



**Universidad  
Europea VALENCIA**

**Grado en ENFERMERÍA**

**Trabajo Fin de Grado**

**TÍTULO:**

**Cuando la enfermedad mental eclipsa el  
diagnóstico de la enfermedad física:**

**Una revisión sistemática mixta**

**Presentado por: NELL MARTIN LAMPRELL**

**Tutor/es: CONCEPCION MARTINEZ MARTINEZ**



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PREGUNTA PICO.....	2
3. OBJETIVOS.....	2
3.1. Objetivo general.....	2
3.2. Objetivos específicos.....	3
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	3
4.1. Tipo de estudio.....	3
4.2 Los criterios de inclusión y exclusión.....	3
4.3 Cribado y selección de estudios.....	3
4.4 Evaluación de calidad .....	4
4.4.1 Diagrama de Flujo .....	5
4.5 Extracción y síntesis de datos .....	6
4.6 Tabla 1 “Características de los estudios”.....	7
5. RESULTADOS .....	17
5.1 Características de los estudios.....	17
6. DISCUSION.....	17
6.2 Percepción del overshadowing.....	18
6.3 Consecuencias del “Diagnostic Overshadowing” .....	20
6.4 Definición del concepto.....	21
6.5 Limitaciones.....	21
7. CONCLUSIÓN.....	21
8. BIBLIOGRAFIA.....	23
9. ANEXOS.....	28
Anexo 1. Tabla Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) .....	28

## **ABSTRACT**

### **Introduction**

Recent studies suggest that there may be systemic disparities in care during the diagnosis and treatment of patients with a psychiatric diagnosis that contribute to the development of associated health problems. Stigma and discrimination have long been associated with mental illness and result in behaviour that disparages and undermines mental health patient experiences. When this stigma and discrimination interfere with a health professional's evaluation of a patient, this becomes "diagnostic overshadowing,".

### **Objectives**

To identify, collect and analyse the available literature related to "diagnostic overshadowing" in patients with mental disorders who present clinical manifestations of physical illness.

### **Methodology**

This is a mixed systematic revision. Study quality assessment was performed using the Mixed Methods Assessment Tool (MMAT)

### **Results and Discussion**

The results showed that this is a relatively new phenomenon, 84.6% of the studies have been published in the last ten years. Ten of the thirteen publications showed clear evidence of "diagnostic overshadowing" of physical symptoms displayed by the patient. Six themes and contributing factors were identified. The consequences ranged from detrimental psychological effects to, in more extreme cases, a worsening level of health care leading to the risk of premature death.

### **Conclusion**

The studies show that "diagnostic overshadowing" is a problem that contributes to disparities in physical health care between the mental and neurotypical health communities. It has also been shown to be a multidimensional phenomenon of interconnected factors. More research is needed to better understand the problem and raise awareness among healthcare professionals about the high risk it carries. Nurses play an important role in this because of the close relationship they have with patients.

**Key words:** Mental health consumer; diagnostic overshadowing; stigma; mixed systematic review

## **RESUMEN**

### **Introducción**

Estudios recientes sugieren que pueden existir disparidades sistémicas en la atención durante la diagnosis y tratamiento de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico que contribuyen a la aparición de problemas de salud asociados. El estigma y la discriminación se han asociado durante mucho tiempo con las enfermedades mentales y dan como resultado un comportamiento que desacredita y socava las experiencias de pacientes de salud mental. Cuando este estigma y discriminación interfieren con la evaluación de un paciente por parte de un profesional de la salud, esto se convierte en "diagnostic overshadowing".

### **Objetivos**

Identificar, extraer y analizar la evidencia disponible relacionada con el "diagnostic overshadowing" en pacientes con trastorno mental que presentan manifestaciones clínicas de enfermedad física.

### **Metodología**

Se ha realizado una revisión sistemática mixta. La evaluación de la calidad de los estudios se ha realizado mediante la Herramienta de Evaluación de Métodos Mixtos (MMAT)

### **Resultados y discusión**

Los resultados mostraron que este es un fenómeno relativamente nuevo, el 84,6% de los estudios han sido publicados en los últimos diez años. Diez de las trece publicaciones mostraron evidencia clara de "diagnostic overshadowing" con síntomas físicos mostrados por el paciente. Se identificaron seis temas y factores contribuyentes. Las consecuencias oscilaron entre efectos psicológicos perjudiciales y, en casos más extremos, un empeoramiento del nivel de atención de la salud que condujo al riesgo de muerte prematura.

### **Conclusión**

Los estudios muestran que el "diagnostic overshadowing" es un problema que contribuye a las disparidades en la atención médica física entre la comunidad de salud mental y la neurotípica. También se ha demostrado que es un fenómeno multidimensional de factores interconectados. Se necesita más investigación para comprender mejor el problema y crear conciencia entre los profesionales de la salud sobre el alto riesgo que conlleva. Las enfermeras juegan un papel importante en esto debido a la relación cercana que tienen con los pacientes.

**Palabras Clave:** Consumidor de salud mental; "diagnostic overshadowing"; estigma; revisión sistemática mixta

## 1. INTRODUCCION

La definición de tener buena salud mental es amplia y difiere en función de la fuente consultada. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad” (2022). Estudios más recientes exploran conceptos más fluidos, "...el estado dinámico del equilibrio interno...", lo que sugiere que el estado de salud mental cambia según la presión de vida de esa persona en un momento dado (Galderisi et al., 2015). En realidad, la definición varía según la experiencia que vive cada individuo y la enfermedad mental se refiere a una variedad de trastornos con síntomas variables, aunque generalmente se caracteriza por períodos clínicamente significativos de alteración en el pensamiento, el estado de ánimo y el comportamiento de una persona (OMS, 2022).

Las investigaciones muestran que las personas que viven con enfermedades mentales enfrentan mayores desventajas de salud que la población en general. El Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

indica que el 13% de la población mundial tiene un trastorno mental (2022). Las personas con enfermedades mentales mueren en promedio 10 años antes que la población neurotípica, con más del 67 % de las muertes atribuidas a enfermedades cardíacas y cáncer (Walker et al., 2015).

Hay varias razones posibles para esto. Por un lado muchos profesionales de atención médica tienden a centrarse en la incapacidad del paciente para asumir la responsabilidad de su propia salud, con un escrutinio particular de su estilo de vida, la falta de adherencia a la medicación y las malas condiciones económicas como causa principal de la alta morbilidad (Velligan et al., 2017; Ilyas et al., 2017). Sin embargo, estudios más recientes han sugerido que pueden existir disparidades sistémicas en la atención durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de pacientes con un diagnóstico psiquiátrico que contribuyen a la aparición de problemas de salud asociados (Hallyburton, 2022). El estigma y la discriminación se han asociado durante mucho tiempo con las enfermedades mentales y dan como resultado un comportamiento que desacredita y socava las experiencias de pacientes de salud mental. En algunos casos, podría disuadir a una persona

de buscar ayuda en el sistema sanitario, lo que reduce la posibilidad de que reciba una atención médica adecuada (Hallyburton, 2022). Cuando este estigma y discriminación interfieren con la evaluación de un paciente por parte de un profesional de la salud, esto se convierte en "diagnostic overshadowing", que Kanne (2013) define como "sesgo negativo que afecta el juicio de un médico con respecto a los trastornos concurrentes en personas que tienen discapacidades intelectuales u otras enfermedades mentales".

Aunque la toma de decisiones clínicas la llevan a cabo los médicos, el conocimiento del "diagnostic overshadowing" es particularmente importante para los enfermeros no solo como profesionales de atención práctica según lo declarado en el congreso de Royal College of Nursing RCN (2018), si no también como principales defensores de la atención al paciente (Hughes, 2008). Se han realizado varios estudios que tienen como objetivo explorar el "diagnostic overshadowing" en la atención y el tratamiento de pacientes de salud mental que buscan atención por problemas enfermedades físicas (Hallyburton, 2022; Ho, L et al., 2022; Molloy, et al., 2021; Thornicroft et al., 2007). También se ha estudiado el diagnostic overshadowing en

diferentes entornos clínicos y con diferentes profesionales de la salud (Druss, et al., 2000; Lawrence, et al., 2003; Levitan et al., 1983; Shefer et al., 2014). Si bien estos estudios contribuyen a aumentar el cuerpo de conocimiento, una comprensión más profunda puede provenir de la investigación diseñada para identificar y sintetizar la literatura relacionada con "diagnostic overshadowing" en pacientes de salud mental. Se espera que al ofrecer una comprensión más profunda de la experiencia vivida del "diagnostic overshadowing", se puedan hacer recomendaciones para la práctica clínica, la educación y la investigación.

## **2. PREGUNTA PICO**

¿Las personas con diagnóstico psiquiátrico reciben una atención sanitaria diferente debido al diagnostic overshadowing?

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo General**

Identificar, extraer y analizar la literatura disponible relacionada con el "diagnostic overshadowing" en pacientes con trastorno mental que presentan

manifestaciones clínicas de enfermedad física.

### **3.2 Objetivos Específicos**

Los objetivos específicos de esta revisión son:

- Identificar las consecuencias del "diagnostic overshadowing" en personas con un diagnóstico psiquiátrico
- Conocer la percepción de los profesionales de salud en relación al "diagnostic overshadowing"

## **4. MATERIALES Y MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudio**

Se ha realizado una revisión sistemática mixta. En este tipo de revisiones se incluyen estudios tanto cuantitativos como cualitativos y mixtos lo que contribuye a profundizar en el conocimiento del fenómeno a observar (Pluye & Hong, 2014). Además de facilitar la comprensión y generalización de los resultados, al extraer los datos a través de distintas metodologías (Pluye et al., 2009).

### **4.2 Los criterios de inclusión y exclusión**

Se consideraron para su inclusión estudios originales que utilizaban diseños de

investigación cualitativos, cuantitativos y/o mixtos. Se extrajeron los estudios publicados en inglés y español hasta 2022 que incluyeron las experiencias de usuarios de salud mental y/o profesionales de la salud incluyendo psicólogos, psiquiatras, enfermeras, médicos y otros profesionales relacionados con el overshadowing en el trastorno mental. Se consideraron las investigaciones realizadas en cualquier país, y en cualquier servicio de atención médica o institución que ofreciera atención para enfermedades físicas (p.ej. hospitales, clínicas de médicos generales, servicios de emergencia y entornos de salud comunitarios).

### **4.3 Cribado y selección de estudios**

Los estudios fueron elegidos con una estrategia de selección que puede diferenciarse en tres fases distintas:

La fase uno, se llevó a cabo en los meses de enero y febrero de 2023. Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en las bases de datos PUBMED, WEB OF SCIENCE, Psycinfo, Scopus, y CINAHL con las palabras 'overshadowing', 'mental illness', 'mental health', 'mental disorder', 'severe mental disorder' y 'serious mental disorder'. Combinados entre sí con los

operadores booleanos AND y OR. Sé buscó en los títulos o abstracts.

A partir de las referencias de algunos de los artículos seleccionados se localizaron estudios que no se habían hallado anteriormente. En total se encontraron 471 artículos.

En la segunda fase los duplicados fueron eliminados (28) dejando 443 artículos potencialmente relevantes.

A continuación, los títulos y resúmenes se examinaron según los criterios de inclusión y exclusión, y se excluyeron 319 artículos. Los 26 artículos restantes se recuperaron en texto completo para volver a examinarlos según los criterios de elegibilidad. Tras aplicar los criterios de elección se han reducido a 13 artículos, 6 cuantitativos, 6 cualitativos y 1 de metodología mixta.

Por último en la fase tres, se realizó una lectura crítica completa de aquellos estudios que se consideraron relevantes para la realización de la revisión bibliográfica.

#### **4.4 Evaluación de calidad**

Se evaluó la calidad metodológica de los 13 estudios elegibles. Se utilizó como

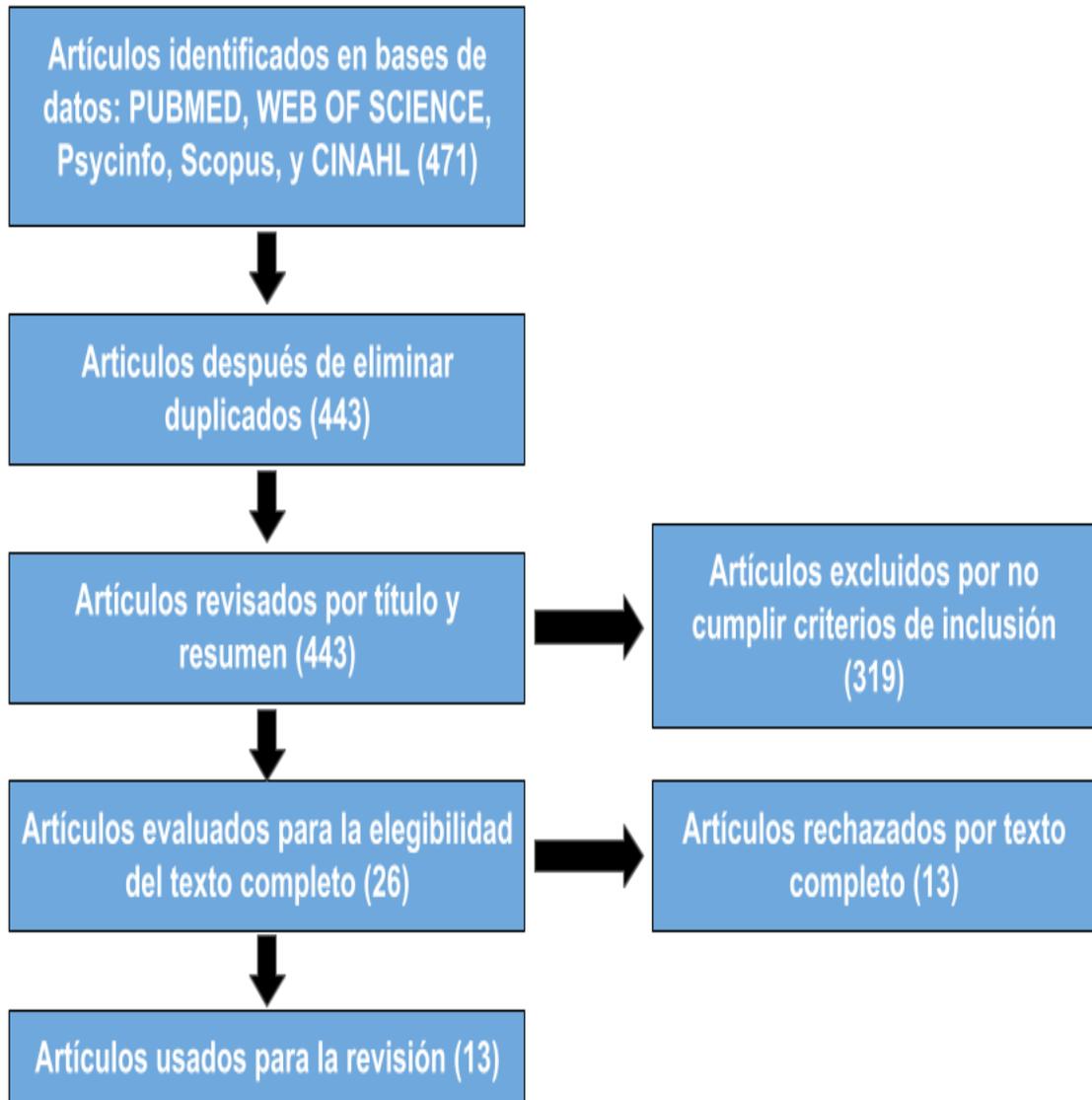
herramienta de valoración crítica la Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), versión de 2018 (Hong et al., 2018).

La versión vigente se desarrolló a partir de los resultados de una revisión bibliográfica de herramientas de valoración crítica, entrevistas con usuarios y un estudio delphi con expertos internacionales. Esta herramienta permite evaluar de forma simultánea hasta 5 tipos de estudios.

Para conocer la calidad del artículo, primero hay que contestar a dos preguntas de cribaje sobre la investigación en general. Si la respuesta a una o las dos preguntas es “No” o “No sabe”, el estudio no podría seguir evaluándose con la herramienta MMAT. A continuación hay 5 preguntas específicas para cada tipo de diseño de estudio: cualitativo, cuantitativo, aleatorizado, cuantitativo no aleatorizado, cuantitativo descriptivo y métodos mixtos. Las preguntas se contestan con Si, No, N/S

No se obtiene una puntuación global. El objetivo de este método es dar una mayor información sobre los estudios incluidos en la investigación, contrastando los resultados obtenidos en ellos. No se excluyen las investigaciones de baja calidad metodológica (Hong et al., 2018).

#### 4.4.1 Diagrama de Flujo



#### **4.5 Extracción y síntesis de datos**

La extracción de datos se ha realizado en base al modelo teórico elaborado por Corrigan et al. (2003) An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness.

Este modelo implica que, cuando se cree que las causas de la enfermedad mental están bajo

el control de una persona, se predice que aumentan la discriminación, como por ejemplo, aumento de la coerción, segregación y disminución de la ayuda y las respuestas emocionales negativas como la ira, el miedo y falta de compasión y los juicios sobre la responsabilidad personal.

También se explora la posibilidad de que los efectos de las atribuciones causales, y las respuestas emocionales puedan estar moderados por la familiaridad.

Los datos extraídos de los estudios se recogen en la tabla 1 “Características de los Estudios”. Incluyen detalles específicos sobre las poblaciones (tanto los profesionales como los usuarios de la atención médica), la ubicación geográfica, el contexto, los métodos de estudio, el entorno del estudio y los resultados significativos

**4.6 Tabla 1 “Características de los estudios”**

Autor	Participantes	Diagnóstico	País, Ciudad, Servicio sanitario	Metodología	Objetivos	Resultados	Propuestas de mejora
Almeida et al. 2022	55 psiquiatras, 67 médicos de cabecera. Edad media: 42,0 años Médicos de cabecera: hombre/muj er 4,3:6,7 Psiquiatras: hombre/muj er 3,2:6,8	No especificado	Oporto. Portugal. Hospital psiquiátrico, servicios de enlace de psiquiatría en un hospital universita- rio y un hospital oncológico, 3 centros de drogodepend encias y 13 centros de atención primaria.	Cuestionario de autoinforme de 25 ítems y Likert	Explorar el estigma relacionado con la salud mental entre los psiquiatras y médicos de cabecera portugueses.	Tanto los psiquiatras como los médicos de cabecera tienen cierto grado de actitudes estigmatizantes hacia los PDMD. Pero los médicos de cabecera exhiben niveles de OS significativamente más altos que los psiquiatras. Otras variables sociodemográficas se asociaron con el estigma; edad, género, tener un amigo con trastorno mental, categoría profesional, acuerdo de que la Psiquiatría se desvía de la medicina básica e interés del médico en temas de salud mental.	Ninguna aclaración adicional pero debe abordarse en futuras investigaciones.

Clarke et al. 2007	27 usuarios de salud mental, 7 familiares, 5 proveedores de servicios (algunos con experiencia de primera mano) Hombre/mujer 1:1	Diagnóstico autoinformado Trastorno psicótico, TEPT depresivo, trastorno de personalidad y patología dual	Manitoba, Canadá Urgencias de hospitales generales	Grupos de enfoque: 1. ¿Cuál fue su experiencia al buscar servicios de salud mental en el departamento de emergencias de un hospital general? 2. ¿Cuál fue su experiencia al ser atendido por una enfermera de la sala de emergencias psiquiátricas? 3. ¿Qué falta en la oferta de servicios de urgencias psiquiátricas?	Determinar la satisfacción de la atención recibida en el Servicio de Urgencias regional. En particular, la atención de urgencias sanitarias de pacientes psiquiátricos.	Se identificaron 6 temas: esperando en urgencias, las actitudes del personal de salud, la tendencia a clasificar a los pacientes como "enfermos mentales" en función de la historia en lugar de la presentación (DO), "no tener a dónde ir", las necesidades específicas de las familias y una "lista de deseos" para futuros servicios.	Mejorar el triaje; Enfermera de psiquiatría 24 horas en urgencias Capacitación en sensibilización y concientización Espacios seguros y más recursos de rehabilitación como alternativa a la atención de urgencias
Happell et al. 2016	31 consumidores de salud mental	No especificado	Australia. El acto mental Red de Consumidores de Salud	Entrevistas de grupos focales. Preguntas amplias con problemas específicos.	Conocer las opiniones y experiencias de los consumidores de la salud mental, con respecto a la disponibilidad y calidad de la atención y el tratamiento recibido para sus necesidades de salud física.	Los temas principales fueron: sintomatización; falta de acción y alerta ante los prejuicios.	DO tiene que ser abordado por todas las profesiones de la salud. Los enfermeros pueden desempeñar un papel importante tomando en serio las preocupaciones de los consumidores y abogando por mejores, accesibles y cuidado de la salud física sin prejuicios.

Nash 2013	7 MHSU con diabetes. hombre/ mujer 3:4 Edades: 18–65 años.	MHSUs con diabetes y problemas graves de salud mental	Grupo de apoyo de MHSU en Londres	Entrevistas telefónicas semiestructuradas entre 35 y 50 min 15 preguntas abiertas y cerradas	Para obtener una “visión interna” de las experiencias de las MHSU de enfermedad física	Surgieron 6 temas principales: estigma, eclipsamiento del diagnóstico, división entre salud mental y bienestar físico, Complicaciones, Si fuera una enfermera de salud mental, ¿qué ¿Harías algo diferente por alguien como tú? Recibir un diagnóstico de diabetes	Si bien la educación diabética sería importante, una reorientación en la teoría del estigma y cómo puede impactar en el cuidado físico también sería necesario en desarrollo curricular.
Noblett et al 2017	24 congresistas: 22 médicos, 1 enfermera y 1 psicóloga clínica. hombre/mujer 15:9 15 médicos eran psiquiatras de enlace consultores, 1 fue jubilado; 3 eran registradores especialistas, 3 eran especialistas asociados y 1 era un aprendizaje básico. Experiencia profesional en psiquiatría de enlace. trate abarcó de 6 meses a 30 años.		El Real Colegio de Psiquiatras Facultad de Psiquiatría de Enlace Anual la conferencia Londres, Reino Unido	Un cuestionario de encuesta y entrevistas cualitativas en profundidad.	Explorar las experiencias de los profesionales de psiquiatría de enlace para obtener una mayor comprensión de la calidad de la atención que reciben los pacientes con enfermedades mentales en el entorno hospitalario general.	Áreas de preocupación en la calidad de la atención de pacientes con enfermedades mentales comórbidas incluidas “DO”, “mala comunicación con el paciente”, “Dignidad del paciente no respetada” y 'retraso en la investigación o el tratamiento'. Se identificaron 11 factores contribuyentes, los 2 más mencionados fueron estigmatización Actitudes del personal hacia los pacientes con enfermedades mentales comórbidas y 'diagnóstico complejo'	Intervenciones sugeridas incluidas 'educación formal' y 'cambiar el equipo de psiquiatría de enlace: más visible'

Shefer et al.  
2014

18 médicos  
y 21  
enfermeros  
trabajando  
en equipos  
de enlace  
psiquiátrico  
y de  
urgencias

Departament  
os de  
emergencia  
(ED) de 4  
hospitales en  
Londres,  
Reino Unido

Entrevistas semi-  
estructuradas

Para investigar  
el  
alcance  
percibido y  
causas del  
“DO” y otros  
desafíos  
involucrados  
en el proceso  
de diagnóstico  
de personas  
con  
enfermedades  
mentales que  
se presentan  
en los  
servicios de  
urgencias con  
trastornos  
físicos.  
síntomas

SÍ presente, pero debido a muchos  
factores, comportamientos o  
dificultad. comunicación con  
pacientes de salud mental.  
Evidencia de estigma pero  
abrumadora. Problemas  
principales: desacuerdos entre  
psiquiatría y equipos de urgencias  
(actitud de nosotros y ellos),  
departamentos de urgencias en  
general, restricciones de tiempo

Se necesita más  
investigación.  
Operacionalización más  
completa para reducir los  
desacuerdos entre  
departamentos en casos  
más complejos.

Fontesse et al. 2020	336 enfermeros. hombre/mujer: 2,2/7,8 m edad 40.7	Severo alcohol trastorno por uso, esquizofrenia, y enfermedad cardiovascular	Bélgica. hospitales, clínica centros y enfermeras asociaciones en Bélgica, Francia y Canadá	Una encuesta de dos partes. 1a. parte: La selección de participantes en función de la frecuencia de sus contacto con nuestra clínica específica poblaciones 2ª parte: escalas de Likert relevantes para cada grupo objetivo.	Para probar un integrado modelo de deshumanización en el cuidado de la salud a través del simultáneo evaluación de sus determinantes (estigmatización, efecto goteo, calidad de los contactos) y resultados para el bienestar de las enfermeras y cuidado del paciente.	DO no encontrado. Enfermeros estigmatizados y deshumanizado personas con un psiquiátrico desorden más que gente sin desorden psiquiátrico. Enfermeras deshumanizadas pacientes más si se sintieron deshumanizados por su jerarquía superiores y menos si tuvieran calidad contacto con los pacientes.	Concreto perspectivas para reducir el estigma/deshumanización entre los enfermeros.
Michelle Geiss et al. 2018	El equipo de investigación: enfermeros, unidades de administración, médico-quirúrgicas, de emergencia y psiquiátricas con un total combinado de más de 90 años de experiencia clínica	133 historias clínicas de ingreso psiquiátrico, 83 que tuvieron algún evento médico emergente durante su estancia y 148 que no.	Medio oeste, Estados Unidos, un hospital de cuidados agudos de 500 camas con un trauma de nivel 1 centro.	Diseño de cohorte retrospectivo de 133 psiquiátricos Se revisaron las admisiones entre los años 2011 y 2015.	Para crear una herramienta que apoye una evaluación precisa y distinguir los síntomas conductuales entre enfermedades psiquiátricas y condiciones médicas coexistentes en la emergencia departamento, lo que conduce a la	Factores de riesgo identificados: edad mayor de 70 años, ritmo cardíaco anormal y temperatura anormal. Los tres factores luego se colocaron en una herramienta de detección. La presencia de cada factor equivalía a 1 punto. Si la puntuación total fuera mayor de 2, la sensibilidad de la herramienta fue del 68,7% y la especificidad de la herramienta fue del 85,8%.	Una herramienta que identifica los factores de riesgo y evalúa el delirio en pacientes psiquiátricos que acuden al servicio de urgencias para recibir tratamiento puede ayudar a abordar el preocupación por DO. Tal herramienta puede apoyar a los proveedores de atención médica en su evaluación y toma de decisiones sobre las asignaciones de camas apropiadas, por lo tanto afectando los resultados del paciente. La

					atención y ubicación adecuadas.		educación también lo recomiendo.
Hinde et al. 2020	146 hombres/mujeres: 6/3 y 1 no binario persona (0,4%) mi edad fue 33.39 años, con un rango de 20 a 73 años. 35 psiquiatras 30 tradicionales curanderos y 30 comunidad trabajadores, 78 médicos doctores, 31 enfermeros, 35 psicólogos, 33 aliados de la salud (discurso terapeutas, ocupacional terapeutas, social trabajadores) y 22 "otro" (maestros,	Viñeta 1: cliente con un coeficiente intelectual de 105 OMS graduado de Escuela secundaria. Viñeta 2 un cliente con un coeficiente intelectual de 55 OMS asistió especial educación mismos síntomas: bajo estado de ánimo, paranoia, voces, ansiedad,	Australiano universidad. Los ocho de Bangladesh divisiones administrativas a administradores de profesionales asociación, hospitales, comunidad organizacion es y salud instalaciones atractivo miembros a participar en el encuesta.	2 viñetas y escalas Likert diferentes	Para establecer si el sesgo de DO existe en un amplio muestra de bangladesí profesionales de la salud, y en segundo lugar, si presente, para establecer si el sesgo afecta ciertos tipos de profesiones de la salud más que otros.	Los practicantes eran más probable que diagnosticaran esquizofrenia, problemas con las drogas y acoso escolar en personas con un coeficiente intelectual típico en comparación con aquellas con un DI. Médicos, psiquiatras, y psicólogos parecía ser más afectado por el DOB que la salud comunitaria trabajadores, tradicional curanderos y aliados profesionales de la salud.	El desarrollo e implementación de formación específica programas para cumplir las distintas necesidades de profesionales de la salud los campos son recomendado.

fisioterapeutas,  
administración  
personal,  
etc.)

Jamieson et al. 2019	77 participantes 15 médicos, 24 psicólogos, 23 trabajadores sociales, 10 Artes/Música, 15 Trabajadores de apoyo hombre/mujer: 2,4/7,6	Depresión, Desorden de ansiedad social Problema de drogas Esquizofrenia, Siendo maltratado, Trastorno de ansiedad generalizada	Australia. administradores locales, estatales y nacionales de profesionales asociaciones que invitan a sus miembros a participar en una electrónica encuesta	A los participantes se les asignó aleatoriamente 1 de 2 viñetas clínicas que describían a un cliente que mostraba síntomas de un trastorno de salud mental. La viñeta 1 describía a un cliente con un coeficiente intelectual de 105 que se graduó de la escuela secundaria. La viñeta 2 describía a un cliente con un coeficiente intelectual de 55 que asistía a clases especiales durante la escuela. Todos los demás detalles eran idénticos. Luego, los participantes calificaron la probabilidad de 7 diagnósticos en una escala Likert de 5 puntos.	Investigar específicamente e la existencia del sesgo de DO en Australia.	No era menos probable que los participantes diagnosticaran un trastorno de salud mental en personas con DI y se encontró que esto existía en todos los tipos de profesiones involucradas en el estudio.	
Becker- Haines et al. 2021	266 salud mental clínicos. M edad=34,4 años, hombre/mujer: 1,8/8,2.	Trastorno obsesivo- compulsivo (TOC). oposicional trastorno desafiante (EXTRAÑO).	Pensilvania, America.	Dos de seis viñetas clínicas variaciones. La viñeta 1 describía una adolescente con trastorno obsesivo- compulsivo (TOC).	Explorar si en presencia de trauma exposición, no traumática síntomas relacionados con el estrés	En ambas viñetas, los médicos calificaron el Diagnóstico diana (TOC) en viñeta 1, impar en Viñeta 2) como menos probable para viñetas con un PTE que por lo mismo viñetas sin PTE.	Más investigación para mejor entendimiento este sesgo y capacitación en evaluación basada en evidencia y concepto de caso. diseño intervenciones a mitigarlo son

<p>40 % trabajadores comunitarios de salud mental, 16 % hospitales, 16 % prácticas privadas, 9 % escuelas, 15 % refugios para personas sin hogar, atención primaria, etc., 4 % sin revelar</p>	<p>Con o sin exposición a un evento potencialment e traumático (PTE; no PTE, PTE sexual o PTE físico)</p>	<p>La viñeta 2 describía una preadolescente con oposición trastorno desafiante (EXTRAÑO). Las viñetas eran idéntico excepto por si la juventud exposición reportada a un potencialmente evento traumático (TEP; no TEP, TEP sexual o PTE físico). Los médicos recibieron una viñeta con un PTE y uno sin contrapeso. Los médicos calificaron la probabilidad de que los jóvenes cumplieron con los criterios para diversos diagnósticos y la oportunidad de varios tratamientos en escalas de 7 puntos.</p>	<p>son interpretados por los médicos de salud mental como menos destacados que los exposición al trauma y se les quita énfasis como una objetivo del tratamiento, en consonancia con un sesgo de DO.</p>	<p>Los médicos también calificaron modalidades de tratamiento basadas en la evidencia para diagnósticos objetivo como menos apropiado en el presencia de un PTE que cuando un PTE estaba presente.</p>	<p>garantizado</p>
--	---	---	--	--	--------------------

Stenov et al. 2020	15 personas con TMG y DM tipo 1 o tipo 2 Edad >18 años; capaz de hablar danés; recibir atención en una clínica de pacientes ambulatorios psiquiátricos ; y capaz de dar su consentimiento y participar en una entrevista	diagnóstico con DM tipo 1 o 2 y al menos 1 SMI, definido como esquizofrenia/trastorno esquizoafectivo, bipolar trastorno, trastorno de personalidad grave o depresión mayor	4 consulta externa psiquiátrica regional clínicas en la Región Capital de Dinamarca	Entrevista semi-estructurada.	Para entender mejor en la vida con DM y SMI coexistentes para identificar: 1) desafíos específicos para esta condición y 2) necesidades de apoyo para el cuidado de la diabetes, ambos podrían ser abordados por MHP en psiquiatría regional clínicas ambulatorias.	De los datos surgieron cinco temas: 1) la enfermedad mental eclipsa el control de la diabetes, 2) la enfermedad mental el estado influye sustancialmente en el cuidado de la diabetes, 3) las rutinas diarias de la diabetes son difíciles de mantener, 4) la diabetes es oneroso y 5) el diálogo sobre la diabetes con los profesionales de la salud mental es poco frecuente.	Una necesidad existe para mejorar el apoyo de los profesionales de la salud mental para mejorar el autocontrol de la DM entre personas con enfermedad mental. Los hallazgos presentes pueden informar el desarrollo de intervenciones adaptadas para apoyar a las personas con enfermedad mental en el automanejo de la DM.
--------------------	---	---	---	-------------------------------	---	---	---

van  
Nieuwenhuize  
n et al. 2012

Se entrevistó  
a 15  
enfermeras,  
2 enfermeras  
auxiliares y  
8 médicos de  
urgencias.

Londres,  
Reino Unido

Entrevistas  
individuales en  
profundidad y análisis  
cualitativo utilizando  
análisis temático.

Investigar el  
reconocimiento  
del DO,  
entre  
profesionales  
de medicina  
de  
emergencia;  
además, para  
identificar los  
factores  
contribuyentes  
y mitigantes  
para el DO

El DO se reconoció comúnmente  
como un fenómeno significativo  
(16 participantes  
sintieron que esto sucedió, 5 no  
estaban seguros y 4 no  
sienten que el eclipsamiento del  
diagnóstico fue un problema).  
El DO se describió como un  
problema importante. Los factores  
contribuyentes incluyeron:  
problemas de recopilación de  
conocimientos e información; las  
actitudes de los médicos hacia las  
personas con enfermedades  
mentales, abuso de sustancias y  
asistentes frecuentes; y  
dificultades para trabajar con los  
servicios de salud mental en el  
contexto de un objetivo de 4 horas  
para el alta  
del departamento de emergencias.  
También se describió la evitación  
de pacientes con diagnóstico  
psiquiátrico, por temor a  
violencia.

---

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Características de los estudios

Cuando se evaluaron los 13 estudios elegibles utilizando la Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), se encontró que dos de los estudios no cumplían con todos los requisitos. Uno de los dos tuvo el ítem 1.4. más débil ¿La interpretación de los resultados está suficientemente sustentada por los datos? Porque su estudio sólo tenía siete participantes, que en realidad no es suficiente para hacer un análisis informado. El otro artículo no cumplió con el ítem 5.4 ¿Se abordan adecuadamente las divergencias e inconsistencias entre los resultados cuantitativos y cualitativos? Doce de los estudios cumplieron con todos los criterios.

Los detalles de los resultados se pueden observar en la tabla 1. De las 13 publicaciones que componen esta revisión sistemática, el 46% de las investigaciones se realizaron en Europa. El 31 % en Norteamérica y el 23 % en Australia. Todos los artículos incluidos en el estudio eran relativamente recientes. El primer artículo se publicó en 2007. El 84.6% de los artículos se han publicado en los últimos 10 años, lo que sugiere que este es un fenómeno que está cobrando interés y está siendo cada vez más investigado.

Seis de los estudios se realizaron con metodología cualitativa, seis mediante metodología cuantitativa y uno de ellos con metodología mixta. Los estudios cualitativos se basan principalmente en las perspectivas de los usuarios de atención de salud mental y sus

familias y utilizaron entrevistas y/o discusiones de grupos focales. Los estudios cuantitativos y el estudio mixto fueron todos desde la perspectiva de los profesionales sanitarios y aplicaron cuestionarios de escala Likert, viñetas y un diseño de cohorte retrospectivo.

En total participaron 1155 sujetos. Los profesionales sanitarios conformaron el 92% de los participantes. Incluyendo psiquiatras, médicos y enfermeras, y otros profesionales como psicólogos y trabajadores de salud comunitarios.

El 7% de los participantes eran usuarios de los servicios de salud mental y familiares.

Los entornos donde se realizaron las investigaciones fueron los servicios de urgencias (6), hospitales psiquiátricos (7), atención primaria (14), otros departamentos hospitalarios (1) y centros de conducta adictivas (3), y también entornos educativos (1).

## 6. DISCUSION

El objetivo de esta revisión sistemática mixta es aportar mayor conocimiento sobre la percepción y consecuencias del overshadowing en pacientes con trastorno psiquiátrico. Se han utilizado métodos de investigación similares para investigar posibles consecuencias del “diagnostic overshadowing” en diversos grupos minoritarios como la raza, género o edad. Sin embargo, pocas investigaciones se han realizado en personas con diagnóstico psiquiátrico

En términos generales, el tema de “diagnostic overshadowing” ha

despertado recientemente el interés de la comunidad médica y académica. Como se mencionó anteriormente, el 84.6% de los artículos considerados relevantes para el tema y, por lo tanto, útiles para esta revisión, fueron escritos en los últimos 10 años. En los últimos dos años se han llevado a cabo otras dos revisiones sistemáticas.

La revisión sistemática cualitativa de Molloy (2021), únicamente incluye 6 estudios, lo que limita el alcance general de sus hallazgos. Hallyburton (2022) realizó una revisión sistemática de la literatura sobre Diagnostic Overshadowing e incluyó 25 artículos. Su revisión sólo incluyó estudios cualitativos y muchos de los hallazgos fueron similares a los de esta revisión. Además, los hallazgos de este estudio son consistentes con el modelo de discriminación pública hacia las personas con enfermedades mentales de Corrigan (2003).

Dado el enfoque de estas revisiones anteriores con contenido cualitativo, esta revisión buscaba ofrecer una visión más amplia sobre el tema por lo que se han incluido artículos con distinto enfoque metodológico que únicamente incluyera población con diagnóstico psiquiátrico. Esta investigación solo incluyó estudios originales y evitó el uso de literatura gris.

## **6.2 Percepción del overshadowing**

Diez de las trece publicaciones mostraron evidencia clara de “diagnostic overshadowing” sobre síntomas y signos mostrados por el paciente. De los tres

estudios restantes, uno no encontró evidencia de “diagnostic overshadowing” y, aunque el otro sí lo hizo, no se encontró que tuviera un efecto estadísticamente significativo en los resultados.

Si bien muchos elementos se presentaron como interrelacionados o como factores que contribuyen al “diagnostic overshadowing”, se identificaron seis factores contribuyentes principales: el Estigma, los Casos Complejos, el Ambiente Hospitalario y los Sistemas de Triage, y las características sociodemográficas de los profesionales de la Salud.

El estigma parece ser la experiencia más común de los participantes. Ocurre en todos los entornos y con diferentes niveles de gravedad. De los 11 estudios que hacían referencia al estigma, 8 aludían que la estigmatización era percibida por los usuarios de salud mental y los profesionales de la salud. Además se considera que es uno de los factores contextuales que pueden conducir a diagnósticos erróneos en pacientes de salud mental.

La estigmatización ha sido reportada de formas diferentes. Los pacientes describieron sentirse etiquetados como “psiquiátricos” y, posteriormente, no recibir una evaluación de salud física adecuada una vez que se descubrió su historial de salud mental (Geiss et al., 2017). Esto se reitera nuevamente en el estudio de Happell et al. (2016) en el que un paciente se refiere a la experiencia como “la mancha roja en su historia”. Otros participantes informaron que los médicos se refirieron a sus problemas de salud mental antes de

abordar sus problemas físicos; “Es un esquizofrénico conocido” (Shefer et al., 2014). Un sentimiento que se repite en el estudio cualitativo de Van Nieuwenhuizen et al. (2012) donde un médico participante afirma: "Es muy difícil dejar esa etiqueta (psiquiátrica) a un lado y tratar esencialmente de lidiar con lo que tienes frente a ti". En algunos casos, incluso se hicieron comentarios directos, un entrevistado en la investigación de Noblett et al. (2017) describe al personal usando comentarios despectivos al referirse a los pacientes "- Oh, has venido a ver al loco".

En el estudio de Clarke, los pacientes de salud mental describieron sentir que "no eran una prioridad" en el departamento de urgencias y, posteriormente, se les hizo esperar más tiempo (Clarke et al., 2007).

Otro paciente en el estudio de Clarke describe sentir que parte del personal los hizo sentir "avergonzados y culpables" por presentarse en el departamento de emergencias, o como se hace referencia en el estudio de Nash (2014) les hace sentir "como si estuviera mintiendo o fuera falso".

Los casos complejos fueron un problema importante para los profesionales de atención médica, y cuatro artículos informaron que esto era un componente grave del "diagnostic overshadowing".

Noblett et al. (2017) discuten que cuando ocurre el "diagnostic overshadowing", las presentaciones complejas son un tema común, y describen cómo los síntomas físicos y psiquiátricos agudos pueden conducir a

posibles retrasos en el tratamiento y confusión en el diagnóstico. Esta idea se lleva más allá en el estudio de Shefler et al. (2014) donde se analiza el fenómeno de los "síntomas médicamente inexplicables". En estos casos, los exámenes de los problemas físicos no proporcionan ninguna indicación de cuál era el problema médico.

Otro problema relacionado con los casos complejos surge cuando existe una clara división entre los síntomas psiquiátricos y físicos, lo que conduce a una falta de visión holística, y el paciente recibe tratamiento por problemas psiquiátricos o físicos, como lo mencionan varios pacientes de diabetes y enfermedad mental en ambos estudios (Stenov et al., 2020; Nash, 2014).

Geiss et al., 2018 intentan combatir esta ocurrencia en su estudio, reconociendo el hecho de que las condiciones médicas coexistentes en la población psiquiátrica pueden presentar dificultades en el momento del diagnóstico, mirando específicamente el delirio en el servicio de urgencias.

El ambiente hospitalario y los sistemas de triaje, como sugieren tres de los artículos, crearon limitaciones de tiempo que llevaron a que los problemas físicos del paciente fueran pasados por alto o subestimados. Varios participantes en el estudio de Clarke et al. (2007) informaron haber sido clasificados como "psiquiátricos" independientemente de cual fue su motivo de consulta. Shefer et al. (2013) y van Nieuwenhuizen et al. (2014) también atribuyen a que el diagnóstico erróneo está fuertemente relacionado con las presiones de tiempo y

los objetivos de los departamentos de emergencia.

Las características socio demográficas del profesional de atención médica fueron también un factor contribuyente clave. El estudio de Almeida et al. (2022) demostró que los médicos de cabecera tienen actitudes más estigmatizantes que los psiquiatras. Además muestra que las características sociodemográficas del proveedor de atención médica también están asociados con el estigma y el “diagnostic overshadowing”. Concretamente la edad, profesionales menores de 30 años y mayores de 50, sexo masculino, y/o tener un amigo con trastorno mental.

Como se señaló anteriormente, no todos los artículos confirmaron la presencia o el impacto del “diagnostic overshadowing”. La investigación de Jamieson y Mason (2019) sobre el sesgo de “diagnostic overshadowing” en Australia encontró que los profesionales de la salud no tenían menos probabilidades de diagnosticar un trastorno de salud mental en personas con discapacidad intelectual, por lo que no se encontró que la sombra del diagnóstico estuviera presente en su estudio. La razón de esto se atribuyó a una mayor conciencia de la existencia de diagnóstico eclipsador en lugar de un aumento en la capacitación disponible. En un estudio cuantitativo cuyo objetivo era investigar la deshumanización en la asistencia sanitaria en relación específica con el trastorno grave por consumo de alcohol, la esquizofrenia y el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares no se encontró que tuvieran un efecto estadísticamente significativo, sin embargo, la deshumanización y la

estigmatización de los pacientes psiquiátricos era mucho más frecuente que la de los pacientes no psiquiátricos (Fontesse et al., 2021). Aunque el estudio cualitativo de Shefer et al. (2014) presentó varios escenarios en los que la enfermedad mental condujo a un diagnóstico erróneo o retraso en el tratamiento, el 44,5 % del personal psiquiátrico no pensó que el riesgo fuera mayor en pacientes con antecedentes de enfermedad mental que en pacientes sin enfermedad mental.

### **6.3 Consecuencias del “Diagnostic Overshadowing”**

Los autores de los artículos fueron unánimes a la hora de discutir las consecuencias del “diagnostic overshadowing”

En muchos de los artículos mencionaron el retraso en el tratamiento debido a la etiqueta "psiquiátrica" (Shefer et al., 2014; Geiss et al, 2017; Noblett et al., 2017), lo que contribuye a un diagnóstico erróneo y/o falta de acción. El resultado de estas complicaciones deja a los pacientes vulnerables a un empeoramiento de la salud y, en algunos casos, al riesgo de muerte prematura (Shefer et al., 2014; Happell et al., 2016; Becker-Haimes et al., 2021; Hinde et al., 2021; Almeida et al., 2021).

Si bien esta sería la consecuencia más extrema, los efectos psicológicos también tienen repercusiones perjudiciales, como lo explica Nash (2014) en su estudio: “El estigma como atributo es profundamente desacreditador, lo que conduce a un deterioro de la identidad normal”. Esta desacreditación o falta de confianza hace

que los pacientes decidan no buscar atención médica incluso cuando la necesitan (Happell et al, 2016; Shefer et al, 2014; Noblett et al, 2017; Clarke et al, 2007).

#### **6.4 Definición del concepto**

Es importante señalar que aunque todas las publicaciones incluidas en el estudio partían de un concepto de “diagnostic overshadowing” las definiciones utilizadas no son las mismas siete estudios lo definieron como 'los síntomas de enfermedad física que se atribuyen a la enfermedad mental del usuario del servicio' (Happell et al., 2022, Nash et al., 2014; Noblett, 2017; Shefler, 2014; Fontesse et al., 2021; Geiss et al., 2018). Otros tres estudios se refirieron a la definición originada por Levitan y Reiss "el fenómeno en el que los profesionales de la salud ignoran y/o atribuyen erróneamente la sintomatología de salud mental como parte de la identificación del paciente, en lugar de un trastorno de salud mental separado" (Hinde, 2020; Jamieson, 2019; Becker Haines, 2021). Un estudio abordó el problema específicamente desde la perspectiva del triage "Tendencia a clasificar como 'salud mental' basada en el historial (de su salud mental) en lugar de en la presentación" (Clarke et al., 2007). La investigación llevada a cabo por Almeida et al. (2022) no incluye definición de “diagnostic overshadowing”.

#### **6.5 Limitaciones**

En cuanto a las limitaciones, es cierto que este revisión sistemática mixta puede verse afectado por la escasez de investigaciones originales publicadas

sobre el tema. La razón de esto es, como se indicó anteriormente, que el fenómeno es relativamente nuevo y se puede esperar que conduzca a una mayor investigación en el futuro. Al mantener el análisis estrictamente a los estudios originales, esto limitó el número pero mantuvo intacta la integridad de la investigación.

Otra limitación es que de los 1155 participantes, los profesionales sanitarios conformaron un 92%. Sería muy interesante saber más desde el punto de vista de los consumidores de salud mental. Esta revisión es muy unilateral en términos de población.

### **7. CONCLUSIÓN**

Los estudios revisados en esta investigación exploran muchos problemas comunes, ocurrencias y conclusiones. En conjunto, estos estudios muestran que el “diagnostic overshadowing” es un fenómeno multidimensional de factores interconectados. Estos factores incluyen tratamiento y actitudes estigmatizantes por parte de los profesionales de salud, problemas con la capacidad del hospital para apoyar a los pacientes de salud mental, ya sea a través del entorno hospitalario, la falta de educación del personal o problemas sistemáticos como los sistemas de clasificación o enlace entre departamentos. Sin embargo, también es importante reconocer la forma compleja en que se presentan las condiciones de salud mental, incluidas las barreras de comunicación y/o comportamiento, y cómo esto complica aún más el tratamiento y el diagnóstico.

Se ve que el “diagnostic overshadowing” ocurre en muchos ámbitos sanitarios, pero en particular en atención de “primera línea”, urgencias y salud comunitaria.

En cuanto a las consecuencias los estudios muestran que el “diagnostic overshadowing” deja a los pacientes vulnerables a un empeoramiento de la salud y, en algunos casos, al riesgo de muerte prematura. En los casos menos extremos, los efectos psicológicos también tienen repercusiones perjudiciales, la desacreditación o falta de confianza hace que los pacientes decidan no buscar atención médica incluso cuando la necesitan.

Se necesita más investigación para hacer que el “diagnostic overshadowing” se entienda más ampliamente y para aumentar la conciencia, de modo que los profesionales puedan comprender el riesgo muy real que conlleva. Con más investigación y escuchando las experiencias de los consumidores de atención de salud mental y las de los proveedores de atención médica, puede haber una mayor vigilancia de los factores contribuyentes. Aunque este es un tema que debe ser abordado por todos los profesionales de la salud, “las enfermeras juegan un papel esencial en la mejora de la seguridad de los pacientes porque la mayoría de las veces están en contacto directo con ellos”. (Wieke Noviyanti, L., et al, 2021). Por lo tanto, las enfermeras deben desempeñar un papel importante en la prevención del “diagnostic overshadowing” tomando en serio las preocupaciones de los consumidores y abogando por una atención de la salud

física mejorada, accesible y sin prejuicios.

A través de una mayor conciencia y comprensión del problema, podemos comenzar a desenredar y resolver este fenómeno y, a su vez, garantizar que los consumidores de salud mental disfruten de un acceso más equitativo a una atención médica de calidad.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Almeida, B. , Samouco, A. , Grilo, F. , Pimenta, S. & Moreira, A. M. (2022). Prescribing stigma in mental disorders: A comparative study of Portuguese psychiatrists and general practitioners. *International Journal of Social Psychiatry*, 68 (4), 708–717. 10.1177/00207640211002558

Becker-Haimes, E. M. , Wislocki, K. , DiDonato, S. , Beidas, R. S. & Jensen-Doss, A. (2021). Youth trauma histories are associated with under-diagnosis and under-treatment of co-occurring youth psychiatric symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1–12. 10.1080/15374416.2021.1923020

Clarke, D. E. , Dusome, D. & Hughes, L. (2007). Emergency department from the mental health client's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16 (2), 126–131. 10.1111/j.1447-0349.2007.00455.x

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and social behavior*, 44(2), 162–179.

Druss, B. G., Bradford, D. W., Rosenheck, R. A., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2000). Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA*, 283(4), 506–511.

Fontesse, S. , Rimez, X. & Maurage, P. (2021). Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: A path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35 (2), 153–161. 10.1016/j.apnu.2020.12.005

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J. and Sartorius, N. (2015), Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14: 231-233. retrieved from: <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Geiss, M. , Chamberlain, J. , Weaver, T. et al. (2018). Diagnostic overshadowing of the psychiatric population in the emergency department: Physiological factors identified for an early

warning system. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 24 (4), 327–331. 10.1177/1078390317728775

Hallyburton A. (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *International journal of mental health nursing*, 31(6), 1360–1372.

Happell, B. , Ewart, S. B. , Bocking, J. , Platania-Phung, C. & Stanton, R. (2016). ‘That red flag on your file’: Misinterpreting physical symptoms as mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 25 (19–20), 2933–2942. 10.1111/jocn.13355

Hinde, K. , Mason, J. , Kannis-Dymand, L. , Milllear, P. & Sultana, R. (2021). Investigating the diagnostic overshadowing bias in Bangladeshi health professionals. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 14 (1), 89–106

Ho, L.-L. , Li, Y. , Gray, R. , Ho, G. W. K. & Bressington, D. (2021). Experiences and views of carers regarding the physical health care of people with severe mental illness: An integrative thematic review of qualitative research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1–14. 10.1111/jpm.12804

Hong Q. N, Pluye P, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, Gagnon M-P, Griffiths F, Nicolau B, O’Cathain A, Rousseau M-C, Vedel I. Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018. Registration of Copyright (#1148552), Canadian Intellectual Property Office, Industry Canada.

Hughes, R. G. (Ed.). (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality (US). retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21328752/>

Ilyas, A., Chesney, E., & Patel, R. (2017). Improving life expectancy in people with serious mental illness: should we place more emphasis on primary prevention?. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 211(4), 194–197.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2019). *Global Health Data Exchange*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>

Jamieson, D. & Mason, J. (2019). Investigating the existence of the diagnostic overshadowing bias in Australia. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 12 (1–2), 58–70.

Kanne, S. (2013). Diagnostic overshadowing. In: F. R. Volkmar (Ed). *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. (pp. 938–940). New York: Springer New York. retrieved from: [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_398](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_398)

Lawrence, D., Holman, C., Jablensky, A., & Hobbs, M. (2003). Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 182. 31-6. [10.1192/bjp.182.1.31](https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.31).

Levitan, G W. & Steven, R. (2005) Generality of diagnostic overshadowing across disciplines. *Applied Research in Mental Retardation Volume 4, Issue 1, 1983, Pages 59-64*

Nash M. (2014). Mental health service users' experiences of diabetes care by Mental Health Nurses: an exploratory study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(8), 715–723.

Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes-Cordoba, E., Gale-Grant, O., & Henderson, C. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *Journal of psychosomatic research*, 95, 26–32.

Pluye P, Gagnon M.P., Griffiths F, Johnson-Lafleur J. A scoring system for appraising mixed methods research, and concomitantly appraising qualitative, quantitative and mixed methods primary studies in Mixed Studies Reviews. *Int J Nurs Stud*. 2009 Apr;46(4):529-46. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.009). Epub 2009 Feb 23. PMID: 19233357

Thornicroft, G. , Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 113–122. 10.1080/09540260701278937

OMS. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Retrieved May 14, 2023 from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Royal College of Nursing RCN (2018) Nursing Workforce Standards Retrieved May 14, 2023 from <https://www.rcn.org.uk/Professional-Development/Nursing-Workforce-Standards>

Shefer, G. , Cross, S. , Howard, L. M. , Murray, J. , Thornicroft, G. & Henderson, C. (2015). Improving the diagnosis of physical illness in patients with mental illness who present in emergency departments: Consensus study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78 (4), 346–351.

Shefer, G. , Henderson, C. , Howard, L. M. , Murray, J. & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms: A qualitative study. *PLoS One*, 9 (11), 1–8. 10.1371/journal.pone.0111682

Stenov, V., Joensen, L. E., Knudsen, L., Lindqvist Hansen, D., & Willaing Tapager, I. (2020). "Mental Health Professionals Have Never Mentioned My Diabetes, They Don't Get Into That": A Qualitative Study of Support Needs in Adults With Type 1 and Type 2 Diabetes and Severe Mental Illness. *Canadian journal of diabetes*, 44(6), 494–500.

Thornicroft, G. , Rose, D. & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 113–122. 10.1080/09540260701278937

Van Nieuwenhuizen, A. , Henderson, C. , Kassam, A. et al. (2013). Emergency department staff views and experiences on diagnostic overshadowing related to people with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22 (3), 255–262. 10.1017/S2045796012000571

Velligan, D. I., Sajatovic, M., Hatch, A., Kramata, P., & Docherty, J. P. (2017). Why do psychiatric patients stop antipsychotic medication? A systematic review of reasons for nonadherence to medication in patients with serious mental illness. *Patient preference and adherence, 11*, 449–468.

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry, 72*(4), 334–341.

Wieke Noviyanti, L., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of public health research, 10*(2), 2225.

## 9. ANEXO Resultados Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT),

RefID	First author	Year	Citation	SCREENING QUESTIONS		1. QUALITATIVE STUDIES				
				S1. Are there clear research questions?	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?
17348963	Diana E. Clarke	2007	Clarke 2007	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
27230306	Brenda Happell	2016	Happell 2016	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
24548452	M Nash	2014	Nash 2014	Si	No	Si	Si	Si	No	Si
25369130	Guy Shefer	2014	Shefer 2014	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Vibeke Stenov van Nieuwenhuizen	2020	Stenov 2020 van Nieuwenhuizen	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Nieuwenhuizen	2012	2012	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

RefID	First author	Year	Citation	SCREENING QUESTIONS		5. MIXED METHODS STUDIES				
				S1. Are there clear research questions?	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?
	J Noblet	2017	Noblet 2017	Si	Si	Si	Si	Si	No sé	Si

RefID	First author	Year	Citation	S1. Are there clear research questions?	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	4.2. Is the sample representative of the target population?	4.3. Are the measurements appropriate?	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?
33730898	Bárbara Almeida	2022	Almeida 2022	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
1537-4416	Emily M Becker-Haimes Sullivan	2021	Becker-Haimes 2021	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
33781393	Fontesse Michelle	2021	Fontesse 2021	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
28862084	Geiss	2018	Geiss 2018	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Kylie Hinde Daniel	2020	Hinde 2020	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
19315872	Jamieson	2019	Jamieson 2019	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si