



Salud Mental Colectiva y Determinación Social: Posibilidades Paradigmáticas

Collective Mental Health and Social Determination: Paradigmatic Possibilities

Manuel Capella

Universidad de Guayaquil

Resumen

En la presente revisión teórica exploro posibilidades para la construcción de un paradigma de *salud mental colectiva*. Lo hago tomando distancia de miradas positivistas, funcionalistas, bio-médicas e individualistas, y subrayando el rol fundamental de procesos de determinación social comprendidos de forma crítica, intercultural y transdisciplinaria. El procedimiento supuso una revisión exploratoria de fuentes tituladas “salud mental colectiva” (2016-2021) y la inclusión de publicaciones clave adicionales. Los resultados señalan la importancia de teorizar la salud mental de forma compleja y dialéctica, contextualizar ecológicamente los sufrimientos, activar estrategias de bienestar y procurar reflexividad permanente en torno a la interculturalidad y las relaciones de poder. Las posibilidades exploradas resaltan el aporte esencial de la epidemiología crítica latinoamericana, en diálogo constante con otros valiosos saberes. Desde dicha construcción dialógica, un paradigma de salud mental colectiva emerge como una potente alternativa para abordar sufrimientos mentales en el contexto de sistemas sociales que nos enferman.

Palabras clave: Salud mental colectiva; Determinación social de la salud; Teoría crítica; Ecología humana

Abstract

In this theoretical review, I explore possibilities for the construction of a collective mental health paradigm. I conduct such review by distancing myself from positivist, functionalist, biomedical and individualist perspectives, while emphasizing the fundamental role of social determination processes conceived from a critical, intercultural and transdisciplinary standpoint. The procedure involved an exploratory review of sources entitled “collective mental health” (2016-2021) and the inclusion of additional key publications. Results indicate the importance of theorizing mental health in ways that are complex and dialectical; conducting an ecological contextualization of suffering; activating wellness strategies; and making permanent efforts towards reflexivity around interculturality and power relations. Explored possibilities highlight the essential contribution of Latin American critical epidemiology, in constant dialogue with other valuable knowledge. From such dialogic construction, a collective mental health paradigm emerges as a powerful alternative to address mental suffering in the context of social systems that make us ill.

Keywords: *Collective mental health; Social determination of health; Critical theory; Human ecology*

INTRODUCCIÓN

Comprender la relación entre salud, mente y sociedad implica posicionarse desde determinado paradigma que fundamente nuestra investigación académica y nuestra práctica profesional. Uno de tales paradigmas es el de la *salud colectiva y la epidemiología crítica*, basado en una idea fundamental propuesta desde Latinoamérica: *la salud está socialmente determinada* (Breilh, 1977). Actualmente es bastante aceptado, desde la institucionalidad sanitaria dominante, que existen “determinantes sociales” de la salud (Marmot, 2020; World Health Organization, 2021). En contraste, la complejidad teórica y las implicaciones ético-políticas de la idea de una “determinación social” de la salud (Breilh, 2021) han sido relativamente menos posicionadas en debates académicos hegemónicos dentro de la psicología y disciplinas afines. Si nos enfocamos en la salud mental, la importancia dada a tal complejidad podría ser menor todavía, como lo sugieren valiosas publicaciones contemporáneas (Jiménez-Molina et al., 2019).

Que la salud mental está socialmente determinada es una idea que goza de gran consenso dentro de las ciencias sociales de corte interdisciplinario y crítico. Sabemos, por ejemplo, que el interés en la salud mental de ciertas niñas y niños depende, en buena parte, de qué tan funcionales, medibles y medicalizables resulten ser (Ceardi et al., 2016); que el sufrimiento mental se relaciona con condiciones de pobreza y desempleo (Llosa et al., 2020), así como con un racismo estructural —incluido aquel inherente a ciertas teorías psicológicas (Stern et al., 2021)—; y que en algunos círculos profesionales se tiende a patologizar a las mujeres y a lo femenino (Roselló et al., 2019). Por estas y otras razones, resulta necesaria una mirada desde la interseccionalidad que considere diversas violencias estructurales, por ejemplo, aquellas en torno a clase, etnia, género, edad y territorio, así como a capacitismo y diversidad funcional (Breilh, 2021; Garzón, 2018; Pié, 2015).

Al menos dos perspectivas hegemónicas suponen un relativo obstáculo para posicionar dicha mirada más allá de círculos “críticos”: el giro “neuro” hacia el cerebrocentrismo (Mantilla, 2017; Rose, 2019; Sampson, 2021) e ideologías neoliberales, individualistas, competitivas, opuestas a lo público y lo colectivo. Dichas ideologías tienden a individualizar problemas que son sociopolíticos (Gallo y Quiñones, 2016), incluso valiéndose ideológicamente de formas de espiritualidad que, desde otros sentidos más emancipadores, podrían resultar valiosas para el bienestar humano (Barrero, 2020; Breilh, 2021; Cornejo et al., 2019).

Es fundamental que colectivos académicos y profesionales consideren replantearse el paradigma desde el cual buscan explicar, comprender, prevenir y mi-

tigar diversos sufrimientos “mentales”. Existe una extensa literatura crítica sobre salud mental que promueve este tipo de reflexiones. Sin embargo, no es común encontrar revisiones de alcance internacional que exploren cómo se discute la “determinación social” en publicaciones que abogan por una “salud mental colectiva”; incluida la forma en que utilizan –o no– los conceptos críticos originalmente propuestos por Jaime Breilh (1977, 2021). La presente revisión supone un aporte en dicho sentido.

En esta revisión exploratoria, daré prioridad –aunque siempre en diálogo con otros saberes– a la teoría de la determinación social surgida en Latinoamérica. No supone una revisión extensa de la obra de quien propusiera dicha teoría, el epidemiólogo crítico ecuatoriano Jaime Breilh (1977, 2021); ni un abordaje detallado de otras perspectivas con las que comparte determinadas ideas, como las perspectivas cultural y psicosocial (algunos de cuyos conceptos clave serán “mapeados”, pero no desarrollados en detalle). Tampoco es un estado del arte de conclusiones empíricas. En cambio, la planteo como una invitación a continuar profundizando discusiones en curso, desde miradas *críticas* respecto a la salud en general, y a la salud mental en particular (Cohen, 2018). Miradas que también nos invitan a repensar cuál es el rol de la psicología en nuestras sociedades.

El construir un paradigma de salud mental colectiva viene siendo un proyecto relevante por décadas, y lo sigue siendo hoy en tiempos marcados por una reciente pandemia, donde el bienestar se ve moldeado por la inequidad estructural (Burgess, 2020; Capella, 2022; Marmot, 2020); una pandemia que estuvo también socialmente determinada (Breilh, 2021, p. 183). Si es cierto que hoy existe un relativo “vacío conceptual y epistemológico del campo de la salud psíquica, mental y emocional” (Pié et al., 2021, Introducción), la presente revisión exploratoria busca aportar constructivamente a la polifonía de voces que, desde diversas latitudes del planeta, insisten en repensar la forma en la que entendemos y tratamos los bienestar y malestares humanos.

PROCEDIMIENTO

Realicé una revisión exploratoria de literatura (*scoping study*) enfocada en aspectos teóricos, orientada por lineamientos generales sugeridos por Hilary Arksey y Lisa O’Malley (2005). Adapté la propuesta metodológica de dichas autoras al objetivo de la presente revisión: en términos generales, “mapear rápidamente conceptos clave” (Arksey y O’Malley, 2005, p. 5, párr. 3); y en términos específicos, explorar cómo sus proponentes discuten la “determinación social” de la salud mental planteada teóricamente por Breilh (2021).

La Fase I partió de la pregunta: *¿De qué forma se aborda la “determinación social” de la salud en las publicaciones tituladas “salud mental colectiva” de los últimos cinco años (2016-2021)?* En la Fase II, establecí los siguientes criterios de elegibilidad. *Criterios de inclusión:* rango temporal (2016-2021) y uso de términos “salud mental colectiva” o “collective mental health” en el título. *Criterios de exclusión:* Rango temporal (previo a 2016); términos “salud mental colectiva” o “collective mental health” ausentes de título; ponencias de congresos; literatura gris; reseñas de libros; tesis de grado y postgrado; fuentes sin acceso a textos digitales.

Durante la Fase III revisé y seleccioné las fuentes, según los criterios de elegibilidad. Realicé la búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed, APA PsycNet, Redalyc, ÍndICES CSIS, y Google Académico; utilicé las siguientes palabras claves: “collective mental health” OR “salud mental colectiva”. La búsqueda obtuvo un resultado agregado de 64 fuentes. Luego de eliminar duplicados y aplicar rigurosamente los criterios de elegibilidad, consideré 6 fuentes preliminares para revisión (posteriormente añadiría otras, como explicaré en el párrafo siguiente). El proceso para seleccionar tentativamente estos primeros 6 textos tuvo algunas limitaciones. Al menos tres de las 64 fuentes fueron excluidas por no contar con acceso a textos completos. Una de las más notorias fue un libro titulado “salud mental en lo común”, de Manuel Deviat (2020), psiquiatra crítico español que ha trabajado una mirada “colectiva” de la salud mental por décadas. Para suplir esta limitación, —y aunque se incluye otra fuente reciente de su autoría (Deviat, 2021)—, tomé la decisión excepcional de flexibilizar uno de los criterios de exclusión e incluir una reseña de su obra más relevante (Huertas, 2020). Las otras dos exclusiones fueron un libro que discute la salud mental colectiva (Madariaga et al., 2021) y uno que se aproxima a las subjetividades adolescentes (Brignoni, 2018). El acceso digital a una de las 6 fuentes incluidas —el libro de Pié et al. (2021)— fue parcial, por lo que consideré únicamente aquellos fragmentos disponibles.

En un segundo momento, decidí de forma intencional incluir fuentes adicionales que permitan una mayor discusión teórica. Realicé la inclusión de la última publicación de Breilh (2021) como guía paradigmática esencial, y, siguiendo referencias de dicha fuente, revisé también un trabajo del autor donde exploró el “sufrimiento mental” (Breilh, 2009). Añadí intencionalmente dos fuentes claves adicionales. Una clásica: un texto del psicólogo crítico Ignacio Martín-Baró (1984/1993), donde provee una definición de salud mental de naturaleza colectiva, con relevantes puntos en común con Breilh (2021). Y una segunda, contemporánea y de autores emergentes, que discuten algunas limitaciones importantes en torno a los “determinantes sociales” de la salud mental (Jimé-

nez-Molina et al., 2019). Así, seleccioné finalmente 11 fuentes para explorar (Tabla 1, en la siguiente sección).

RESULTADOS

La revisión está organizada en cuatro apartados temáticos: determinación social; contextualización ecológica; interpretación de nodos críticos; estrategias de bienestar; y reflexividad, interculturalidad y poder.

Determinación social

Existen al menos tres perspectivas no excluyentes desde las cuales definir la salud mental subrayando su naturaleza colectiva: la de una determinación social, una cultural y una psicosocial (Arias y Hernández, 2020). En coherencia con el objetivo de la revisión, el foco será la primera de ellas, sin negar —como sugieren directamente o indirectamente los textos revisados (Tabla 1)— la necesidad de diálogos y articulaciones permanentes entre las tres. De hecho, el propio Breilh (2021) define su propuesta como un llamado a una metateoría crítica, transdisciplinaria e intercultural.

Autoras/es	Abordaje de la “determinación social” de la salud mental
1. Arias y Hernández, 2020 (Colombia)	Citan la tradición de salud colectiva latinoamericana, y parten teóricamente de la “determinación social de la salud” en contextos de violencia armada; se enfatizan “sufrimiento social”, “sufrimiento ético político” y “humillación social”, “territorio, territorialidad y lugar” y “cuidados transnacionales”.
2. Bosqui, 2020 (Líbano)	Parte de discusiones en el marco de la “salud mental global”, llamando a una mayor contextualización de las “intervenciones” en crisis y emergencias. Se enfatizan: “desigualdades sociales”, “factores culturales, políticos y sociales”, “contexto social y económico” y “adversidad social, injusticia, desigualdad, pobreza y exposición al estrés crónico”
3. Breilh, 2009 (Ecuador)	Concibe una teoría crítica de la determinación social de la salud, desde el contexto latinoamericano (década de 1970 hasta la actualidad).
4. Breilh, 2021 (Ecuador)	
5. Deviat, 2021 (España)	Parte de una psiquiatría crítica. Se refiere a “determinantes sociales y vulnerabilización”, “producción de subjetividad”, crisis “social” y “ecológica”, “clínica de la escucha”, se enfatizan “desigualdad” en recursos y acceso a salud mental, se critica la psiquiatrización y el gasto farmacéutico
6. Deviat (Huertas, 2020) (España)	Sobre Deviat, se reseña su “defensa de la sanidad pública, la lucha contra las desigualdades y por la justicia social, y el respeto por el sufrimiento humano”, una “clínica renovada”, así como su propuesta de un “cambio radical en el orden existente (en salud mental)”.
7. Jiménez-Molina et al., 2019 (Chile)	Revisan “determinantes sociales de la salud mental”, pero subrayan limitaciones del modelo hegemónico de “determinantes sociales”. Mencionan: capitalismo, patriarcado, desigualdades en torno al reconocimiento, ejercicio de la ciudadanía y uso de tiempos y espacios.
8. Jojoa Tobar et al., 2019 (Colombia)	A partir de contextos de violencia armada, mencionan “determinantes psicosociales de la salud”, “inequidades sociales”, “factores políticos y sociales”, “determinantes en la salud mental colectiva”, “factores de la comprensión del mundo que influyen en los cuidados y en la salud”, triada “familia-comunidad-territorio” y diversidad étnica y de organización comunitaria.

Autoras/es	Abordaje de la “determinación social” de la salud mental
9. Martín-Baró, 1984/1993 (El Salvador)	A partir de contextos de violencia armada en Latinoamérica (décadas de 1970 y 1980), argumenta que “no se puede separar la salud mental del orden social”; el fundamento de la salud mental está en “relaciones humanizadoras” y “vínculos colectivos” de afirmación y reconocimiento”; construir sociedades más justas es un problema económico y político, pero también “un problema de salud mental”; énfasis en “conflicto”, “situaciones límite” y “violencia”; “polarización” que exagera “intereses sociales discrepantes”; “mentiras” (vía corrupción institucional y discurso público); trabajo y empleo; “amor”; identidad; historia; “clase social”, “temporalidad” (efectos de la violencia a corto, mediano y largo plazo).
10. Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017 (España)	Citan a Breilh y otros autores para referirse a la tradición latinoamericana de salud colectiva (subrayando su influencia limitada en España). Mencionan: “determinantes de la aflicción”, “lateralidad” (y “permeabilidad” epistemológica/disciplinaria), “reciprocidad” y “singularidad”; proponen “resocializar” y “rehistorizar” el sufrimiento humano; llamado a lo “interdisciplinario”, integrar lo “objetivo” y lo “subjetivo”; énfasis en “punto de vista etnográfico”; posición de “no saber” (se critica la noción positivista de “evidencia”); atención a diversas “demandas”: clínica, narrativa, política y ciudadana, y de equidad.
11. Pié et al., 2021 (España)	En línea con Martínez-Hernández y Correa-Urquiza (2017), se profundizan y amplían conceptos y métodos; se mencionan “factores determinantes” vinculados a “la dimensión estructural, histórica, cultural y social de individuos y grupos, así como sus construcciones subjetivas”; “narrativas de aflicción”, “redes semánticas del malestar” y “modelos explicativos”; “participación social”; sentidos “literales” y “simbólicos”; “hegemonía”, “contrahegemonía” y “subalteridad”; “narrativas colonizadas”; “agencia” (incluidas “microresistencias”); “politización del dolor”; “procomunización del cuerpo”; mención a limitaciones del modelo hegemónico de “determinantes sociales”.

Tabla 1. Mapeo conceptual: abordaje de la determinación social de la salud mental en las fuentes revisadas

Desde la teoría de la determinación social, se concibe la salud como un fenómeno colectivo constituido por la interrelación dialéctica entre objetividad, subjetividad y práctica social, y por determinado metabolismo naturaleza-sociedad; en el contexto de una estratificación social injusta y no sustentable (Breilh, 2021). Esta mirada se opone claramente a posturas cartesianas, empiristas, positivistas, funcionalistas y biomédicas. Se asume que aquello que determina la salud es un *movimiento dialéctico simultáneo entre tres dimensiones interconectadas: general, particular e individual* (Breilh, 2021). Para comprender la salud —incluida la salud mental— es necesario “descifrar la esencia y evidencia factual de tales conexiones” (Breilh, 2021, p. 94)¹. Son conexiones que pueden determinar condiciones tanto saludables y protectoras, como no saludables y destructivas. Así entendida, la salud —incluida la salud “mental”— es “una construcción subjetiva que nace de necesidades estratégicas de distintos grupos sociales” (Breilh, 2021, p. 32). Los conceptos mapeados en la Tabla 1 —aunque epistemológicamente diversos— podrían, dialogar y —según sea el caso— articularse de forma relativamente orgánica con esta concepción de salud mental.

¹ Traducciones al castellano de citas textuales de Breilh (2021) realizadas por Manuel Capella.

En la teoría de la determinación social propuesta por Breilh (2021) aquello considerado “mental” juega un rol crucial, y se mencionan en varias ocasiones categorías como “subjetividad”, “mente” y “psiquismo”. Dicha mención se hace en, al menos, tres sentidos: I. Para subrayar el rol esencial de tales categorías en la propia teoría de la determinación social; II. Para discutir problemas en torno a la ideología, el poder, las dominaciones y las resistencias (por ejemplo, para subrayar lo clave de trabajar desde la “subjetividad profunda” de clases sociales empobrecidas, misma que se ve moldeada por una ideología dominante que beneficia a las élites y destruye la salud colectiva); y III. Para situar a los saberes *psi*² ya no como áreas de experticia aisladas, sino articuladas en un contexto profundamente transdisciplinario. Nuevamente, se abren diálogos y convergencias relativas con los conceptos mapeados (Tabla 1).

Cercano a algunas de estas ideas, Martín-Baró esgrimía a inicios de la década de 1980 la siguiente definición crítica de salud mental, subrayando el papel clave que el poder, la violencia y la ideología juegan en los malestares colectivos:

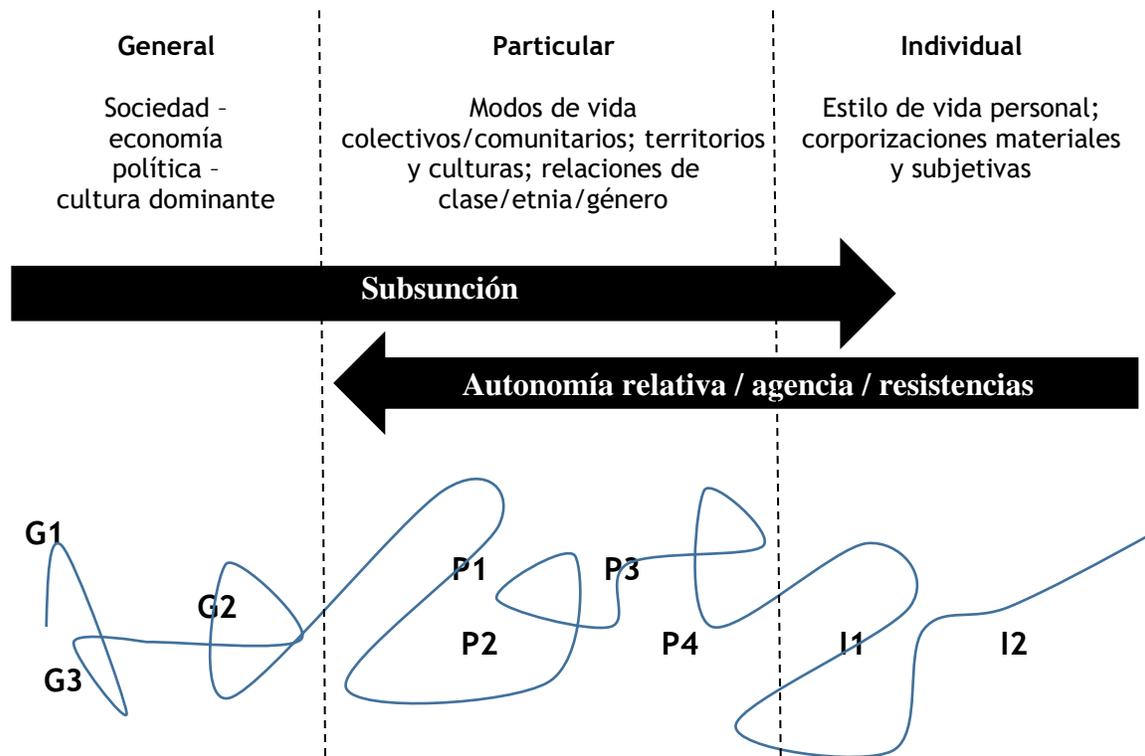
La salud mental constituye una dimensión de las relaciones entre las personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones («síntomas») y estados («síndromes»). (Martín-Baró, 1984/ 1993, párr.4)

Desde los conceptos planteados por Breilh (1977, 2021) y Martín-Baró (1984/1993) —y considerando, además, conceptos semánticamente cercanos a ellos mapeados en la Tabla 1—, la promoción y cuidado de la salud mental no se limitaría a la psicoeducación convencional, ni a los diagnósticos y procesos psicoterapéuticos hegemónicos de tipo individual, grupal o comunitario. Se trataría, en cambio, de una categoría para referirse a procesos dialécticos de naturaleza colectiva, socialmente determinados. Así concebida, entendemos que la salud mental es una construcción intersubjetiva; situada histórica y culturalmente; moldeada por relaciones de poder socialmente determinadas que están vinculadas a procesos dialécticos de paz y violencia; y que devienen en experiencias de bienestar o malestar expresadas a través de nuestros cuerpos, nuestros pensamientos, nuestros sentimientos, nuestros discursos, y nuestras acciones respecto a nosotras mismas, los demás y las ecologías donde —y a través de las cuales— existimos como sujetos.

² En el texto referido, Breilh no utiliza la categoría “saberes *psi*”, aunque muy ocasionalmente menciona a la psicología. Por saberes *psi* nos referimos aquí a la psicología, la psiquiatría y otros saberes que reclaman experticia científica y profesional sobre los fenómenos “psíquicos” y la “salud mental”.

Contextualización ecológica

Con hacer una adecuada contextualización ecológica del sufrimiento ya habremos hecho bastante para acercarnos a un paradigma de salud mental colectiva, al menos en términos relativos. Si bien algunas fuentes mapeadas en la Tabla 1 citan explícitamente la teoría crítica de una determinación social, sus formas de articularla analíticamente son diversas, y no siempre estructuradas en “dimensiones” demarcadas. En contraste, Breilh (2021) propone considerar tres dimensiones en nuestros análisis: general, particular e individual (véase sección superior de la Figura 1).



Nota: la sección inferior de esta figura se explicará más adelante, en la Tabla 2

Figura 1. Proceso dialéctico de determinación social, contextualizado ecológicamente

El nivel general (G), en la vasta mayoría de nuestros contextos, supone una economía política capitalista, y unas lógicas de exclusión material y cultural basadas en la codicia, en el individualismo, y en una relación destructiva con la naturaleza y con la sociedad (Breilh, 2021). Aquí existen, quizá, puntos de diálogo con Deviat (2021), cuando aquel menciona dos grandes crisis: una social y otra ecológica; y con —virtualmente— todos los textos de la Tabla 1 que abordan el rol del “contexto”, incluidas menciones al capitalismo y al patriarcado (Jiménez-Molina et al., 2019).

Los procesos de naturaleza macrosocial son vividos de diferente forma por diversos grupos, comunidades y organizaciones, en sus respectivos territorios. Por ende, debemos explorar la dimensión particular (P), considerando radicalmente una estratificación inequitativa que deriva en modos de vida y culturas específicas. Aquí, el análisis de la clase social (y *no* del “nivel socioeconómico” o de “ingresos” como variable fragmentada) es fundamental, y básico para comprender la construcción de subjetividades y modos de vida colectivos, incluido trabajo, consumo, espiritualidad y prácticas sociales (Breilh, 2021). Claramente, explorar etnias, identidades y relaciones interculturales (en gran medida coloniales y racistas) será igual de necesario. Virtualmente todos los textos de la Tabla 1 abogan por comprender la salud mental como una construcción cultural. Aspectos como territorios y espacios (físicos y virtuales/digitales), así como los diversos grupos donde socializa un sujeto, son también importantes (Arias y Hernández, 2020; Breilh, 2021; Jojoa et al., 2019); incluida la posibilidad que tienen o no de utilizar espacios y tiempos (Jiménez-Molina et al., 2019). Es así que los análisis, por ejemplo, de comunidades y familias, serán esenciales, pero siempre contextualizándolos ecológicamente.

Finalmente debemos explorar el nivel individual (I): lo que un individuo concreto percibe, piensa, siente, dice y hace en el marco de sus vínculos más inmediatos. Personalidad, motivación, autoestima, auto-regulación, inteligencia emocional, trauma, distorsiones cognitivas, algunos aspectos “neuro” psicológicos individuales, y otras categorías de este tipo pertenecen también a este nivel; los extensos cuestionamientos sobre ellas desde la psicología crítica y otros saberes trascienden el alcance del presente artículo. Basta con decir que las manifestaciones individuales se entenderán fundamentalmente como corporizaciones —concepto propuesto inicialmente por Nancy Krieger, como lo reseña Breilh (2021, p. 131)—. Es decir, no como patologías esencialistas reificadas, sino comprendidas como “las fallas del sistema social expresado en cuerpos y modos de vida portadores de inequidades” (Arias y Hernández, 2020, p. 4). Una “singularidad”, entendida siempre en su contexto histórico, político y cultural (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017; Pié et al., 2021).

Interpretación de nodos críticos

Según Breilh (2021), lo que determina la salud mental no son factores de riesgo externos y fragmentados, sino determinados *nodos* que implican analizar “movimientos críticos”: “movimientos dialécticos simultáneos entre niveles”. La sección inferior de la Figura 1 ilustra dichos nodos. Quizá es a esta mirada a la que se refería parcialmente Martín-Baró (1984/1993) cuando propuso una “perspectiva que va del todo a las partes, de la exterioridad colectiva a la interioridad individual”, donde “el trastorno puede situarse a diversos niveles”.

Breilh (2021) ha criticado por mucho tiempo la perspectiva funcionalista y de causalidad lineal del modelo de “determinantes sociales”, diferenciándolo de su propuesta de “determinación social”, aquí descrita. Quizá sea esta la misma crítica que hacen Álvaro Jiménez-Molina y sus colegas (2019) cuando abogan por avanzar hacia una “concepción multidimensional y situada de la desigualdad”, basada en la idea de que “el sufrimiento psíquico no está simplemente determinado por lo social, sino que es en sí mismo social” (p. 16).

Para ilustrar el análisis de *nodos*, me valdré arbitrariamente de conjeturas respecto al posible sufrimiento mental de profesionales sanitarios en el contexto del shock del covid-19 en Ecuador, al finalizar el primer trimestre del 2020. En absoluto constituye un análisis detallado del caso (Capella, 2022). Utilizo el contexto exclusivamente con fines ilustrativos para la presente exploración teórica (y por ser un contexto cercano al autor). La estética y parte del contenido de la Figura 1 y la Tabla 2 suponen adaptaciones a partir de trabajos previos de Breilh (2009, p. 27, 2021, p. 143).

Dimensiones	Nodo de determinación social
General	<p>G1: economía política capitalista y macroprocesos derivados: contacto insano inter-especies en mercados abarrotados (ej. China: origen del Sars-CoV2); políticas públicas de precarización (incluida precarización de clase trabajadora en contextos de atención sanitaria); sistema de inequidad históricamente construido: clasista, racista, patriarcal y excluyente, que tiende a reproducirse; salud privada priorizada por sobre la salud pública.</p> <p>G2: respuesta gubernamental deficiente ante el shock pandémico (contradicción entre G1 y posibilidad de optimizar respuesta gubernamental); gobierno con problemas de legitimidad democrática, credibilidad, confianza, liderazgo político, gestión administrativa y comunicacional.</p> <p>G3: políticas provinciales y municipales que reproducen la dinámica de G1 y G2, con sus particularidades locales.</p>
Particular	<p>P1: Condiciones laborales insanas (“polución laboral”) en contextos sanitarios concretos: jornada laboral desgastante; inestabilidad; rotación; exposición directa a toxicidad biológica (virus SARS-Cov2), falta de infraestructura, tecnología e insumos; insuficientes medidas de regulación laboral y prevención profunda del sufrimiento mental. Inequidad en –y entre– organizaciones de trabajo sanitario.</p> <p>P2: Comunidad (ej. territorio de residencia): atomización y deterioro relativo del tejido social; ruptura gobierno-ciudadanía. Inequidad en –y entre– barrios.</p> <p>P3: Comunidades digitales (ciberespacios): incertidumbre ante fuentes oficiales no confiables; sobrecarga de información sensible sobre contagios, muerte, y desamparo por parte del Estado; limitadas oportunidades de educación sobre consumo crítico de información y comunicación comunitaria saludable; inequidad en acceso a internet, y reproducción de inequidades en discursos digitales.</p> <p>P4: Familias con aumento de tensiones interpersonales; incremento en el riesgo de deterioro de vínculos familiares; aumento de riesgo de violencia interpersonal.</p>
Individual	<p>I1: estilos de vida individuales poco saludables: hábitos no saludables de alimentación, descanso, recreación, uso de tiempo y espacios, relación con redes cercanas y con uno mismo o una misma.</p> <p>I2: Vulneración y vulnerabilidad “psicológica”; corporización de las contradicciones sociales: aumento de “sufrimiento mental” y diagnósticos propios de la psicopatología hegemónica (aumento de morbilidad); procesos cognitivos, afectivos y acciones del sujeto que afectan directa o indirectamente el bienestar individual y colectivo.</p>

Nota: El análisis presentado en esta tabla se expresa gráficamente en la Figura 1 (presentada en páginas anteriores).

Tabla 2. Ejemplo de interpretación de nodos críticos: sufrimiento mental en profesionales sanitarios en Ecuador durante el shock inicial del covid-19

Interpretar nodos críticos supone identificar subsunciones. A diferencia de la noción positivista de causalidad linear, una subsunción explica una *relación* en la cual procesos más complejos condicionan procesos menos complejos (Breilh, 2021, p. 109)³. Así, procesos de la dimensión G subsumen a los de la dimensión P, los cuales a su vez subsumen a los de la dimensión I. Estos “movimientos” condicionan los procesos fenotípicos, genotípicos y –clave para el tema que nos atañe– los procesos *psicológicos* de un individuo. Se acepta que determinados procesos psicológicos individuales tienen sus propias reglas de reproducción y funcionamiento, pero aquellas están subsumidas, determinadas por las “condiciones de reproducción social” (Breilh, 2021, p. 108).

No se niega que cada individuo y cada grupo tenga autonomía relativa para hacer frente a dichos procesos e influir en ellos. Este último punto es clave, porque encuentra potenciales diálogos –por ejemplo, desde el trabajo clínico y comunitario– con el énfasis en lo que los sujetos *quieren* y *pueden* hacer con las condiciones de vida que resultan de la determinación social. Aquello implica explorar diversos usos de la agencia y diversas formas de resistencia: “qué es lo que los sujetos hacen con lo que les es dado en términos de sufrimiento, la metabolización subjetiva del proceso” (Pié et al., 2021, ¿Y de qué hablamos cuando hablamos de salud mental colectiva?). Si buscamos hallazgos sobre salud mental que “revelan una verdad histórica acerca del orden social” (Jiménez-Molina et al., 2019, p. 16), quizá el proceso antes descrito sea uno de los caminos para ello.

Una idea clave cuando hablamos de “verdad”: determinación no significa determinismo. Las subsunciones no son condicionantes unidireccionales y mecanicistas, sino relaciones dialécticas (Breilh, 2021, p. 109). Por ejemplo, subsunciones condicionadas desde el internet, sus usuarios, y sus cuestionables algoritmos comerciales merecería una atención especial (Breilh, 2021); temática que trasciende el alcance del presente artículo. Metodológicamente, el estudio de los movimientos entre dimensiones puede hacerse tanto valiéndose de la estadística, como de diseños cualitativos que incluyan “toda la riqueza de procedimientos participativos y de investigación de la moderna antropología y psicología social” (Breilh, 2009, p. 14), y de otras disciplinas y saberes contemporáneos, por supuesto. El valor que Breilh (2021) le reconoce a la estadística – como lo hiciera también Martín-Baró (1984/1993)– implica quizá una relativa diferencia metodológica respecto a miradas que parecen abogar principalmente por métodos cualitativos –incluida la tradición etnográfica (Martínez y Correa, 2017)–. Breilh (2021) reconoce la importancia fundamental de la etnografía y

³ Nótese que Breilh (2021) representa a la dimensión individual como contenida en la particular, la cual a su vez está contenida en la general; todas en relación fluida y dialéctica.

el análisis del discurso, pero nos invita a reconocer la relación dialéctica entre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad.

Estrategias de bienestar

Existe bienestar cuando los sujetos y los colectivos disponen de recursos materiales y condiciones culturales-espirituales básicas para “corporizarlo”, es decir, para producir “un sentido de bienestar individual y colectivo, sustentable y protector, psicológico y espiritual”; no solo cuando existe, supuestamente, un “bienestar individual relacionado a una satisfacción empíricamente definida” (Breilh, 2021, p. 120). Podemos pensar en al menos cuatro estrategias para promover el bienestar y prevenir el sufrimiento evitable de sujetos, grupos y comunidades situadas, tomadas a partir del pensamiento de Breilh (2021), quien hace eco de tradiciones críticas latinoamericanas (Tabla 3).

Estrategia	Implicación en la práctica
Promoción de 4 “S”	Promover soberanía, solidaridad, sostenibilidad y seguridad de la vida
Prevención profunda	Prevenir que continúen o surjan procesos que perpetúan el sistema capitalista y la cultura/ideología hegemónica
Análisis dialógico, participativo e intercultural	Discutir y replantear los nodos analíticos interpretados, junto a sujetos implicados
Reposicionamientos subjetivos e intersubjetivos	Construir, junto a sujetos implicados, nuevas formas ser y estar, que conlleven mayor bienestar a corto, mediano y largo plazo
Crear nuevas acciones	Acciones concretas y creativas que contribuyan a la transformación individual y social

Tabla 3. Accionando estrategias de bienestar

Para accionarlas, hacen falta condiciones materiales que protejan la vida, y las “subjetividades y culturas soberanas” – es decir, la autodeterminación de cada comunidad para crear y recrear sus valores e identidades—, posibles solo en relación a cada sujeto y su “capacidad crítica y espiritualidad” (Breilh, 2021, p. 125). Implican oponerse éticamente a lógicas económicas y culturales que generan destrucción y malestar, fundamentadas en la codicia, la acumulación de capital, la explotación y la alienación. Concepciones hegemónicas de promoción y prevención (ej. “psicoeducación”), “psicodiagnóstico” y “psicoterapia” se quedan notoriamente cortos en este sentido. En contraste, la invitación es a la construcción de reposicionamientos subjetivos: nuevas formas de ser y estar (con otras y otros), siendo el sujeto lo más consciente posible respecto a los nodos determinación y a las posibles resistencias ante ellos. En determinados contextos, por ejemplo, esto supone una clínica renovada (Deviat, 2021; Huer-tas, 2020). Más precisamente, una pluralidad de prácticas clínicas renovadas;

considerando autonomías relativas (Breilh, 2021), así como usos situados de agencias y resistencias, desde un respeto por la singularidad y la reciprocidad (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017; Pié et al., 2021). Estas construcciones implicarán —directa o indirectamente— esfuerzos por contribuir modestamente a procesos de transformación individual y social.

Los “nodos de determinación” —expresados en la dimensión individual como corporizaciones atendidas en contextos clínicos— tienen potencial para ser un instrumento analítico colaborativo con miras a tales transformaciones. Profesional y consultante podrían dialogar sobre dichos nodos de forma situada y reflexiva, desde un encuentro recíproco de saberes, lenguajes, experiencias y demandas. Quizá podría “abrirse” el diálogo inicial a partir de la dimensión más relevante para los interlocutores y su contexto (general, particular o individual). Aquello podría conducir a considerar posibles estrategias de bienestar (Tabla 3), y decidir en torno a qué espacios, sujetos e instituciones articularán el locus y los vínculos necesarios para resistencias y transformaciones que vayan —si así lo deciden y según sea procedente— más allá de una reducción funcionalista de síntomas individuales. Varias de las fuentes exploradas (Tabla 1) parecen sugerir que estos encuentros no deberían limitarse únicamente a espacios como hospitales, centros de salud o consultorios. El llamado es a resignificar lo “clínico” también desde espacios *colectivos* más amplios, comunitarios y públicos.

Reflexividad, interculturalidad y poder

Para investigadoras e investigadores cualitativos en ciencias sociales hablar de “reflexividad” no es nada nuevo. El desafío de un paradigma de salud mental colectiva es hacer de la reflexividad un ejercicio permanente, cualquiera sea la disciplina, profesión o metodología de la que partamos. Más aún si, como se daría en escenarios ideales, partimos de miradas interdisciplinarias o transdisciplinarias. Aquello nos exige tomarnos *en serio* categorías como poder y cultura, en tanto su relación con la subjetividad (incluida nuestra propia subjetividad, por supuesto). Las subjetividades son clave para analizar y utilizar diferentes formas de poder (Breilh, 2021, p. 166), y para trascender visiones superficiales de la multiculturalidad, pasando a esfuerzos radicalmente interculturales (Breilh, 2021). Hace falta, como propone Deviat: un profundo “respeto por el sufrimiento humano” (Huertas, 2020). En función de lo sugerido por Breilh (2021) sobre “poder social” (p. 167), podemos procurar reflexividad en torno a cinco dimensiones (Tabla 4). En el campo tradicional de la salud mental, aquello supone el cuestionamiento de teorías, métodos y artefactos hegemónicos (Deviat, 2021; Huertas, 2020; Pié et al., 2021), por ejemplo, manuales nosográficos (ej. CIE11; DSM 5), y otros artefactos diagnósticos (ej. biomarcadores;

“tests” psicológicos) y terapéuticos (ej. psicofármacos; diversas técnicas psicoterapéuticas). Supone también, en diversos contextos, comprender los procesos salud-enfermedad en articulación con procesos de paz-violencia (Arias y Hernández, 2020; Jojoa et al., 2019; Martín-Baró, 1984/1993).

Dimensiones	Consideraciones posibles
Poder económico	¿Cómo usar nuestro poder para tener más control sobre la propiedad y los recursos vitales (redistribuyéndolos especialmente en favor de la clase trabajadora, incluida la parte de ella que experimenta sufrimiento “mental” real y potencial)?
Poder político	¿Cómo usar nuestro poder para facilitar la participación política y democrática real de diversas comunidades y sujetos (incluidos quienes experimentan sufrimiento “mental”)?
Poder cultural-epistemológico	¿Cómo usar nuestro poder para tener mayor autodeterminación que permita moldear y reivindicar identidades, subjetividades y saberes diversos (incluidos aquellos más silenciados por el discurso hegemónico globalizado sobre “salud mental”)?
Poder administrativo	¿Cómo usar nuestro poder para tener mayor capacidad para acceder y administrar recursos estratégicos, a nivel de las organizaciones (incluidas aquellas organizaciones que luchan por derechos que condicionan directa e indirectamente el bienestar “mental”)?
Poder científico	¿Cómo usar nuestro poder para tener mayor autodeterminación que permita problematizar y proponer alternativas respecto a diversas epistemologías, teorías y metodologías científicas sobre fenómenos “mentales”, así como para que la práctica científica y profesional responda a las necesidades urgentes de los pueblos?

Tabla 4. Reflexividad en torno al poder

En coherencia con lo planteado por Breilh (2021), y por varias de las fuentes examinadas (Tabla 1), estas reflexiones deberán ser construidas desde diálogos profundamente interculturales: encuentros que procuren ser lo más simétricos y horizontales posibles (incluidos aquellos entre profesionales y no-profesionales). Será también necesario que reflexionemos sobre nuestras posturas con relación al contexto político que construye a los sujetos que buscamos comprender. La reflexividad implica, por supuesto, no tomar ningún discurso — incluido el presentado en el presente artículo— como absoluto e incuestionable. Todo lo contrario, exige constantes diálogos, debates y discusiones constructivas, para continuar avanzando lo que podríamos denominar como un paradigma de salud mental colectiva, con décadas de gestación y desarrollo, y aportes de innumerables y valiosas voces.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las fuentes exploradas evidencian diversas articulaciones en torno a la idea de una “determinación social”, y a las posibilidades de construir un paradigma de “salud mental colectiva”. Unas cuantas publicaciones citan la teoría formulada por Breilh (1977, 2021), y parecen ponerla a dialogar —con menor o mayor profundidad— con otros conceptos, muchos de ellos de común uso en la antropología de la salud. Beatriz Arias y Dora Hernández (2020), por ejemplo, abordan contextos de violencia armada en Colombia usando categorías como sufrimiento social y sufrimiento ético-político, y autores desde España abordan interdisciplinariamente el sufrimiento, recurriendo —entre otras— a miradas etnográficas y gramscianas fuertemente críticas con modelos biomédicos positivistas (Martínez-Hernández y Correa-Urquiza, 2017; Pié et al., 2021). Desde el punto de vista de las trayectorias históricas, es razonable resaltar la influencia —entre otros y otras— de autores críticos como Martín-Baró (1984/1993) y Breilh (1977, 2021) en Latinoamérica, y Deviat (2020, 2021) en España.

Hay espacio para el diálogo sobre la posible construcción de un paradigma. Además de las voces ya citadas, algunas autoras discuten la salud mental colectiva a partir de “determinantes psicosociales” (Jojoa et al., 2019); otras voces no mencionan explícitamente una “salud mental colectiva”, pero problematizan lo que entendemos por “determinantes sociales” y subrayan el rol clave de la “justicia social” (Jiménez-Molina et al., 2019). Aunque Breilh (2021) no hablaría de “determinantes” —sino de una determinación dialéctica—, probablemente concordaría con tales voces en varios puntos. Por otro lado, existen discursos cercanos al proyecto de una “salud mental global”, vinculado en buena medida a una hegemonía epidemiológica de tendencia funcionalista (World Health Organization, 2005). Algunos discursos de este último tipo, acertadamente, critican injusticias y piden mayor atención al “contexto” (Bosqui, 2020). Pese a ello, sería difícil lograr acortar distancias entre dos proyectos epistemológicamente diferentes —incluso antagónicos en varios aspectos—, como lo son la salud mental global y la tradición crítica de salud colectiva. Difícil, pero *quizá* no imposible; especialmente si consideramos aquellos matices históricos más relevantes para tender posibles puentes de cara a utopías (Antic, 2022).

En la presente revisión exploratoria, he logrado identificar apenas un puñado de fuentes recientes que se titulan, explícitamente, “salud mental colectiva”. Esto es revelador. Siguiendo a Breilh (1977, 2009, 2021), podríamos suponer que la naturaleza dialéctica del paradigma de salud colectiva evitaría separar de forma cartesiana lo mental de lo no-mental, comprendiendo los daños psicosociales sencillamente como una corporización más, socialmente determinada.

Las limitaciones metodológicas de la presente revisión suponen otra explicación. Por ejemplo, la licencia para una adaptación ad-hoc a partir de la propuesta de Arksey y O'Malley (2005), el limitar la búsqueda de palabras clave a títulos, y la omisión de fuentes en idioma portugués (dada la influencia del paradigma de salud colectiva en Brasil), entre otras. Es posible que la categoría “salud colectiva” haya adquirido una polisemia tal, que diferentes sujetos empleen el término de diferentes formas, suponiendo “un lugar que aloje lo diverso y lo disperso” (Martínez y Correa, 2017, p. 276).

Los beneficios y problemas de dicha diversidad y dispersión continúan siendo motivo de discusión, en términos de un cambio de paradigma. Valiosos aportes de perspectivas hoy hegemónicas, como la biopsicosocial (Engel, 1977) y el modelo de “determinantes sociales” de la salud (Marmot, 2020; World Health Organization, 2021) parecen requerir complejizarse y politizarse mucho más, superándose dialécticamente. Así lo podemos inferir a partir de los cuestionamientos de Breilh (2021), quien nos propone una *metateoría crítica, intercultural y transdisciplinaria*. Tal referente epistémico sugiere un paradigma de salud mental colectiva basado en procesos dialécticos de determinación social, contextualización ecológica, interpretación de nodos críticos, estrategias de bienestar, así como consideraciones reflexivas e interculturales respecto al poder.

Sin embargo, como he ilustrado en esta revisión exploratoria, es necesario el diálogo de esta propuesta con miradas y conceptos de diversas otras autoras y autores. Dicho diálogo nos permitirá responder una pregunta clave: ¿Qué supondría la construcción y consolidación de un paradigma de “salud mental colectiva”?

El paradigma tendría que ser profundamente respetuoso con diversos saberes que contribuyen a la salud colectiva. Un fundamento central sería el sostener un análisis riguroso, ecológico, dialéctico, crítico, multidimensional, intercultural —y no meramente funcionalista— de *procesos de determinación social de la salud mental*. Dicho análisis implica examinar —de forma compleja, profunda, situada y distante de dogmatismos— aspectos históricos, económicos, políticos, culturales, y singulares de cada sujeto en su contexto. Estos análisis se harían en base a diálogos entre diversos saberes, tanto académicos y profesionales, como populares, incluyendo las voces de sujetos y grupos que experimentan sufrimiento encuadrado como “mental”.

El diálogo entre saberes académicos admite gran riqueza. Por ejemplo, perspectivas ecológicas (Jadhav et al., 2015; Stern et al., 2021), salud mental comunitaria y atención al estrés psicosocial (Dohrenwend, 1978), abordajes sociológicos de estilos de vida saludables (Cockerham, 2005), psicología histórico-

cultural (González Rey, 2016) y nociones como “Buen Vivir” o Sumak Kawsay⁴ (Breilh, 2021, p. 198; “¿Qué es Salud Mental Colectiva...”, 2020). Sería coherente, además, incluir saberes explícitamente críticos. Por ejemplo, salud mental crítica (Cohen, 2018); psicología crítica (Pavón-Cuéllar, 2019), incluidas las tradiciones comunitarias y de la “liberación” (Kagan et al., 2011/2020; Montero, 2004); psiquiatría crítica (Bracken et al., 2012); antropología de la salud crítica (Gamlin et al., 2020); análisis complejos sobre cultura y salud (Napier et al., 2014); críticas a la salud mental global (Mills, 2013; Summerfield, 2012); ecología política y ecofeminismo (Soliz, 2017); análisis post-estructuralistas sobre discursos “neuro” y “psi” (Rose, 2019); y –de vital importancia– cuestionamientos por parte de “usuarios” a propuestas tanto hegemónicas como críticas (Rose y Rose, 2023).

Un paradigma de salud mental colectiva sería metodológicamente pluralista. Esto, siempre que existan claridad y coherencia epistemológica, y que la praxis privilegie “la mirada sobre las subjetividades y su contexto de producción, además de prácticas que integran distintos saberes, incluidos aquellos gestados desde las propias personas y comunidades” (Arias y Hernández, 2020, p. 9). Una “matriz de procesos críticos” parece ser un instrumento de enorme valía, considerando tantos análisis cuantitativos como cualitativos (Breilh, 2021). Podríamos, además, comprender nodos de determinación en tanto formas de violencia y resistencias frente a estas. Si optamos por aquello, cabría acompañar –modestamente y con humildad epistémica– la construcción de “subjetividades resistentes frente a las violencias” (Pié, 2015, p. 321). De cualquier modo, necesitaríamos recurrir a diversos métodos y técnicas críticos, comunitarios y participativos para comprender y transformar determinados “daños psicosociales” (Soliz, 2017).

El paradigma requeriría, además, que reimaginemos lo que entendemos por “clínica”. En buena medida, tendríamos que renovarla (Deviat, 2021; Huertas, 2020); despatologizarla (López y Costa, 2012) y tornarla, al menos parcialmente, en una suerte de “clínica psicopolítica” que articule cuerpos, reflexión crítica, emociones, espiritualidad y acción transformadora (Barrero, 2020). Las metodologías de una salud mental colectiva –incluidas aquellas “clínicas” individuales y comunitarias, dentro y fuera de espacios institucionales sanitarios– no implicarían rigidez. En vez de un “protocolo pautado y establecido”, parecerían suponer “una apertura a un cierto posicionamiento hacia el ensamble, hacia el encuentro con el otro para entender la salud a partir de esa compleji-

⁴ Noción originaria de Abya Yala basada en el cuidado de la naturaleza y la solidaridad comunitaria, instrumentalizada en el siglo XXI –con logros y problemas– en las constituciones de Ecuador y Bolivia.

dad inevitablemente dialéctica” (Pié et al., 2021, ¿Y de qué hablamos cuando hablamos de salud mental colectiva?).

Un paradigma de salud mental colectiva tendría un importante componente ético- político. Asumiría que “las posibilidades de transformación social son fundamentales” (Arias y Hernández, 2020, p. 4). Aquello nos alejaría de ilusiones de neutralidad, evitando así ser vehículos ideológicos que favorezcan sufrimiento, enfermedad y muerte de comunidades históricamente excluidas (Breilh, 2021; Capella, 2022; Martín-Baró, 1984/1993). No hablaríamos de “factores de riesgo” despolitizados, ni nos limitaríamos a clasificaciones normativas sobre quién es sano o enfermo, funcional o disfuncional. Nos cuestionaríamos a qué sistemas somos o no funcionales, y de qué maneras estamos o no construyendo sociedades más sanas y justas. Esto requiere suficiente reflexividad; análisis sobre el poder con suficiente validez psicopolítica (Prilleltensky, 2008) y validez cultural (Jadhav, 2009); y una actitud crítica permanente respecto a una psicología hegemónica que ha fallado en conectar culturalmente con buena parte de las realidades locales, por ejemplo, en casos como el de Ecuador (Capella, 2019, 2023; Capella y Jadhav, 2020). Se trata de un posicionamiento que rechazaría explicaciones individualistas, biologicistas, psicologístas, mecanicistas y potencialmente coloniales (Breilh, 2021, p. 7; Martín-Baró, 1984/1993).

En el presente artículo, he explorado algunos posibles caminos para continuar construyendo una transformación paradigmática para nuestros tiempos. Además de las aquí incluidas, existen diversas otras voces en el mundo que probablemente comparten el interés por este tipo de proyecto transformador. De hecho, se registran ya intercambios latinoamericanos en curso, proponiendo construir la “utopía posible” de una “salud mental colectiva” (“¿Qué es Salud Mental Colectiva...”, 2020). No basta con hablar de la importancia de la salud mental y reproducir sus prácticas hegemónicas. Un cambio más profundo y sostenido parece necesario. Ese cambio podría vislumbrarse en un paradigma de salud mental colectiva –*nuestra* salud mental colectiva– construido desde diversas trayectorias y valiosos aportes que, por décadas, vienen gestándose desde diferentes escenarios y latitudes. Las posibilidades de consolidarlo son promisorias y esperanzadoras.

REFERENCIAS

- Antic, Ana (2022). Decolonizing madness? Transcultural psychiatry, international order and birth of a “global psyche” in the aftermath of the Second World War. *Journal of Global History*, 17(1), 20-41. <https://doi.org/10.1017/S1740022821000115>
- Arias, Beatriz & Hernández, Dora (2020). Salud mental colectiva y cuidados transnacionales. Retos y Desafíos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.smcc>

- Arksey, Hilary & O'Malley, Lisa (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32 <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616> [<https://osf.io/rbj2y/download>]
- Barrero, Edgar (2020). *Clínica psicopolítica. Aportes para la construcción de una psicología de la subversión en tiempo del horror neoliberal*. Ediciones Cátedra Libre.
- Bosqui, Tania (2020). The need to shift to a contextualized and collective mental health paradigm: learning from crisis-hit Lebanon. *Global Mental Health*, 7, E26, 19-22. <https://doi.org/10.1017/gmh.2020.20>
- Bracken, Pat; Thomas, Philip; Timimi, Sami; Asen, Eia; Behr, Graham; Beuster, Carl; Bhunnoo, Seth; Browne, Ivor; Chhina, Navjyoat; Double, Duncan; Downer, Simon; Evans, Chris; Fernando, Suman; Garland, Malcolm; Hopkins, William; Huws, Rhodri; Johnson, Bob; Martindale, Brian; Middleton, Hugh... & Yeomans, David (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-434. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Breilh, Jaime (1977). *Crítica a la interpretación ecológico funcionalista de la epidemiología: un ensayo de desmitificación del proceso salud enfermedad*. Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco.
- Breilh, Jaime (2009). Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. Deterioro de la salud de los internos en Quito, Ecuador. *Ateneo. Revista Oficial Del Colegio de Médicos Del Azuay*, 8-19. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3378/1/Breilh%2c%20J-CON-087a-Trabajo%20hospitalario.pdf>
- Breilh, Jaime (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190492786.001.0001>
- Brignoni, Susana (2018). *Malestares y subjetividades adolescentes : una aproximación desde la salud mental colectiva*. UOC.
- Burgess, Rochelle (2020). COVID-19 mental-health responses neglect social realities. *Nature*, 9. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01313-9>
- Capella, Manuel (2019). *Becoming psychologists in Ecuador: A critical ethnography of trainees' professional identity*. University College London.
- Capella, Manuel (2022). The ethical-political dimension of social and community praxis: The case of Ecuador's early response to COVID-19. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 32(3), 573- 585. <https://doi.org/10.1002/casp.2557>
- Capella, Manuel (2023). "No creen en los psicólogos": la construcción de la psicología desde la cotidianidad popular de Guayaquil. *Revista de Antropología*, 66, e197504. <https://doi.org/10.11606/1678-9857.ra.2022.197504>
- Capella, Manuel & Jadhav, Sushrut (2020). How coloniality shapes the making of Latin American Psychologists: Ethnographic evidence from Ecuador. *International Review of Psychiatry*, 32(4), 348-358. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1761777>
- Cearidi, Andrea; Améstica, José; Núñez, Carmen; López, Verónica; López, Valeska & Gajardo, Julio (2016). El cuerpo del niño como trastorno: Aproximaciones discursivas al abordaje del TDAH. *Athenea Digital*, 16(1), 211-235. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1478>

- Cockerham, William (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51-67.
<https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cohen, Bruce (2018). *Routledge International Handbook of Critical Mental Health*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315399584>
- Cornejo, Mónica; Martín-Andino, Borja; Estesó, Carolina & Blázquez, Maribel (2019). El giro saludable: sacrificio, sanación, bienestar y su relación con la espiritualidad contemporánea. *Athenea Digital*, 19(2), e2125,
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2125>
- Deviat, Manuel (2020). *Cohabitar la diferencia. Salud mental en lo común*. Síntesis.
- Deviat, Manuel (2021). La salud mental colectiva en tiempos inciertos. Barreras y reto. *Documentación Social*, 8. <https://documentacionsocial.es/8/a-fondo/la-salud-mental-colectiva-en-tiempos-inciertos-barreras-y-reto/>
- Dohrenwend, Barbara (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-14. <https://doi.org/10.1007/BF00890095>
- Engel, George (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Gallo, Jairo & Quiñones, Añika (2016). Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia. *Athenea Digital*, 16(2), 139-168.
<https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1616>
- Gamlin, Jennie; Gibbon, Sahra; Sesia, Paola & Berrio, Lina (2020). *Critical medical anthropology: Perspectives in and from Latin America*. UCL press.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprxf>
- Garzón, Rosmary (2018). Interseccionalidad y salud pública en el ámbito de las relaciones erótico-afectivas entre adolescentes en Colombia. *Athenea Digital*, 18(3), 1-17. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2070>
- González Rey, Fernando (2016). Marxismo , subjetividad y psicología cultural histórica : avanzando sobre un legado inconcluso. *Teoría y Crítica de La Psicología*, 7, 40-55.
- Huertas, Rafael (2020). De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. A propósito de la obra de Manuel Deviat. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(138), 163-170. <https://doi.org/10.4321/S0211-573520200020009>
- Jadhav, Sushrut (2009). What is cultural validity and why is it ignored? The case of expressed emotions research in South Asia. En Sjaak van der Geest & Marian Tankink (Eds.), *Theory and action: Essays for an anthropologist* (pp. 92-96). Diemen.
- Jadhav, Sushrut; Jain, Sumeet; Kannuri, Nanda; Bayetti, Clement & Barua, Maan (2015). Ecologies of suffering. Mental health in India. *Economic and Political Weekly*, 50(20). <https://www.epw.in/journal/2015/20/commentary/ecologies-suffering.html>
- Jiménez-Molina, Álvaro; Abarca-Brown, Gabriel & Montenegro, Cristian (2019). “No hay salud mental sin justicia social”: desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 57(1-2), 7-20.
<https://revistapsiquiatriaclinica.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65638>

- Jojoa, Elisa; Bonilla, Jesús; López, Nory & Muñoz, Aura (2019). Las huellas del conflicto armado en la salud mental colectiva. *Janwa Pana*, 18(1), 132-149. <https://doi.org/10.21676/16574923.2724>
- Kagan, Carolyn; Burton, Mark; Duckett, Paul; Lawthom, Rebecca & Siddiquee, Asiya (2011/2020). *Critical Community Psychology: Critical action and social change*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429431500>
- Llosa, José; Agulló-Tomás, Esteban; Menendez-Espina, Sara; Rodríguez-Suarez, Julio & Boada-Grau, Joan (2020). Incertidumbre laboral, salud mental y apoyo social en trabajadores pobres. *Athenea Digital*, 20(1), 1-24. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2178>
- López, Ernesto & Costa, Miguel (2012). Desvelar el secreto de los enigmas: despatologizar la psicología clínica. *Papeles Del Psicologo*, 33(3), 162-171.
- Madariaga, Carlos; Oyarce, Ana; Martínez-Hernández, Ángel & Menéndez, Eduardo (2021). *Repensar la Salud Mental Colectiva. Diálogos, saberes y encrucijadas*. Contrakorriente.
- Mantilla, María (2017). Autoayuda cerebral y nuevas gramáticas del bienestar. Cuidar el cerebro para una vida saludable. *Athenea Digital*, 17(1), 97-115. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1755>
- Marmot, Michael (2020). Society and the slow burn of inequality. *The Lancet*, 395(10234), 1413-1414. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30940-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30940-5)
- Martín-Baró, Ignacio (1984/1993). Guerra y salud mental. *Papeles Del Psicólogo*, 56. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=585>
- Martínez-Hernández, Ángel & Correa-Urquiza, Martín (2017). Un saber menos dado: Nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva*, 13(2), 267-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1168>
- Mills, China (2013). *Decolonizing Global Mental Health: The psychiatrization of the majority world*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203796757>
- Montero, Maritza (2004). Relaciones entre psicología social comunitaria, psicología crítica y psicología de la liberación: una respuesta latinoamericana. *Psykhe*, 13(2), 17-28. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282004000200002>
- Napier, David; Ancarno, Clyde; Butler, Beverly; Calabrese, Joseph; Chater, Angel; Chatterjee, Helen; Guesnet, François; Horne, Robert; Jacyna, Stephen; Jadhav, Sushrut; Macdonald, Alison; Neuendorf, Ulrike; Parkhurst, Aaron; Reynolds, Rodney; Scambler, Graham; Shamdasani, Sonu; Smith, Sonia; Stougaard-Nielsen, Jakob; Thomson, Linda... & Woolf, Katherine (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Pavón-Cuéllar, David (2019). Psicología crítica y lucha social: pasado, presente, futuro. *Poiésis*, 37, 19-34. <https://doi.org/10.21501/16920945.3340>
- Pié, Asun (2015). La voz de las subalternas. Cinco narrativas de mujeres resistentes. En María Freixanet Mateo (Ed.), *Gènere i diversitat funcional. Una violència invisible* (pp. 254-328). Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Pié, Asun; Correa, Martín & Martínez, Ángel (2021). *Soltar amarras: una introducción a la salud mental colectiva*. Editorial UOC.

- Prilleltensky, Isaac (2008). The role of power in wellness, oppression, and liberation: The promise of psychopolitical validity. *Journal of Community Psychology*, 36(2), 116-136. <https://doi.org/10.1002/jcop.20225>
- ¿Qué es Salud Mental Colectiva y el Buen Vivir? 5to. conversatorio (2020, 1 de noviembre). Grupo de Salud Mental Colectiva y Buen Vivir / IDESIP, <https://www.youtube.com/watch?v=fXzTHzJG7XE&t=23s>
- Rose, Nikolas (2019). *Our psychiatric future: the politics of mental health*. Polity Press.
- Rose, Diana & Rose, Nikolas (2023). Is 'another' psychiatry possible? *Psychological Medicine*, 53(1), 46-54. <https://doi.org/10.1017/S003329172200383X>
- Roselló, Miguel; Cabruja, Teresa & Gómez, Pablo (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino? Construcciones discursivas de cuerpos vulnerables. *Athenea Digital*, 19(2), e2249. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
- Sampson, Tony (2021). Afecto, cognición y neurociencias. *Athenea Digital*, 20(2), e2346. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2346>
- Soliz, María Fernanda (2017). Megaminería en el país de los derechos de la naturaleza. Conflictividad, salud colectiva y daño psicosocial en las mujeres. *Ecología Política*, 54, 75-80. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6216/1/Soliz%2c%20F-CON-043-Megamineria.pdf>
- Stern, Jessica; Barbarin, Oscar & Cassidy, Jude (2021). Working toward anti-racist perspectives in attachment theory, research, and practice. *Attachment and Human Development*, 24(3), 1-31. <https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1976933>
- Summerfield, Derek (2012). Afterword: Against "global mental health." *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530. <https://doi.org/10.1177/1363461512454701>
- World Health Organization (2021). *Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008*. <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/world-report-on-social-determinants-of-health-equity/commission-on-social-determinants-of-health#:~:text=The%20Commission%20on%20Social%20Determinants,ill%20health%20and%20health%20inequities>



MANUEL CAPELLA

Doctor en Psicología Crítica (University College London), Máster en Psicología Social (Universidad Complutense de Madrid) y Psicólogo Clínico (Universidad de Guayaquil). Profesor titular e investigador en la Facultad de Ciencias Psicológicas de la Universidad de Guayaquil. Experiencia abordando diversos procesos de construcción de bienestar a nivel individual, grupal y comunitario.

manuel.capellap@ug.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-8087-8718>

AGRADECIMIENTOS

Un sentido agradecimiento al Dr. Jaime Breilh por haber compartido colectivamente su propuesta crítica durante varias décadas, inspirando estos y otros diálogos actuales sobre procesos de determinación social. Mi gratitud a todas las autoras y autores que he citado en este artículo, por su valiosa contribución en torno a nuevas formas de pensar, sentir y hacer salud mental colectiva.

FORMATO DE CITACIÓN

Capella, Manuel (2023). Salud Mental Colectiva y Determinación Social: Posibilidades Paradigmáticas. *Quaderns de Psicologia*, 25(2), e1935.

<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1935>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 21-04-2022

1ª revisión: 12-01-2023

Aceptado: 23-05-2023

Publicado: 30-07-2023