



FACULTAD PADRE OSSÓ



Universidad de Oviedo

# Exclusión social y salud mental

---

Desde la perspectiva de la Terapia  
Ocupacional

Sara García Casado

## TRABAJO FIN DE GRADO

Tutora: Estíbaliz Jiménez Arberas

Convocatoria:

Noviembre

Enero

Mayo

Julio

Curso académico: 2021/ 2022

**GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL  
UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

## Índice

Introducción.....	4
Objetivos.....	16
Material y métodos .....	16
Resultados.....	25
Discusión y Conclusiones.....	36
Discusión .....	36
Resumen de la evidencia.....	36
Limitaciones .....	39
Futuras líneas .....	39
Conclusiones.....	39
Bibliografía.....	40
Anexo I. Listado de acrónimos.....	46
Anexo II. Estrategias de búsqueda .....	47
Anexo III. Lista de verificación PRISMA 2020.....	50
Anexo IV. Niveles de evidencia y grados de recomendación .....	52
Anexo V. Variables analizadas.....	54

## Índice de figuras

Figura 1: Evolución AROPE en España.....	4
Figura 2: Proceso de estigmatización de las personas con patologías mentales.....	9
Figura 3: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.....	12
Figura 4: Modelo de Diagnóstico Ocupacional Comunitario.....	14
Figura 5: Modelo de vulnerabilidad-estrés.....	15
Figura 6: Diagrama de flujo PRISMA 2020.....	25
Figura 7: Documentos seleccionados por países.....	26

## Índice de tablas

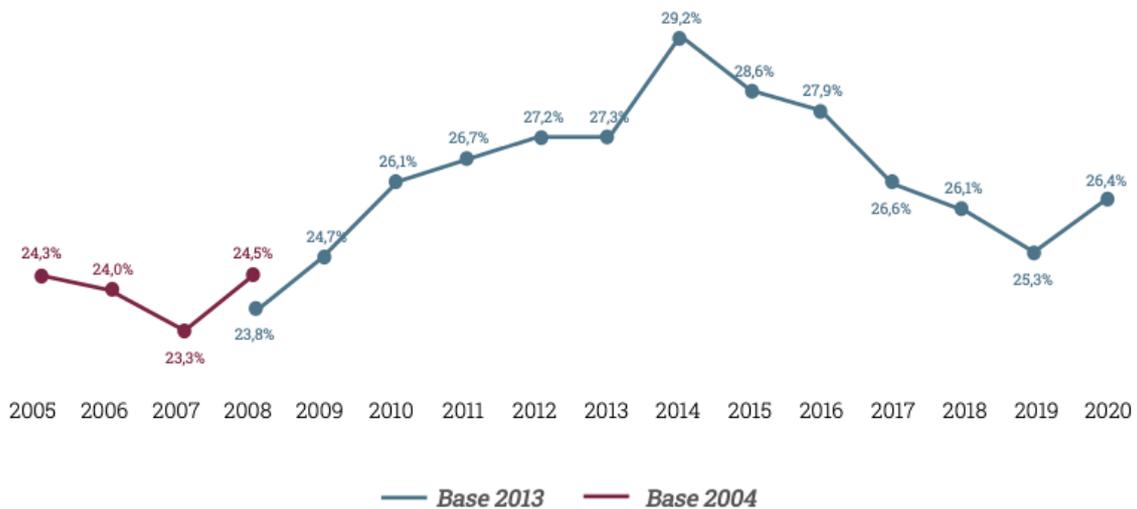
Tabla 1: Estimación de población y hogares según niveles de integración-exclusión....	7
Tabla 2: Porcentaje de población y hogares de exclusión afectada.....	7
Tabla 3: Palabras clave para la realización del estudio.....	18
Tabla 4: Niveles de evidencia para estudios de tratamiento (SIGN).....	19
Tabla 5: Grados de recomendación para estudios de tratamiento (SIGN).....	20
Tabla 6: Resultados bases de datos y motores de búsqueda.....	22
Tabla 7: Evaluación de sesgos mediante MMAT.....	23
Tabla 8: Características de la muestra clínica.....	29
Tabla 9: Patologías de los estudios seleccionados.....	34

## Introducción

Se ha estimado que 12,5 millones de personas en España se encontraron en situación de exclusión social el pasado 2020, de las cuales el 45,9 %, es decir, alrededor de 4,5 millones estuvieron en pobreza severa. Estas últimas se concentran mayoritariamente en Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid. Añadido a esto, se afirma que 12,5 millones de españoles estuvieron en riesgo de pobreza y/o exclusión social en ese mismo año. (EAPN, 2021)

### Figura 1.

*Evolución AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion) en España (2004-2020)*



*Nota:* Adaptado de “El Estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. 2008-2020” (p.11), por EAPN, 2021.

En la Figura 1 se observa una evolución de la población española desde 2005 hasta 2020, siendo 2014 el año donde se registró un mayor número de personas en situación de pobreza y/o exclusión social, siendo un total de 13,8 millones de personas. Respecto al 2014, en 2020 existe una disminución de 1,3 millones de españoles en dicha situación social.

Uno de los grandes acontecimientos ocurridos actualmente, es la pandemia producida por el COVID-19. La dimensión psicosocial que deja a su paso no deja de crecer e influenciar a las personas en todos sus contextos, además, ha aumentado exponencialmente las

investigaciones acerca de la salud mental y el impacto de la enfermedad infecciosa provocada por el virus SARS-CoV-2.

Respecto a la sintomatología depresiva a consecuencia de dicha pandemia, varios estudios reportan que tanto personas que padecieron la enfermedad como las que no la padecieron, presentaron síntomas depresivos moderados y severos, ansiedad moderada y leve, dificultades para dormir, malestar e irritabilidad entre otras. Todavía es pronto para conocer la real dimensión de la pandemia por COVID-19 y sus consecuencias psicosociales, pero sí se puede identificar gracias a estudios poblacionales realizados en países inicialmente afectados que la presencia de estrés, ansiedad, depresión, angustia psicológica y otras manifestaciones de malestar, están o estuvieron presentes en la población. Es importante destacar que, desde el confinamiento, existe una gran limitación en el desempeño de las personas más vulnerables. (Leiva, et al., 2020).

En un brote epidémico, el estigma social puede significar que las personas sean etiquetadas, estereotipadas, que se las discrimine, que se las trate por separado y/o que experimenten una pérdida de estatus debido a una percibida conexión con una enfermedad. (UNICEF, 2020). El estigma y la exclusión social (ES) relacionado con la salud mental son de gran importancia para la salud pública en Europa. Existen escasez de investigaciones y publicaciones que traten sobre la reducción del estigma y la promoción de la inclusión social, pero cabe destacar que existe un interés creciente en este campo en los últimos años. (Evans-Lacko, et al., 2014).

La exclusión social es uno de los problemas sociales más influyentes actualmente y puede estar en la mayoría de los casos seguida de una privación y desequilibrio ocupacional. Éste último concepto nace en situaciones de falta de equilibrio entre las diferentes áreas de ocupación, siendo imposible satisfacer las necesidades de salud físicas, sociales y mentales únicas de cada persona. Debido a esto, se genera un conflicto entre los roles que desempeña la persona. (Diez, et al., 2014)

Según la Real Academia Española (RAE), la exclusión social se define como “marginación sistémica de personas privadas de los beneficios sociales al ser discriminadas por pobreza, carencias formativas o discapacidad”. (Real Academia Española, s.f., definición 1).

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) número uno busca poner fin a la pobreza en todas sus manifestaciones para 2030. No empezar tan directa En España, este objetivo se

alineada con los recogidos en el Programa Nacional de Reformas (PNR) del gobierno a fin de alcanzar el objetivo 5 de la Estrategia Europea 2020, que establecía disminuir el número de personas en riesgo de exclusión, en el caso de España, en 1.400.000 personas, partiendo desde el año 2008. (Gobierno de España, 2018).

Existen una gran variedad de colectivos que están en riesgo o en situación de exclusión social, tales como colectivos de género, de edad, de nivel de estudios (inferior a Graduado Escolar o ESO; Graduado Escolar o en ESO, Bachiller elemental; Bachillerato Unificado Polivalente (BUP), Formación Profesional de primer grado (FPI), Formación Profesional de segundo grado (FP2), Bachiller LOGSE (Ley Orgánica General del Sistema Educativo), o superior; Diplomado, licenciado o superior), del tamaño de la familia (persona sola; de 2 a 4 miembros; de 5 y más miembros), del tipo de núcleo familiar (sin núcleo; mononuclear; polinuclear), del tipo de hogar (monoparental; con alguna persona con limitaciones de salud graves o menos graves; alguna persona anciana de 65 años o más; alguna persona joven menor de 18 años; alguna persona joven entre 18 y 24 años; alguna persona ocupada; alguna persona en paro), de nacionalidad (residente; extranjera), de etnia (española y UE-15; gitana; extranjera incluidos UE-15), de tamaño de municipio, y del tipo de barrio (barrio en buenas condiciones; barrio marginal; personas sin hogar). (Fundación Foessa, 2022).

La exclusión social puede ser tanto la causa como la consecuencia de los problemas de salud mental. La promoción de la inclusión social en personas con enfermedades mentales es un desafío que lleva bastante tiempo en consideración. La práctica clínica inclusiva de los profesionales de la salud mental puede mitigar la estigmatización y los efectos de exclusión en dichos pacientes. (Mezey, et al., 2012). En términos absolutos se estima que la exclusión social ha pasado de afectar en 2018 a 8,5 millones de personas a 11 millones en 2021, y la exclusión severa de 4 a 6 millones. En primer lugar, en relación con el sexo, los datos muestran que los procesos de exclusión social afectan de diferente manera a hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes se ven con mayor afectación, pero concretamente, las personas más afectadas son menores de 18 años, presentando una intensificación muy drástica de los procesos de exclusión social (Fundación Foessa, 2022).

**Tabla 1***Estimación en miles de población y hogares según niveles de integración-exclusión*

	<b>Personas</b>		<b>Hogares</b>	
	<b>2018</b>	<b>2021</b>	<b>2018</b>	<b>2021</b>
<b>Estimaciones</b>				
Total	46.723,0	47.344,6	18.562,2	18.896,5
Integración plena	23.620,6	19.983,2	9.153,4	7.924,3
Integración precaria	14.525,0	16.273,2	6.438,0	7.027,6
Exclusión moderada	4.552,4	5.060,0	1.696,7	1.914,9
Exclusión severa	4.025,0	6.028,2	1.274,1	2.029,6
<b>Exclusión (total)</b>				
Porcentajes	<b>18,4%</b>	<b>23,4%</b>	<b>16,0%</b>	<b>20,9%</b>
Estimación	8.577,4	11.088,2	2.970,8	3.944,5

Como señala la Tabla 1 (Fundación Foessa, 2022), el aumento de la exclusión social tanto en personas como en hogares ha aumentado considerablemente desde 2018, aumentando un 5% en personas y un 4,9% en hogares, existiendo una cifra de seis millones de personas en situación de exclusión severa.

**Tabla 2***Porcentaje de población y hogares según dimensión de exclusión afectada (%)*

	<b>Personas</b>			<b>Hogares</b>		
	<b>2018</b>	<b>2021</b>	<b>Variación</b>	<b>2018</b>	<b>2021</b>	<b>Variación</b>
Empleo	16,1	24,7	8,6	13,8	21,8	8,0
Consumo	14,5	17,6	3,1	14,4	17,3	2,9
Política	12,8	14,5	1,7	10,9	12,6	1,7

Educación	13,0	13,2	0,2	13,3	13,7	0,4
Vivienda	20,0	24,0	4,0	18,2	20,6	2,4
Salud	14,1	17,0	2,9	14,4	17,2	2,8
Conflicto social	5,1	9,7	4,6	5,1	8,3	3,2
Aislamiento social	2,7	2,9	0,2	6,0	6,2	0,2

Se puede observar en la Tabla 2 (Fundación Foessa, 2022) la variación de porcentajes de población y hogares según dimensión de exclusión afectada en relación con el 2018 y el 2021. En ella se puede objetivar que existen diferencias significativas en cuanto a la evolución del tiempo, constando un aumento en todos los ámbitos, de los cuales en algunos es bastante considerable, como por ejemplo en el ámbito laboral el porcentaje de variación en personas es de un 8,6 y en hogares de un 8,0, siendo el porcentaje más alto en relación con los demás ítems.

Dentro del diccionario de la Real Academia Española no existen definiciones para el término salud mental, mientras que, si existe para el término trastorno mental. Éste se define como “perturbación de las funciones psíquicas y del comportamiento”. (RAE, s.f., definición 2). La salud mental se ha convertido en un signo de exclusión social, privando a las personas que lo padecen de una protección de las leyes y los derechos civiles. (Kwonchul, 2012).

El estigma social dirigido a personas con una enfermedad mental (EM) se basa en ver a las personas como débiles, peligrosas y que deben de ser excluidas de la sociedad. Este término influye tanto al paciente como a la familia, provocando aislamiento y exclusión social. Según un estudio, tanto las familias como la sociedad necesitan educación acerca de las ideas erróneas sobre la enfermedad mental, la estigmatización, el concepto de la EM, el proceso de la enfermedad, sus causas, y qué recursos hospitalarios y comunitarios pueden ser de apoyo. A través de las entrevistas del estudio se pudo objetar que los participantes sufrieron sentimientos de lástima, exclusión, rechazo y distanciamiento de familiares y conocidos, además de barreras en la comunidad. (Mandani, et al., 2018). El estigma se define como la existencia de estereotipos, discriminación en el ejercicio del poder, pérdida de estatus y separación. Este término a menudo se superpone con el

racismo y la discriminación. Este concepto abarca infinidad de estados y características, como la discapacidad, el estado serológico respecto del VIH, condición de salud, orientación social; por lo tanto, el estigma puede verse como algo más amplio que el racismo. Además, el estigma influye en resultados de salud mental y física, interrumpiendo el acceso a recursos tales como recursos médicos. (Hatzenbuehler, Phelan, Link, 2013).

**Figura 2.**

*Proceso de estigmatización de las personas con patologías mentales*



En la Figura 2 se puede observar la relación que existe entre sufrir una enfermedad mental y la exclusión social que ello conlleva. Las personas que padecen dichas enfermedades, sobre todo las que poseen un diagnóstico de “esquizofrenia” son tratados con mayor estigma que las personas que padecen otro diagnóstico de salud mental. Con todo esto, se le suma un aumento del estigma hacia la persona y un autoestigma hacia sí mismo, e incrementando un aislamiento social.

Existe una disciplina centrada en el cliente, que promueve su salud y su bienestar utilizando la ocupación como medio y trabajando en gran variedad de colectivos, como exclusión social y salud mental. Dicha profesión es la Terapia Ocupacional (TO), cuyo objetivo principal es permitir que las personas participen en las actividades de su vida diaria, modificando la ocupación o el entorno para mejorar su compromiso ocupacional. (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2012).

Dentro de la gran amplitud de intervenciones de la TO, destacan tres intervenciones de esta disciplina en la comunidad (práctica centrada en el cliente). Ésta describe la

comunidad un sistema que puede estar compuesto por individuos, grupos e instituciones que comparten determinados valores, intereses y normas. La Terapia Ocupacional en la comunidad surge con el objetivo de mejorar la accesibilidad y la participación en las ocupaciones de todos los miembros de la comunidad haciéndolos, en todo el proceso terapéutico, partícipes y protagonistas. La TO en la comunidad está regida por el modelo de la práctica centrada en el cliente (PCC). Además, la relación entre profesional y el cliente es equitativa, en la cual se tiene en cuenta tanto la experiencia profesional como la experiencia personal con respecto a la discapacidad. Según este enfoque de la TO, el cliente es el principal responsable de iniciar y dirigir el proceso terapéutico. (Zango, 2010).

En segundo lugar, está la Terapia Ocupacional con la comunidad (rehabilitación basada en la comunidad). Aquí se implican realizar intervenciones en pro del desarrollo comunitario, dando una gran importancia al contexto, las barreras y las políticas públicas de la comunidad, sin centralizar la práctica en personas que experimentan circunstancias incapacitantes. Y en último lugar, está la Terapia Ocupacional desde la comunidad (movimiento de vida independiente), rigiéndose por el modelo de vida independiente (MVI). El MVI trabaja aspectos como un abordaje novedoso y diferente a las personas con discapacidad, abogando por el derecho en igualdad de condiciones en la vivienda, sanidad, educación, y sobre todo en la movilidad en la comunidad. Uno de los fundamentos más importantes del modelo MVI es que entiende la discapacidad como el resultado de la incapacidad de la sociedad para dar respuesta a las necesidades de sus miembros y no como un resultado de un déficit de la persona. (Zango, 2010).

La World Federation of Occupational Therapists (WFOT) obtuvo un posicionamiento liberador en cuanto a la Rehabilitación Basada en la Comunidad a través de la TO, basándose en los principios de la justicia ocupacional (derecho a la participación significativa en las actividades de la vida diaria), trasladando a la rehabilitación a el alma de los usuarios para tratar de facilitar el bienestar total que es negado por el apartheid ocupacional (exclusión mediante la restricción de la participación social de la persona en términos de raza, género, discapacidad...). Los profesionales de la Terapia Ocupacional están dispuestos a asumir una visión hacia una ocupación significativa, integrando términos como justicia, deprivación y apartheid ocupacional. (Kronenberg, Pollard, 2005). Los terapeutas ocupacionales deben de adoptar el concepto de justicia ocupacional en sus prácticas profesionales, creando sociedades ocupacionalmente justas, basadas en

la persona y en sus necesidades. Deben de utilizar conceptos como equidad, justicia y sostenibilidad para conseguir una correcta intervención, logrando que el cliente obtenga la oportunidad de interactuar con el mundo de manera significativa a través de la ocupación. (Whiteford, 2000).

La Terapia Ocupacional ha contribuido al tratamiento y rehabilitación de personas con problemas graves de salud mental, además se ha comprobado que se fundamenta en la ciencia ocupacional, la cual alega que participar en actividades significativas para la persona, contribuye a una mejora del bienestar físico, mental y social. (Foruzandeh, Parvin, 2013). Otro de los beneficios de la TO en salud mental es que las prácticas de esta profesión facilitan los procesos terapéuticos del cliente en los espacios cotidianos o significativos, estableciendo una participación como agente activo en el cuidado de su salud mental. El terapeuta ocupacional establece una unión profesional junto con el cliente y su entorno familiar, con el fin de ayudarlo a convertirse en un agente activo para la comunidad. (Motizuki, et al, 2014).

Una de las grandes funciones de los terapeutas ocupacionales es crear oportunidades para el desarrollo humano mitigando los problemas en las ocupaciones de familias empobrecidas a largo plazo. Además, esta profesión puede mejorar las habilidades familiares, incluidas aquellas con enfermedades mentales, reduciendo el impacto de la pobreza. (Duncan, et al., 2011).

Los profesionales de la Terapia Ocupacional pueden, mediante actividades grupales, crear lugares libres de prejuicios donde la pobreza, los conflictos legales, las condiciones de género y otros problemas personales, se puedan considerar abierta y parcialmente. (Serrata, et al., 2014). Además, las funciones generales y específicas del profesional en el campo de la salud mental son tales como, valoración de los aspectos relevantes de la persona, ocupación y contextos; analizar los datos recogidos para la elaboración del diagnóstico ocupacional, planificación de la intervención con la persona y el entorno e implementación de la intervención. Dependiendo en qué momento e institución se encuentre el terapeuta, tendrá unas funciones u otras, pero siempre partiendo de la base de las funciones mencionadas anteriormente. (COFTO-CLM, 2018).

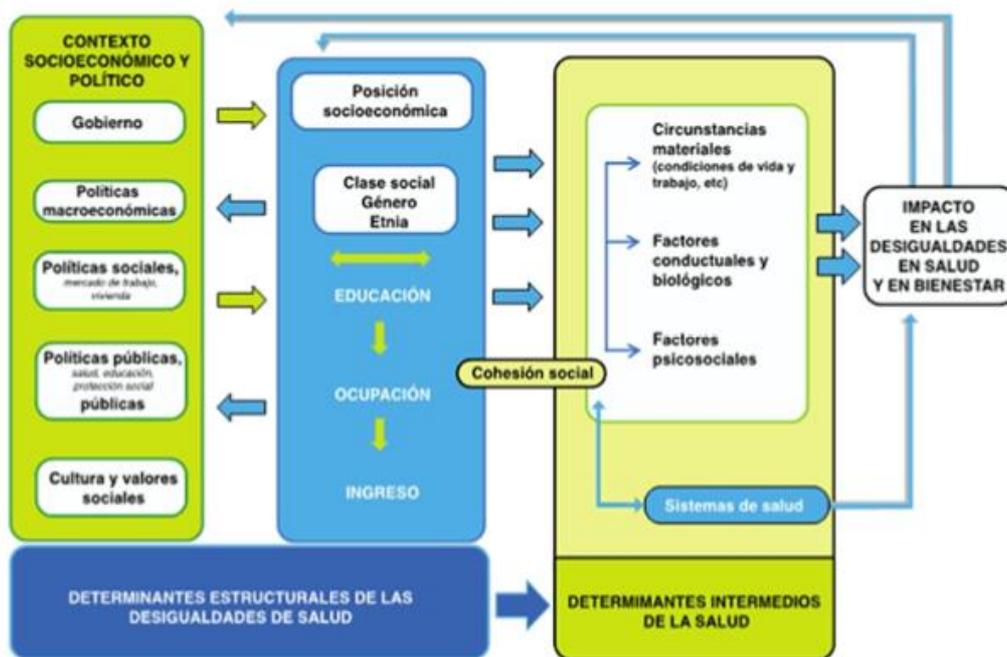
El objetivo de la terapia ocupacional es promover la salud mental y el florecimiento en todos los niveles, tanto en personas con y sin problemas de salud mental. Hay existen infinidad de estrategias basadas en la ocupación para promover la salud mental, puesto

que todos los servicios de Terapia Ocupacional enfatizan en la mejora de las habilidades tanto corporales como mentales. (Bazyk, et al., 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la rehabilitación y habilitación como “un conjunto de intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Dicha organización define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

**Figura 3.**

*Modelo de Determinantes Sociales de la Salud*



*Nota:* Adaptado de “La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria” (p.85), por De la Guardia, M., Ruvalcaba, J, 2020, *JONNPR*, 5 (1).

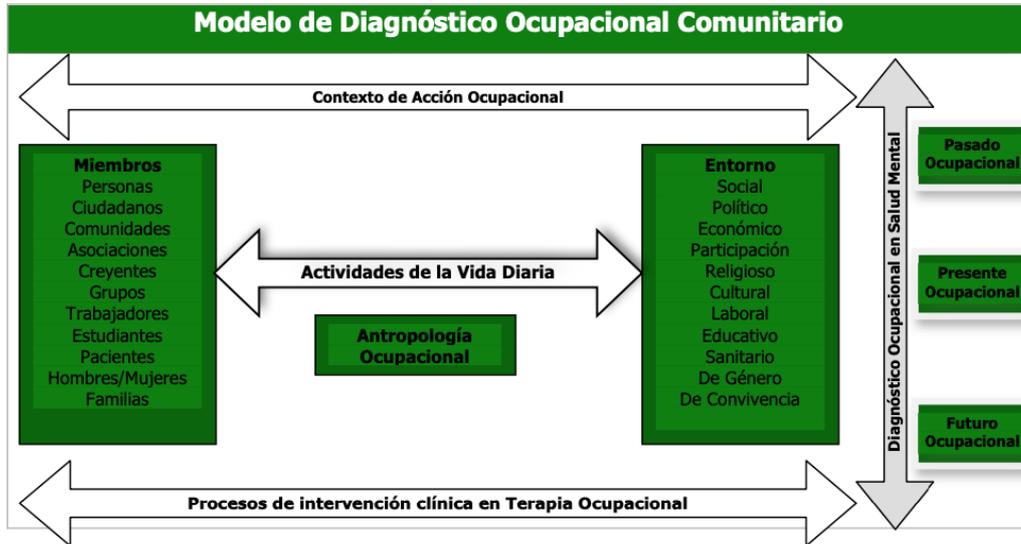
En la Figura 3 se puede observar el Modelo de DSS que recomienda la OMS y la Organización Panamericana de la Salud para su abordaje. En él se puede observar que los determinantes estructurales de las desigualdades de salud son características que fortalecen la estratificación de la sociedad y de donde nacen las posiciones

socioeconómicas. Aquí es donde la estructuración tiene que ver con la posición social, género, raza/grupo étnico, educación y empleo. En cuanto a los determinantes intermedios de la salud, se distribuyen según dicha estratificación y determinan las diferencias de la exposición y vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para las personas. (De la Guardia, et al., 2020).

Los DSS son particularmente importantes para la Terapia Ocupacional, ya que afectan el desempeño y el compromiso ocupacional. Los problemas de justicia social, tales como la pobreza y los DSS, pueden tener un gran impacto en la calidad y modo de vida de las personas. La TO es una profesión centrada en el cliente que busca implementar una total atención de la persona e identificar qué factores que influyen en la participación de las ocupaciones por lo que es importante que los expertos en esta profesión consideren todas las barreras contextuales y sociales que pueden interferir en el desempeño ocupacional de las personas. Con todo esto, los DSS pueden exacerbar las condiciones de salud que han llevado a la persona a recibir servicios de Terapia Ocupacional. Abordar los problemas de justicia social está dentro del alcance de la práctica de la profesión y es muy importante introducirlo en las intervenciones, tanto individuales como basadas en la población. (Synovec, et al., 2019). Los determinantes sociales de la salud son causas fundamentales identificables de los problemas médicos. Los niños que viven en la pobreza y/o en barrios marginales, están expuestos a experiencias infantiles adversas, ya que son susceptibles al estrés tóxico ya una gran variedad de problemas de salud, los cuales pueden debutar tanto en la infancia como en la etapa adulta. (Chung, et al., 2016).

**Figura 4.**

*Modelo de Diagnóstico Ocupacional Comunitario*

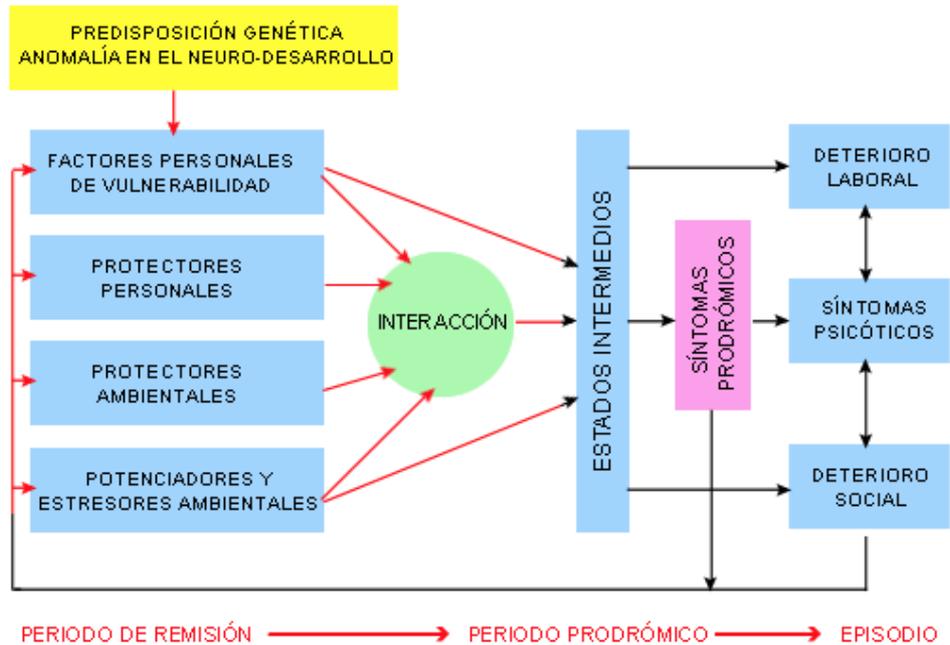


*Nota:* Adaptado de “Terapia Ocupacional en Salud Mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación” (p.123), por Sánchez, O., 2014, *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 11 (9).

La Figura 4 indica que se debe de abordar el proceso de intervención clínica de la salud mental desde la TO de una manera retrospectiva y actual, aportando datos de sus miembros, entornos y ocupaciones, para construir un bienestar y prevenir injusticias ocupacionales incidiendo en la importancia de los diferentes entornos que posee el cliente y en qué momento ocupacional se encuentra. Además, las intervenciones desde la profesión en los diferentes colectivos se pueden llevar a cabo en los diferentes entornos de la persona, para poder realizar una práctica personalizada, promoviendo un entorno digno y cómodo para el cliente.

**Figura 5.**

*Modelo de vulnerabilidad-estrés*



*Nota:* Adaptado de “Modelo de vulnerabilidad-estrés”, por Programa de Prevención de Psicosis, 2022. ([www.p3-info.es/view\\_article.asp?id=5&cat=1](http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=5&cat=1))

El Modelo de vulnerabilidad-estrés es una formulación teórica sobre el origen de la psicosis en la persona, combinando múltiples factores causales, los cuales pueden observarse en la Figura 5. La psicosis necesita la desencadenación de procesos ambientales para su manifiesto, interfiriendo factores personales (tales como las habilidades sociales, capacidades o la inteligencia) y factores de estrés, tales como el consumo de alcohol, drogas o condiciones de vida problemáticas (pobreza, exclusión social o familiar), llegando a desatar un deterioro laboral y social, cursando con síntomas psicóticos. (Programa de Prevención de Psicosis, 2022).

## **Objetivos**

Mediante esta revisión, se pretende identificar y describir la relación que tienen las personas en situación o riesgo de exclusión social de padecer una enfermedad mental.

Como objetivos específicos, fueron planteados:

- Indagar sobre los factores influyentes de las personas en situación de exclusión social en cuanto a su desempeño ocupacional.
- Conocer la tendencia de las publicaciones en relación con las variables en concordancia con la exclusión social y la salud mental.
- Comprobar la implicación de la Terapia Ocupacional en los siguientes colectivos de exclusión social: colectivos de género (hombre o mujer), colectivos del tipo de nacionalidad (residente o extranjera) y colectivos del tipo de barrio (barrio en buenas condiciones, barrio marginal o personas sin hogar).

## **Material y métodos**

### **Diseño**

Se realizó una revisión sistemática (RS) para proporcionar una visión general sobre la influencia de la salud mental en la exclusión social de la mejor certeza posible utilizando todo tipo de evidencia científica en numerosas bases de datos y motores de búsqueda, llevando a cabo una búsqueda rigurosa durante el mes de enero y febrero de 2022.

Para la búsqueda bibliográfica se ha utilizado la siguiente pregunta PICO, ¿qué riesgo (I) tiene de padecer una enfermedad mental (O) una persona en riesgo o situación de exclusión social que vive en un barrio marginal/en situación de calle, que sea hombre o mujer, o que presente una nacionalidad extranjera (P)?

### **Criterios de elegibilidad**

La evidencia científica utilizada en este estudio se ha regido por los siguientes criterios de inclusión:

- Haber sido publicados en los últimos 11 años (entre 2011 y 2022).
- Estar publicados en castellano, portugués y/o inglés.

- Incluir a personas en riesgo o situación de exclusión social todas las personas que se incluyan en los colectivos de género (tanto hombres como mujeres), de nacionalidad (tanto residente como extranjera) y el tipo de barrio (barrios en buenas condiciones y barrios marginales, es decir, que carecen de una o más de las siguientes condiciones: acceso a agua potable, a sanidad, a espacio habitable suficiente, a una vivienda levantada con material sólido y el derecho de usufructo; y personas sin hogar).
- Reportar información sobre la enfermedad mental que presentan los participantes.

Por otro lado, los criterios de exclusión serán:

- No versar sobre ocupaciones, rutinas, roles, hábitos, calidad de vida (tales como desarrollo personal, autodeterminación, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos, bienestar social, físico, y/o material, según el modelo de Schalock y Verdugo, 2007).
- No incluir a personas con un diagnóstico de trastorno mental con un diagnóstico previo de otras enfermedades médicas.

Las palabras clave o *keywords* utilizadas en la búsqueda bibliográfica para la realización de este documento se han reflejado en la tabla 3.

Para consultar las diferentes estrategias de búsqueda en relación con las bases de datos y los motores de búsqueda utilizados para la elaboración de esta revisión, se puede examinar el anexo II.

El término MeSH (Medical Subject Heading) utilizado en las estrategias de búsqueda ha sido “Mental Health”.

**Tabla 3***Palabras clave para la realización del estudio.*

<i>Keyword</i>	<i>Sinónimo</i>
Mental Health [MeSH]	Mental disability Mental illness Psychiatric disabilities Severe mental illness Severe mental disorder Mental disorder
Social exclusion	Social discrimination Social segregation Social rejection Social distance Social prejudice Gender exclusion Slum Foreing Status Rural zone Rural area
Stigma	Stereotyping Stereotype
Occupational Therapy	Occupational Therapist Social Therapy Occupational physicians Occupational science

---

	Occupational performance
	Occupation
Daily living	Daily live

---

En el anexo III se puede observar *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. La declaración PRISMA 2020 comprende una lista de verificación de 27 elementos que aborda las secciones de introducción, métodos, resultados y discusión de un informe de revisión sistemática. (Page, et al., 2021).

### **Nivel de evidencia y grados de recomendación**

Para evaluar los niveles y grados de recomendación, se ha utilizado la propuesta del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), ya que desarrolla guías de práctica clínica basadas en la evidencia, realizadas para el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Escocia. Además, proceden de revisiones sistemáticas de la literatura científica y son diseñadas como un medio para aligerar la traducción del nuevo conocimiento y cumplir con el objetivo de disminuir la versatilidad de la práctica. (Manterola, et al., 2014).

Como fortaleza, es importante destacar que esta propuesta considera la calidad metodológica de los estudios que componen las revisiones sistemáticas (situación de alto interés debido a la gran producción de revisiones al año), mientras que, como debilidad, se puede objetar que no considera en la elaboración de las recomendaciones la realidad científica y tecnológica actuales. (Manterola, et al., 2014).

### **Tabla 4**

*Niveles de evidencia para estudios de tratamiento. Propuesta del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).*

---

<b>Niveles de evidencia</b>	<b>Interpretación</b>
1 ++	Meta-análisis de alta calidad, RS de Ensayos Clínicos (EC) ó EC de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.

---

1 +	Meta-análisis bien realizados, RS de EC ó EC bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1 -	Meta-análisis, RS de EC ó EC con alto riesgo de sesgos.
2 ++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con bajo riesgo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2 +	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 -	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

**Tabla 5**

*Grados de recomendación para estudios de tratamiento. Propuesta del Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).*

<b>Grado de recomendación</b>	<b>Interpretación</b>
A	Al menos 1 metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1++ y directamente aplicable a la población objeto o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2++ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren

---

	globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2+ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o extrapolación de estudios calificados como 2++.
D	Niveles de evidencia 3 o 4 o extrapolación de estudios calificados como 2+.

---

En el anexo IV se puede observar los grados de recomendación y el nivel de evidencia de los artículos seleccionados para la realización de esta revisión sistemática.

### **Procedimiento**

Para la realización de la introducción de este estudio, se ha llevado a cabo una revisión sistemática de diferentes artículos científicos. Primeramente, se ha creado la pregunta de investigación en formato PICO, después, se ha identificado estudios relevantes de la búsqueda, se ha seleccionado dichos estudios, y por último se han analizado los datos distinguidos.

Para los criterios de selección de los estudios, se han valorado aquellas publicaciones que traten de la temática de interés (con ayuda de los operadores booleanos) que trate sobre la relación de la exclusión social con la salud mental, y cómo la Terapia Ocupacional puede ayudar en ellas. Se incluyeron artículos científicos, proyectos y revisiones sistemáticas. En cuanto a los criterios de exclusión de las publicaciones, se han prescindido de aquellos que presentan una fecha de publicación mayor de 10 años desde la fecha actual y que su idioma original sea diferente al español, inglés y portugués.

En lo relacionado con la búsqueda bibliográfica, se ha obtenido una revisión de la literatura perteneciente a los motores de búsqueda PubMed, Web Of Science (WOS), y las bases de datos tales como OTseeker, LILACS y Cochrane entre los meses de enero y febrero de 2022. Los resultados de dichos motores de búsqueda y bases de datos se pueden observar en la tabla 6.

**Tabla 6.**

*Resultados bases de datos y motores de búsqueda.*

<b>Bases de datos y motores de búsqueda</b>	<b>Resultados</b>
PudMed	8
Web of Science	33
OTseeker	15
LILACS	25
Cochrane	106
<b>Total</b>	<b>220</b>

Existe un total de 220 resultados en las diferentes búsquedas bibliográficas de los motores de búsqueda y bases de datos utilizando cadenas de búsqueda con la ayuda de las palabras clave o *keywords* que se encuentran en la tabla 6. Una vez introducido dichas búsquedas en el gestor bibliográfico Mendeley, se ha podido observar que el total disminuye a 203 documentos debido a que los 17 restantes no tienen la posibilidad de introducirlos en el gestor o que el año de publicación no entraba en los estándares establecidos.

Para la eliminación de posibles duplicados, se han identificado dos elementos replicados, por lo tanto, existe un total de 201 documentos sometidos a revisión. Una vez introducido los documentos se han revisado posibles artículos que no se encontrasen en el tiempo estipulado de validez, el cual es de 10 años de antigüedad como máximo, y se han encontrado 13 documentos fuera de estas características, por lo que en total existen 190 documentos sometidos a revisión para la realización de esta revisión sistemática, de los cuales 125 fueron excluidos manualmente tras leer el título y *abstract*. Los 65 artículos restantes fueron excluidos debido a no cumplir criterios y por no presentar información suficiente.

Para la realización de material y métodos y resultados, la búsqueda se ha centrado solo en los colectivos de interés, los cuales son de colectivos de género (tanto hombres como mujeres), de nacionalidad (tanto residente como extranjera) y el tipo de barrio (barrios en

buenas condiciones, barrios marginales y personas sin hogar), por lo tanto, se ha hecho una búsqueda exhaustiva en los diferentes motores de búsqueda y bases de datos WOS, PubMed, OTseeker y LILACS de los cuales se ha escogido 19 documentos científicos para la realización de este estudio.

### Evaluación de la calidad metodológica

Se evaluó el riesgo de sesgos de los artículos mediante la herramienta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT). MMAT es una herramienta de evaluación para la evaluación de estudios mixtos, pudiendo evaluar la calidad metodológica de cinco categorías de estudios: investigación cualitativa, ensayos controlados aleatorios, estudios no aleatorios, estudios descriptivos cuantitativos y estudios de métodos mixtos. (Hong, 2018). Presentan preguntas de cribado general con respuestas “sí”, “no” y “no sé”, junto con un cuadro para realizar los comentarios pertinentes.

En cuanto a la realización de la consiguiente tabla 7, se han realizado modificaciones en cuanto a la codificación de las respuestas, siendo verde para “sí”, rojo para “no” y naranja para “no sé”.

**Tabla 7.**

*Evaluación de sesgos mediante la herramienta de evaluación MMAT.*

Referencia	1	2	3	4	5	6	7
Agudelo - Suárez, et al. (2015).							
Arias – De la Torre, et al. (2016).							
Arias – De la Torre, et al. (2019).							
Basterra. (2017).							
Esteban, et al. (2012).							
González, et al. (2018).							
Guimarães, et al. (2019).							
Killaspy, et al. (2014).							
Kizilhan. (2011).							

Masanet, et al. (2011).	
Moriarty, et al. (2012).	
Pachankis, et al. (2020).	
Rocha, et al. (2014).	
Silva. et al. (2011).	
Wahyuhadi, et al. (2022).	
Yanos, et al. (2019).	
Zabala - Baños, et al. (2016).	
Zaske, et al. (2019).	

Se observa que en general los artículos cumplen los criterios de calidad, mientras que los artículos Moriarty, et al. (2012)., Silva. et al. (2011). y Zaske, et al. (2019)., obtuvieron una puntuación de “no sé” en cuanto al criterio 7, mientras que el artículo Guimarães, et al. (2019) obtuvo una puntuación de “no sé” en el criterio 6.

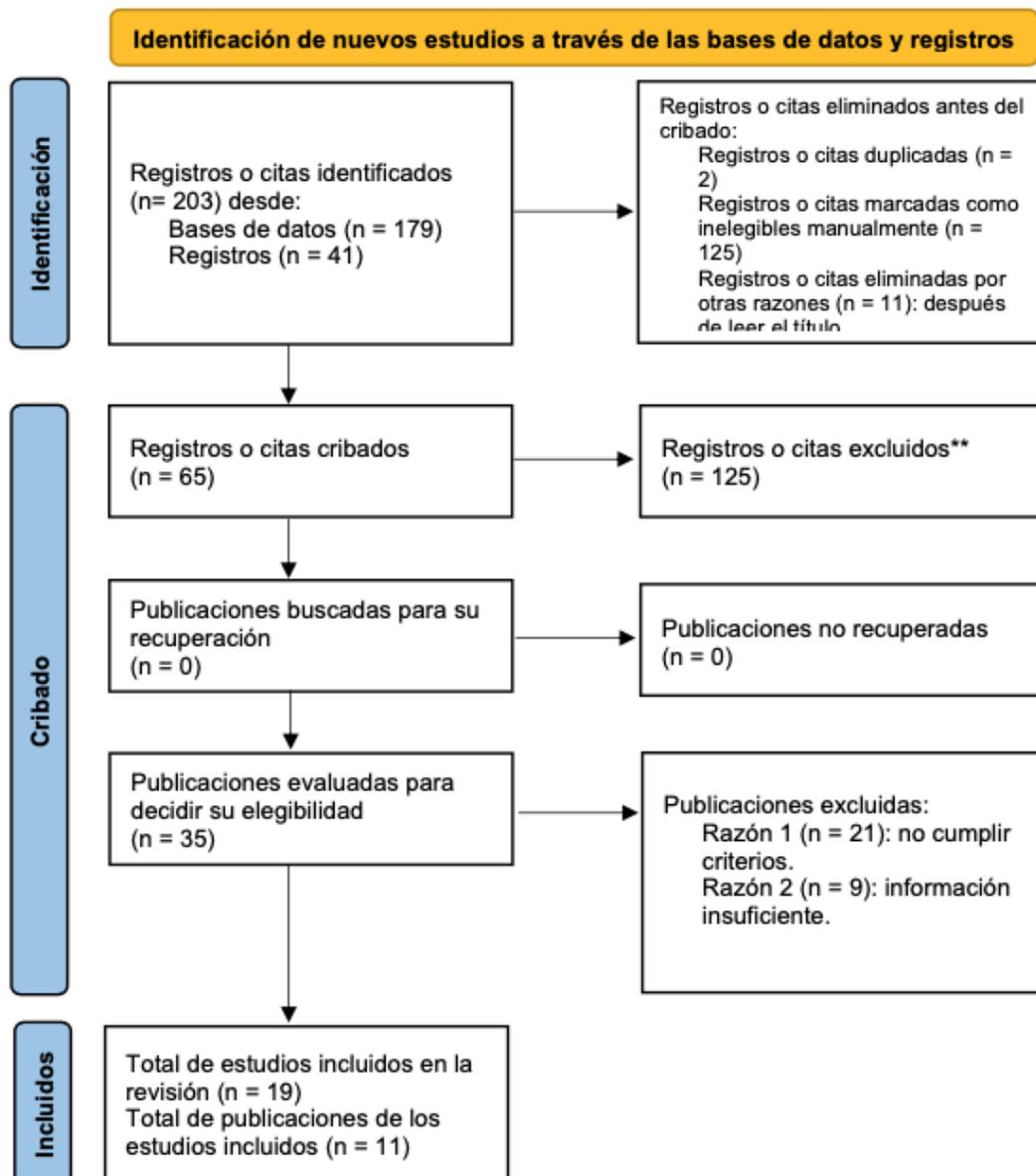
En cuanto al artículo Galvez - Herrer, et al. (2011) no se incluyó para la utilización de dicha herramienta de evaluación de sesgos debido a que presenta una metodología no aplicable, siendo un tipo de estudio analítico observacional.

## Resultados

Como se ha comentado anteriormente, se han incluido 19 artículos para la realización de esta revisión. Este apartado ofrece una descripción detallada del análisis de los resultados obtenidos.

**Figura 6.**

*PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only*

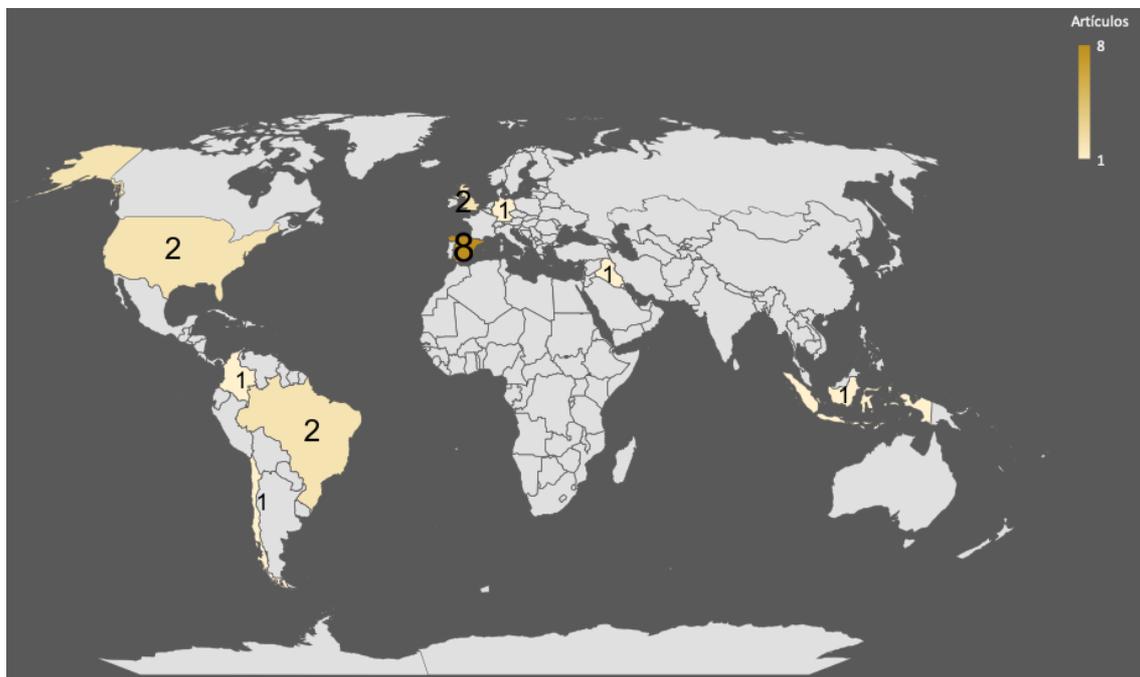


*Nota:* Adaptado de “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.”, por MJ Page et al, 2021, *BMJ*, 372 (71).

En la Figura 6, se puede observar el diagrama de flujo de PRISMA. En él, se fue identificando el número de documentos encontrados gracias a las búsquedas bibliográficas realizadas en las diferentes plataformas digitales. Una vez identificados los registros, se fue seleccionando minuciosamente los documentos aptos para esta revisión sistemática y excluyendo los que no cumplían los criterios de inclusión. Una vez realizado lo anterior, se incluyeron 19 registros sujetos a revisión, de los cuales once informes de estudios fueron incluidos para la realización de los resultados de esta RS.

### Figura 7.

*Número de documentos seleccionados para la revisión sistemática por países*



En la Figura 7 se puede analizar el número de documentación bibliográfica dividida por países, en el que se puede apreciar que la documentación española es el país predominante en esta revisión sistemática obteniendo ocho documentos, después se encuentran Brasil, Reino Unido y Estados Unidos con un total de dos documentos en cada país. Por último, se encuentran Iraq, Chile, Colombia, Alemania e Indonesia con un documento cada uno.

En el anexo V se puede observar las variables analizadas de los estudios, en cuanto al año de publicación, país, idioma, metodología y tipo de estudio.

De acuerdo con las variables de las publicaciones, se comienza a redactar los resultados obtenidos para dicha RS en relación con los objetivos descritos.

En relación con el desempeño ocupacional, en el artículo Zabala - Baños, et al. (2016)., los partícipes presentan problemas en la realización de sus ocupaciones y restricciones en varias de ellas (como por ejemplo la ocupación de ocio) debido a que se encuentran en una situación de encarcelamiento. En el artículo Masanet, et al. (2011)., el desempeño ocupacional de las personas cuidadoras, se reduce considerablemente debido a que presentan un alto porcentaje de tiempo en el cuidado de otros, existiendo problemas de justicia ocupacional. Unido a esto, el estudio de González, et al. (2018)., también presenta una muestra de cuidadores principales, los cuales refieren una falta de tiempo en la realización de sus ocupaciones, seguido de una autoexigencia, estrés, ansiedad y disfunción social, por lo que la participación social y el ocio se encuentran restringidos.

En relación con los resultados obtenidos de los documentos bibliográficos, en la tabla 8 se puede analizar la relación entre encontrarse en una situación de exclusión social y padecer una enfermedad mental, debido a que la muestra clínica analizada presenta las dos variables expuestas. En dicha tabla se observan las características clínicas de los estudios incluidos en esta revisión sistemática. Los resultados especifican un mayor número de participantes masculinos, además de un rango de edad entre 18-65 años entre los estudios.

En cuanto a la nacionalidad, existe una mayor muestra de personas residentes de la comunidad estudiada, aunque cabe destacar que el número de participantes inmigrantes también es elevado, siendo un total de 344 participantes en los estudios que especifican su muestra en dicha clasificación. La clase social (baja, media, alta) se especifica en seis de once documentos, los cuales detallan un mayor número de participantes pertenecientes a una clase social baja, siendo un total de 5724 partícipes.

Parece que el nivel educativo subyace con una analfabetización de gran parte de los participantes debido a que la mayor parte de la muestra (n= 4658) no presenta estudios, siendo la cifra más alta en las cuatro clasificaciones (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores/universitarios). Una muestra de 545 presenta estudios primarios, respecto a 2115 participantes que presentan estudios secundarios y 1227 que presentan estudios superiores/universitarios.

En relación con la zona de residencia/tipo de barrio, los participantes residen en varios contextos: una zona urbana (n= 306), rural (n= 115), Centros de Salud Mental (n= 39), centros penitenciarios (n= 184), personas sin hogar (n= 62) y en hogares sin especificar (n= 40). Por último, en cuanto al apoyo social/familiar, existe una muestra de 1021 partícipes que sí presentan apoyo, frente a una cifra de 653 que no poseen apoyo.

**Tabla 8.***Características de la muestra clínica.*

<b>Estudio</b>	<b>Sexo</b>	<b>Edad</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Clase social</b>	<b>Nivel educativo</b>	<b>Zona de residencia</b>	<b>Apoyo social/familiar</b>
Agudelo - Suárez, et al. (2015)	M (n= 198) F (n= 144)	65-74 (n= 235) ≥ 75 (n= 107)	Nd	Baja (n= 293) Media (n=49)	Sin estudios (n= 3113) Primaria (n= 203) Secundaria- universitaria (n= 26)	Urbana (n= 306) Rural (n= 36)	Normal (n= 261) Bajo (n= 81)
Yanos, et al. (2019)	M (n= 51) F (n= 32) Transgénero (n= 2)	>18 (n= 85)	Residente (n= 56) Inmigrante (n= 29)	Nd	Nd	Nd	Nd

Zabala - Baños, et al. (2016)	M (n= 184)	18-75 (n= 184)	Residente (n= 101)  Inmigrante (n= 83)	Nd	Sin estudios (n= 2)  Primaria incompleta (n= 41)  Primaria (n= 59)  Secundaria (n= 57)  Universitarios (n= 22)	Centro penitenciario (n= 184)	Nd
Guimarães, et al. (2019)	F (n= 141)	<30 (n= 117)  >30 (n= 24)	Nd	Nd	Primaria (n= 87)  Secundaria (n= 46)  Superior- universitaria (n= 8)	Nd	No (n= 6)  Si (n= 135)

Moriarty, et al. (2012)	M (n= 33) F (n= 17)	19-65 (n=50)	Residente (n= 23) Inmigrante (n= 27)	Nd	Nd	Nd	No (n= 6) Si (n= 44)
Rocha, et al. (2014)	M (n= 4430) F (n= 2961)	16-64 (n= 7.391)	Nd	Baja (n= 3719) Media (n= 1758) Alta (n= 1914)	Nd	Urbana Rural	Nd
Kizilhan. (2011)	F (n= 79)	8-14 (n= 79)	Residente (n= 79)	Baja (n= 57) Media (n= 15) Alta (n=7)	Nd	Rural (n= 79)	Nd
Silva, et al. (2011)	M (n= 44) F (n= 35)	18-29 (n= 20) 30-49 (n= 36) ≥ 50 (n= 23)	Residente (n= 72) Inmigrante (n= 7)	Baja (n= 29) Media (n= 28) Alta (n= 22)	Nd	Hogares (n= 40) Falta de vivienda (n= 62)	No (n=12) Si (n= 49)

González, et al. (2018)	M (n= 31) F (n= 8)	>18 (n= 39)	Nd	Nd	Sin estudios (n= 1) Primarios (n= 9) Secundarios (n= 25) Universitarios (n= 4)	Centro de Salud Mental (n= 39)	Nd
Esteban, et al. (2012)	M (n= 396) F (n= 684)	16-24 (n= 173) 25-44 (n= 532) 45-64 (n= 376)	Residente (n= 882) Inmigrante (n= 198)	Baja (n= 168) Media (n= 614) Alta (n= 288)	Primarios (n= 187) Secundarios (n= 611) Superiores- universitarios (n= 280)	Nd	No (n= 548) Si (n= 532)
Arias – De la Torre, et al. (2016)	M (n= 3748) F (n= 3648)	>18 (n= 7396)	Nd	Baja (n= 1458)	Sin estudios (n= 1501)	Nd	Nd

---

Media (n=	Secundaria-
1352)	bachillerato (n=
Alta (n= 922)	1350)
	Universitarios-
	superiores (n=
	887)

---

**M**= Masculino. **H**= Femenino. **Nd**= Información no disponible.

En la tabla 9 se puede observar las diferentes enfermedades mentales y el número de muestra que poseen varios de los estudios seleccionados. Una vez realizado un minucioso análisis sobre dicha documentación, cabe destacar que existe una gran predominancia de un diagnóstico de Esquizofrenia en la población estudiada.

Además, existe un mayor número de personas de sexo masculino que cursan con una enfermedad mental. También se puede objetar que los partícipes pueden presentar una patología mental debido al consumo de alcohol y drogas.

**Tabla 9.**

*Patologías de los estudios seleccionados.*

<b>Estudio</b>	<b>Número de muestra (n)</b>	<b>Sexo</b>	<b>Diagnósticos de los participantes</b>
Moriarty, et al. (2012)	n = 50	Masculino (n= 33) Femenino (n= 17)	Esquizofrenia (n= 29) Esquizofrenia paranoide (n= 14) T. esquizoafectivo (n= 3) T. psicótico (n= 4)
Zabala- Baños, et al. (2016)	n = 184	Masculino (n= 184)	Enfermedad mental (n= 166) T. psicótico por sustancias (n= 24) Trastornos del Estado de Ánimo (n= 71) Trastorno Depresivo Mayor (n= 52) Esquizofrenia (n=21)
Kizilhan. (2011)	n = 79	Femenino (n= 79)	T. de ansiedad (n= 36) T. somatomorfos (n= 17) T. de personalidad (n= 11) Alteraciones somáticas (n=29)

González, et al. (2018)	n = 39	Masculino (n= 31) Femenino (n=8)	Esquizofrenia (n= 34) Otras patologías mentales (n= 5)
Silva, et al. (2011)	n = 79	Masculino (n= 44) Femenino (n= 35)	Espectro esquizofrénico (n=79) T. asociado al consumo de alcohol (n= 17) T. asociado al consumo de drogas (n= 13)

**T**= Trastorno. **Nd**= Información no disponible. **Alteraciones somáticas**= Tales como dolor de estómago, regurgitación, dolor de cabeza, etc.

Podemos concluir que existe una predominancia de enfermedades mentales en personas del sexo masculino, además de cursar con un estatus social bajo en la gran mayoría de la muestra, presentando un gran nivel de analfabetización o con estudios muy limitados, no llegando a superar los estudios primarios. Asimismo, un número significativo de la muestra residen en zonas rurales con bajos recursos, además de cursar con una falta de apoyo familiar y/o social, por lo que la exclusión social está presente en su día a día, en una infinidad de ámbitos.

## **Discusión y Conclusiones**

### **Discusión**

#### Resumen de la evidencia

En relación con los colectivos estudiados, y con el objetivo de identificar y describir la relación que tienen las personas en situación o riesgo de exclusión social de padecer una enfermedad mental, se ha encontrado que existen ciertos aspectos que aumentan las posibilidades de poseer una enfermedad mental, en el ámbito de la exclusión social, tales como, ser hombre, no presentar estudios, pertenecer a una clase social baja, residir en zonas con pocos recursos y no presentar apoyo social/familiar.

Se observa que el desempeño ocupacional en los diferentes estudios se ha vuelto alterado en cuanto a la realización de las ocupaciones, existiendo un aislamiento social y un apartheid ocupacional, es decir, la exclusión en la participación social en términos de raza, género, discapacidad... Según el estudio de Kizilhan (2011), la mutilación genital femenina por el mero hecho de ser mujer y para evitar en gran medida el deseo sexual excesivo, crea problemas en cuanto a la aparición de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) creando cambios considerables en su rutina diaria, derechos, bienestar social y físico. En relación con lo anterior, según el estudio de Zabala-Baños (2016), el entorno en el que se encuentra una persona es vital para una buena salud mental, por lo que, en una institución cerrada donde existen adversidades en sus circunstancias sociales y perspectivas, la salud mental se ve encuentra en grave peligro.

En cuanto al estudio de Arias-De la Torre, et al. (2019), se puede objetar que los resultados muestran grandes diferencias de género y clase social en salud mental, por lo que las personas de sexo masculino presentan una mayor predisposición a padecer una enfermedad mental respecto a las mujeres y las personas pertenecientes a una clase social más baja, obtienen una peor salud mental. Al mismo tiempo, los resultados apuntan que además del género y la clase social, los roles familiares y laborales (tanto fuera como dentro del hogar y entornos familiares) pueden constituir el punto de partida de las desigualdades en salud mental.

La salud mental en colectivos de exclusión social, tales como personas inmigrantes, está muy presente en las investigaciones de este tipo, debido a que la motivación laboral es

motivo principal de la migración. La migración supone un cambio de vida, de barreras culturales, sociales, afectivas y tradicionales entre otras, llegando a ser un reto para la persona y su familia. La economía es un tema importante ya que, de ese sueldo, una familia entera está a su sustento en la mayoría de las ocasiones, además de depender del envío de remesas a la familia residente en el país de origen por lo que es un gran peso para la persona. (Galvez, et al., 2011).

Los riesgos de exclusión social y de pobreza son potencialmente mayores en las personas inmigrantes debido a que la situación económica previa está más limitada; una persona suele ser la única sustentadora de la familia; obtienen trabajos y contratos más precarios y presentan una incapacidad para renovar permisos de trabajo (economía sumergida). (Galvez, et al., 2011).

El desarrollo de una enfermedad mental se relaciona con una gran disminución de la inclusión social en términos de integración social, es decir que cuanto más integrada esté la persona en el tiempo de desarrollo de la enfermedad, mayor es el declive inclusivo que presenta. Una mayor calidad de vida y bienestar se relaciona con un menor deterioro de la integración social, por lo que es importante incidir en intervenciones que se basen en la participación de las personas con estas patologías a desempeñar ocupaciones y mantener sus redes sociales. Las intervenciones que abordan el estigma autopercebido también pueden mitigar considerablemente el impacto negativo de la psicosis en la exclusión social. (Killaspy, et al., 2014).

Respecto a lo anterior, los pacientes con mejores apoyos sociales pueden sentir más intensamente la amenaza de perder su red social debido al estigma de la enfermedad mental. (Zaske, 2019). En relación con la enfermedad actual llamada Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), los sobrevivientes de esta enfermedad parecen ser más vulnerables en términos de estigma y miedo, asociándose un alto nivel de estigma y una peor salud mental con una calidad de vida más baja, con miedo a ser “etiquetados” y discriminados por connotaciones percibidas y los vínculos con la enfermedad. (Wahyuhadi, et al., 2022).

Las personas que padecen trastornos mentales, como característica general, presentan problemas muy complejos que no se reducen a la sintomatología psicopatológica, sino que afectan también, a otros aspectos como el funcionamiento psicosocial y la

participación en la comunidad. Además, el estigma con el que conviven cada día crea barreras en un gran abanico de ámbitos, llegando a desencadenar conductas de prejuicio, discriminación y estereotipos. El estigma social en personas con trastorno mental grave tiene arduas consecuencias, una de ellas es el autoestigma que presentan, llegando a una desvalorización, vergüenza, conductas de evitación y de aislamiento. La segunda es una gran dificultad para acceder a los servicios sociales, en el hogar, puesto de trabajo, en los recursos sanitarios/sociales/educativos y en el núcleo familiar. (Lamor, 2018). Es importante destacar que el bienestar físico y mental depende del social, el cual se sustenta gracias a unas satisfactorias relaciones sociales, por lo que lo social siempre va ligado al bienestar mental. Desde un enfoque ocupacional, se logra un bienestar social cuando los roles de la persona y sus ocupaciones consienten el desarrollo y el mantenimiento de unas óptimas relaciones sociales, existiendo un equilibrio entre la participación social y las ocupaciones. (Lamor, 2018). Las personas que presentan una enfermedad mental son tratadas como un colectivo en situación de exclusión social y vulnerabilidad, existiendo una pérdida en aumento de la participación en la sociedad. Teniendo en cuenta esto, las funciones del terapeuta ocupacional en dichos colectivos van enfocados a proporcionar una participación justa e igualitaria de aquellas personas que se encuentran en situación y/o riesgo de exclusión social, siempre utilizando la inclusión social como medio. (Asencio, 2018).

En cuanto a los Determinantes Sociales de la Salud, cabe destacar la importancia de la figura del terapeuta ocupacional en relación con la salud pública, ya no por su manera de la promoción de la salud a través de la ocupación, si no también por sus marcos metodológicos y prácticos, posicionando la ocupación humana como un determinante fundamental en la promoción de la salud y mejora de la salud pública. Es importante construir hábitos que promuevan y mejoran la salud y que prevengan enfermedades. Esto puede ser posible puesto que existen innumerables muestras de que gracias a las acciones de la Terapia Ocupacional es posible llegar a poblaciones inaccesibles, inclusive hasta el nivel de las políticas públicas, para conseguir que la TO sea de vital importancia en los proyectos relacionados con la salud y la sociedad. (Arango-Soler, 2018).

### Limitaciones

En relación con la exclusión de artículos por su título y *abstract* pueden que se hayan cometido sesgos a la hora de excluirlos, debido a que no se obtuvo información completa del documento.

Se ha realizado el sesgo de utilizar la herramienta *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) una persona, debido a que, para una correcta realización debe ser utilizado por dos individuos.

### Futuras líneas

No se ha encontrado la presencia de la Terapia Ocupacional en los documentos bibliográficos recuperados de las herramientas de búsqueda, por lo que cabe destacar la necesidad de más investigaciones acerca de dicha profesión y de sus profesionales como parte de la vida de dichos colectivos, con el objetivo de aumentar y mejorar su calidad de vida, desempeño ocupacional y bienestar, tanto físico como mental.

De acuerdo a los estudios obtenidos para la sección de material y métodos y resultados, se adquirieron solo de nueve países, por lo que se debe crear la necesidad de realizar investigaciones en relación con la exclusión social y la salud mental por todo el mundo, debido a que son problemas de interés global.

### **Conclusiones**

Las personas en situación de exclusión social presentan una alta probabilidad de presentar una enfermedad mental a lo largo de su vida. Problemas en el desempeño ocupacional, en la calidad de vida, cambios en su rutina diaria y/o aislamiento social son solo una ínfima parte de las injusticias que tienen que vivir estos colectivos a diario, muchas de ellas incapacitantes para lograr una independencia y una vida digna.

Existen escasez de artículos que relacionen la importancia de la Terapia Ocupacional en los colectivos de exclusión social y salud mental, sobre todo en Europa, debido a que en países latinoamericanos dicha profesión presenta un mayor peso que en España, y de los cuales debemos de aprender en numerables perspectivas, intervenciones y prácticas.

## Bibliografía

- Agudelo-Suárez, et al. (2015). Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia TT - Mental health in older adults of a public hospital network of Medellin, Colombia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(4), 701–708. [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000400011&lang=es%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n4/a11v32n4.pdf](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000400011&lang=es%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n4/a11v32n4.pdf)
- Arango-Soler. (2018). Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Revista Facultad de Medicina*, 66(3), 375-383. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v66n3/0120-0011-rfmun-66-03-375.pdf>
- Arias-de la Torre, et al. (2016). Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.011>
- Arias-de la Torre, et al. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
- Asencio. (2018). Recensión: intervenciones de terapia ocupacional para la recuperación en las áreas de integración comunitaria y roles de vida normativos para adultos con enfermedad mental grave: una revisión sistemática. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 15(27), 114-148. <http://www.revistatog.com/num27/pdfs/recension1.pdf>
- Basterra. (2017). Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 324–326. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.004>
- Bazyk, et al. (2013). A multi-tiered approach to addressing the mental health issues surrounding obesity in children and youth. *Occupational Therapy in Health Care*, 27(2), 84–98. <https://doi.org/10.3109/07380577.2013.785643>
- Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-la Mancha. (2018). *Libro Blanco de la Terapia Ocupacional en Salud Mental de Castilla-la Mancha*. [http://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/libro\\_bl](http://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/libro_bl)

[anco de la terapia ocupacional en salud mental de castilla-la  
la mancha cofto-clm.pdf](#)

Chung, et al. (2016). Screening for Social Determinants of Health among Children and Families Living in Poverty: A Guide for Clinicians. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(5), 135–153. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.02.004>

De la Guardia, et al. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR*, 5(1), 81-90. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>

Diez, et al. (2014). Crisis económica y disfunción ocupacional: efectos y propuestas de cambio en contexto de crisis. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 11(20), 1-12. <http://www.revistatog.com/num20/pdfs/colab1.pdf>

Duncan, et al. (2011). The burden of psychiatric disability on chronically poor households: Part I (costs). *South African Journal of Occupational Therapy*, 41(3), 55-63. [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-38332011000300011](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332011000300011)

UNICEF, (2020). *El estigma social asociado con el COVID-19*. <https://www.unicef.org/uruguay/documents/el-estigma-social-asociado-con-el-covid-19>

European Anti-Poverty Network (EAPN). (2021). *El Estado de la Pobreza: Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España. 2008-2020*. (Informe nº 11). <http://www.eapn.es/estadodepobreza/>

Esteban, et al. (2012). Determinants of poor mental health in people aged 16 to 64 residing in a large city. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229–240. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272012000200005>

Evans-Lacko, et al. (2014). The state of the art in European research on reducing social exclusion and stigma related to mental health: A systematic mapping of the literature. *European Psychiatry*, 29(6), 381–389. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.02.007>

Fundación Foessa. (2022). *Evolución de la Cohesión Social y Consecuencias de la Covid-19 en España*. Colección de Estudios 50, <https://www.foessa.es>

- Foruzandeh, et al. (2013). Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 136-141. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00211.x>
- Galvez Herrer, et al. (2011). Occupational health and mental health in migrant worker population. *Salud Laboral y Salud Mental En Poblacion Trabajadora Inmigrante.*, 57(Suppl. 1), 127–144. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2011000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500009&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- Gobierno de España. (2018). *Plan de acción para la implementación de la Agenda 2030. Hacia una Estrategia Española de Desarrollo Sostenible.* <https://transparencia.gob.es>
- González, et al. (2018). Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA). *Psychosocial Intervention*, 27(1), 113–121.
- Guimarães, et al. (2019). Mental disorders in pregnant. *Enfermeria Global*, 18(1), 499–534. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>
- Hatzenbuehler, et al. (2013). Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *American Journal of Public Health*, 103(5), 813–821. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301069>
- Hong. (2018). *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Version 2018.* <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/page/24607821/FrontPage>
- Ilhan Kizilhan. (2011). Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *Eur. J. Psychiat*, 25(2), 92–100.
- Killaspay, et al. (2014). The impact of psychosis on social inclusion and associated factors. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 148–154. <https://doi.org/10.1177/0020764012471918>
- Kronenberg & Pollard. (2005). El marco conceptual de las Actividades políticas de la Vida Diaria, la Rehabilitación Basada en la Comunidad y la Terapia Ocupacional. *Revista informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 38, 16-24.

- Kwonchul. (2012). Mental illness And Labor - Focusing on Legal Issues. *Labor Law Review*, 32, 193-236. <https://www.kci.go.kr/kciportal/ci/sereArticleSearch/ciSereArtiView.kci?sereArticleSearchBean.artiId=ART001646066>
- Lamor. (2018). Camino hacia la ciudadanía: la cultura como estrategia/agente de participación social de personas en riesgo de exclusión social y como medio hacia una percepción holística de las personas con enfermedad mental. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 15(27), 171-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6489675>
- Leiva, et al. (2020). Psychosocial dimension of the pandemic: The other side of COVID-19. *Ciencia y Enfermería*, 26, 1–12. <https://doi.org/10.29393/ce26-3dpal60003>
- Mandani, et al. (2018). Perception of family caregivers about barriers of leisure in care of individuals with chronic psychiatric disorders: a qualitative study. *Electronic Physician*, 10(3), 6516–6526. <https://doi.org/10.19082/6516>
- Manterola, et al. (2014). Hierarchy of evidence. Levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Revista Chilena de Infectología*, 31(6), 705–718.
- Masanet, et al. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Espanola de Salud Publica*, 85(3), 257–266. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272011000300004>
- Mezey, et al. (2012). Development and preliminary validation of a measure of social inclusion for use in people with mental health problems: The SInQUE. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(5), 501-507. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764012443752>
- Moriarty, et al. (2012). Understanding reduced activity in psychosis: The roles of stigma and illness appraisals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(10), 1685–1693. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0475-z>
- Motizuki, et al. (2014). Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. *Revista*

- de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 25(2), 100.  
<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p100-110>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Determinantes sociales de la salud*. OPS.  
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Rehabilitación*. OMS.  
<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
- Pachankis, et al. (2020). Brief online interventions for LGBTQ young adult mental and behavioral health: a randomized controlled trial in a high-stigma, low-resource context. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(5), 429-444.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000497>
- Page, et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BML*, 372(71). <http://www.prisma-statement.org/>
- Programa de Prevención de Psicosis. (2022). *Modelo de vulnerabilidad-estrés*. [www.p3-info.es/view\\_article.asp?id=5&cat=1](http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=5&cat=1)
- Real Academia Española. (s.f.). Exclusión social. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 5 de enero de 2022, <https://dle.rae.es/exclusión>
- Real Academia Española. (s.f.). Trastorno mental. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 5 de enero de 2022, <https://dle.rae.es/trastorno?m=form>
- Rocha, et al. (2014). Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and mental health in Chile. *Cadernos de Saude Publica*, 30(10), 2219–2234. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00176213>
- Sánchez. (2014). Terapia Ocupacional en Salud Mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. *Revista de Terapia Ocupacional de Galicia*, 11 (9), 109-158.  
<http://www.revistatog.com/suple/num9/psicosocial.pdf>
- Schalock & Verdugo. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.

- Serrata, et al. (2014). Social occupational therapy: Conversations about a Brazilian experience. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(5), 298-307. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25702374/>
- Silva. et al. (2011). Avaliação da Qualidade de Vida dos Pacientes com Transtorno do Espectro Esquizofrénico Atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial na Cidade do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(2), 91–98.
- Synovec, et al. (2020). Social justice considerations for occupational therapy: The role of addressing social determinants of health in unstably housed populations. *Work*, 65(2), 235–246. <https://doi.org/10.3233/WOR-203074>
- Wahyuhadi, et al. (2022). Association of stigma with mental health and quality of life among Indonesian COVID-19 survivors. *PloS One*, 17(2), e0264218–e0264218. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264218>
- Whiteford. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204.
- World Federation of Occupational Therapists. *Acerca de la Terapia Ocupacional*. WFOT. <http://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
- Yanos, et al. (2019). A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(11), 1363-1378. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01702-0>
- Zabala-Baños, et al. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Rev. Esp. Sanid. Penit*, 13–24.
- Zango. (2010). *Terapia Ocupacional comunitaria*. Síntesis.
- Zaske, et al. (2019). Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(4), 459-468. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0892-4>

## **Anexo I. Listado de acrónimos**

<b>TÉRMINO</b>	<b>ACRÓNIMO</b>
Exclusión social	ES
Real Academia Española	RAE
Enfermedad mental	EM
Terapia Ocupacional	TO
Determinantes sociales de la salud	DSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Web of Science	WOS
Revisión sistemática	RS

## Anexo II. Estrategias de búsqueda

Motor de búsqueda / Base de datos	Cadena de búsqueda
PudMed	("Mental health[Mesh]" OR mental disability OR mental illness OR psychiatric disabilities OR severe mental illness OR severe mental disorder OR mental disorder) AND ("Social exclusion" OR social discrimination OR social segregation OR social rejection OR social distance OR social prejudice OR gender exclusion OR slum OR foreign OR status OR rural zone OR rural area) AND (stigma OR stereotyping OR stereotype) AND (occupational therapy OR occupational therapist OR social therapy OR occupational physicians OR occupational science OR occupational performance OR occupation) AND (Daily living OR daily live)
Web of Science (WOS)	("mental health" OR "mental disability" OR "mental illness" OR "psychiatric disabilities" OR "severe mental illness" OR "severe mental disorder" OR "mental disorder") AND ("Social exclusion" OR "social discrimination" OR "social segregation" OR "social rejection" OR "social distance" OR "social prejudice" OR "gender exclusion" OR "slum" OR "foreign" OR "status" OR "rural zone" OR "rural area") AND ("stigma" OR "stereotyping" OR "stereotype") AND ("Occupational Therapy" OR

---

OTseeker	<p>"occupational therapist" OR "social therapy" OR "occupational physicians" OR "occupational science" OR "occupational performance" OR "occupation")</p> <p>(mental health OR mental disability OR mental illness OR psychiatric disabilities OR severe mental illness OR severe mental disorder OR mental disorder)</p> <p>AND (social exclusion OR social discrimination OR social segregation OR social rejection OR social distance OR social prejudice OR gender exclusion OR slum OR foreign OR status OR rural zone OR rural area) AND (occupational Therapy OR occupational therapist OR social therapy OR occupational physicians OR occupational science OR occupational performance OR occupation)</p>
LILACS	<p>(mental health OR mental disability OR mental illness OR psychiatric disabilities OR severe mental illness OR severe mental disorder OR mental disorder)</p> <p>AND (social exclusion OR social discrimination OR social segregation OR social rejection OR social distance OR social prejudice OR gender exclusion OR slum OR foreign OR status OR rural zone OR rural area) AND (occupational Therapy OR occupational therapist OR social therapy OR occupational physicians OR occupational science OR</p>

---

---

	occupational performance OR occupation)
Cochrane	<p>mental health OR mental disability OR  mental illness OR psychiatric disabilities  OR severe mental illness OR severe  mental disorder OR mental disorder in  All Text AND social exclusion OR social  discrimination OR social segregation OR  social rejection OR social distance OR  social prejudice OR gender exclusion OR  slum OR foreign OR status OR rural  zone OR rural area in All Text AND  occupational therapy OR occupational  therapist OR social therapy OR  occupational physicians OR occupational  science OR occupational performance  OR occupation AND stigma OR  stereotyping OR stereotype</p>

---

### Anexo III. Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítem n°	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
<b>TÍTULO</b>			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	1
<b>RESUMEN</b>			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020.	No realizado (NR)
<b>INTRODUCTION</b>			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	4
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos a las preguntas que aborda la revisión.	16
<b>MÉTODOS</b>			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	16
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó consultó por última vez.	21
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	17
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	19
Proceso de extracción de datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente y los procesos para obtener o confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	21
Lista de datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	22
	10b	Enumere define todas las demás variables para que las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente o incierta.	22
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si se trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	23
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medidas) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	NR
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudio serán elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis).	22
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o de las conversiones de datos.	22

Sección/tema	Ítem n°	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	NR
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metaanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	NR
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, aumentar regresión).	NR
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	NR
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo del sesgo debido a los resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	23
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza o confianza en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	23
<b>RESULTADOS</b>			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	25
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión pero que fueron excluidos y explica por qué fueron excluidos.	25
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	NR
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada 1 de los estudios incluidos.	NR
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo si procede y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	NR
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis resuma brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	26
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas.	NR
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	NR
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	NR
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a los resultados faltantes para cada síntesis evaluada.	NR
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza o confianza en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	NR
<b>DISCUSIÓN</b>			
Discusión	23a	Proporciona una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	36
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	39
	23c	Argumenta las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	39
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones.	39

#### Anexo IV. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Temática	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Avaliação da Qualidade de Vida dos Pacientes com Transtorno do Espectro Esquizofrénico Atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial na Cidade do Rio de Janeiro	1 ++	A
Occupational health and mental health in migrant worker population	4	D
Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras	2 +	C
Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq	2 ++	B
Understanding reduced activity in psychosis: The roles of stigma and illness appraisals	1 ++	A
Determinants of poor mental health in people aged 16 to 64 residing in a large city	1 +	B
The impact of psychosis on social inclusion and associated factors	1 +	B
Social class, psychosocial occupational risk factors, and the association with self-rated health and mental health in Chile	2 +	C
Salud mental en adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia TT - Mental health in older adults of a public hospital network of Medellin, Colombia	1 +	B
Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España	2 ++	B

---

Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study	1 +	B
Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012	3	D
Efectividad de una Intervención Psicoeducativa en la Reducción de la Sobrecarga del Cuidador Informal del Paciente con Esquizofrenia (EDUCA-III-OSA)	1 ++	A
A randomized-controlled trial of treatment for self-stigma among persons diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders	3	D
Mental disorders in pregnant	1 +	B
Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain	2 +	C
Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment	1 +	B
Brief online interventions for LGBTQ young adult mental and behavioral health: a randomized controlled trial in a high-stigma, low-resource context	3	D

---

## Anexo V. Variables analizadas

Artículo	Año	País	Idioma	Metodología	Tipo de estudio
1	2011	España	Español	Mixta	Estudio transversal
2	2011	Brasil	Portugués	Cuantitativa	Estudio transversal
3	2011	Iraq	Inglés	Mixta	Estudio transversal
4	2011	España	Español	No aplicable	Estudio analítico observacional
5	2012	España	Español	Mixta	Estudio transversal
6	2012	Reino Unido	Inglés	Mixta	Estudio transversal
7	2014	Chile	Español	Mixta	Estudio transversal
8	2014	Reino Unido	Inglés	Cuantitativa	Estudio transversal
9	2015	Colombia	Español	Mixta	Estudio transversal
10	2016	España	Inglés	Mixta	Estudio transversal
11	2016	España	Español	Cualitativa	Estudio transversal
12	2017	España	Español	Mixta	Estudio transversal

---

13	2018	España	Español	Cualitativa	Estudio analítico multicéntrico con diseño cuasi-experimental de grupo único
14	2019	Estados Unidos	Inglés	Mixta	Estudio longitudinal
15	2019	Brasil	Español	Cuantitativa	Estudio transversal
16	2019	España	Inglés	Mixta	Estudio transversal
17	2019	Alemania	Inglés	Cuantitativa	Ensayo controlado aleatorizado
18	2020	Estados Unidos	Inglés	Cuantitativa	Ensayo controlado aleatorizado
19	2022	Indonesia	Inglés	Cuantitativa	Estudio transversal

---