Item Food Security Questionnaire*, **US-DAFSS**: *US Department of Agriculture Food Security Questionnaire*, **US-HFSSM**: *United States Household Food Security Survey Module*, **VAS**: *EuroQoL Visual Analog Scale*, **WHQOL-AGE**: *World Health Organization Quality of Life - Older Adults Module*, **WHOQOL-BREF**: *World Health Organization Quality of Life – BREF*, **WI**: *Wheaton's Inventory*.

Tabla 2

Características de los artículos revisados desde 2016-2019

Cita	Muestra	Indicador de desigualdad	Medidas	Diseño	Resultados
Adynski et al., 2019	2510 madres en el periodo postparto de 26 años de media.	Estatus socioeconómico	HITS; PSS-14; EPDS; NIAS-MINI	Observacional multicéntrico y longitudinal	Asociación significativa entre la violencia interpersonal, ingresos económicos bajos, baja seguridad alimentaria y la ansiedad, estrés y depresión.
Barile et al., 2017	1107 adultos (23% hombres; 77% mujeres) mayores de 18 años.	Condiciones vecindario	BRFSS; CDC-HRQOL; PSS-14	Transversal	Peor estatus socioeconómico y barrio predicen niveles elevados de estrés, reflejados en peor salud física y mental.
Bonner et al., 2017	39699 encuestados (48% hombres; 52% mujeres) mayores de 40 años.	Nivel de ingresos Estatus socioeconómico	CCHS	Transversal	Mayores ingresos predicen un estado de salud 5 veces mejor en personas de 40-64 años por menores niveles de estrés.
Cohen-Cline et al., 2018	1586 pares de gemelos (27% hombres; 73% mujeres) mayores de 18 años.	Capital social cognitivo Estatus socioeconómico Condiciones vivienda/vecindario	PHQ-2	Transversal	Mayor capital social cognitivo y mejores condiciones del vecindario se asocian con una menor prevalencia de sintomatología depresiva.

Frølich et al., 2019	1397173 adultos (48,40% hombres; 51,6% mujeres) mayores de 16 años.	Estatus socioeconómico	DNAHR: DNPR ¹ , DNPR ² , DNHSR; NDR	Cohorte retrospectivo	Peor estatus socioeconómico predice un peor estado de salud, aumentando la multimorbilidad de enfermedades crónicas.
Julià et al., 2017	4430 trabajadores (56% hombres; 44% mujeres) de 16 a 65 años.	Condiciones laborales	SF-36; EPRES	Transversal	Existe un gradiente de peor salud mental por puntaje de precariedad.
Jung et al., 2018	299 pacientes (74,9% hombres; 25,1% mujeres) con psoriasis en una clínica/hospital de más de 19 años.	Estatus socioeconómico	DLQI	Transversal	Un bajo estatus socioeconómico predice peor calidad de vida asociada a la salud en pacientes con psoriasis.
Kivimaki et al., 2018	3467 participantes (48% hombres; 52% mujeres) de 6 a 18 años.	Desigualdad, Condiciones Vecindario	NSD	Observacional	Vecindarios empobrecidos predicen mayores problemas de salud física/mental.
Kornienko et al., 2018	155 estudiantes universitarios (45% hombres; 55% mujeres) de edad media 19,52 años.	Apoyo social	PSS-10; Mini IPIP	Correlacional	Mayores relaciones sociales aumentan las medidas de respuesta inmunológica.
Mahmoodi et al., 2019	719 mujeres iraníes embarazadas (edad media de 28.68 años) con edad gestacional de 24-28 semanas.	Estatus socioeconómico	DOQ; SES ¹ ; DASS-21; PAS; DVQ; MSPSS; HFIAS	Prospectivo	Mayor estrés, ansiedad o depresión por un bajo estatus socioeconómico predicen peor salud física en recién nacidos.
Mezuk et al., 2017	1354 adultos (45,6% hombres; 54,4% mujeres) mayores de 50 años (media de 67,34 años).	Estatus socioeconómico	HRS; LBQ; CES-D	Transversal	Buen estatus socioeconómico predice mejor autorregulación frente al estrés, traducida en beneficios para la salud.
Miret et al., 2017	53269 (45% hombres; 55%	Estatus socioeconómico	WHOQOL-BREF; DRM; WHODAS	Transversal	Evaluación subjetiva del bienestar se asocia más significativamente con la salud que el experimentado objetivamente. Peor SES genera

	mujeres) mayores de 18 años.				peor evaluación subjetiva del bienestar y más problemas de salud.
Mocini et al., 2018	85 hombres con trastorno por uso de sustancias mayores de 18 años	Percepción de justicia	PSS-14; SES ² ; SCR; TES; HBM	Cuasiexperimental	Entorno desfavorecido predice desigualdades en el acceso a tratamiento para el TUS
Obasi et al., 2017	60 afroamericanos (36,1% hombres; 63,9% mujeres) de 18 a 22 años del medio rural	Nivel de ingresos	PSS-14; FRS; TSST	Transversal	Menos ingresos predice respuesta disminuida del cortisol ante el estrés agudo, menor capacidad de responder al estrés. Menor activación del eje HPA.
Othman et al., 2019	148 estudiantes (25% hombres; 75% mujeres) de 19 a 54 años (edad media 22).	Estatus socioeconómico	PHQ-9; BAI; PSS-14	Transversal	V. asociadas con depresión: calificaciones, factores familiares, sociales, políticos y salud autopercebida V. asociadas con ansiedad: factores familiares, socioeconómicos y edad. V. asociadas con estrés: calificaciones y los factores sociales.
Padkapayeva et al., 2018	8328 trabajadores (52% hombres; 48% mujeres) con horarios de más de 15 horas semanales de 20 años en adelante	Condiciones laborales	JCQ	Transversal	La precariedad laboral predice niveles elevados de estrés entre los trabajadores, siendo la tensión laboral el factor más directo en mujeres e inseguridad laboral en hombres.
Präg et al., 2016	33342 (45% hombres; 55% mujeres) de 25 a 74 años	Estatus socioeconómico	ISEI, ISCO	Transversal	El estatus socioeconómico subjetivo predice problemas de salud en las personas, más allá de los indicadores objetivos.
Roy et al., 2016	1807 adultos (50% hombres; 50% mujeres) de diferentes vecindarios de 18 a 91 años	Estatus socioeconómico Nivel de ingresos Condiciones vecindario	HUI; SES	Transversal	El estatus socioeconómico subjetivo (SSS) explica la relación entre ingreso relativo del vecindario y los resultados de la salud.
Shiozaki et al., 2017	1196 hombres oficiales de policía	Condiciones laborales	BJSQ; JCBS	Transversal	Trabajos de riesgo y precariedad laboral predicen peor salud, aquí mayor riesgo de cardiopatía coronaria >45 años

	japoneses de entre 30 y 60 años.				
Singh-Manoux et al., 2018	8270 adultos (67,1% hombres; 32,9% mujeres) de 50 años	Posición ocupacional y estatus socioeconómico	Grado de Empleo en el Servicio Civil Británico	Observacional	Peor ocupación y menor estatus socioeconómico predicen mayor multimorbilidad y mortalidad.
Vameghi et al., 2018a	500 mujeres en edad reproductiva	Estatus socioeconómico Apoyo social percibido Grado de violencia doméstica	SEI; PSS-10; PSSI; STAI; BDI; DVI	Transversal descriptivo-analítico	Menor estatus socioeconómico o apoyo social predicen violencia doméstica contra mujeres, y mayores niveles de estrés percibido, depresión y ansiedad.
Vameghi et al., 2018b	950 madres iraníes y sus hijos (edad media 28,05 años)	Estatus socioeconómico Apoyo social percibido	BDI-II; STAI; MSPSS; PSS-14; ASQ; SES	Transversal	Peor estatus socioeconómico predice efectos directos e indirectos sobre el desarrollo infantil.
Vameghi et al., 2018c	1065 mujeres iraníes en edad reproductiva (18-35 años)	Estatus socioeconómico Apoyo social percibido	SEI; STAI; PSS-10; PSSI; BDI	Transversal	El estatus socioeconómico, apoyo social, estrés y ansiedad tienen efectos directos e indirectos sobre los niveles de depresión.
Walker & Krägeloh, 2016	263 solteras NO trabajadoras a tiempo completo de 19 años a 62 años (media 35 años)	Apoyo social	PSS-10; ISEL; WHOQOL-BREF	Transversal	El apoyo social es un factor protector y predice la calidad de vida relacionada con la salud, pero no genera un efecto amortiguador sobre el estrés percibido.
Wheeler et al., 2019	96 individuos (13,5% hombres y 86,5% mujeres) de 40 años de media.	Estatus socioeconómico Experiencias adversas en la infancia	ACE Survey; BFMHQ; BSRERS; OQ-45.2	Transversal	Las Experiencias Adversas en la Infancia de sectores poblacionales desfavorecidos predice mayor distrés relacionado, asociado a peor salud física y mental.

Notas. ACE Survey: Adverse Childhood Experience Survey, ASQ: Ages and Stages Questionnaires, BAI: Beck Anxiety Inventory, BDI-II: Beck Depression Inventory, BJSQ: Brief Job Stress Questionnaire, BFMHQ: Brief Family Medical History Questionnaire, BRFS: Behavioral Risk Factor Surveillance System, BSRERS: Behavioral Self-Regulation for Effective Relationship Scale, CBEL: CCHS: Canadian Community Health Survey, CDC-HRQOL: Centers for Disease Control and Prevention Health-Related Quality of Life measure, CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, DAAS-21: The 21-Item Depression, Anxiety, and Stress Scale, DLQI: Dermatology Life

Quality Index Scores, DNAHR: Danish National Administrative and Health Registries, DNHSR: Danish National Health Service Registry, DNPR¹: Danish National Patient Registry, DNPR²: Danish National Prescription Registry, DOQ: The Demographic and Obstetric Questionnaire, DRM: Day Reconstruction Method, DVI: Domestic Violence Inventory, DVQ: Domestic Violence Questionnaire, EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPRES: Employment Precariousness Scale, FRS: Family Resource Scale, HBM: Health Belief Model, HFIAS: The Household Food Insecurity Access Scale, HITS: Hurt, Insult, Threaten, Scream, HRS: Health and Retirement Study, HUI: Health Utilities Index, ISCO: International Standard Classification of Occupations, ISEI: International Socio-Economic Index, ISEL: Interpersonal Support Evaluation List, JCBS: Japanese Coronary-prone Behavior, JCQ: Job Content Questionnaire, LBQ: Leave Behind Questionnaire, MINI-IPIP: Short Form of the International Personality Item Pool-Five-Factor Model Measure, MSPSS: The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, NDR: National Diabetes Registry, NIAS-MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)—Anxiety subscale, NSD: Neighbourhood Socioeconomic Disadvantage, OQ-45.2: Outcome Questionnaire 45.5, PAS: Pregnancy-Anxiety Scale, PHQ-2: Patient Health Questionnaire-9, PSS-10: Perceived Stress Scale 10 items, PSS-14: Perceived Social Support Scale, PSSI: Perceived Social Support Inventory, SCR: States of Change Readiness, SEI: Socioeconomic Inventory, SES¹: MacArthur Socioeconomic Status, SES²: Self-efficacy Scale, SF-36: Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, STAI: State-Trait Anxiety Inventory, TES: Treatment Eagerness Scale, TSST: Trier Social Stress Test, WHODAS: WHO Disability Assessment Schedule, WHOQOL-BREF: WHO Quality Of Life Instrument

Tabla 3

Resumen de las características de los artículos revisados desde 2012-2015

Cita	Muestra	Indicador de desigualdad	Medidas	Diseño	Resultados
Armfield et al., 2013	4549 adultos (50.5% hombres; 49.5% mujeres) con dentición natural entre los 18-91 años	Estatus socioeconómico Apoyo social	MSPSS; PCPM; PSS-14; SES	Transversal	Estatus socioeconómico elevado predice mejor salud oral. Variables psicosociales se asocian con la autopercepción de salud a través a través del estrés percibido.
Baheiraei et al., 2015	770 mujeres de 15 a 49 años en Irán de edad media 34 años.	Estatus socioeconómico	SF-36	Transversal	Peor SES reflejan peores experiencias de salud.

Benach et al., 2015	2279 personas (51% hombres; 49% mujeres) mayores de 16 años trabajadoras en Cataluña.	Condiciones laborales	GHQ-12; EPRES	Transversal	Existencia de un gradiente positivo entre la precariedad laboral y la mala calidad de vida o salud de las personas.
Butterworth et al., 2012	403 adultos (44,2% hombres; 55,8% mujeres) de mediana edad con edades comprendidas entre los 44-48 años	Nivel de ingresos y crisis económica Experiencias traumáticas y adversidad infantil	PHQ-9; CVLT, WMS; SDMT	Transversal	Peor estatus socioeconómico predice menores volúmenes de áreas cerebrales a través del eje HHPA
Di Domenico & Fournier 2014	1139 adultos (31% hombres; 69% mujeres) de 18-76 años.	Estatus socioeconómico subjetivo Nivel de ingresos	SES; GC; BPNS; PILL; SMUHQ	Transversal	La desigualdad en ingresos predijo más problemas de salud.
Economou et al., 2013	(a) 2197 (49,1% hombres; 50,9% mujeres) jóvenes adultos (b) 2256 (48,3% hombres; 51,7% mujeres) jóvenes adultos	Nivel de ingresos	SCID-I; IPED	Transversal	Dificultades económicas y menos ingresos se asocian a una mayor prevalencia de sintomatología depresiva
Ford, 2014	517 adultos (46% hombres; 52% mujeres) con media de 50,9 años	Justicia percibida Apoyo laboral	IJS-12; DJS-12; JCQ-SSS; RSES	Transversal	Trato laboral injusto predice peor salud general en los desfavorecidos. El apoyo social es un factor protector.
Gao et al., 2013	222 adultos chinos (38,3% hombres; 61,7% mujeres) con diabetes tipo 2 mayores de 18 años	Apoyo social	C-DMSES; SDSCA; HEIQ	Transversal	Tener un mayor apoyo social se asocia a un mejor autocuidado y a mejor control glicémico en pacientes con diabetes.
Han, 2014	2866 adultos chinos (51% hombres; 49% mujeres) de 18 a 70 años (media 42 años).	Estatus socioeconómico Justicia percibida	CES-D	Transversal	Bajo estatus socioeconómico y la percepción de desigualdad predicen peor salud autopercebida y más angustia psicológica.
Kachi et al., 2014	15222 empleados (55,75% hombres; 44,25% mujeres) de 50-59 años.	Condiciones laborales	K6	Observacional	El empleo precario predice un doble riesgo de prevalencia de trastornos de estrés psicológico.

Markwick et al., 2014	34168 adultos (339 personas aborígenes) mayores de 18 años.	Estatus socioeconómico Nivel de ingresos Apoyo social	K10	Observacional	Peor estatus socioeconómico, estrés financiero o inseguridad alimentaria predicen mayor prevalencia de enfermedades.
Niedhammer et al., 2013	29609 trabajadores (51% hombres y 49% mujeres) mayores de 18 años.	Condiciones laborales	JCQ; EWCS	Transversal	La precariedad laboral como factor de riesgo y predictor de enfermedad demandante a nivel psicológico.
Senn et al., 2014	508 participantes de una clínica de enfermedades de transmisión sexual (54% hombres; 46% mujeres) mayores de 16 años	Estatus socioeconómico	PSS-14; MOSGHS	Transversal	Peor estatus socioeconómico objetivo y percibido predecía una peor salud, con efectos indirectos a través del estrés
Smyth et al., 2015	1698 adultos (33,3% hombres; 66,7% mujeres) de 16 años en adelante.	Estatus socioeconómico Apoyo social	AUDIT, CIS-R; <i>SAPAS</i> ; <i>PSQ</i>	Transversal	Menor estatus socioeconómico predice menos redes sociales y factores protectores ante trastornos mentales.
Tsai & Thompson, 2013	1397 inmigrantes filipinos trabajadores (40% hombres; 60% mujeres) de 18 a 65 años.	Relación población migrante y apoyo social Condiciones laborales	Escala de 21 ítems (angustia psicológica); Escala de 17 ítems (síntomas somáticos); Escala de 18 ítems (sintomatología de abuso de drogas o alcohol); Escala para la gravedad del consumo de alcohol; Escala de discriminación social; Medición indicadores de apoyo social y preocupaciones laborales	Transversal	Discriminación y bajo apoyo social predicen peor salud mental y uso de sustancias. Quejas por condiciones laborales se asocian solo con peor salud mental.
Tsuno et al., 2015	1546 trabajadores (52,3% hombres; 47,7% mujeres) de 20 a 60 años	Condiciones laborales Estatus socioeconómico Nivel de ingresos	JSIC	Transversal	El estatus socioeconómico, el nivel de ingresos y el empleo desempeñado predicen el riesgo de experimentar acoso laboral, el cual se traduce en mayor problemas de salud.
Vives et al., 2013	5679 trabajadores temporales y permanentes (52,3% hombres; 47,7% mujeres) de 16 a 65 años	Condiciones laborales Estatus socioeconómico	EPRES; SF-36	Transversal	Precariedad laboral predice mayor riesgo de mala salud mental, asociación significativa más marcada en mujeres como resultado a las asimetrías y discriminación de género.
Vogt et al., 2013	469 veteranos de guerra (59,1% hombres; 40,9% mujeres) de edad media 35 años.	Vivencia de eventos traumáticos y condiciones estresantes previas	DRRI; PCL-M militar	Transversal	La vivencia de eventos traumáticos en militares predice el aumento de la prevalencia de trastornos mentales asociados al estrés (TEPT), repercutiendo en la salud.

Walker et al., 2014a	615 adultos (61,6% hombres; 38,4% mujeres) con diabetes tipo 2 de más de 18 años.	Estatus socioeconómico	DFS; PDSMS; PHQ-9; DDS; K6; SSS; PSS-14; SF-12, DKQ	Transversal	Estatus socioeconómico alto predice más adherencia al tratamiento y mejores resultados salud.
Walker et al., 2015	615 adultos con diabetes tipo 2 (61,6% hombres; 38,4% mujeres) con diabetes tipo 2 de más de 18 años.	Estatus socioeconómico Apoyo social	NHS; DMSES; K6; MGLS	Transversal	La angustia psicológica y el bajo apoyo social se relacionan inversamente con el control glucémico.
Walker et al., 2014b	615 adultos (61,6% hombres; 38,4% mujeres) con diabetes tipo 2 de más de 18 años.	Estatus socioeconómico	TOFHLA; DFS; DMSES; PHQ-9; DDS; K6; PSS; DKQ; SF-12	Transversal	Peores factores socioeconómicos predicen malestar psicológico, traducido en peor autogestión de la diabetes y más prevalencia de otras condiciones en diabéticos.

*Notas. **AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test, **BPNS:** Basic Psychological Needs Scale, **C-DMSES:** Chinese version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale, **CES-D:** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, **CIS-R:** Revised Clinical Interview Schedule, **CVLT:** California Verbal Learning Test, **DDRI:** Deployment Risk and Resilience Inventory, **DDS:** Diabetes Distress Scale, **DFS:** Diabetes Fatalism Scale, **DJS:** Distributive Justice Scale, **DKQ:** Diabetes Knowledge Questionnaire, **DMSES:** Diabetes Management Self-Efficacy Scale, **EPRES:** Employment Precariousness Scale, **EWCS:** European Working Conditions Survey, **GC:** Gini Coefficient, **GHQ-12:** General Health Questionnaire-12, **HEIQ:** Health Education Impact Questionnaire, **IJS-12:** Interpersonal Justice Scale-12, **IPED:** Index of Personal Economic Distress, **JCQ:** Job Content Questionnaire, **JCQ-SSS:** Job Content Questionnaire Social Support Scale, **JSIC:** Japan Standard Industry Classification, **K6:** Kessler Psychological Distress Scale, **K10:** Kessler 10 Psychological Distress Scale, **MGLS:** Morisky-Green Levenstein Scale, **MOSGHS:** Medical Outcomes Study General Health Survey, **MSPSS:** Multidimensional Scale of Perceived Social Support, **NHS:** National Health Survey, **PCL-M:** 17-item PTSD Checklist, **PCPM:** Perceived Constraints and Personal Mastery; **PDSMS:** Perceived Diabetes Self-Management Scale, **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire, **PILL:** Pennebaker Inventory of Limbic Languidness, **PSQ:** Psychosis Screening Questionnaire, **PSS-14:** Perceived Stress Scale, **RSES:** Rosenberg Self-Esteem Scale, **SAPAS:** Standard Assessment of Personality-Abbreviated Scale, **SCID-I:** Structured Clinical Interview, **SDMT:** Symbol-Digit Modalities Test, **SDSCA:** Summary of Diabetes Self-Care Activities Scale, **SES:** MacArthur Scale of Subjective Social Status, **SF-12:** Medical Outcomes Study 12-Item Short Form Health Survey, **SF-36:** Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, **SMUHQ:** Southern Methodist University Health Questionnaire, **SSS:** Social Support Survey, **TOFHLA:** Test of Functional Health Literacy in Adults, **WMS:** Weschler Memory Scale.*

El determinante social más estudiado y que ha sido objeto de análisis en más de la mitad de los artículos seleccionados a lo largo de la revisión ha sido el estatus socioeconómico (53) y diferentes investigaciones emplean diversos indicadores para delimitarlo; las condiciones laborales o la amplia variedad de tipos de empleo (12) que generalmente se miden a través de la Escala de Precariedad Laboral EPRES (5), el nivel de ingresos (10), el apoyo social (18), la vivienda o las condiciones del vecindario (4), el trato recibido y percibido por personas inmigrantes (4) o el nivel de formación reflejado en los años de educación, este último indicador incorporado con otros factores dentro del propio término estatus socioeconómico. Además, recientes estudios incorporan medidas “subjetivas” de estatus socioeconómico como la Escala de Estatus Social Subjetivo de MacArthur (7), una de las más recurrentes en esta revisión.

Respecto a las mediciones de salud mental recogidas en los estudios revisados destacan las medidas de estrés (47), ansiedad (14) y depresión (14). Nótese que se trata de indicadores de salud mental íntimamente relacionados entre sí y no mutuamente excluyentes, algo que será explicado posteriormente en el apartado de discusión. En cuanto a las escalas o instrumentos más utilizados, se deben recalcar la Escala de Estrés Percibido (32), herramienta encargada de cuantificar los niveles de estrés reportados por los participantes, el Cuestionario de Salud del Paciente PHQ-9 (12), vinculado con la prevalencia de sintomatología asociada al episodio depresivo mayor y, por último, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (5) para evaluar los niveles de ansiedad, tal y como su propio nombre indica. Además, otros instrumentos también aparecieron de forma recurrente como parte de la metodología de los artículos revisados como la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (14), Escala de Depresión de Beck (5), la *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (4) y el Cuestionario SF-36 asociado con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (4).

Además, no solamente se incorporaron indicadores de salud mental. De esta forma, los artículos escogidos en esta revisión también incluyeron indicadores de salud física relacionados con el impacto de los determinantes sociales sobre aspectos crónicos como la diabetes (6), condición medida a través de la escala de Fatalismo en la Diabetes (4), Escala de Distrés en la Diabetes (3), el Cuestionario de Conocimiento sobre la Diabetes (3) o la Escala de Autocontrol de la Diabetes Percibida (2). La hipertensión arterial (4) fue otro de los indicadores físicos más recurrentes y, en menor número, también se encontraron indicadores de salud perinatales en gestantes y recién nacidos (9), población sobre la que se midió la prevalencia y el impacto de los determinantes sociales sobre condiciones como el bajo peso al nacer, la hipertensión gestacional o el nivel de desarrollo madurativo de los menores. No obstante, otros estudios también han abordado aspectos como el dolor crónico (1), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (1), la salud bucodental (1) o el Lupus Eritematoso Sistémico (1).

Con respecto a las muestras, cabe destacar que fueron heterogéneas, incluyendo poblaciones de Europa, EEUU, Canadá, Irán, Iraq, Etiopía, China, Japón, diversos países de Latinoamérica, personas refugiadas de varias nacionalidades e incluso personas indígenas o aborígenes de regiones como Panamá o Australia. Todos estos participantes contaron con ocupaciones diversas, desde trabajadores generales, empresarios, oficiales de policía, veteranos de guerra, desempleados o estudiantes. El tamaño de las muestras es el adecuado y dispone de poder suficiente para detectar efectos, con un rango comprendido entre los 60 y los 1397173 participantes. Solamente tres estudios de los 80 revisados están compuestos por una muestra menor a 100 personas, con 60, 85 y 96 individuos respectivamente, pero se han incluido voluntariamente por su valor y por la calidad de los resultados expuestos. En cuanto a la distribución por sexo y edades, cabe destacar que las muestras estaban generalmente

compuestas por hombres y mujeres adultos en proporciones correspondientes con la población general.

Los 12 estudios que analizaron el impacto de las condiciones laborales como determinante social de salud encontraron que la precariedad laboral predijo niveles de estrés tóxico entre los trabajadores, independientemente del sector de edad al que se perteneciera (Niedhammer et al., 2013; Ortiz-Hernández et al., 2022; Tsai & Thompson, 2013). Este incremento en los niveles de estrés presentó asociaciones significativas con un mayor riesgo de cardiopatías y peor salud mental (Belvis et al., 2022; Shiozaki et al., 2017; Walker et al., 2021). Asimismo, Padkapayeva et al. (2018), encontraron que el principal estresor en mujeres fue la tensión o ambiente laboral negativo y en hombres la inseguridad laboral.

Cerca de 20 estudios destacan el papel del apoyo social como moderador del impacto de esta precariedad descrita sobre la salud (véase, por ejemplo, Belvis et al., 2022; Sánchez-Recio et al., 2021). Complementariamente, 4 de ellos destacan la discriminación o exclusión social como estresor clave responsable de peor salud en extranjeros o personas refugiadas (Dawson et al., 2021; Schilz et al., 2023; Tsai & Thompson, 2013; Verelst et al., 2022; Walker & Krägeloh, 2016).

En conjunto, los estudios sobre determinantes sociales de la salud indican que un peor estatus socioeconómico está asociado con peores indicadores de salud, independientemente del indicador o población que se considere. Sin embargo, casi 50 investigaciones indican que no sólo aquellos con peor estatus socioeconómico se ven afectados por peores condiciones de salud, sino que los resultados muestran la existencia de un gradiente socioeconómico a través del cual, diferencias en el estatus poseído se traducen en diferencias en las probabilidades o riesgo a padecer diversos problemas de salud a lo largo de todo el continuo existente (véase, por ejemplo, Jung et al., 2018; Olstad et al., 2022; Steen et al., 2020). Es decir, el problema

no radica sólo en la pobreza, sino en la desigualdad (cuyo impacto se traducirá en una peor salud a través del mecanismo del estrés).

Discusión

Los resultados de esta revisión indican que un estatus socioeconómico desfavorable, indicador principalmente medido a través de la precariedad laboral o situaciones de exclusión social, junto a la desigualdad, está asociado con un peor estado de salud. Además, otro resultado relevante implica que el estrés es el mecanismo psicológico que explicaría cómo la percepción de condiciones psicosociales desfavorables provoca una cascada de cambios fisiológicos que, entre otros efectos, son capaces de provocar mayor riesgo de problemas de salud en múltiples sistemas por acumulación de daño cuando la exposición a estrés es crónica o sostenida en el tiempo (inmunitario, metabólico, etc.).

Estos resultados son importantes por los siguientes motivos:

El primero está vinculado con la amplia evidencia disponible sobre el papel de los factores psicosociales o contextuales en la salud, un tema que resulta difícil de acomodar en el actual modelo biomédico, el cual está orientado al diagnóstico y tratamiento de alteraciones fisiológicas e incluso trastornos mentales a través de psicofármacos como primera y, en ocasiones única, línea de actuación (Rose, 2006). Mientras tanto, innumerables condiciones sociales materiales serían negligentemente ignoradas. Esta interpretación estaría alineada con los estudios de Adler & Stewart (2010).

El segundo motivo por el cual estos hallazgos son relevantes en el ámbito de la Psicología está relacionado con el conocimiento existente en torno a la escala o las dimensiones del impacto de los determinantes sociales sobre la salud. Estudios poblacionales de gran calado, principalmente dirigidos desde la Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS (Marmot, 2005), estiman que el impacto de los determinantes sociales sobre la salud

es superior al atribuido a la asistencia médica, explicando así más de una década de diferencia en la esperanza de vida estimada entre los más y menos favorecidos a lo largo del gradiente socioeconómico (Chetty et al., 2016; Marmot, 2011). Es decir, si bien la pobreza es el principal factor de riesgo para la salud en disciplinas como la medicina social o conductual (Casallas-Murillo, 2017), los resultados de este último estudio indican que no se debe considerar únicamente la pobreza como un factor de riesgo para la salud. Además de abordar la falta de recursos, se debe atender especialmente a la desigualdad generada a raíz de este problema y, por tanto, las intervenciones diseñadas no deberían ir dirigidas a reducir exclusivamente la pobreza, ya que la desigualdad debe ser atendida en el mismo grado.

El tercer motivo que justifica las amplias implicaciones de esta revisión está vinculado con la subestimación sistemática del impacto de los determinantes sociales, como la pobreza o las desigualdades, sobre la salud. Esta tendencia a infravalorar su efecto puede entenderse como el resultado de que su impacto esté mediado por la respuesta de estrés, incrementando el riesgo de problemas de salud por acumulación de daño a lo largo de años o décadas y dificultando tomar consciencia entre ambos. Estos postulados están en línea con lo indicado por Braveman et al. (2011). Esta idea concuerda con la percepción actual de que muchos aspectos de la vida cotidiana que tienen un precio para la salud general se presuponen sistemáticos y, por ello, permanentes e inmutables (Solar & Irwin, 2010).

El cuarto motivo que explica la relevancia de esta temática se asocia a la creciente reivindicación para incrementar el número de psicólogos en la red de atención sanitaria dentro del ámbito de la salud mental en España (Flowers & Davidov, 2006). Sin embargo, los resultados de este estudio sugieren que, si bien es una medida deseable contar con atención profesional para abordar los problemas una vez se consolidan, el impacto de esta medida será limitado mientras no se aborden las condiciones sociales materiales en las que surgen estos problemas, especialmente cuando las tasas de pobreza y niveles de desigualdad se mantienen

en niveles de máximos históricos y creciendo (Castro et al., 2004). Estas ideas son consistentes con previos estudios que critican la tendencia a medicalizar y abordar individualmente aspectos y dificultades sociales (Kazdin, 2017; Kessler et al., 2005; McEwen, 2012). Estas ideas resultan prioritarias incluso desde el punto de vista de la eficiencia, pues parece razonable pensar que es más productivo abordar las condiciones sociales materiales en las que se crean las enfermedades y trastornos, por ejemplo, de salud mental, que limitarse al tratamiento individualizado y especializado de los problemas una vez que debutan en un individuo (Evans & Repper, 2000). Esta interpretación es consistente con los datos aportados por el estudio de Kazdin (2017), el cual afirma que la amplia mayoría del sector poblacional afectado por un trastorno mental no recibe los servicios psicológicos requeridos y, en caso de hacerlo, lo hacen con una calidad menor a la esperada. Otros estudios con población estadounidense afirman que hasta un 70% de la población demandante de atención psicológica no reciben ningún tipo de intervención (Kessler et al., 2005). La propia OMS encontró que hasta el 85% de la población en cuatro continentes como América, Europa, Asia y África con problemas de salud mental no disfrutaron de ningún tratamiento (Marmot, 2005). Esta amplia brecha existente entre la necesidad de atención sanitaria y la escasez en la provisión de servicios psicológicos y médicos ha ganado importancia en los últimos años, generando incluso programas de acción desde la OMS para reducir el porcentaje de personas en regiones desfavorecidas que no tienen acceso al tratamiento requerido (Keynejad et al., 2021). Este programa se denominó Mental Health Gap Action Programme y estuvo destinado a ampliar el número de servicios disponibles para la intervención de trastornos mentales en los sectores poblacionales más necesitados. Las condiciones abordadas por estas iniciativas suponen un factor perjudicial para la salud global, una situación agravada por la escasez de profesionales y la mala distribución de los actualmente disponibles. Se hace necesario el estudio de las razones que explican la

prevalencia de estas enfermedades en la sociedad y el modo de intervenir sobre los contextos para actuar sobre las condiciones en las que surgen antes de que se manifiesten (Sibanda & Doctor, 2013).

El quinto punto que evidencia las expectativas de futuro de este trabajo está relacionado con la concordancia existente entre los resultados de esta revisión y los hallazgos del recién publicado Informe PRESME de la Comisión de Expertos en Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social (2023), en el cual se ha analizado la relación existente entre la precariedad laboral y la salud mental. La precariedad laboral, uno de los principales indicadores de desigualdad y uno de los más recurrentes en esta revisión, ha sido operativizada en términos de explotación, dominación o discriminación. Asimismo, la estabilidad en el empleo, la vulnerabilidad, el nivel de ingresos y las ganancias sociales han sido consideradas como sus bases principales (Amable et al., 2001; Benach et al., 2014). Un sueldo insuficiente, excesivas horas de trabajo impredecibles, empleos a tiempo parcial, ausencia de contratos, violación de los derechos de las personas trabajadoras, turnos u horarios rotatorios o la inseguridad laboral están asociados con un mayor riesgo de problemas de salud mental vinculados con el estrés, la ansiedad y la depresión, además de otras condiciones físicas relacionadas con el riesgo de cardiopatías, mortalidad o sobrepeso (Lanau & Lozano, 2022; Rivero et al., 2021; Rönnblad et al., 2019). Un trabajador expuesto de forma sostenida a estas condiciones percibirá una falta de control sobre su vida que, como ya se ha expuesto, es la base fisiológica del estrés y permite explicar cómo la precariedad laboral podría ser uno de los fenómenos clave para comprender la dinámica de empobrecimiento de los sectores más desfavorecidos (Lanau & Lozano, 2022). Este informe PRESME resulta relevante porque ofrece luz sobre dos datos impactantes acerca de la Unión Europea y, sobre todo, a nivel nacional (Comisión de Expertos en Salud Mental del Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2023). España está en cabeza en las estadísticas sobre precariedad laboral,

un dato consistente si se analiza en conjunto con el hecho de que es el país con mayor consumo de ansiolíticos e hipnóticos (Díez et al., 2023).

Otra idea importante asociada con la precariedad reside en el hecho de que reduce el tiempo disponible para otras actividades vinculadas con el ocio, las relaciones sociales y/o el ejercicio físico. Estas constituyen formas bien documentadas de moderar o reducir el impacto negativo del estrés sobre la salud, siendo una alternativa más saludable que la intervención farmacológica (McEwen, 2007). Sin embargo, la realidad es otra, ofertando puestos de trabajo que condenan a la población a llevar una vida sedentaria que va en contra de su naturaleza biológica a través de la creación de una respuesta de estrés crónica e hiperactiva.

La contraposición entre las políticas esperables y las vigentes es el sexto motivo que justifica la importancia de la revisión. La reducción de la pobreza, desigualdad, precariedad o discriminación podría constituir políticas públicas que mejorarían la salud mental de la población a través de la provisión de una vivienda adecuada, el diseño de programas de reducción de la pobreza o la promoción de contextos seguros con ausencia de violencia (Patel & Sexena, 2014). Sin embargo, se ha de recalcar la oposición entre dichas políticas públicas hipotéticas y las políticas de austeridad neoliberales desplegadas en el contexto de las últimas crisis. El precio requerido para generar un cambio en las mismas es elevado y la presente situación puede generar beneficios a ciertos sectores clave del sistema configurado (Navarro & Shi, 2001). Las orientaciones políticas y la economía tienen una gran influencia en la perspectiva asumida por las intervenciones diseñadas, además de que intereses ocultos pueden perpetuar las desigualdades ya existentes (Marmot et al., 2020).

La séptima razón que confirma la relevancia de la revisión reside en el hecho de que los resultados de este estudio también permiten identificar el estrés, definido como la percepción de falta de control para responder o adaptarse con éxito a las demandas de la vida,

como un mecanismo común asociado con más riesgo de salud mental, especialmente ansiedad y depresión (Juster et al., 2010). Por un lado, la ansiedad podría entenderse como la manifestación fisiológica de la respuesta de estrés, mientras que la depresión, podría conceptualizarse como el resultado final o el agotamiento de una exposición a estrés de forma crónica o sostenida en el tiempo (Andrews & Wilding, 2004; Charmandari et al., 2005; Hammen, 2005). No es sorprendente que la percepción de falta de control sea el elemento central del estrés psicológico y la “indefensión aprendida” constituya el componente clave de la depresión o burnout en el contexto laboral (Abramson et al., 1978). Estos hallazgos son consistentes con los resultados de estudios previos que dejan entrever la pertinencia y actualidad de la denostada “clase social”, elemento subyacente al término estatus socioeconómico, y su impacto en la salud (Braveman et al., 2005). El concepto estatus socioeconómico, determinante social clave a lo largo del proceso de jerarquización social, se emplea con el objetivo de evitar hablar de unas clases sociales que harían retroceder a la sociedad actual varios años, de forma que se pueda justificar la existencia de desigualdades y asumir que son resultado de un proceso natural y necesario (Lamont, 2018; Quiroga-Garza et al., 2018). Sin embargo, la exposición a desigualdades y estresores crónicos acaban teniendo un impacto mayor al esperado, pudiendo afectar y condenar incluso a varias generaciones venideras a través de mecanismos epigenéticos (Yehuda et al., 2005). Es decir, contextos aversivos de pobreza o desigualdad pueden y, de hecho afectan, a cómo se expresan ciertos genes potencialmente relevantes para la salud. Esta interpretación estaría alineada con los estudios de Domenighetti et al. (2000) y McGowan et al. (2009). Desde esta perspectiva, las desigualdades reflejarían un continuo en la distribución de los recursos y oportunidades para hacer frente a las demandas vitales entre la población. Por lo tanto, las desigualdades socioeconómicas acabarían traducándose en desigualdades en salud, independientemente del indicador considerado (Braveman & Gottlieb, 2014). Es importante destacar que estas

desigualdades de salud serían injustas por definición al ser previsibles y prevenibles. Es decir, constituyen problemas de salud evitables y, en consecuencia, injustos.

Los seres humanos somos seres sociales y el estatus socioeconómico se refiere a la posición que ocupamos en la jerarquía. Los resultados de este estudio sugieren que dicha posición, especialmente la posición percibida o subjetiva, tiene implicaciones serias para la salud (Adler & Stewart, 2007; Kraus et al., 2012). La “percepción” de subordinación, menor estatus o mayor precariedad, estaría asociada con la “percepción” de falta de control que define el estrés que, al mismo tiempo, se traduce en una sobreactivación crónica del eje HHA y SNP simpático, elementos centrales y responsables de la modificación del funcionamiento de múltiples sistemas biológicos que incrementarían el riesgo de múltiples problemas de salud física y psicológica (Adler et al., 2000; Navarro-Carrillo et al., 2018). Este es el octavo motivo que denota las amplias implicaciones del trabajo de revisión ya que, no solamente los datos objetivos acerca del estatus socioeconómico pueden repercutir negativamente en la salud, sino que la mera percepción subjetiva y personal en relación con la clase social de pertenencia puede afectar al bienestar de las personas por medio de mecanismos como el estrés (Navarro-Carrillo et al., 2018). De hecho, numerosos estudios confirman que el estatus social subjetivo tiene una asociación más significativa con el funcionamiento psicofisiológico que el determinado por medidas objetivas (Adler et al., 2000).

El noveno motivo recae sobre los resultados de estudios como los de Dubois et al. (2015) y Piff et al. (2012), los cuáles indican que las desigualdades no solo están asociadas con mayor riesgo de problemas de salud, especialmente para aquellos que están en las posiciones más desfavorables en la jerarquía, sino que también reducen la prevalencia de comportamientos altruistas y desinteresados de la población en situación de privilegio. Efectivamente, cuanto más arriba se esté en esa pirámide socioeconómica, existe un mayor riesgo de desarrollar conductas y patrones comportamentales déspotas o egoístas, primando el

beneficio individual ante cualquier colectivo en situación de necesidad, recurriendo al incumplimiento de las normas y al uso de mentiras o engaños para alcanzar con éxito las metas propuestas (Keltner et al., 2003). De hecho, estudios recientes afirman que la clase social puede llegar a influir en la atención visual que se presta a los demás, generando que los más favorecidos se centren en lo material, relegando a un segundo plano al resto de personas y guiándose por prejuicios preestablecidos en la sociedad (Dietze & Knowles, 2016).

De esta forma, las personas más desfavorecidas estarían expuestas a estrés crónico, al contar con menos recursos y oportunidades para dar respuesta o adaptarse a las demandas de la vida (Fiske et al., 2002; Kraus et al., 2011). Sin embargo, las más beneficiadas en la escalera socioeconómica tienden a interpretar su posición de privilegio como un derecho merecido, siendo este un error fundamental de atribución, responsabilizando a los más desfavorecidos de la situación que están viviendo y atribuyendo las condiciones de precariedad o pobreza a rasgos personales (Gino & Pierce, 2009; Kraus et al., 2009; Piff et al., 2010). De aquí se extrae la idea de que cuanto mayor sea la desigualdad o distancia entre los que más y menos tienen, más pronunciados serán estos efectos y mayor impacto tendrá sobre el bienestar poblacional (Berkman & Kawachi, 2001; Dubois et al., 2015).

Según Ding et al. (2017), las personas de clases sociales elevadas son capaces de rechazar ofertas inicuas al verse reforzadas por su sentimiento de superioridad, una percepción de sí mismos distorsionada que consideran lícita y merecida, impidiéndoles acatar cualquier medida que les minusvalore. Sin embargo, el sector poblacional perteneciente a clases sociales bajas no dispone de los recursos u oportunidades suficientes para descartar contratos precarios, tratos de inferioridad, salarios desiguales, peores viviendas, condiciones de vida injustas o el rechazo social. Los resultados de este trabajo son importantes porque subrayan el impacto de estas diferencias en la salud, remarcando el bucle en el que entra el sector más desfavorecido como consecuencia del funcionamiento de la sociedad actual, la

cual condena a las poblaciones con peor estatus socioeconómico a sobrevivir en un contexto injusto de forma sostenida y generándoles la ya mencionada percepción de falta de control.

Una vez se han comentado las implicaciones de esta revisión, cabe mencionar que el trabajo no está exento de limitaciones que requieren de un breve análisis para que los resultados aquí expuestos puedan interpretarse de forma óptima. Los resultados de este estudio deben considerarse con cautela porque la amplia mayoría de los diseños revisados son transversales, los cuales miden las variables en momentos específicos sin atender a las variaciones de estas a largo plazo, no permitiendo establecer relaciones causales (Hoyos & Espinoza, 2013; Vallejo, 2002). Además, los resultados se refieren exclusivamente a los estudios revisados, por lo que podrían existir otros artículos relevantes que hayan quedado fuera de la revisión (Arnau & Bono, 2008; Edwards, 2000). Asimismo, las muestras seleccionadas en los artículos escogidos son heterogéneas, con características muy diferenciales entre los participantes de un estudio y otro. Además, muchas de las investigaciones utilizan diferentes instrumentos de medida que podrían afectar a la generalidad de los resultados. Estas limitaciones en la estandarización de las herramientas escogidas para medir las variables de estudio pueden entenderse como una consecuencia de la diversidad de definiciones existentes para los constructos analizados como el estrés, la ansiedad, la depresión o incluso los propios determinantes sociales de la salud. Esta falta de consenso en la interpretación de los elementos clave de la revisión pueden afectar a la comparación de los resultados (McEwen, 1998). En línea con las limitaciones señaladas por Mahajan, (2015) y Popay et al. (2006), futuros estudios podrían utilizar diseños longitudinales o diseñar experimentos semejantes a los generados por el grupo de investigación de Piff. De hecho, varios artículos confirman que los estudios longitudinales pueden ser más eficientes y disponen de mayor rigurosidad estadística en la medición de variables semejantes a las analizadas en esta revisión (Edwards, 2000).

Otra de las limitaciones es que la mayoría de los estudios se basan en medidas de autoinformes donde el sesgo de respuesta es inherente (Choi et al., 2010). De esta forma, incluso en las medidas de estrés tienden a utilizarse autoinformes o instrumentos que quedan sujetos a una interpretación personal. Además, en caso de emplear medidas fisiológicas del estrés se recurre exclusivamente a los niveles de cortisol en saliva o sangre.

Otras limitaciones potenciales que se pueden localizar residen en los sesgos de publicación, es decir, los estudios con resultados negativos que refutan las hipótesis iniciales pueden ser publicados en menor medida, siendo una amenaza potencial para la validez y fiabilidad de los hallazgos encontrados en cualquier trabajo de revisión (Castro et al., 2019; Pérez & Rodríguez, 2006; Rodríguez & Díaz, 2004; Vallejo, 2002).

Con el objetivo de solventar algunas de las limitaciones expuestas, a continuación se realizarán algunas recomendaciones para futuros estudios. La ausencia de homogeneidad en la conceptualización de los constructos clave y la excesiva variedad de instrumentos escogidos para su análisis, podría solventarse por medio del empleo consensuado de las mismas herramientas de medición, permitiendo establecer asociaciones y tendencias. Se podría recurrir a instrumentos como el Índice de Estatus Socioeconómico y Cultural (ISEC), el Índice de Desarrollo Humano (IDH) o la Escala de Precariedad Laboral (EPRES). Todas ellas permiten obtener datos, la gran mayoría de ellos objetivos, en relación al nivel de educación, ocupación, ingresos y calidad de vida de la muestra escogida (Antonio-Aguirre et al., 2020; Higuera & Cardona, 2018; Vives et al., 2010). Esto también podría aplicarse a las mediciones de estrés, ansiedad o depresión, empleando la Escala de Estrés Percibido (PSS), Escala de Depresión de Beck (BDI) o la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Beck et al., 1961; Cohen et al., 1983; Goldberg et al., 1988).

Conclusiones

1. Teniendo en cuenta el creciente ritmo de publicaciones sobre los determinantes sociales de la salud en los últimos años, se concluye que esta temática es un “hot topic” en la literatura científica actual.
2. Menor estatus socioeconómico y mayores niveles de desigualdad están asociados con peores indicadores de salud física y mental, independientemente del indicador considerado.
3. Situaciones de desventaja social (pobreza/inequidad) resultan en una activación crónica de la respuesta fisiológica de estrés a través de la activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y el sistema nervioso periférico simpático, que media sus efectos sobre la salud.

Referencias

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Adler, N. E., Epel, E. S., Castellazzo, G., & Ickovics, J. R. (2000). Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy white women. *Health Psychology, 19*(6), 586-592. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>
- Adler, N. E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*(1), 5-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x>
- Adler, N., & Stewart, J. (2007). *The MacArthur scale of subjective social status*. MacArthur Research Network on SES & Health.
- *Adynski, H., Zimmer, C., Thorp Jr, J., & Santos Jr, H. P. (2019). Predictors of psychological distress in low-income mothers over the first postpartum year. *Research in Nursing & Health, 42*(3), 205-216. <https://doi.org/10.1002/nur.21943>
- Allen, D., Feinberg, E., & Mitchell, H. (2014). Bringing life course home: a pilot to reduce pregnancy risk through housing access and family support. *Maternal and Child Health Journal, 18*(2), 405-412. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1327-5>
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry, 26*(4), 392-407. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.928270>

- Amable, M., Benach, J., & González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: concepto y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 4(4), 169-184. https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1281
- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95(4), 509-521. <https://doi.org/10.1348/0007126042369802>
- Antonio-Agirre, I., Sáez, I. A., & Santos, A. S. (2020). La influencia del estatus socioeconómico y cultural en la relación entre el autoconcepto y la inteligencia emocional percibida en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 13(1), 33-48. <https://doi.org/10.30552/ejep.v13i1.291>
- *Armfield, J. M., Mejía, G. C., & Jamieson, L. M. (2013). Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. *International Dental Journal*, 63(4), 202-209. <https://doi.org/10.1111/idj.12032>
- Arnau, J., & Bono, R. (2008). Estudios longitudinales de medidas repetidas: Modelos de diseño y análisis. *Escritos de Psicología*, 2(1), 32-41. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v2n1/original3.pdf>
- Aschbacher, K., O'Donovan, A., Wolkowitz, O. M., Dhabhar, F. S., Su, Y., & Epel, E. (2013). Good stress, bad stress and oxidative stress: insights from anticipatory cortisol reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1698-1708. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.02.004>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*, 2(1), 117-125. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2310-02652014000100013&script=sci_abstract

- *Backhaus, I., Varela, A. R., Khoo, S., Siefken, K., Crozier, A., Begotaraj, E., Fischer, F., Wiehn, J., Lanning, B. A., Lin, P.-H., Jang, S.-n., Monteiro, L. Z., Al-Shamli, A., La Torre, G., & Kawachi, I. (2020). Associations between social capital and depressive symptoms among college students in 12 countries: Results of a cross-national study. *Frontiers in Psychology, 11*, 644. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00644>
- *Baheiraei, A., Bakouei, F., Mohammadi, E., Montazeri, A., & Hosseini, M. (2015). The social determinants of health in association with women's health status of reproductive age: a population-based study. *Iranian Journal of Public Health, 44*(1), 119. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449998/>
- *Barile, J. P., Kuperminc, G. P., & Thompson, W. W. (2017). Resident characteristics and neighborhood environments on health-related quality of life and stress. *Journal of Community Psychology, 45*(8), 1011-1025. <https://doi.org/10.1002/jcop.21907>
- *Barradas, S., Lucumi, D., Agudelo, D. M., & Mentz, G. (2021). Socioeconomic position and quality of life among Colombian hypertensive patients: The mediating effect of perceived stress. *Health Psychology Open, 8*(1). <https://doi.org/10.1177/2055102921996934>
- *Becerra, M. B., Bol, B. S., Granados, R., & Hassija, C. (2020). Sleepless in school: The role of social determinants of sleep health among college students. *Journal of American College Health, 68*(2), 185-191. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1538148>
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

- *Belvis, F., Bolívar, M., Benach, J., & Julià, M. (2022). Precarious Employment and Chronic Stress: Do Social Support Networks Matter? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1909. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031909>
- *Benach, J., Julià, M., Tarafa, G., Mir, J., Molinero, E., & Vives, A. (2015). Multidimensional measurement of precarious employment: social distribution and its association with health in Catalonia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 375-378. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.04.002>
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 35, 229-253. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- *Berger-Polsky, A., Daoud, N., Sergienko, R., Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., & Bilenko, N. (2020). Polygamy and birth outcomes among Bedouin women of the Negev: The contribution of social determinants and pregnancy complications. *Health Care for Women International*, 41(1), 54-74. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1639708>
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467. <https://doi.org/10.1093%2Fjurban%2F78.3.458>
- Bonfill, E., Lleixa, M., Sáez, F., & Romaguera, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de Enfermería*, 19(4), 279-282. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962010000300010>
- *Bonner, W.I., Weiler, R.M., Orisatoki, R., Lu, X., Andkhoie, M., Ramsay, D., Yaghoubi, M., Steeves, M., Szafron, M.L., & Farag, M. (2017). Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0595-x>

- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M., & Posner, S. (2005). Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Journal of American Medical Association*, 294(22), 2879-2888. <https://doi.org/10.1001/jama.294.22.2879>
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(1), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291s206>
- Broadhurst, P. L. (1957). Emotionality and the Yerkes-Dodson Law. *Journal of Experimental Psychology*, 54(5), 345–352. <https://doi.org/10.1037/h0049114>
- *Butterworth, P., Cherbuin, N., Sachdev, P., & Anstey, K. J. (2012). The association between financial hardship and amygdala and hippocampal volumes: results from the PATH through life project. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(5), 548-556. <https://doi.org/10.1093/scan/nsr027>
- Calvete, A., Campos, P., Catalán, D., Fernández de la Hoz, K., Herrador, Z., Merino, B., Ramírez, R., Santaolaya, M., & Hernández, I. (2010). Innovando en salud pública: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud: Una prioridad para la presidencia española de la Unión Europea en 2010. *Revista Española de Salud Pública*, 84(1), 3-11. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272010000100002>
- Cannon, W. B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological Reviews*, 9(3), 399-431. <https://doi.org/10.1152/physrev.1929.9.3.399>

- Casallas-Murillo, A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castillo, C. C. B. (2020). Sistema nervioso autónomo desde la perspectiva inmunológica y del estrés. *Revista Científica Pakamuros*, 8(4), 65-77. <https://doi.org/10.37787/pakamuros-unj.v8i4.150>
- Castro, A., Hernández, Z., Riquelme, E., Ossa, C., Aedo, J., Da Costa, S., & Páez, D. (2019). Nivel de sesgos cognitivos de representatividad y confirmación en estudiantes de Psicología de tres universidades del Bío-Bío. *Propósitos y Representaciones*, 7(2), 210-224. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n2.245>
- Castro, F. G., Barrera, M., & Martínez, C. R. (2004). The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*, 5, 41-45. <https://doi.org/10.1023/b:prev.0000013980.12412.cd>
- *Çetrez, Ö. A., DeMarinis, V., Sundvall, M., Fernandez-Gonzalez, M., Borisova, L., & Titelman, D. (2021). A public mental health study among Iraqi refugees in Sweden: Social determinants, resilience, gender, and cultural context. *Frontiers in Sociology*, 6, 551105. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.551105>
- Chancel, L., Piketty, T., Saez, E., & Zucman, G. (Eds.). (2022). *World inequality report 2022*. Harvard University Press.
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Physiology*, 67, 259-284. <https://doi.org/10.1146/annurev.physiol.67.040403.120816>
- Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Bergeron, A., & Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United

States, 2001-2014. *Journal of American Medical Association*, 315(16), 1750-1766.

<https://doi.org/10.1001/jama.2016.4226>

Choi, B., Granero, R., & Pak, A. (2010). Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 19(2), 106-118.

https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292010000200008

*Ciciurkaite, G., & Brown, R. L. (2022). The link between food insecurity and psychological distress: The role of stress exposure and coping resources. *Journal of Community Psychology*, 50(3), 1626-1639. <https://doi.org/10.1002/jcop.22741>

*Cohen-Cline, H., Beresford, S. A., Barrington, W., Matsueda, R., Wakefield, J., & Duncan, G. E. (2018). Associations between social capital and depression: A study of adult twins. *Health & Place*, 50, 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.02.002>

Cohen, S., Kamarck, T.P., & Mermelstein, R.J. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.

<https://doi.org/10.2307/2136404>

Cohen, S., Murphy, M. L., & Prather, A. A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annual Review of Psychology*, 70, 577-597.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>

*Dawson, A. Z., Walker, R. J., Gregory, C., & Egede, L. E. (2021). Quantifying direct effects of social determinants of health on systolic blood pressure in United States adult immigrants. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(3), 345-354.

<https://doi.org/10.1007/s10865-020-00199-2>

- *Di Domenico, S. I., & Fournier, M. A. (2014). Socioeconomic status, income inequality, and health complaints: A basic psychological needs perspective. *Social Indicators Research, 119*(3), 1679-1697 <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0572-8>
- Dietze, P., & Knowles, E. D. (2016). Social class and the motivational relevance of other human beings: Evidence from visual attention. *Psychological Science, 27*(11), 1517-1527. <https://doi.org/10.1177/0956797616667721>
- Díez, S. G., Valdés, M. D. N., Varela, C. D., Martínez, P. F., Gil, P. S., & Rodríguez, Y. N. (2023). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiacepinas. *Atención Primaria, 55*(3), 102552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>
- Ding, Y., Wu, J., Ji, T., Chen, X., & Van Lange, P. A. (2017). The rich are easily offended by unfairness: Wealth triggers spiteful rejection of unfair offers. *Journal of Experimental Social Psychology, 71*, 138-144. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.03.008>
- Domenighetti, G., d'Avanzo, B., & Bisig, B. (2000). Health effects of job insecurity among employees in the Swiss general population. *International Journal of Health Services, 30*(3), 477-490. <https://doi.org/10.2190/b1km-vgn7-50gf-8xj4>
- Dubois, D., Rucker, D. D., y Galinsky, A. D. (2015). Social class, power, and selfishness: When and why upper- and lower-class individuals be-have unethically. *Journal of Personality and Social Psychology, 108*(3), 436-449. <http://dx.doi.org/10.1037/pspi0000008>
- *Dumith, S. C., Leite, J. S., Fernandes, S. S., Sanchez, É. F., & Demenech, L. M. (2021). Social determinants of quality of life in a developing country: evidence from a Brazilian sample. *Journal of Public Health, 30*(6), 1465-1472. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01452-3>

- Eckerling, A., Ricon-Becker, I., Sorski, L., Sandbank, E., & Ben-Eliyahu, S. (2021). Stress and cancer: mechanisms, significance and future directions. *Nature Reviews Cancer*, 21(12), 767-785. <https://doi.org/10.1038/s41568-021-00395-5>
- *Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.008>
- Edwards, L. J. (2000). Modern statistical techniques for the analysis of longitudinal data in biomedical research. *Pediatric Pulmonology*, 30(4), 330-344. [https://doi.org/10.1002/1099-0496\(200010\)30:4%3C330::AID-PPUL10%3E3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1099-0496(200010)30:4%3C330::AID-PPUL10%3E3.0.CO;2-D)
- Elbæk, C.T., Lystbæk, M.N., & Mitkidis, P. (2022). On the Psychology of Bonuses: The Effects of Loss Aversion and Yerkes-Dodson Law on Performance in Cognitively and Mechanically Demanding Tasks. *Journal of Behavioral and Experimental Economics*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.socec.2022.101870>
- Espelt, A., Continente, X., Domingo-Salvany, A., Domínguez-Berjón, M. F., Fernández-Villa, T., Monge, S., Ruíz-Cantero, M.T., Pérez, G., & Borrell, C. (2016). La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 30, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.011>
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 15-24. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00260.x>
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and

competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.878>

Flowers, B. J., & Davidov, B. J. (2006). The virtue of multiculturalism. *American Psychologist*, 61(6), 581-594. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.6.581>

*Ford, M. T. (2014). Perceived unfairness at work, social and personal resources, and resting blood pressure. *Stress and Health*, 30(1), 12-22. <https://doi.org/10.1002/smi.2491>

Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. Equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2), 103-110.
<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/20128>

*Frølich, A., Ghith, N., Schiøtz, M., Jacobsen, R., & Stockmarr, A. (2019). Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: a register-based study in Denmark. *PloS One*, 14(8), e0214183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214183>

*Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Biomed Central Family Practice*, 14(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-66>

García-Serrano, C., & Arranz, J. M. (2018). Desigualdad salarial: una revisión de las medidas dirigidas a reducirla. *Papeles de Economía Española*, (156), 94-109.
https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/156art08.pdf

Gergen, K. J. (2001). Psychological science in a postmodern context. *American Psychologist*, 56(10), 803-813. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.10.803>

- Gino, F., & Pierce, L. (2009). The abundance effect: Unethical behavior in the presence of wealth. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 109(2), 142-155. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2009.03.003>
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897-899. <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.297.6653.897>
- Gómez, R. D. (2002). La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1). 101-116 <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.871>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- *Han, C. (2014). Health implications of socioeconomic characteristics, subjective social status, and perceptions of inequality: an empirical study of China. *Social Indicators Research*, 119(2), 495-514. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0514-5>
- Herbert, T. B., & Cohen, S. (1994). Stress and illness. *Encyclopedia of Human Behavior*, 4, 325-332. <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/psychoneuroimmunology-including-common-coldcancer/pdf/encyclo94.pdf>
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2), 1-5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006

- Higueta, L. F., & Cardona, J. A. (2018). Índice de desarrollo humano y eventos de salud pública: revisión sistemática de la literatura 1990-2015. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 5-16. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n1a02>
- Hoyos, M., & Espinoza, E. (2013). Estudios descriptivos. *Revista de Actualización Clínica Investiga*, 33, 1670-1674.
http://www.revistasbolivianas.ciencia.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000600002&script=sci_arttext&tlng=es
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H.V., Jadad, A.A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R.M., Weel, C.V., & Smid, H.H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- *Hu, P., Samuels, S., Maciejewski, K. R., Li, F., Aloe, C., Van Name, M., ... & Sharifi, M. (2022). Changes in weight-related health behaviors and social determinants of health among youth with overweight/obesity during the COVID-19 pandemic. *Childhood Obesity*, 18(6), 369-382. <https://doi.org/10.1089/chi.2021.0196>
- *Julià, M., Vives, A., Tarafa, G., & Benach, J. (2017). Changing the way we understand precarious employment and health: precarisation affects the entire salaried population. *Safety Science*, 100, 66-73. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2017.01.015>
- *Jung, S., Lee, S. M., Suh, D., Shin, H. T., & Suh, D. C. (2018). The association of socioeconomic and clinical characteristics with health-related quality of life in patients with psoriasis: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(180), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1007-7>

- Juster, R. P., McEwen, B. S., & Lupien, S. J. (2010). Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1), 2-16. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.002>
- *Kachi, Y., Otsuka, T., & Kawada, T. (2014). Precarious employment and the risk of serious psychological distress: a population-based cohort study in Japan. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(5), 465-472. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3442>
- *Kariman, N., Ahmadi Doulabi, M., Hajian, S., Keshavarz, Z., & Rashidi Fakari, F. (2020). Prediction of Child Development based on Social Determinants of Health: A Path Analysis. *International Journal of Pediatrics*, 8(8), 11761-11774. <https://doi.org/10.22038/ijp.2020.44297.3894>
- Kathuria, H., Shankar, D., Cobb, V., Newman, J., Bulekova, K., Werntz, S., & Borrelli, B. (2022). Integrating Social Determinants of Health With Tobacco Treatment for Individuals With Opioid Use Disorder: Feasibility and Acceptability Study of Delivery Through Text Messaging. *JMIR Formative Research*, 6(9), e36919. <https://doi.org/10.2196%2F36919>
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 7-18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.004>
- *Keeton, V. F., Bell, J. F., Drake, C., Fernandez Y Garcia, E. O., Pantell, M., Hessler, D., Wing, H., Silveira, P. P., O'Donnell, K. J., de Mendonça Filho, E. J., Meaney, M. J., & Gottlieb, L. M. (2023). Household Social Needs, Emotional Functioning, and Stress in Low-Income Latinx Children and their Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-023-02532-0>

- Keltner, D., Gruenfeld, D. H., & Anderson, C. (2003). Power, approach, and inhibition. *Psychological Review*, *110*(2), 265-284. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.2.265>
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, *352*(24), 2515-2523. <https://doi.org/10.1056/nejmsa043266>
- Keynejad, R., Spagnolo, J., & Thornicroft, G. (2021). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *British Medical Journal Ment Health*, *24*(3), 124-130. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2021-300254>
- Kiatpongsan, S., & Norton, M. I. (2014). How much (more) should CEOs make? A universal desire for more equal pay. *Perspectives on Psychological Science*, *9*(6), 587-593. <https://doi.org/10.1177/1745691614549773>
- *Kivimäki, M., Batty, G. D., Pentti, J., Shipley, M. J., Sipilä, P. N., Nyberg, S. T., Suominen, S. B., Oksanen, T., Stenholm, S., Virtanen, M., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Brunner, E. J., Lindbohm, J. V., Ferrie, J. E., & Vahtera, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, *5*(3), 140-149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- *Kivimaki, M., Vahtera, J., & Tabak, A. G. (2018). Neighbourhood socioeconomic disadvantage, risk factors, and diabetes from childhood to middle age in the Young Finns Study: a cohort study. *The Lancet Public Health*, *3*(8), 365-373. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(18\)30111-7](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(18)30111-7)

- *Kleinmann, B., & Wolter, T. (2022). Opioid Consumption in chronic pain patients: Role of perceived injustice and other psychological and socioeconomic factors. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 647. <https://doi.org/10.3390/jcm11030647>
- *Kornienko, O., Schaefer, D. R., Pressman, S. D., & Granger, D. A. (2018). Associations between secretory immunoglobulin A and social network structure. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25, 669-681. <https://doi.org/10.1007/s12529-018-9742-z>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., & Keltner, D. (2011). Social class as culture: The convergence of resources and rank in the social realm. *Current Directions in Psychological Science*, 20(4), 246-250. <https://doi.org/10.1177/0963721411414654>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., & Keltner, D. (2009). Social class, sense of control, and social explanation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(6), 992. <https://doi.org/10.1037/a0016357>
- Kraus, M. W., Piff, P. K., Mendoza-Denton, R., Rheinschmidt, M. L., & Keltner, D. (2012). Social class, solipsism, and contextualism: how the rich are different from the poor. *Psychological Review*, 119(3), 546. <https://doi.org/10.1037/a0028756>
- Kwan, Z., Bong, Y. B., Tan, L. L., Lim, S. X., Yong, A. S. W., Ch'ng, C. C., Tan, S.T., & Ismail, R. (2017). Socioeconomic and sociocultural determinants of psychological distress and quality of life among patients with psoriasis in a selected multi-ethnic Malaysian population. *Psychology, Health & Medicine*, 22(2), 184-195. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1220603>
- Lamont, M. (2018). Addressing recognition gaps: Destigmatization and the reduction of inequality. *American Sociological Review*, 83(3), 419-444. <https://doi.org/10.1177/0003122418773775>

- Lanau, A., & Lozano, M. (2022). El peso de la precariedad laboral en la pobreza de los hogares con menores. *Perspectives Demogràfiques*, 27, 1-4.
<https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7911&tipo=documento>
- Mahajan, A. (2015). Limitations of cross-sectional studies. *Neurology India*, 63(6), 1006-1007. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.170108>
- *Mahmoodi, Z., Sharifi, N., Dolatian, M., & Rezaei, N. (2019). Relationship between Structural and Intermediate Social Determinants of Health and Low Birth Weight: A Path Analysis. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(3), 88-96.
<https://doi.org/10.22038/ijn.2019.35295.1534>
- * Malik, A. O., Poghni Peri-Okonny, Gosch, K., Thomas, M. B., Mena-Hurtado, C., Hiatt, W., Aronow, H. D., Jones, P. G., Provance, J., Labroschiano, C., Jelani, Q. U., Spertus, J. A., & Smolderen, K. G. (2021). Association of perceived stress with health status outcomes in patients with peripheral artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110313. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110313>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., Morrison, J., & Health Equity Summit Steering Group. (2020). Health equity in England: The Marmot review 10 years on. *British Medical Journal*, 368, 693. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- Marmot, M., & Allen, J. (2015). Health priorities and the social determinants of health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(9), 671-672.
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661-1669. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)61690-6)

- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Marmot, M. (2011). Social determinants and the health of Indigenous Australians. *Medical Journal of Australia*, 194(10), 512-513. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03086.x>
- Marmot, M. (2005). *Status syndrome: How your social standing directly affects your health*. A&C Black.
- Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150-154. <https://doi.org/10.1111/j.1740-9713.2004.00058.x>
- *Markwick, A., Ansari, Z., Sullivan, M., Parsons, L., & McNeil, J. (2014). Inequalities in the social determinants of health of Aboriginal and Torres Strait Islander People: a cross-sectional population-based study in the Australian state of Victoria. *International Journal for Equity in Health*, 13(91), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12939-014-0091-5>
- *Masjoudi, M., Khazaeian, S., Malekzadeh, S., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Health-promoting behaviors and intermediary social determinants of health in low and high-risk pregnant women: an unmatched case-control study. *Biomed Central Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04784-y>
- McEwen, B. S. (2012). Brain on stress: how the social environment gets under the skin. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(2), 17180-17185. <https://doi.org/10.1073/pnas.1121254109>

- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 1-7. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.001>
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179. <https://doi.org/10.1056/nejm199801153380307>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342-348. <https://doi.org/10.1038%2Fnn.2270>
- * Menawi, W., Najem, T., Khalil, A., Suleiman, J., Dabas, A., Abdullah, R. A., Shareef, N., & Khraiwesh, T. (2020). Self-rated health and psychological health among hypertensive patients in Palestine. *Health Psychology Open*, 7(2). <https://doi.org/10.1177/2055102920973258>
- *Mezuk, B., Ratliff, S., Concha, J. B., Abdou, C. M., Rafferty, J., Lee, H., & Jackson, J. S. (2017). Stress, self-regulation, and context: Evidence from the health and retirement survey. *SSM-Population Health*, 3, 455-463. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.05.004>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2023). *Informe de la Comisión de Expertos en Salud Mental*.

<https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/trabajo14/Documents/2023/170323-informe-salud-mental.pdf>

- * Miret, M., Caballero, F. F., Olaya, B., Koskinen, S., Naidoo, N., Tobiasz-Adamczyk, B., Leonardi, M., Haro, J. M., Chatterji, S., & Ayuso-Mateos, J. L. (2017). Association of experienced and evaluative well-being with health in nine countries with different income levels: a cross-sectional study. *Globalization and Health*, *13*(1), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12992-017-0290-0>
- * Moeini, B., Hazavehei, S.M., Shahrabadi, R., Faradmal, J., Ahmadpanah, M.M., Dashti, S., Barati, M., & Mehri, A. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral stress-management training on the readiness for substance use treatment in Iran. *Journal of Substance Use*, *23*(4), 371-376. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1436597>
- * Moreno-Agostino, D., de la Fuente, J., Leonardi, M., Koskinen, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Sánchez-Niubò, A., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2021). Mediators of the socioeconomic status and life satisfaction relationship in older adults: A multi-country structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, *25*(3), 585-592. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1698513>
- Navarro-Carrillo, G., Valor-Segura, I., & Moya, M. (2018). Clase social y bienestar subjetivo: el rol mediador de la incertidumbre emocional. *Psicología Conductual*, *26*(3), 457. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/12/04._Navarro_26-3oa-1.pdf
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*, *31*(1), 1-21. <https://doi.org/10.2190/1GY8-V5QN-A1TA-A9KJ>

- *Niedhammer, I., Chastang, J. F., Sultan-Taïeb, H., Vermeulen, G., & Parent-Thirion, A. (2013). Psychosocial work factors and sickness absence in 31 countries in Europe. *The European Journal of Public Health*, 23(4), 622-629.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cks124>
- *Obasi, E. M., Shirtcliff, E. A., Cavanagh, L., Ratliff, K. L., Pittman, D. M., & Brooks, J. J. (2017). Hypothalamic-pituitary-adrenal reactivity to acute stress: an investigation into the roles of perceived stress and family resources. *Prevention Science*, 18(8), 923-931. <https://doi.org/10.1007/s11121-017-0759-3>
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and health: A review of psychobiological processes. *Annual Review of Psychology*, 72, 663-688.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- * Olstad, D. L., Nejatnamini, S., Vanderlee, L., Livingstone, K. M., Campbell, D. J. T., Tang, K., Minaker, L. M., & Hammond, D. (2022). Are stress-related pathways of social status differentiation more important determinants of health inequities in countries with higher levels of income inequality? *Sociology of Health & Illness*, 44(3), 663-691. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13445>
- *Olukotun, O., Akinboboye, O., Williams, J. S., Ozieh, M., & Egede, L. E. (2022). Influences of demographic, social determinants, clinical, knowledge, and self-care factors on quality of life in adults with type 2 diabetes: black-white differences. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(4), 1172-1183.
<https://doi.org/10.1007/s40615-021-01058-9>
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud*, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio.

Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf

*Ortiz-Hernández, L., Díaz-Solano, D., & Fernández-Sola, C. (2022). Association between Precarious Employment and Chronic Stress: Effect of Gender, Stress Measurement and Precariousness Dimensions—A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9099.

<https://doi.org/10.3390/ijerph19159099>

*Othman, N., Ahmad, F., El Morr, C., & Ritvo, P. (2019). Perceived impact of contextual determinants on depression, anxiety and stress: a survey with university students. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1-9.

<https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-0275-x>

*Padkapayeva, K., Gilbert-Ouimet, M., Bielecky, A., Ibrahim, S., Mustard, C., Brisson, C., & Smith, P. (2018). Gender/Sex differences in the relationship between psychosocial work exposures and work and life stress. *Annals of Work Exposures and Health*, 62(4), 416-425.

<https://doi.org/10.1093/annweh/wxy014>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shammer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S.,... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88,

105906. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2021.105906>

* Parekh, T. M., Cherrington, A. L., Bhatia, S., Turan, B., Patel, S. B., Kim, Y. I., Turan, J. M., & Dransfield, M. T. (2020). The association of low income and high stress with acute care use in COPD patients. *Chronic Obstructive Pulmonary Diseases: Journal*

of the COPD Foundation, 7(2), 107.

<https://doi.org/10.15326%2Fjcopdf.7.2.2019.0165>

Patel, V., & Saxena, S. (2014). Transforming lives, enhancing communities—innovations in global mental health. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 498-501.

<https://doi.org/10.1056/NEJMp1315214>

Pedrana, L., Pamponet, M., Walker, R., Costa, F., & Rasella, D. (2016). Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity.

Global Health Action, 9(1), 28831. <https://doi.org/10.3402/gha.v9.28831>

Pérez, S. P., & Rodríguez, M. D. (2006). Consideraciones prácticas acerca de la detección del sesgo de publicación. *Gaceta Sanitaria*, 20, 10-16. <https://doi.org/10.1157/13101085>

Peter, F., & Evans, T. (2001). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford University Press.

Piff, P. K., Kraus, M. W., Côté, S., Cheng, B. H., & Keltner, D. (2010). Having less, giving more: the influence of social class on prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(5), 771. <https://doi.org/10.1037/a0020092>

<https://doi.org/10.1037/a0020092>

Piff, P. K., Stancato, D. M., Côté, S., Mendoza-Denton, R., & Keltner, D. (2012). Higher social class predicts increased unethical behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(11), 4086-4091. <https://doi.org/10.1073/pnas.1118373109>

<https://doi.org/10.1073/pnas.1118373109>

Popay, J., Roberts, H., Sowden, A., Petticrew, M., Arai, L., Rodgers, M., Britten, N., Roen, K., & Duffy, S. (2006). Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A Product from the ESRC Methods Programme Version, 1*(1), 92.

<http://dx.doi.org/10.13140/2.1.1018.4643>

- *Präg, P., Mills, M. C., & Wittek, R. (2016). Subjective socioeconomic status and health in cross-national comparison. *Social Science & Medicine*, *149*, 84-92.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.044>
- *Prokosch, C., Fertig, A. R., Ojebuoboh, A. R., Trofholz, A. C., Baird, M., Young, M., de Brito, J. N., Kunin-Batson, A., & Berge, J. M. (2022). Exploring associations between social determinants of health and mental health outcomes in families from socioeconomically and racially and ethnically diverse households. *Preventive Medicine*, *161*, 107150. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107150>
- *Puciato, D., Rozpara, M., Bugdol, M., Borys, T., & Słaby, T. (2021). Socioeconomic Determinants of Health-Related Quality of Life of Entrepreneurs. A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(22), 12103. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212103>
- Quiroga-Garza, A., García-Sánchez, E., Treviño-Elizondo, F. A., & Willis, G. B. (2018). Relación entre clase social subjetiva y autoeficacia: efecto de la comparación social. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, *34*(2), 314-323.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.2.266611>
- Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, *30*(2), 202-211. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5432756>
- Rivero, F. M., Padrosa, E., Utzet, M., Benach, J., & Julià, M. (2021). Precarious employment, psychosocial risk factors and poor mental health: A cross-sectional mediation analysis. *Safety Science*, *143*(1), 105439.
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105439>

- Rodríguez, M. D., & Díaz, F. J. L. (2004). Estudios longitudinales: concepto y particularidades. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 141-148.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17078202>
- Rogers, A., & Pilgrim, D. (2010). *A Sociology of Mental Health and Illness 6e*. McGraw-Hill Education (UK).
- Rönblad, T., Grönholm, E., Jonsson, J., Koranyi, I., Orellana, C., Kreshpaj, B., Chen, L., Stockfelt, L., & Bodin, T. (2019). Precarious employment and mental health: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(5), 429-443. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3797>
- Romero, E. E. R., Young, J., & Salado-Castillo, R. (2019). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista Medico Científica*, 32, 61-70.
<https://doi.org/10.37416/rmc.v32i1.535>
- Rose, N. (2006). *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.
- *Roy, A. L., Godfrey, E. B., & Rarick, J. R. (2016). Do we know where we stand? Neighborhood relative income, subjective social status, and health. *American Journal of Community Psychology*, 57(3-4), 448-458. <https://doi.org/10.1002/ajcp.12049>
- *Sajedi, F., Doulabi, M. A., Vameghi, R., Baghban, A. A., Fakari, F. R., & Mazaheri, M. A. (2020). Social Determinants of Health, Maternal Involvement, and Child Development: Direct and Mediated Pathways. *Iranian Journal of Child Neurology*, 14(4), 63. <https://doi.org/10.22037/ijcn.v15i1.25748>
- *Sánchez-Recio, R., García-Ael, C., & Topa, G. (2021). Investigating the Relationship between Stress and Self-Rated Health during the Financial Crisis and Recession in

- 2008: The Mediating Role of Job Satisfaction and Social Support in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1463. <https://doi.org/10.3390/jcm10071463>
- Sapolsky, R. M., (2013). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Alianza Editorial
- Sapolsky, R. M. (2015). Stress and the brain: individual variability and the inverted-U. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1344-1346. <https://doi.org/10.1038/nn.4109>
- * Schilz, L., Kemna, S., Karnouk, C., Böge, K., Lindheimer, N., Walther, L., Mohamad, S., Suboh, A., Hasan, A., Höhne, E., Banaschewski, T., Plener, P., Strupf, M., Hahn, E., & Bajbouj, M. (2023). A house is not a home: a network model perspective on the dynamics between subjective quality of living conditions, social support, and mental health of refugees and asylum seekers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02419-3>
- Schneiderman, N., Ironson, G., & Siegel, S. D. (2005). Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 607-628. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
- *Scott-Storey, K., O'Donnell, S., Perrin, N., & Wuest, J. (2023). Cumulative Lifetime Violence, Gender, Social Determinants of Health and Mental Health in Canadian Men: A Latent Class Analysis. *Journal of Family Violence*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-023-00502-0>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138(3479), 32-32. <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383-1392. <https://doi.org/10.1136%2Fbmj.1.4667.1383>

- Selye, H. (1951). The general-adaptation-syndrome. *Annual Review of Medicine*, 2(1), 327-342. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.02.020151.001551>
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Alfred Knopf.
- *Senn, T. E., Walsh, J. L., & Carey, M. P. (2014). The mediating roles of perceived stress and health behaviors in the relation between objective, subjective, and neighborhood socioeconomic status and perceived health. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(2), 215-224. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9591-1>
- * Shiozaki, M., Miyai, N., Morioka, I., Utsumi, M., Hattori, S., Koike, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2017). Job stress and behavioral characteristics in relation to coronary heart disease risk among Japanese police officers. *Industrial Health*, 55(4), 369-380. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2016-0179>
- Sibanda, A., & Doctor, H. V. (2013). Measuring health gaps between the rich and the poor: a review of the literature and its implications for health research in Africa. *Journal of Public Health in Africa*, 4(1). <https://doi.org/10.4081%2Fjphia.2013.e3>
- *Singh-Manoux, A., Fayosse, A., Sabia, S., Tabak, A., Shipley, M., Dugravot, A., & Kivimäki, M. (2018). Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: a cohort study. *PLoS Medicine*, 15(5), e1002571. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002571>
- *Smyth, N., Siriwardhana, C., Hotopf, M., & Hatch, S. L. (2015). Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1111-1120. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0943-8>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. WHO Document Production Services.

<https://doi.org/10.13016/17cr-aqb9>

*Steen, P. B., Poulsen, P. H., Andersen, J. H., & Biering, K. (2020). Subjective social status is an important determinant of perceived stress among adolescents: a cross-sectional stud. *Biomed Central Public Health*, 20, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08509-8>

Stephens, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337-354.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>

* Sumner, L. A., Olmstead, R., Azizoddin, D. R., Ormseth, S. R., Draper, T. L., Ayeroff, J. R., Zamora-Racaza, G., Weisman, M. H., & Nicassio, P. M. (2020). The contributions of socioeconomic status, perceived stress, and depression to disability in adults with systemic lupus erythematosus. *Disability and Rehabilitation*, 42(9), 1264-1269. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1522550>

Tomiya, A. J. (2019). Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, 70, 703-718.

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>

*Tong, A. C., Tsoi, E. W., & Mak, W. W. (2021). Socioeconomic status, mental health, and workplace determinants among working adults in Hong Kong: a latent class analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 7894. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157894>

*Tsai, J. H. C., & Thompson, E. A. (2013). Impact of social discrimination, job concerns, and social support on Filipino immigrant worker mental health and substance

use. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(9), 1082-1094.

<https://doi.org/10.1002/ajim.22223>

- * Tsuno, K., Kawakami, N., Tsutsumi, A., Shimazu, A., Inoue, A., Odagiri, Y., Yoshikawa, T., Haratani, T., Shimomitsu, T., & Kawachi, I. (2015). Socioeconomic determinants of bullying in the workplace: A national representative sample in Japan. *PloS One*, 10(3), e0119435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119435>

Vallejo, M. (2002). El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. *Archivos de Cardiología de México*, 72(1), 8-12.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402002000100002

- *Vameghi, R., Akbari, S. A. A., Majd, H. A., Sajedi, F., & Sajjadi, H. (2018a). The comparison of socioeconomic status perceived social support and mental status in women of reproductive age experiencing and not experiencing domestic violence in Iran. *Journal of Injury and Violence Research*, 10(1), 35.

<https://doi.org/10.5249%2Fjivr.v10i1.983>

- *Vameghi, R., Akbari, S. A. A., Sajedi, F., Sajjadi, H., & Majd, H. A. (2018b). Relation between social determinants of maternal health and child development: A path analysis. *International Journal of Pediatrics*, 6(12), 8643-8654.

<https://doi.org/10.22038/ijp.2018.32948.2910>

- *Vameghi, R., Akbari, S. A. A., Sajjadi, H., Sajedi, F., & Majd, H. A. (2018c). Path analysis of the association between socio-economic status, anxiety, perceived stress, social support and women's depression. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 6(3), 283-289. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.47>

- Vega Romero, R. (2009). Informe Comisión Determinantes sociales de la salud de la organizacion mundial de la salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7-11.
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=54514071001>
- * Verelst, A., Spaas, C., Pfeiffer, E., Devlieger, I., Kankaapää, R., Peltonen, K., Vänskä, M., Soye, E., Watters, C., Osman, F., Durbeej, N., Sarkadi, A., Andersen, A., Primdahl, N. L., & Derluyn, I. (2022). Social determinants of the mental health of young migrants. *European Journal of Health Psychology*, 29(1), 61-73.
<https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000097>
- * Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. G., & Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health*, 13, <https://doi.org/10.1155/2013/978656> .
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. G., & Benach, J. (2010). The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(8), 548-555.
<http://dx.doi.org/10.1136/oem.2009.048967>
- *Vogt, D., Smith, B. N., King, L. A., King, D. W., Knight, J., & Vasterling, J. J. (2013). Deployment risk and resilience inventory-2 (DRRI-2): An updated tool for assessing psychosocial risk and resilience factors among service members and veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 710-717. <https://doi.org/10.1002/jts.21868>
- *Walker, R. J., Dawson, A. Z., Campbell, J. A., & Egede, L. E. (2021). Prevalence of food insecurity and association with mental health in an indigenous population in

Panamá. *Public Health Nutrition*, 24(17), 5869-5876.

<https://doi.org/10.1017/s1368980021003554>

*Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2014a). Independent effects of socioeconomic and psychological social determinants of health on self-care and outcomes in Type 2 diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 36(6), 662-668.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.06.011>

Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2015). Quantifying direct effects of social determinants of health on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 17(2), 80-87.

<https://doi.org/10.1089/dia.2014.0166>

*Walker, R. J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B., & Egede, L. E. (2014b). Relationship between social determinants of health and processes and outcomes in adults with type 2 diabetes: validation of a conceptual framework. *Biomed Central Endocrine Disorders*, 14(82), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/1472-6823-14-82>

*Walker, J., & Krägeloh, C. U. (2016). Exploring health-related quality of life determinants of New Zealand sole mothers. *Kōtuitui: New Zealand Journal of Social Sciences Online*, 11(1), 59-71.

<https://doi.org/10.1080/1177083X.2015.1105826>

*Walker, R. J., Smalls, B. L., & Egede, L. E. (2015). Social determinants of health in adults with type 2 diabetes—contribution of mutable and immutable factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 110(2), 193-201.

<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2015.09.007>

*Wheeler, N. J., Daire, A. P., Barden, S. M., & Carlson, R. G. (2019). Relationship distress as a mediator of adverse childhood experiences and health: Implications for clinical

practice with economically vulnerable racial and ethnic minorities. *Family Process*, 58(4), 1003-1021. <https://doi.org/10.1111/famp.12392>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460-474.
http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf

WHO Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. World Health Organization.

WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of American Medical Association*, 291(21), 2581-2590. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>

*Xiao, Y., Yip, P. S. F., Pathak, J., & Mann, J. J. (2022). Association of social determinants of health and vaccinations with child mental health during the COVID-19 pandemic in the US. *Journal of American Medical Association Psychiatry*, 79(6), 610-621.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0818>

Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F., & Binder, E. B. (2016). Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation. *Biological Psychiatry*, 80(5), 372-380. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.08.005>

Yehuda, R., Engel, S. M., Brand, S. R., Seckl, J., Marcus, S. M., & Berkowitz, G. S. (2005). Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers

exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(7), 4115-4118. <https://doi.org/10.1210/jc.2005-0550>

Yerkes, R., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482. <https://doi.org/10.1002/cne.920180503>