



**Intervenciones dirigidas a disminuir
desigualdades sociales en la
atención sanitaria a la salud mental**

ANTONIO ROJAS GARCÍA

Tesis Doctoral

Universidad de Granada 2012

**EFFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES PARA
DISMINUIR DESIGUALDES SOCIALES EN LA
ATENCIÓN SANITARIA A LA SALUD MENTAL**

**TESIS DOCTORAL UNIVERSIDAD DE GRANADA
2012**



UNIVERSIDAD DE GRANADA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA

MEMORIA QUE PRESENTA

ANTONIO ROJAS GARCÍA

PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Antonio Rojas García
D.L.: GR 851-2013
ISBN: 978-84-9028-449-0

Los directores de la tesis, la Doctora Isabel Ruiz Pérez (Profesora de Salud Pública en la Escuela Andaluza de Salud Pública) y el Doctor José Jesús Martín Martín (Profesor titular de Economía Pública en la Universidad de Granada), y el doctorando Antonio Rojas García. Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

En Granada a de Septiembre de 2012

Directora de la Tesis



Fdo.: Isabel Ruiz Pérez

Director de la Tesis



Fdo.: José Jesús Martín Martín

Doctorando

Fdo: Antonio Rojas García

Este trabajo ha sido financiado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), la Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO) y el Centro de Investigación Biomédica en Red Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y se ha realizado bajo la dirección técnica de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Para mi Familia.

AGRADECIMIENTOS

Al echar la vista atrás, cuando se inició este trabajo de tesis, uno empieza a tener conciencia de todo el esfuerzo realizado, el tiempo empleado, las dificultades superadas... pero a su vez se da cuenta que el conocimiento adquirido y las experiencias vividas con las personas que te han ayudado son impagables. Si todavía echas la vista un poco más hacia atrás, puedes reconocer como posiblemente en el trabajo hayan influido personas que se cruzaron en tu camino en algún momento, y que de una u otra manera también son responsables de lo que haces. Así que aquí estoy, para agradecerles lo que en parte es suyo.

A Isabel Ruiz Pérez, por ser la principal responsable de este proyecto y haberme dado la oportunidad de trabajar en él. Y porque aún hoy, después de todo este tiempo, todavía me sorprende de todo lo que he aprendido trabajando a su lado.

A Pepe Martín, porque su ayuda y conocimiento han sido fundamentales para el desarrollo y la mejora de este trabajo. Su sabiduría y predisposición a enseñar me han hecho este difícil camino un poco más fácil.

A Ignacio Ricci, por su rigurosidad científica y capacidad de análisis, por su compañerismo durante todo este proyecto.

A Juan Carlos Sierra y a Hugo Carretero, sin ellos, probablemente no hubiera empezado en esta aventura que es la investigación, su ayuda y guía fue fundamental para que yo comenzara a entender esa cosa llamada ciencia.

A los compañeros de la Escuela Andaluza de Salud Pública, y en especial a aquellos de la sala 8 y la extinta sala 10, por todo su apoyo y ánimo durante todo este tiempo.

A Gisa, Merima, Silvia, Miguel Ángel, Juanlu, Tato, Ray, Diana, Nieves, Ramón, Sam, Nuria, Pablo, Álvaro y Rubén, por todos esos días y algunas de esas noches en las que nos quedamos un rato más del que debíamos.

A mi familia, mis padres Pilar y Antonio y mi hermano Pablo por su apoyo incondicional, por los valores en los que me han hecho creer.

***Of all the forms of inequality,
injustice in health care is
the most shocking and inhumane.***

Martin Luther King Jr.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	7
LISTA DE ABREVIATURAS	11
INTRODUCCIÓN	14
1. La Salud Mental.	14
1.1. Salud Mental y Salud Pública.	14
1.2. Impacto económico de la Salud Mental.	15
2. Las Desigualdades Sociales.	18
2.2. Las Desigualdades Sociales en la Salud Mental.	20
3. Justificación.	23
OBJETIVOS	25
1. Objetivos Generales.	26
1.1. Objetivo General 1.	26
1.1.1. Objetivos específicos.	26
1.2. Objetivo general 2.	26
1.3. Objetivo general 3.	26
MÉTODOS	29
1. Tipo de estudio y ámbito.	30
2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.	30
3. Selección de estudios.	33
3.1. Criterios de inclusión.	33
3.2. Criterios de exclusión.	33
4. Elaboración de la base de datos de artículos en Reference Manager.	33
5. Proceso de selección.	34
5.1. Revisión de los resúmenes.	34
5.2. Revisión de los artículos a texto completo.	34
5.3. Clasificación y agrupación de los estudios.	34
6. Evaluación de la calidad metodológica.	35
7. Extracción de los datos.	36
8. Síntesis de resultados.	36
RESULTADOS	39
1. Identificación de los artículos.	40
2. Resultados del estudio bibliométrico.	42
2.1. Año de publicación.	42
2.2. País donde se realiza la intervención.	42
2.3. Tipo de atención sanitaria.	43

2.4. Tipo de eje de desigualdad.	44
2.5. Tipo de trastorno mental.	44
2.6. Tipo de diseño epidemiológico.	45
2.7. Tipo de intervención.	45
3. Resultados del análisis de la efectividad y calidad metodológica en función del tipo de trastorno.	47
3.1. Trastornos del estado de ánimo.	49
3.1.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos del estado de ánimo.	49
3.2. Trastornos por abuso de sustancias.	59
3.2.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos por abuso de sustancias.	59
3.3. Salud mental general.	64
3.3.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a la salud mental general.	64
3.4. Trastornos de ansiedad.	68
3.4.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de ansiedad.	68
3.5. Trastornos psicóticos.	72
3.5.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos psicóticos.	72
3.6. Trastornos de la infancia.	72
3.6.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de la infancia.	72
3.7. Demencias.	73
3.7.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a demencias.	73
3.8. Trastornos de personalidad.	73
3.8.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de personalidad.	74
3.9. Trastornos de la alimentación.	74
3.9.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de la alimentación.	74
3.10. Trastornos del sueño.	74
3.10.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos del sueño.	74
4. Resultados del análisis global de la efectividad en función del tipo de trastorno y el tipo de desigualdad.	79
5. Resultados de estudios con valoración del coste de las intervenciones.	82
DISCUSIÓN	87
1. Principales hallazgos.	88
2. Fortalezas y limitaciones.	88
3. Discusión de las características y efectividad de las intervenciones.	90
4. Discusión por tipo de trastorno.	92

4.1. Trastornos del Estado de Ánimo. _____	92
4.2. Trastornos por Abuso de Sustancias. _____	93
4.3. Trastornos de Ansiedad. _____	94
4.4. Salud Mental general. _____	95
4.5. Otros problemas de salud mental. _____	96
5. Discusión de la evaluación económica de las intervenciones. _____	98
6. Validez externa de los resultados. _____	99
7. Implicaciones de este estudio. _____	100
7.1. Implicaciones para la investigación. _____	100
7.2. Implicaciones para la gestión sanitaria y la práctica clínica. _____	101
CONCLUSIONES _____	103
1. Conclusiones del estudio bibliométrico. _____	104
2. Conclusiones de la revisión sistemática. _____	104
2.1. Trastornos del Estado de Ánimo. _____	104
2.2. Trastornos por Abuso de Sustancias. _____	104
2.3. Trastornos de Ansiedad. _____	104
2.4. Salud Mental general. _____	105
2.5. Otros problemas de salud mental. _____	105
2.6. Evaluación económica. _____	105
BIBLIOGRAFÍA _____	107
ANEXOS _____	131
1. Anexo 1. Estrategias de búsqueda. _____	132
2. Anexo 2. Instrumento para evaluación de calidad metodológica. _____	136
3. Anexo 3. Lista de comprobación (checklist) para evaluar la calidad de los estudios de evaluación económica. _____	140
4. Anexo 4. Hoja de extracción de datos. _____	142
5. Anexo 5. Calidad metodológica de los artículos identificados. _____	144

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS.

FIGURAS

Figura 1. Funciones y metas del sistema sanitario de salud mental. _____	16
Figura 2. Determinantes sociales en salud. _____	19
Figura 3. Diagrama de artículos recuperados, excluidos e incluidos. _____	41

GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de estudios publicados por año. _____	42
Gráfico 2. Intervenciones por país. _____	43
Gráfico 3. Intervenciones por tipo de atención sanitaria. _____	43
Gráfico 4. Intervenciones por eje de desigualdad. _____	44
Gráfico 5. Intervenciones por problema de salud mental. _____	45
Gráfico 6. Calidad metodológica en función de los ítems para evaluar la calidad metodológica. _____	49

TABLAS

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en Medline (Ovid). Marzo de 2010. _____	31
Tabla 2. Características de las intervenciones y efectividad. _____	48
Tabla 3. Trastornos del estado de ánimo. _____	51
Tabla 4. Trastornos por abuso de sustancias. _____	60
Tabla 5. Salud mental general. _____	65
Tabla 6. Trastornos de ansiedad. _____	69
Tabla 7. Otros trastornos de salud mental. _____	76
Tabla 8. Efectividad de las intervenciones por tipo de trastorno y tipo de desigualdad. _____	80
Tabla 9. Costes de las intervenciones. _____	84

Contexto: La salud mental es uno de los principales problemas a los que se enfrenta la salud pública. Se calcula que alrededor de 450 millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental, produciendo un alto coste para los sistemas sanitarios, debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales, su carácter crónico en ciertas ocasiones y la discapacidad que puede llegar a producir. Al igual que en otros problemas de salud, la atención sanitaria a la salud mental se ha visto afectada por las desigualdades sociales, lo que se ha traducido en una peor atención a la salud mental en aquellas poblaciones pertenecientes a colectivos desfavorecidos.

Objetivos: Analizar las características y efectividad de las intervenciones realizadas sobre el sistema sanitario para disminuir las desigualdades sociales en el cuidado de la salud mental en los países de la OCDE con un sistema sanitario de cobertura poblacional. Analizar las evaluaciones económicas en aquellas intervenciones dirigidas a disminuir de desigualdades en salud mental.

Métodos: Se consultaron bases de datos como PubMed, Ovid, CINAHL, Embase, Current Contents Connect y Cochrane Library entre otras hasta Marzo de 2010. Se seleccionaron aquellos estudios de países pertenecientes a la OCDE, con diseños experimentales, cuasi-experimentales y cohorte con grupo control dónde interviniera el sistema sanitario. Se extrajo información referente al tipo de eje de desigualdad, tipo de atención sanitaria, país, tipo de intervención o tipo de trastorno, entre otras características. La calidad metodológica se evaluó de manera independiente por dos revisores.

Resultados: Se identificaron 99 artículos evaluando intervenciones dirigidas a la salud mental de poblaciones desfavorecidas, de un total de 3551 referencias recuperadas. La mayoría de estos trabajos se publicaron en los años 2000, siendo EEUU el país donde se concentran la mayoría de ellos. El tipo de atención sanitaria más repetida fue el tratamiento y los ejes de desigualdad más estudiados el socioeconómico y la etnia/raza. Los tipos de trastornos más frecuentes fueron los trastornos de los estados de ánimo, el abuso de sustancias y los trastornos de ansiedad. Los resultados del análisis de la efectividad indican que más de dos tercios de las intervenciones son

altamente o medianamente efectivas. En cuanto a las evaluaciones económicas el trastorno donde se encuentran más desarrolladas es el trastorno depresivo mayor, apuntándose a la CBT, la farmacología y la terapia en mejora de la calidad (múltiple) como tratamientos costo-efectivos.

Conclusiones: Según lo encontrado, la atención sanitaria a poblaciones desfavorecidas se dirige principalmente a los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad, además de aquellas que dirigidas a salud mental en general. Aquellas intervenciones más efectivas se caracterizan por actuar sobre los trastornos del estado de ánimo en minorías étnicas y/o poblaciones de bajo estatus socioeconómico, generalmente a través de CBT. En los trastornos de ansiedad destaca la alta efectividad de las intervenciones en mujeres. Sin embargo, en abuso de sustancias, los resultados no mostraron una alta efectividad., siendo un grupo de trastornos en los que las poblaciones desfavorecidas se ven especialmente afectadas.

Context: Mental health is one of the main problems which public health has to solve. More than 450 million of people suffer from mental disorders, with high impact in service costs. The dimension of this disease burden is driven by relatively high prevalence of these disorders, the often chronic nature of their course and severity of disability associated with mental ill-health. As with other health issues, it has been suggested how inequalities affect healthcare in mental health showing poorer health care to vulnerable social groups.

Objective: The aim of this study was to examine the methodological quality and the effectiveness of interventions from within the healthcare system addressing mental disorders directed at disadvantaged populations in OECD countries. Moreover, other objective was to examine economic evaluations of interventions aimed at decrease inequalities in vulnerable populations.

Method: PubMed, Ovid, CINAHL, Embase, Current Contents Connect and Cochrane Library among others databases were searched to March 2010. Inclusion criteria were: Experimental or quasi-experimental studies and cohort studies with control group, which assess the effectiveness of the interventions from the health system aimed at disadvantaged people with or at risk for mental disorders in OECD countries. Among others, the following characteristics of all the identified interventions were extracted: type of inequality axis, healthcare, country, and type of intervention.

Results: 99 interventions were selected, from a total of 3551 references retrieved. The majority of these studies were published in the 2000's and were carried out in USA. Treatment was the most common type of healthcare used and socioeconomic status and ethnicity/race were the most frequently types of inequalities studied. The main mental disorders identified were: mood disorders, substance abuse and anxiety disorders. The results of effectiveness analysis showed how more than two thirds of the interventions were effective or partially effective. Economic evaluations were mostly addressed major depressive disorder, pointed out to CBT, pharmacology and multiple interventions as cost effective treatments.

Conclusions: Healthcare interventions are primarily aimed at mood disorders, substance abuse, anxiety disorders and mental disorders in general. Those interventions more effective are addressed to mood disorders in ethnic minorities and/or low socioeconomic status populations, mainly with CBT. Interventions in anxiety disorders showed highly effective in women. The paucity of economic evaluations suggests a need for further research.

LISTA DE ABREVIATURAS

WHO/OMS: World Health Organization/Organización Mundial de la Salud.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.

OECD/OCDE: Organization for Economic Co-operation and Development/Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

BDI: Beck Depression Inventory.

CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale.

HSDS: Hamilton Depression Rating Scale.

ECA: Ensayo clínico aleatorizado.

CE: Cuasi-experimental.

CGC: Cohorte con grupo control.

CBT: Cognitive-behavioral Therapy.

IPT: Interpersonal Therapy.

PTSD/TEP: Posttraumatic stress disorder/Trastorno de estrés postraumático.

QALY/AVAC: Quality-adjusted life year/Años de vida ajustados por calidad.

INTRODUCCIÓN

1. La Salud Mental.

1.1. Salud Mental y Salud Pública.

Habitualmente la conceptualización de la salud mental, al igual que de la salud general, se ha realizado en sentido negativo, es decir, definiéndola a partir de la ausencia de patología. No obstante, en los últimos años se ha optado por tomar una visión positiva de la salud mental, donde se entiende como la presencia de un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (WHO, 2001a).

Por tanto, esta perspectiva de la salud mental más como estado de bienestar que como ausencia de enfermedad, es la que prevalece en la actualidad. Sin embargo, la necesidad de establecer un diagnóstico y posibilitar la comunicación entre profesionales, tuvo como resultado que a mediados del siglo XX se crearan una serie de clasificaciones basadas en criterios diagnósticos. Entre las clasificaciones más utilizadas destacan el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2000) realizada por la *American Psychiatry Association* y el *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (WHO, 1992), en su capítulo dedicado a la salud mental, realizada por la Organización Mundial de la Salud.

La salud mental es uno de los principales problemas a los que se debe enfrentar la salud pública. Se calcula que alrededor de 450 millones de personas sufren algún tipo de trastorno mental, estimándose que una de cada cuatro personas padecerá a lo largo de su vida una enfermedad mental (WHO, 2001a, 2001b). A su vez, las enfermedades mentales producen alrededor de un 25% de discapacidad en sujetos que viven en países desarrollados (Satcher, 2000; WHO, 2001b).

Según datos recogidos en una encuesta nacional en EEUU (Kessler, *et al.* 2005), utilizando los criterios diagnósticos del DSM-IV, los trastornos se distribuyen de la siguiente manera: 18.1% ansiedad, 9.5% estado de ánimo, 8.9% control de impulsos y 26.2% otros trastornos. Por su parte, los datos de prevalencia en Europa obtenidos por el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) (Alonso, *et*

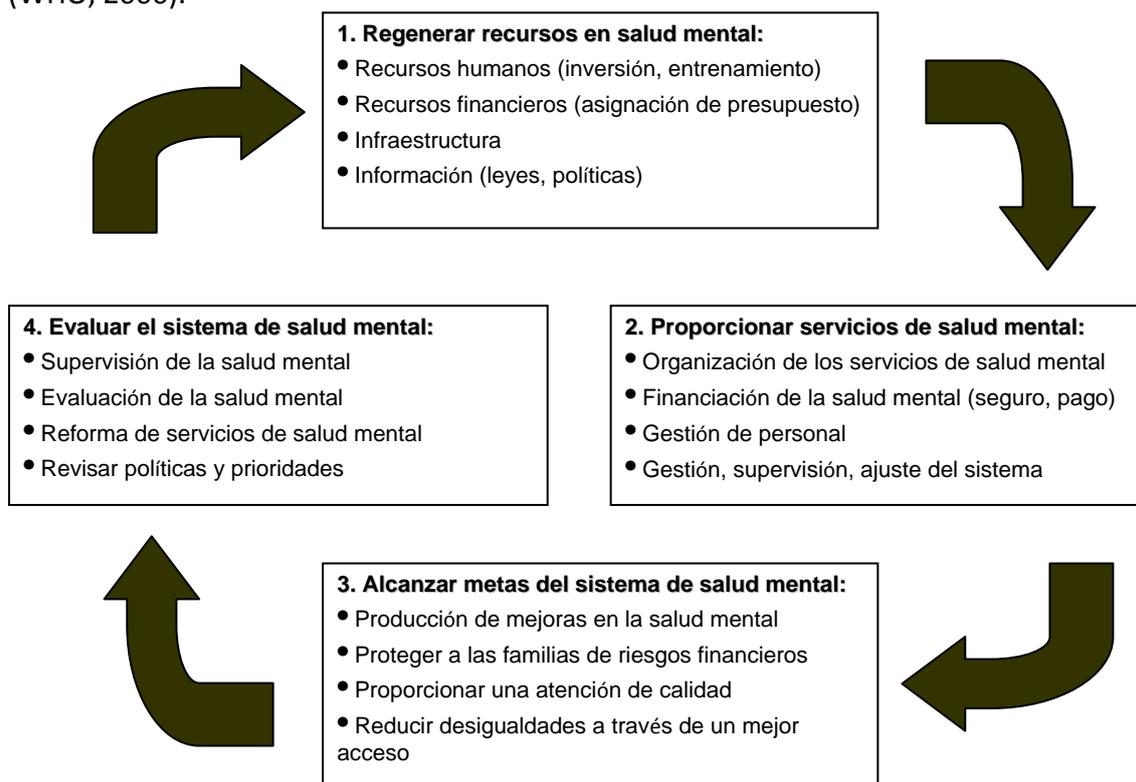
al. 2004) apuntan que un 14% de la población sufre un trastorno del estado de ánimo en algún momento de su vida, un 13.6% algún trastorno de ansiedad y un 5.2% algún trastorno relacionado con el alcohol. En España, los datos de prevalencia sitúan el episodio depresivo mayor como el problema de salud mental que se presenta en mayor medida, seguido por la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia (Haro, *et al.* 2006).

1.2. Impacto económico de la Salud Mental.

En las últimas dos décadas ha aumentado el interés y la demanda de análisis económicos sobre la atención sanitaria a la salud mental, debido al aumento del gasto en este ámbito (Singh, Hawthorne, y Vos, 2001). En este sentido, se ha advertido la dificultad inherente a la distribución de recursos en la atención sanitaria de la salud mental, debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales, su carácter crónico en ciertas ocasiones o la discapacidad que puede llegar a producir. Desde la OMS, se proponen dos vías para obtener evidencias sobre el impacto económico en salud mental (WHO, 2006). Por un lado, a través de estudios empíricos en diferentes niveles socioeconómicos, con la intención de evaluar la atención a la salud mental y las estrategias preventivas más efectivas. Por otra parte, tomar la evidencia ya existente acerca del coste y efectividad de las intervenciones en diferentes contextos y ponerla a prueba en los ámbitos en los que se requiera.

En cuanto a los problemas a los que debe hacer frente el sistema sanitario hacia la atención de la salud mental, a la ya mencionada distribución de recursos, hay que añadir la consecución de metas a través de la planificación de estrategias. En este sentido, la OMS (WHO, 2006), propone en cuatro puntos básicos: Regenerar los recursos en salud mental, evaluar el sistema de salud mental, proporcionar servicios de salud mental y alcanzar las metas del sistema sanitario de salud mental (Figura 1).

Figura 1. Funciones y metas del sistema sanitario de salud mental. Extraído de la OMS (WHO, 2006).



A nivel general, existe cierto consenso acerca de las políticas y acciones más efectivas para reducir el impacto económico en la salud, aunque su evidencia es todavía precaria. En primer lugar, destaca el papel de las políticas macroeconómicas en la última década en varios frentes: la reducción de las diferencias en ingresos, a través de impuestos progresivos y el soporte a las personas pobres o con otras desventajas, la reducción del desempleo y la inversión en bienes físicos, como las infraestructuras de servicios sanitarios, de transporte, de seguridad social o bienes sociales, como la educación, la participación de la sociedad civil y los programas comunitarios en zonas de nivel socioeconómico bajo. En segundo lugar, se sitúan las mejoras de las condiciones de trabajo y vivienda, especialmente con las reformas encaminadas a establecer unas condiciones laborales justas y la defensa al derecho a la vivienda. En tercer lugar, las acciones que pretenden reducir la distribución desigual de factores de riesgo conductuales, dirigiéndolas específicamente a los grupos sociales más afectados y valorando el impacto de las políticas dirigidas a la población general sobre los grupos

desaventajados. Por último, las intervenciones en y desde el sistema sanitario, siendo el principal objetivo de estas el proporcionar una atención sanitaria equitativa a todos los grupos poblacionales.

No obstante, la situación económica actual puede suponer un retroceso en las estrategias adoptadas en los últimos años, dificultando las condiciones que habían llevado al bienestar de gran parte de la población y al mismo tiempo produciendo un descenso de la calidad de vida, sobre todo en las poblaciones más desfavorecidas. A su vez, aunque la evidencia aún es escasa, el impacto de la crisis económica en la salud mental de la población está aun por determinar, pudiendo ser esta situación un importante factor de riesgo para la aparición de problemas mentales.

Aun así, es incuestionable la necesidad y relevancia de mantener el desarrollo de políticas que incidan en las estructuras sociales y posición socioeconómica de la población. Sin embargo, el impacto en la salud de las políticas “macro” es difícil de valorar, ya que es complejo determinar la proporción de mejoría en salud atribuible a una política concreta. De tal modo, existe evidencia de que las intervenciones en el sistema sanitario son más fácilmente evaluables, y además de que pueden contribuir a disminuir las desigualdades sociales en la salud (Mackenbach y Gunning-Schepers, 1997).

Por otro lado, en este nivel, el estudio de las intervenciones en el sistema sanitario permite realizar análisis de coste-efectividad, pudiendo determinar así de manera más directa, la relación entre los costes de una intervención y los resultados que produce. No obstante, no son numerosos los estudios que llevan a cabo este tipo de análisis en salud mental en términos globales. Sin embargo, si existen estudios de coste-efectividad que se centran en un problema de salud mental (Andrews, Sanderson, Corry, Issakidis, y Lapsley, 2003; Lave, Frank, Schulberg, y Kamlet, 1998; Schoenbaum, Sherbourne, y Wells, 2001) o en un tipo de tratamiento específico (Clark et al., 1998; Revicki et al., 2005; Rosenheck, Kaspro, Frisman, y Liu-Mares, 2003).

2. Las Desigualdades Sociales.

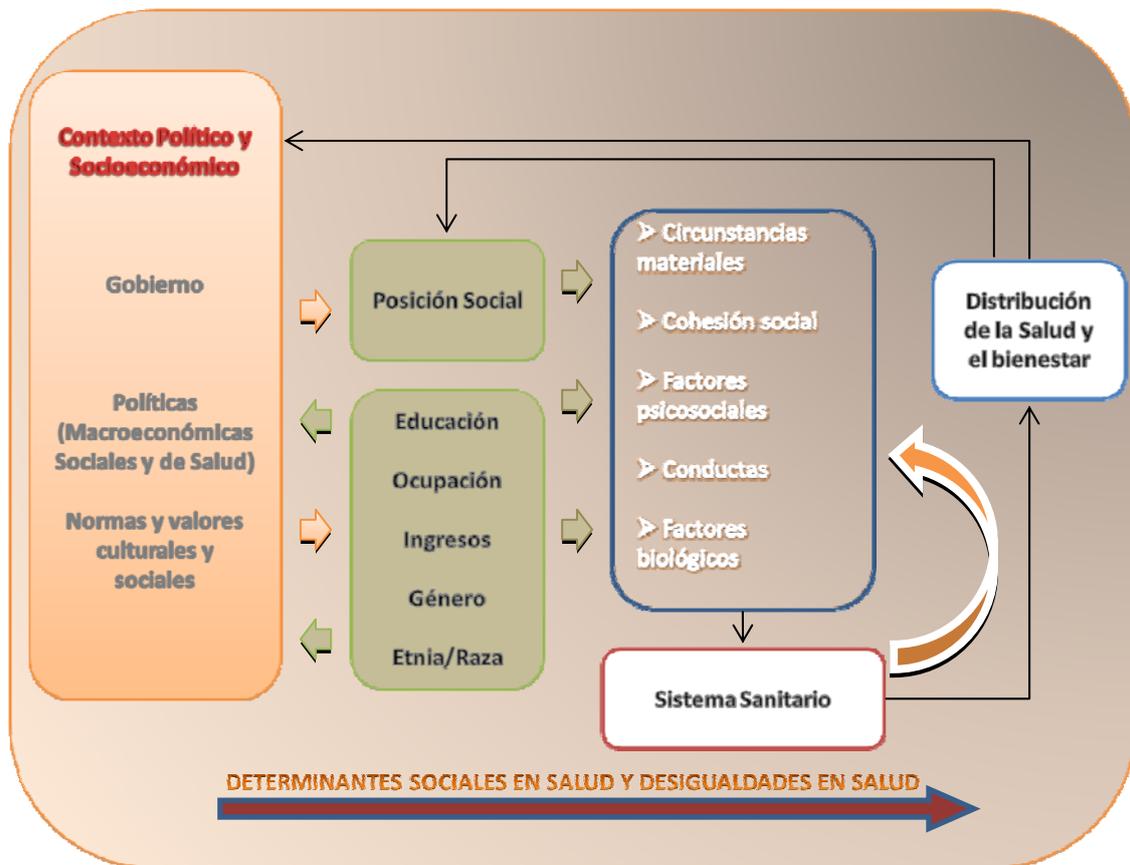
2.1. Las Desigualdades Sociales en la Salud.

Por desigualdades sociales en salud se entiende las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (Whitehead, 1992). De este modo, distintos factores sociales pueden incidir de una u otra manera en la salud. Así, según el modelo utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008), los determinantes de la salud se agrupan en: 1. Contexto socioeconómico y político; 2. Posición socioeconómica; 3. Los determinantes intermedios o factores intermediarios (circunstancias materiales, circunstancias psicosociales, factores conductuales y biológicos y el sistema de salud).

Por otro lado, según Woodward y Kawachi (2000), cuatro son los argumentos por los que se deben reducir las desigualdades en salud: 1) las desigualdades son injustas; 2) las desigualdades afectan a todas las personas; 3) las desigualdades son evitables y 4) las intervenciones para reducir las desigualdades en salud son costo-efectivas.

Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son considerables, y causa en muchos casos de un exceso de mortalidad y de morbilidad, superiores a los de la mayoría de los factores de riesgo de enfermedad conocidos (Marmot, 2005). Entre estos estudios, cabe destacar al llamado “The Black Report”, ya que es el primer informe que abordó las desigualdades sociales en la morbilidad, la mortalidad y el acceso a los servicios de salud. Posteriormente a la publicación de este estudio, muchos países han elaborado informes nacionales en los que se pone de manifiesto la existencia de desigualdades en el estado de salud de las poblaciones por razones de género, raza/etnia, clase social, territorio y edad, observándose también que estas diferencias, lejos de tender a su disminución, o bien se han mantenido, o bien están aumentado a lo largo del tiempo. En este contexto apareció el Informe de Desigualdades Sociales en Salud en España, publicado en el año 1996 por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en el que se evidenció una marcada asociación entre la mortalidad y la privación material y el resto de indicadores socioeconómicos.

Figura 2. Determinantes sociales en salud. Extraído de Solar y Irwin (2007).



En la actualidad el estudio de las desigualdades sociales en salud está recibiendo gran atención tanto por parte de la comunidad científica internacional como por parte de las administraciones y organismos públicos. De hecho, la reducción de dichas desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS Salud 21 (WHO, 1999). En este sentido, recientemente se han publicado diversos informes que han tenido un notable impacto, como “Tackling Inequalities in Health”, de la Unión Europea (Department of Health Inequalities, 2008) o el “Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud” (Marmot, Friel, Bell, Houweling, y Taylor, 2008). Al mismo tiempo, en esta última década se han publicado estudios que evalúan la efectividad de intervenciones destinadas a disminuir las desigualdades en salud (Chin, Walters, Cook, y Huang, 2007). Estando estas intervenciones dirigidas principalmente al personal sanitario (fundamentalmente a responsables de la atención primaria) y a pacientes.

Por otra parte, resulta llamativo el hecho de que, a pesar de la publicación de estudios sobre intervenciones para disminuir las desigualdades sociales en la atención sanitaria, hasta el momento no existe un alto nivel de evidencia científica sobre la efectividad de dichas intervenciones. En este sentido, debido a la eclosión y consolidación de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), existe un amplio consenso respecto a que una intervención dirigida a la reducción de las desigualdades en la salud debería estar basada en la evidencia, incluyendo la evidencia de su efectividad. Para ello hoy en día se hace imprescindible la utilización de las revisiones sistemáticas y meta-análisis, las cuales se han erigido entre la comunidad científica como un elemento clave en la evaluación de intervenciones clínicas y son situadas en la cúspide jerárquica de la calidad de las pruebas (Jenicek, 1997).

En este sentido, algunos autores han realizado recomendaciones sobre cómo debería ser evaluada la efectividad de estas intervenciones. Mackenbach y Gunning-Schepers (1997), ofrece por primera vez una serie de pautas a tener en cuenta a la hora de realizar una evaluación de la efectividad de las intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades socio-económicas. Mientras que Cooper, Tandy, Balamurali, y Livingston (2002) adapta estas recomendaciones no solo a la evaluación, sino al diseño y a las características que deben tener estas intervenciones para reducir desigualdades étnicas.

2.2. Las Desigualdades Sociales en la Salud Mental.

En el campo de la salud mental, diferentes estudios han apuntado a la existencia de desigualdades sociales, de forma que los colectivos socialmente más vulnerables presentan una mayor prevalencia/incidencia, y un mayor riesgo de complicaciones (Lorant, Croux, Weich, Deliege, Mackenbach, y Ansseau, 2007; Missinne y Bracke, 2012; Ruiz-Pérez, Ricci-Cabello, Plazaola-Castano, Montero-Pinar, y Escriba-Aguir, 2011; Wang, Schmitz, y Dewa, 2010). Estas desigualdades sociales se pueden explicar al menos parcialmente por la existencia de desigualdades sociales en la atención sanitaria. Así, se ha observado en minorías étnicas un retraso en el establecimiento de diagnóstico, como se ha puesto de manifiesto en una revisión dirigida a analizar el trastorno depresivo mayor en población afroamericana, donde además se señalan

varias causas que determinan la peor atención sanitaria que recibe ésta y otras minorías étnicas en relación a la población caucásica (Bailey, Blackmon y Stevens, 2009). En esta línea, algunos estudios tomando como objeto de análisis los profesionales sanitarios, han indicado como las minorías étnicas y poblaciones de bajo estatus socioeconómico son percibidas por los médicos como menos inteligentes, poco comunicativas, menos fiables, más propensas al abuso de sustancias y menos agradables que la población caucásica (Street, Gordon, y Haidet, 2007; Van Ryn y Burke, 2000). Del mismo modo, estas desigualdades también han aparecido en cuestiones de género, observándose cómo hombres y mujeres difieren en la atención sanitaria que reciben ante los mismos problemas de salud mental (WHO, 2002). En lo que se refiere a las diferencias en la atención sanitaria dependiendo del lugar de residencia, varias investigaciones han reflejado como los habitantes de zonas rurales reciben menos y peor atención a la salud mental (Freiman y Zuvekas, 2000; McCarthy y Blow, 2004; Hauenstein, Petterson, Merwin, Rovnyak, Heise, y Wagner, 2006; Sullivan, Jackson, y Spritzer, 1999).

Por otra parte, se ha mostrado que los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades, tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones, contribuyendo así a perpetuar las desigualdades sociales en salud (Escolar Pujolar, Martínez Ruiz, Daponte Codina, 2008). Así, por ejemplo, en un estudio realizado en Canadá, a pesar de tener un sistema de cobertura universal como el español, se detectó que entre los pacientes con morbilidad psíquica, aquellos de nivel socioeconómico más bajo tenían un menor acceso a los servicios sanitarios (Elhai y Ford, 2007).

Hasta el momento son escasos los estudios que evalúan la efectividad de las intervenciones dirigidas a poblaciones desfavorecidas desde el enfoque metodológico de las revisiones sistemáticas. Además, los estudios que lo han hecho, se han basado en grupos poblacionales concretos y/o se han restringido a las intervenciones realizadas en un determinado país (Beach et al., 2006). No obstante, algunas revisiones apuntan a que estas intervenciones pueden ser eficaces en determinadas poblaciones. Levy y O'Hara (2010) estudian las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la atención a la depresión en mujeres con bajos ingresos (EEUU, México y Chile),

ofreciendo una serie de recomendaciones para la práctica clínica. Mientras que Cabassa y Hansen (2007), en una revisión sistemática sobre el cuidado en atención primaria de la depresión en latinos adultos, informan de manera preliminar, sobre los beneficios de los tratamientos para reducir las desigualdades en la atención sanitaria a la salud mental de esta población, indicando que aquellos tratamientos que proporcionan una atención multidisciplinar obtienen mejores resultados.

A pesar de que las publicaciones sobre la existencia, características y causas de las desigualdades han aumentado, éstas a su vez se han incrementado enormemente en los últimos años. En la actualidad, han proliferado las reuniones, conferencias y grupos con el objetivo de mejorar el nivel de conocimiento existente sobre la efectividad de estas acciones y promover su aplicación (Borrell y Artazcoz, 2008). Sin embargo, todavía existe escasa evidencia sobre las intervenciones más efectivas para afrontar las desigualdades en salud mental.

3. Justificación.

Dado lo expuesto en la introducción, este trabajo se plantea dar respuesta a tres objetivos. En primer lugar, revisar la evidencia científica existente sobre las características de las intervenciones realizadas en el sistema sanitario para disminuir las desigualdades de clase social, género, raza/etnia, y territorio, ya que se trata de los ejes de desigualdad priorizados por la OMS (WHO, 2008) en la atención sanitaria a la salud mental. Se incluyen en la revisión únicamente aquellos países que forman parte de la OCDE (ya que ello nos sirve como indicador de que se trata de un país con un nivel de desarrollo económico importante), con el objetivo de seleccionar aquellos países cuyos sistemas sanitarios se encuentran en una situación similar al español. En segundo lugar, analizar la efectividad y la calidad metodológica de las intervenciones con el fin de revisar la evidencia científica existente, determinar la validez de estas estrategias, y a su vez identificar las intervenciones eficaces para disminuir las desigualdades sociales en la atención sanitaria a la salud mental. Y en tercer lugar, analizar los costes de las intervenciones en función de su efectividad en poblaciones desfavorecidas. De este modo, el trabajo tendrá un valor añadido, ya que los resultados podrán ser utilizados para mejorar el funcionamiento de nuestro sistema sanitario, haciéndolo más equitativo y de esta forma mejorar también la salud de nuestra población.

OBJETIVOS

1. Objetivos Generales.

1.1. Objetivo General 1.

Analizar las características de las intervenciones realizadas sobre el sistema sanitario para disminuir las desigualdades sociales en el cuidado de la salud mental en los países de la OCDE (OECD, 2011) con un sistema sanitario de cobertura poblacional.

1.1.1. Objetivos específicos.

a) Identificar los estudios que evalúan la efectividad de las intervenciones que actúan en el sistema sanitario para disminuir las desigualdades sociales (de clase social, género, raza/etnia y territorio) en la atención sanitaria (entendida como prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) a la salud mental.

b) Describir las características de las intervenciones identificadas, clasificándolas en función de los trastornos mentales, el tipo de atención sanitaria, el objeto de la intervención (intervenciones realizadas sobre el personal sanitario o por el personal sanitario) y los ejes de desigualdad contemplados.

1.2. Objetivo general 2.

Evaluar la efectividad de las intervenciones en base a las variables resultados definidas en las propias intervenciones y sintetizar los hallazgos de los estudios, matizando los resultados por la calidad metodológica de los artículos, el número de artículos que comparten una misma pregunta de investigación y variables de resultado, y la consistencia en los resultados de los estudios.

1.3. Objetivo general 3.

Identificar y describir aquellos estudios que valoren los costes de las intervenciones dirigidas a disminuir desigualdades en la atención sanitaria a la salud mental, y cuando sea posible valorar el coste efectividad de dichas intervenciones.

MÉTODOS

1. Tipo de estudio y ámbito.

Revisión sistemática de la literatura sobre intervenciones para disminuir desigualdades sociales en salud mental llevadas a cabo en los países miembros de la OCDE (OECD, 2011).

2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda.

Con el propósito de recuperar la práctica totalidad de artículos sobre el tema de investigación, se diseñaron estrategias de búsqueda específicas para las bases de datos Medline (Ovid), CINAHL y Embase, que se llevaron a cabo en Marzo de 2010.

Además se han realizado búsquedas mediante la utilización de términos libres en las bases de datos Cochrane Library y CRD Databases. También se han consultado numerosos portales sobre información científica como metaRegister of Controlled Trials (mRCT), EURONHEED, CEA Registry, European Action Program for Health Inequities, European Action Program for Health Inequities, Ministerio de Sanidad, U.S. Centers for Medicare & Medicaid (CMS) Web site, AETNA, NICE, Mc Master Health Forum, LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, SCIELO, DOYMA o IME. Por último se han consultado varias fuentes de literatura gris, como Networked Digital Library of Theses and Dissertations, TESEO o DIALNET tesis.

Inicialmente se diseñó una estrategia para que esta sea desarrollada en MEDLINE® (accedido a través de Ovid), basándola en el análisis de los Medical Subject Headings (MeSH) y de las palabras clave de los artículos identificados previamente. Dicha estrategia sirvió como modelo para las estrategias desarrolladas en las otras dos bases de datos. La estrategia de búsqueda utilizada en Medline aparece descrita en la tabla 1. Las estrategias de búsqueda para Embase y CINAHL se presentan en el anexo 1.

La calidad de las búsquedas ha sido estudiada realizándose una búsqueda en una base de datos no específica (Scirus) y comprobando el número de duplicados obtenidos respecto a la búsqueda realizada.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en Medline (Ovid). Marzo de 2010.

1	exp *Healthcare Disparities/ or *Spouse Abuse/ or *Battered Women/ or exp *Health Status Disparities/ or exp *Poverty Areas/ or exp *Poverty/ or *Vulnerable Populations/ or Medical Indigency/ or *Rural health/ (30580)
2	exp Healthcare Disparities/ or exp Health Status Disparities/ or exp Poverty Areas/ or exp Poverty/ or Vulnerable Populations/ or *Spouse Abuse/ or Battered Women/ or Rural health/ (52685)
3	(poverty or "in need" or gender-bias or low-income or underserved or inequit\$ or inequalit\$ or disadvantag\$ or disparit\$ or inner-city or rural).ti. (48976)
4	(poverty or gender-bias or low-income or inequit\$ or inequalit\$ or disadvantag\$ or disparit\$ or inner-city).ti,ab. (88063)
5	exp Ethnic Groups/ or Cultural Diversity/ or Minority Health/ or Minority Groups/ or *Women/ or Women, Working/ (109119)
6	exp Social Problems/ or exp Social Conditions/ or exp Social Environment/ or Social Distance/ or exp Social Isolation/ or exp Social Class/ or exp Socioeconomic Factors/ (477918)
7	(minorit\$ or immigrant\$ or racial or ethnic\$ or elder\$ or women or gender or disab\$ or ((social or psychosocial or educational) and (differences or problems or population\$))).ti. (255811)
8	(2 or 4 or 6) and (5 or 7) (70112)
9	1 or 3 or 8 (125696)
10	Community health services/ or health care rationing/ or Healthy People Program/ or exp capacity building/ or exp health facilities/ or exp health personnel/ or health promotion/ or exp *health services/ or health care reform/ or health plan implementation/ or health planning technical assistance/ or health priorities/ or health resources/ or national health programs/ or regional health planning/ or exp Preventive Health Services/ or health education/ (1464705)
11	exp "analytical, diagnostic and therapeutic techniques and equipment (non mesh)"/og, ec, st, ut (326732)
12	exp "behavioral disciplines and activities"/og, ec, st, sn, sd, td (60731)
13	(intervention\$ or plan\$ or education or adherence or monitor\$ or strateg\$ or provision or address or attenuat\$ or servic\$ or measur\$ or program? or programme? or prevention or diagnost* or treatment or follow-up or promotion or care or self-care or reminder or manag\$ or self-manag\$ or provid\$ or rehabilitat\$ or improv\$ or prevent or preventing or tackling or address\$ or attenuat\$ or reduc\$ or ((favor or favour or promote) and (equit\$ or fairness or equality))).ti. (2316391)
14	10 or 11 or 12 or 13 (3473633)
15	exp "quality of health care"/ or exp "health care quality, access, and evaluation"/

	or Health Knowledge, Attitudes, Practice/ (4112392)
16	Social Welfare/ or exp Social Justice/ or Social Adjustment/ or Social Change/ or Social Planning/ or Reinforcement, Social/ or Social Work/ or Social Medicine/ or exp Social Support/ (97693)
17	15 and 16 (55616)
18	exp "Outcome and Process Assessment (Health Care)"/ or Efficiency, Organizational/ or exp Evaluation Studies as Topic/ or health services accessibility/ (1264843)
19	((program or intervention) adj2 (evaluation or effectiv*)).ti,ab. (9180)
20	(improv\$ or prevent or preventing or tackling or address\$ or attenuat\$ or reduc\$ or utilization or access*).ti. (377713)
21	("in need" or poverty or inequit\$ or inequalit\$ or disadvantag\$ or disparit\$) adj3 (improv\$ or prevent or preventing or tackling or address\$ or attenuat\$ or reduc\$).ti,ab. (4297)
22	17 or 18 or 19 or 20 or 21 (1640871)
23	(quasi-experimental or evaluat\$ or evidence or assessment or effectiveness or 'health survey' or trial or cohort or "longitudinal study" or utilization or access\$).ti. or (quasi-experimental or random\$ or 'health survey' or "longitudinal study").ab. or ((cohort or comparative or control\$ or prospective or evaluation or blind\$ or effectiv\$) adj2 (study or trial)).ti,ab. (1373673)
24	exp cohort studies/ or exp clinical trials as topic/ or exp clinical trial/ or feasibility studies/ or intervention studies/ or comparative studies/ or evaluation studies/ or validation studies/ or Evidence-Based Practice/ (2668057)
25	(systematic adj2 (review\$ or overview)).ti. or (REVIEW.pt. and (systematic adj1 (review\$ or overview)).ab.) or exp meta-Analysis/ or (meta-anal\$ or metaanal\$ or meta anal\$).ti,ab. (49137)
26	23 or 24 or 25 (3392826)
27	9 and 14 (56725)
28	limit 27 to (systematic reviews or meta analysis) (651)
29	exp *mental health/ or exp *mental disorders/ (630123)
30	9 and 14 and 22 and 26 and 29 (1008)
31	28 and 29 (68)
32	30 or 31 (1047)
33	from 32 keep 1-199 (199)

3. Selección de estudios.

3.1. Criterios de inclusión.

- Estudios que evalúen la efectividad de las intervenciones en y sobre el sistema sanitario dirigidas a disminuir las desigualdades de clase social, de género, de etnia/raza, y de territorio en el cuidado de la salud mental (entendido como prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento).
- Estudios originales con diseño experimental, cuasi-experimental y estudios de cohortes con grupo control.
- Estudios realizados en aquellos países que pertenecieran a la OCDE a la fecha de publicación del artículo.

3.2. Criterios de exclusión.

- Estudios sobre intervenciones que no hayan sido evaluadas.
- Estudios cualitativos.
- Estudios piloto de los cuales posteriormente se han publicado los resultados completos.

Con el objeto de recuperar toda la evidencia disponible, y siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane (Higgins y Green, 2008) para la elaboración de revisiones sistemáticas sobre efectividad de las intervenciones, no se ha excluido ningún artículo por razones de idioma o del año en el que haya sido publicado.

4. Elaboración de la base de datos de artículos en Reference Manager.

Las referencias recuperadas de cada una de las bases de datos bibliográficas fueron exportadas al programa de gestión de referencias Reference Manager 10®. Ello permitió la identificación y eliminación automática de las referencias que aparecieron de forma duplicada en las diversas bases de datos. También se crearon diversos

campos en los cuales se ha registrado la información referente a su elegibilidad y a los motivos de exclusión, lo cual permitió identificar de forma sencilla las referencias incluidas o excluidas tras la lectura del resumen o tras la lectura del texto completo como los motivos de exclusión de las que fueron excluidas.

5. Proceso de selección.

5.1. Revisión de los resúmenes.

Los títulos y los resúmenes de todos los artículos recuperados en la búsqueda bibliográfica fueron impresos y distribuidos a dos revisores. Los revisores excluyeron independientemente los estudios en función de los criterios de selección ya especificados. Cuando los resúmenes no aportaron la suficiente información para poder decidir si se incluyen o no, estos se recuperaron a texto completo. Para cada una de las referencias, la información tanto sobre el motivo de exclusión (en caso de ser excluido) como sobre la categoría a la que pertenezca (en caso de ser incluido) se registró mediante la utilización de una plantilla que será previamente diseñada y pilotada por los revisores. Una tercera revisora del proyecto resolvió aquellos casos en los que existan discrepancias entre los revisores.

5.2. Revisión de los artículos a texto completo.

Los artículos seleccionados en el paso anterior se recuperaron a texto completo. Posteriormente se procedió a la revisión a texto completo de todos los artículos con el objeto de determinar con mayor información si finalmente se incluían en base a los criterios de selección ya especificados.

5.3. Clasificación y agrupación de los estudios.

Aunque se planteó la realización de una única revisión sistemática, dado que se contemplaron 4 ejes de desigualdad y 4 aspectos de la atención sanitaria, se identificaron diferentes preguntas de investigación dependiendo del problema de

salud mental específico. Así, los artículos se agruparon en torno a una misma pregunta de investigación, lo que permitió una síntesis de resultados y una categorización del nivel de evidencia independiente para cada grupo de artículos. Para dar respuesta al objetivo 3, se incluyeron aparte todos aquellos estudios que además evaluar la intervención en términos clínicos, lo hicieron en términos económicos.

6. Evaluación de la calidad metodológica.

Una vez seleccionados los artículos aptos para la revisión, se realizó una evaluación de la calidad metodológica de los mismos. Para ello se utilizó la herramienta propuesta por el Grupo de Salud Pública de la Colaboración Cochrane para evaluar las intervenciones llevadas en el ámbito de la salud pública (Higgins y Green, 2008). Este instrumento, desarrollado por el *Effective Public Health Practice Project*, Canadá y llamado "*The Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*" (Thomas, Ciliska, Dobbins y Micucci, 2004), se caracteriza por permitir la evaluación tanto de la validez interna como externa de los estudios que en esta revisión se van a contemplar. Dicho instrumento clasifica la calidad metodológica de los estudios en tres categorías (fuertes, moderados o débiles) en función de cinco aspectos: sesgo de selección, diseño del estudio, confusores, enmascaramiento, recolección de datos y pérdidas y abandonos. Además, este instrumento permite recoger otros aspectos como integridad de la intervención o la pertinencia de los análisis estadísticos realizados, aunque estos no computan en el cálculo de la calidad metodológica (ver anexo 2).

A su vez, para valorar la calidad de las evaluaciones económicas se utilizó un instrumento (anexo 3) propuesto por Abellán, Sánchez y Martínez (2009), que se basa en una escala de 0 a 100, donde 60 es el punto de corte mínimo para que el estudio ofrezca unas mínimas garantías en cuanto a su evaluación económica.

La valoración de la calidad metodológica fue llevada a cabo por dos revisores de forma independiente. Las discrepancias fueron resueltas por una tercera revisora.

7. Extracción de los datos.

Para dar respuesta al objetivo específico 1b (describir las características de las intervenciones) se diseñaron y pilotaron plantillas para recoger las características de las intervenciones (tipo de estudio utilizado para evaluar la intervención, población diana, eje de desigualdad contemplado, duración de intervención, problema de salud analizado, etc.).

También se diseñó una base de datos Access en la que se registró la información de los artículos que finalmente fueron seleccionados. Dicha base de datos incluye información sobre las características bibliográficas (título, autores, revista, año de publicación, etc.), características de las intervenciones (tipo de intervención, ámbito, contexto, eje de desigualdad, duración de la intervención, población diana, variables de respuesta, principales resultados, etc.), y los resultados de la evaluación de la calidad metodológica. La efectividad de la intervención ha sido valorada en función del grado de ajuste de los resultados con los objetivos planteados por el estudio correspondiente. De esta manera, se consideraron “no efectivas” aquellas intervenciones que no alcanzaron ninguno de los objetivos propuesto, “parcialmente efectivas” a aquellas que alcanzaron parte de los objetivos, y “efectivas” las intervenciones que consiguieron cumplir la totalidad de objetivos planteados. La plantilla utilizada para la extracción de datos aparece en el anexo 4.

8. Síntesis de resultados.

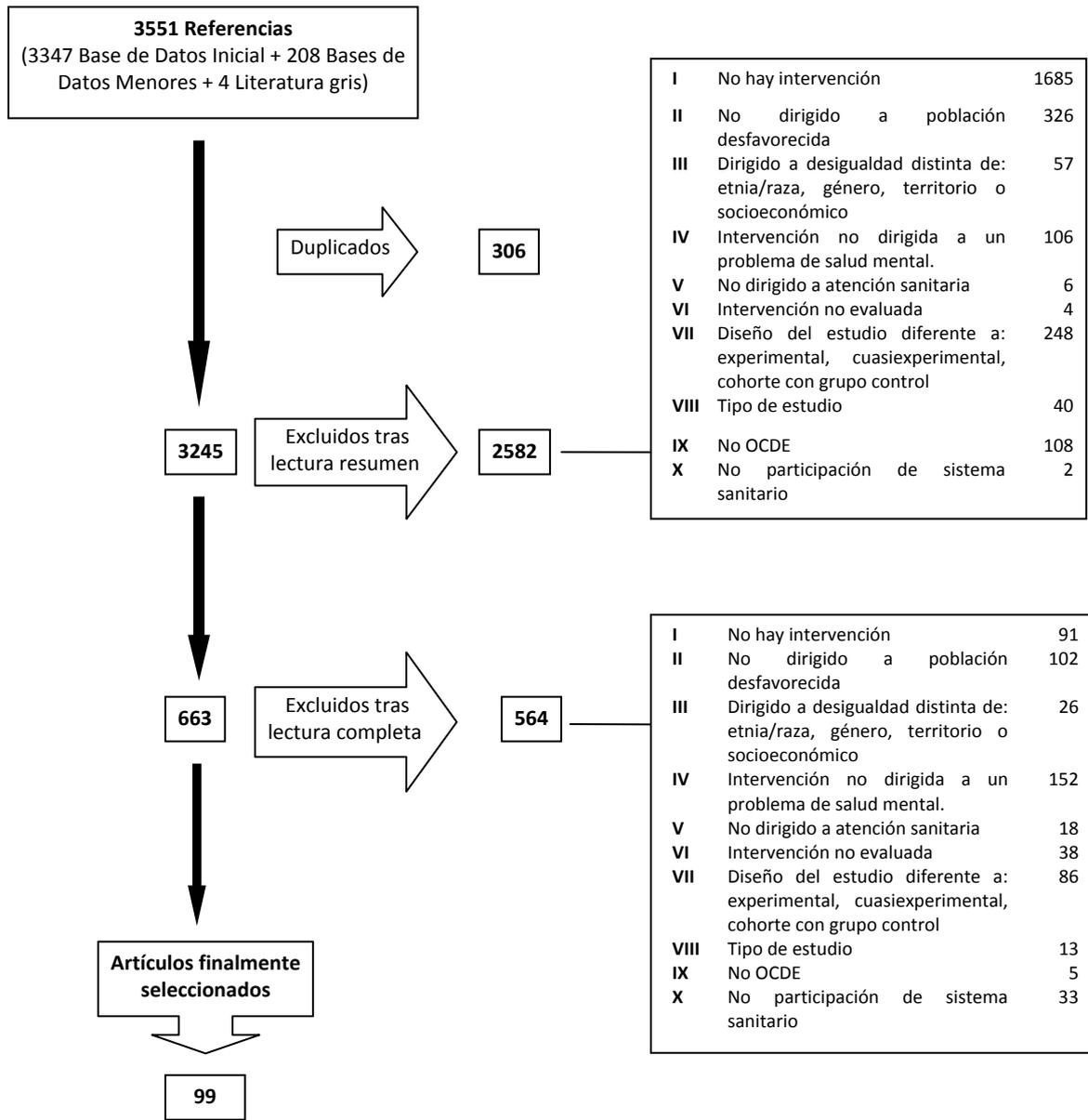
Se ha realizado una síntesis de resultados independiente para cada uno de los tipos de intervenciones identificados, los cuales han sido matizados por el grado de calidad metodológica alcanzada en cada uno de ellos. En este sentido, se analizó la efectividad de las intervenciones por tipo de trastorno, en función del eje de desigualdad abordado, eliminando aquellas intervenciones con baja calidad metodológica, para ello sólo se tuvieron en cuenta aquellos tipos de trastornos donde se encontraron 3 o más estudios.

RESULTADOS

1. Identificación de los artículos.

Después de haber llevado a cabo la búsqueda en bases de datos como Medline, Embase y Cinahl entre otras, se recuperaron un total de 3551 referencias. A continuación tras eliminar los 306 estudios duplicados, quedaron 3245 referencias. En la fase de la lectura del resumen se excluyeron 2582 referencias. Los motivos más frecuentes para la exclusión de estos artículos fueron: el no existir intervención, intervenciones no dirigidas a disminuir desigualdades y no tener como objetivo principal intervenir sobre un problema de salud mental. Tras esta fase se seleccionaron 663 referencias. En la lectura a texto completo se excluyeron 564, siendo las causas de exclusión más comunes: intervenciones no dirigidas a una enfermedad mental, no tener como objetivo actuar sobre una población desfavorecida, o utilizar diseños distintos al experimental, cuasi-experimental o cohorte con grupo control. Finalmente, se seleccionaron 99 artículos. Los resultados obtenidos indican que la búsqueda ha sido muy sensible, habiéndose recuperado la gran mayoría de los artículos potencialmente interesantes.

Figura 3. Diagrama de artículos recuperados, excluidos e incluidos.



2. Resultados del estudio bibliométrico.

Con el objetivo de ofrecer una visión general del estado de la cuestión, se realizó un estudio bibliométrico sobre las características principales de las intervenciones.

2.1. Año de publicación.

En la estrategia de búsqueda no se limitó por año de publicación, sin embargo dado que el estudio de las desigualdades sociales en salud se incrementó a partir de mediados de la década de los noventa, era previsible que la mayoría de los artículos se encontraran desde esos años en adelante. De tal modo, los resultados encontrados (Gráfico 1), a excepción de un artículo publicado en 1974, van ascendiendo progresivamente desde 1990 hasta 2010 (Marzo).

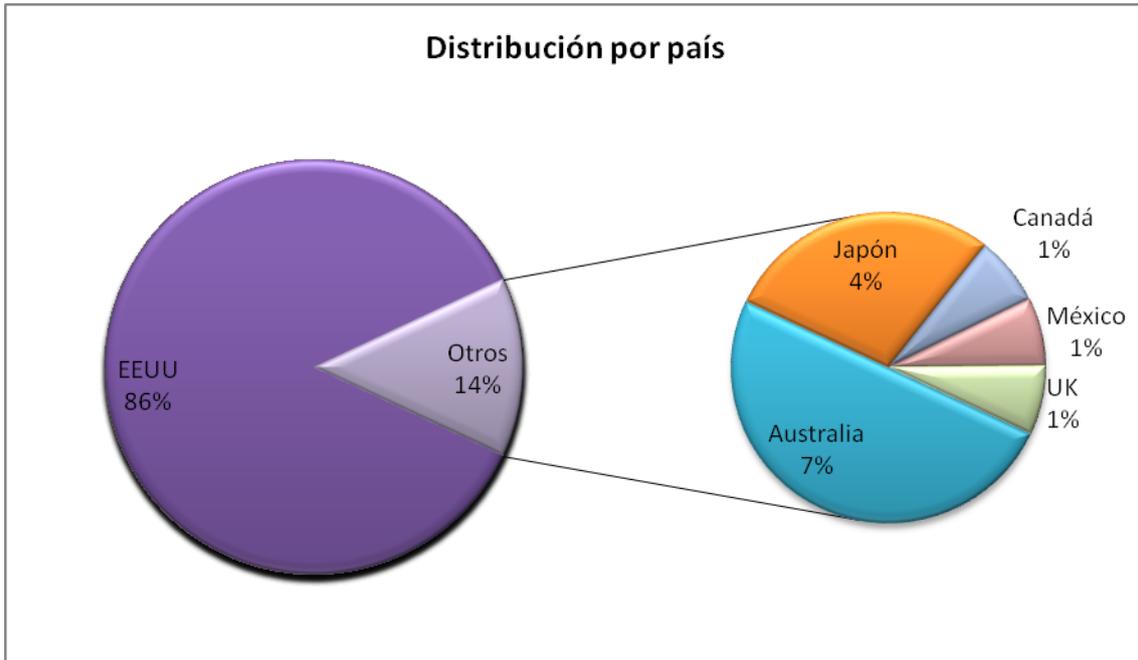
Gráfico 1. Número de estudios publicados por año.



2.2. País donde se realiza la intervención.

El análisis por país de procedencia de las intervenciones indica como la gran mayoría de las intervenciones tienen lugar en EEUU (86%) como se aprecia en el gráfico 2, seguido de países como Australia, Japón, Canadá, México y Reino Unido.

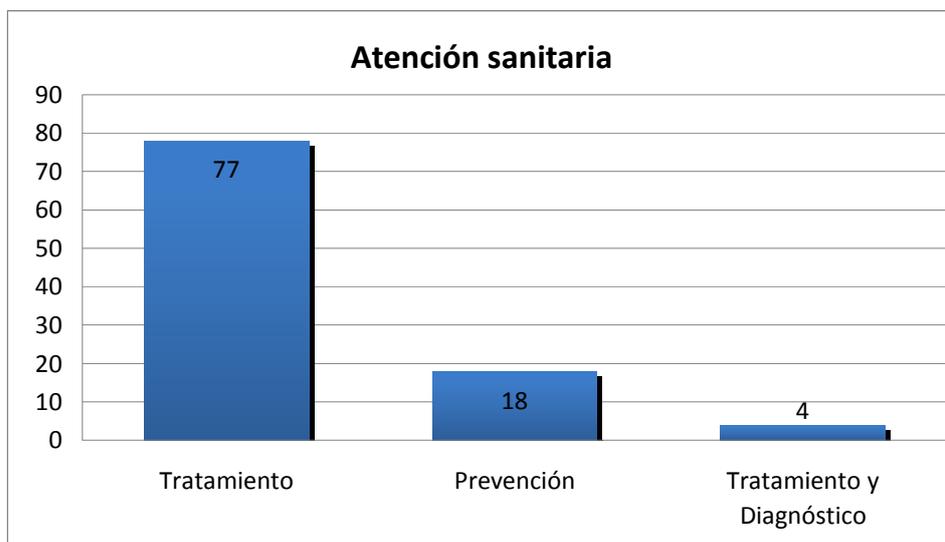
Gráfico 2. Intervenciones por país.



2.3. Tipo de atención sanitaria.

La distribución de las intervenciones en función del tipo de atención sanitaria proporcionado, pone de manifiesto que las intervenciones se dirigen principalmente al tratamiento de la salud mental y en menor medida a la prevención y al diagnóstico (Gráfico 3). No se encontró ninguna intervención dirigida al seguimiento.

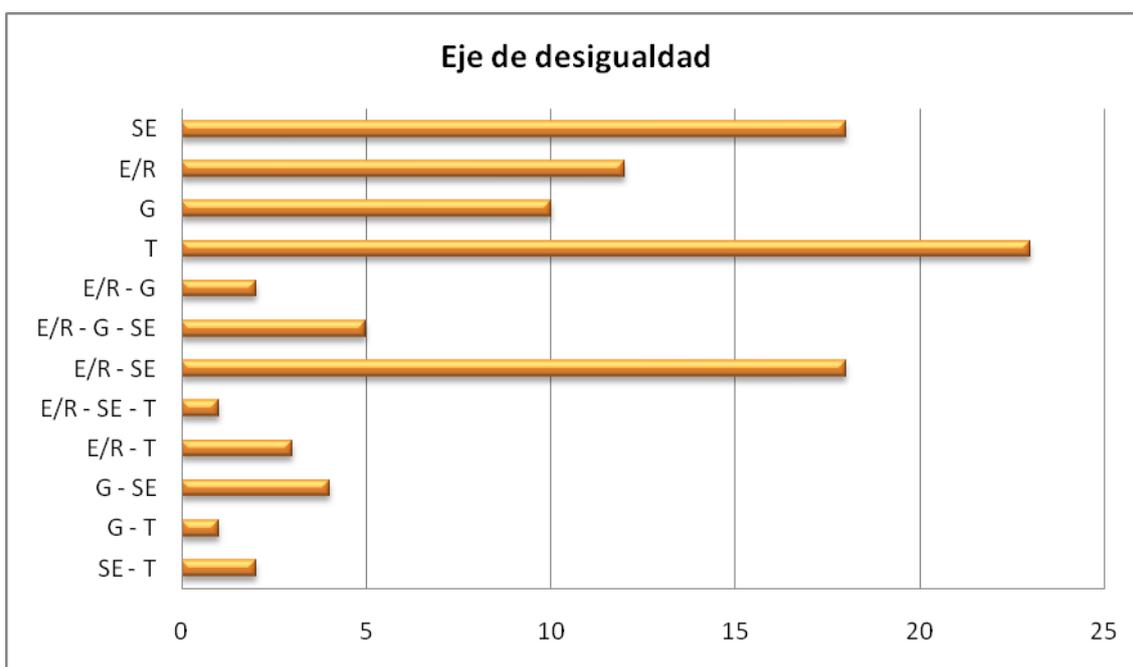
Gráfico 3. Intervenciones por tipo de atención sanitaria.



2.4. Tipo de eje de desigualdad.

Más de la mitad de los artículos analizados evalúan un solo tipo de desigualdad (64%). Sin embargo, muchos de ellos describen intervenciones donde hay más de un eje estudiado, en este sentido, como se aprecia en el gráfico 4, destacan los estudios en poblaciones de bajos niveles socioeconómicos, pertenecientes a minorías étnicas y residentes en zonas rurales.

Gráfico 4. Intervenciones por eje de desigualdad.

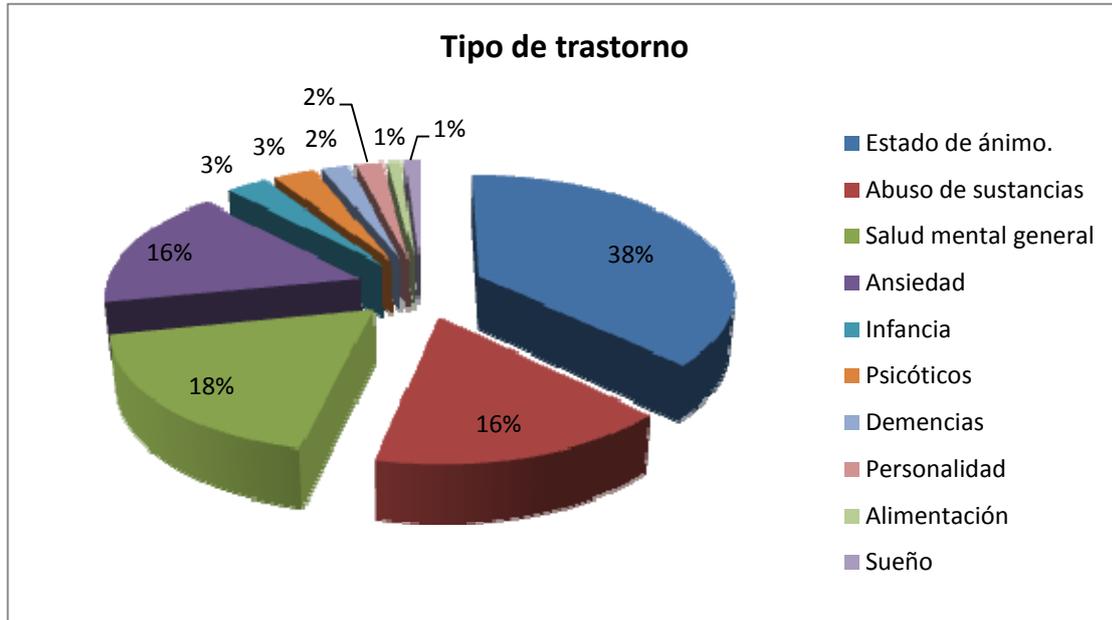


SE: Socioeconómico; E/R: Etnia/Raza; G: Género; T: Territorio.

2.5. Tipo de trastorno mental.

Atendiendo a la clasificación establecida por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, en su cuarta versión (APA, 2000), las intervenciones se agruparon en bloques en función del trastorno objeto de estudio, dando como resultado la distribución que se observa en el gráfico 5, donde destacan las intervenciones dirigidas a los trastornos del estado de ánimo, al abuso de sustancias y a la salud mental general.

Gráfico 5. Intervenciones por problema de salud mental.



2.6. Tipo de diseño epidemiológico.

En cuanto al diseño epidemiológico que utilizan las intervenciones, destaca el ensayo controlado aleatorizado con 66, seguido del diseño cuasi-experimental con 24 y por último los estudios de cohorte con grupo control con 9.

2.7. Tipo de intervención.

Por otra parte, los tipos de intervención utilizados variaron en función de la clase de trastornos al que fueron dirigidos. No obstante, destacaron los siguientes tipos:

- *Terapias Cognitivo-conductuales (CBT)*. Dirigidas a modificar los comportamientos y pensamientos, en lugar de limitarse a exponer los sentimientos, enfatizando en los patrones disfuncionales de los pensamientos y conductas. Generalmente estas terapias se basan en cómo el individuo interpreta los sucesos vitales (Beck, 1991), añadiendo estrategias de carácter conductual para mejorar la efectividad de la terapia.
- *Terapias Farmacológicas*. Consiste en la administración de fármacos para el tratamiento de la Salud mental.

- *Case Management*. Según la *Case Management Society of America* (Moreo y Lamb, 2003) es un proceso colaborativo de evaluación, planificación, atención coordinada, evaluación y asesoramiento, para que los servicios de salud se ajusten a las necesidades individuales y familiares, a través de la comunicación y los recursos disponibles.
- *Múltiples*. Consiste en la aplicación conjunta de varios elementos que puedan facilitar la atención sanitaria a la salud mental, como fármacos, psicoterapia o case Management.
- *Terapia Interpersonal (IPT)*. Se basa en la idea de que los problemas interpersonales y la alteración de rutinas diarias pueden provocar la aparición de trastornos mentales. Es una terapia pragmática, estratégicamente coherente y limitada en el tiempo, desarrollada por Klerman, Weissman, Rounsaville, y Chevron (1984).

3. Resultados del análisis de la efectividad y calidad metodológica en función del tipo de trastorno.

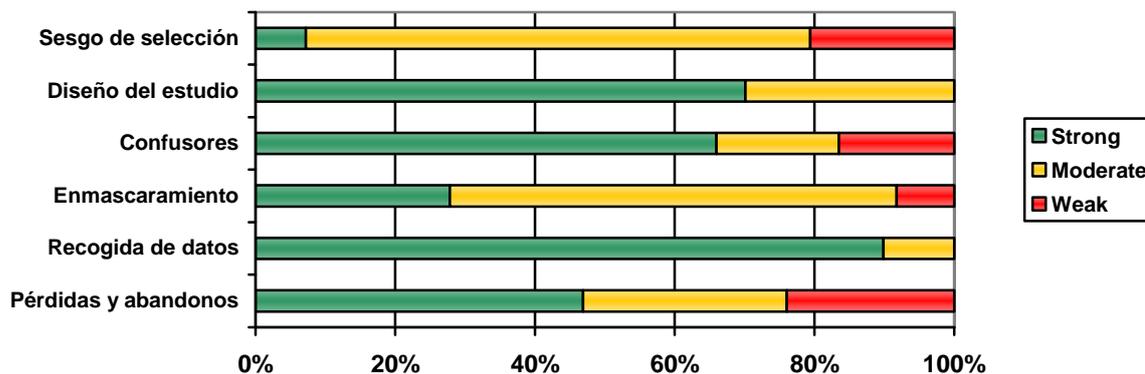
En la tabla 2 se resume la efectividad de las intervenciones en función de sus características. En total, 42 intervenciones se mostraron efectivas, 42 parcialmente efectivas y 15 no efectivas. En la figura 3 se resumen las puntuaciones globales en cada uno de los ítems del instrumento utilizado para evaluar la calidad metodológica. Finalmente, 28 intervenciones tuvieron una calidad metodológica alta, 59 media y 12 baja. En el anexo 5, se recogen las puntuaciones de los estudios en cada uno de los apartados del instrumento.

Tabla 2. Características de las intervenciones y efectividad.

Características	No. Intervenciones	Efectividad		
		NO	P.E.	SI
<i>País</i>				
EEUU	85	9	36	40
Australia	7	3	3	1
Japón	4	-	3	1
México	1	1	-	-
UK	1	1	-	-
Canadá	1	-	1	-
<i>Tipo de trastorno</i>				
Estados de ánimo	37	7	14	16
Salud mental general	18	2	10	6
Abuso de sustancias	16	4	7	5
Ansiedad	16	-	7	9
Psicóticos	3	1	1	1
Infancia	3	-	1	2
Demencias	2	-	-	2
Personalidad	2	-	2	-
Alimentación	1	-	1	-
Sueño	1	-	-	1
<i>Tipo de eje de desigualdad</i>				
SE	18	4	6	8
Etnia/raza	12	-	5	7
Territorio	23	3	14	6
Género	10	-	5	5
SE y Etnia/raza	18	4	7	7
SE y género	4	1	1	2
SE y territorio	2	-	1	1
SE, género y Etnia/raza	5	1	1	3
SE, Etnia/raza y Territorio	1	1	-	-
Etnia/raza y territorio	3	-	2	1
Etnia/raza y género	2	-	-	2
Género y territorio	1	-	1	-
<i>Setting</i>				
Atención primaria	28	4	14	10
Hogar	7	2	2	3
Clínica/Hospital	28	4	12	12
Servicios comunitarios	19	2	7	10
Hospital y hogar	3	1	2	-
Servicios comunitarios y Clínicas	2	-	-	2
Escolar	9	2	4	3
Universitario	2	-	-	2
Penitenciario	1	-	1	-
<i>Atención sanitaria</i>				
Tratamiento	77	8	32	37
Prevención	18	5	8	5
Diagnóstico y Tratamiento	4	1	3	-

S.E.: Socioeconómico P.E.: Parcialmente Efectiva

Gráfico 6. Calidad metodológica en función de cada uno de los apartados evaluados.



3.1. Trastornos del estado de ánimo.

En los trastornos del estado de ánimo se incluyen tanto los trastornos depresivos como los trastornos bipolares, el número de artículos recuperados en este grupo de trastornos fue 37, destacando el trastorno depresivo mayor como el problema más estudiado (23). Treinta de estas intervenciones se realizaron en EEUU, 3 en Japón, 2 en Australia, una en México y otra en el Reino Unido. Las poblaciones hacia las que principalmente se dirigen las intervenciones son aquellas de bajo estatus socioeconómico y las minorías étnicas, seguidas por poblaciones rurales y en menor medida al eje de desigualdad de género. Por otra parte, el tipo de atención sanitaria mayoritario en el que se centran estos estudios es el tratamiento (24), mientras que la prevención (9) y el tratamiento acompañado de diagnóstico (4) aparecieron en menor medida.

3.1.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos del estado de ánimo.

La calidad metodológica de 14 de estas intervenciones fue alta, para 17 fue media y para 6 fue baja. En cuanto a la efectividad de las intervenciones, 16 de ellas fueron efectivas, 14 parcialmente efectivas y 7 no efectivas. En la tabla 3 se resumen las características de estas intervenciones.

Las 7 intervenciones (Areán, Gum, McCulloch, Bostrom, Gallagher-Thompson, y Thompson 2005; Beeber et al. 2010; Ciechanowski et al., 2004; Miranda et al., 2003a; Ngo et al., 2009; Peden, Rayens, Hall, y Grant, 2005; Sherbourne, Weiss, Duan, Bird, y Wells, 2004) que obtuvieron una alta calidad metodológica y alta efectividad, se caracterizaron por ser ensayos clínicos aleatorizados que fueron dirigidos fundamentalmente a poblaciones de bajo estatus socioeconómico. Cinco intervenciones van dirigidas al tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, mientras que sólo una va dirigida a la prevención de la aparición de la depresión. Otro de los aspectos comunes es la aplicación de la terapia cognitivo conductual (CBT) en 6 de estas intervenciones, siendo la terapia interpersonal el tipo de tratamiento utilizado en la intervención restante. Todos estos estudios se llevaron a cabo en EEUU, sin embargo difieren en el tipo de setting donde se realizó la intervención, siendo estos: el hogar (2), centros sanitarios (3), un hospital, por último en clínicas y servicios comunitarios conjuntamente. En cuanto al tipo de variable respuesta, todos ellos miden los síntomas depresivos, aunque con diferentes cuestionarios como BDI, CES-D o HSRS.

Tabla 3. Trastornos del estado de ánimo.

Autores	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Diseño / N / Seguimiento	Calidad metodológica	Efectividad	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
Trastorno Depresivo Mayor									
Ngo et al. (2009)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza	ECA / 418 / 6 meses	Alta	Efectiva	Atención primaria	Los jóvenes afroamericanos en el grupo de intervención experimentaron reducciones significativas en los síntomas de la depresión y tenían tasas más altas de uso de los servicios en salud mental en los seis meses de seguimiento. Entre los jóvenes latinos, la intervención se asoció con una satisfacción significativamente mayor.	Múltiple	EEUU
Miranda et al. (2003b)		Etnia/Raza y SE	ECA /199 / 6 meses	Media	P.E.	Atención primaria	Los individuos que estuvieron en el grupo de CBT + manejo clínico de casos tuvieron menores tasas de abandono del tratamiento que el grupo con solo CBT. La CBT + manejo clínico de casos se asocia a una mayor mejoría en los síntomas depresivos y el funcionamiento que la CBT sola, todo esto en los pacientes cuyo primer idioma era el español.	CBT	EEUU
Spinelli & Endicott (2003)		Etnia/Raza y SE	ECA / 50 / 4 meses	Media	Efectiva	Clínica	El grupo de psicoterapia interpersonal mostró una mejoría significativa en comparación con el programa de educación para padres en las tres medidas del estado de ánimo.	IPT	EEUU
Grote et al. (2009)		Etnia/Raza y SE	ECA / 53 / 6 meses	Media	Efectiva	Clínica	La IPT-Breve reduce la depresión durante el embarazo y previene la recaída depresiva y mejora el funcionamiento social de hasta seis meses después del parto. También puede contribuir a reducir las disparidades raciales y económicas en el acceso y la participación en el tratamiento de salud mental.	IPT	EEUU

Lesser et. al (2010)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza	CE / 301 / No seguimiento	Media	Efectiva	Hospital	Aunque los afroamericanos eran más desfavorecidos socialmente y tenían una depresión más severa, los resultados entre los grupos fueron similares. Las tasas de remisión fueron de aproximadamente 50% en ambos grupos y aproximadamente 2 / 3 de los participantes cumplieron los criterios de respuesta.	Farmacológica	EEUU
Organista et al. (1994)		Etnia/Raza y SE	CGC / 175 / No seguimiento	Baja	P.E.	Hospital	Aquellos pacientes que completaron la intervención vieron reducidos sus síntomas depresivos en un 35%. Pero sin ser los cambios significativos.	CBT	EEUU
Miranda et al. (2003c)		Etnia/Raza	CE / 181 clínicas (1269 pacientes) / 12 meses	Alta	P.E.	Atención primaria	La ejecución de intervenciones de mejora de calidad muestran, para las minorías, que los pacientes pueden mejorar en la calidad de la atención para los caucásicos y las minorías marginadas por igual, mientras que las minorías pueden ser moderadamente beneficiadas clínicamente.	Múltiple	EEUU
Diamond et al., (2002)		Etnia/Raza	ECA / 32 / 6 meses	Media	Efectiva	Hospital	Después del tratamiento, el 81% de los pacientes tratados con ABFT ya no cumplían criterios para trastorno depresivo mayor, en contraste con el 47% de los pacientes en lista de espera. La ABFT mostró una reducción significativamente mayor en los depresivos en los síntomas y en ansiedad y conflictos familiares.	Terapia Familiar (ABFT)	EEUU
Adams et al. (2006)		Territorio	CGC / 479 / No seguimiento	Alta	P.E.	Atención primaria	<i>Depression disease Management</i> mejora el estado de salud mental de los pacientes urbanos, pero no de los pacientes rurales. No hay efectos mediados por los fármacos antidepresivos o el asesoramiento especializado de cuidado en pacientes urbanos o rurales.	Case management	EEUU

Smith et al. (2000)	TRATAMIENTO	Territorio	ECA / 479 / 6 meses	Media	P.E.	Atención primaria	La intervención en pacientes rurales es significativamente más efectiva que en pacientes urbanos en el cuidado de la depresión, no así en otras variables como visitas al psiquiatra.	Múltiple	EEUU
Miranda et al. (2003a)		Etnia/Raza, género y SE	ECA / 267 / 6 meses	Alta	Efectiva	Servicios comunitarios y clínicas	Tanto la medicación como la CBT, reducen los síntomas depresivos en mayor medida que los servicios comunitarios, del mismo modo que el funcionamiento social. El tratamiento por medicación mejoraba el rol instrumental, además de ser hasta dos veces más probable que las mujeres puntuaran más bajo en HDRS que aquellas derivadas a los servicios comunitarios.	CBT / Farmacológica	EEUU
Arean et al. (2005)		SE	ECA / 67 / 18 meses	Alta	Efectiva	Hospital	CBT + manejo de casos y manejo de casos solo tuvieron mejores resultados en la disminución de los síntomas depresivos; sin embargo CBT tuvo mayor mejoría en el funcionamiento físico. Las tres estrategias redujeron las necesidades por igual.	CBT	EEUU
Sherbourne et al. (2004)		Género	CE / 1356 / 24 meses	Alta	Efectiva	Atención primaria	La mejora de la calidad a través de la psicoterapia redujo significativamente la carga de depresión e incrementó el índice de empleo entre hombres y mujeres con respecto a los cuidados habituales; sin embargo, la mejora de la calidad a través de la medicación solo redujo la carga de depresión en las mujeres.	CBT / Farmacológica	EEUU

Swartz et al. (2006)	TRATAMIENTO	Género	CE / 16 / 6 meses	Baja	P.E.	Atención primaria	Las mujeres presentaron una mejoría significativa en los síntomas y en el funcionamiento. Los resultados se mantuvieron a los 6 meses después de la intervención.	IPT	EEUU
Lara et al. (2003)		Género y SE	CGC / 254 / 4 meses	Alta	No efectiva	Atención primaria	Ambas intervenciones obtuvieron mejoras en motivar a las pacientes para que hagan actividades de autoayuda y busquen ayuda profesional, sin embargo los cambios no fueron significativos.	CBT	México
Barnes et al. (2009)	PREVENCIÓN	SE	ECA / 527 / 12 meses	Baja	No efectiva	Hogar	No se encuentra una reducción en la probabilidad de sufrir de depresión	Asesoramiento	Reino Unido
Oyama et al. (2004)		Territorio	CE / 7010 / 5 años	Baja	P.E.	Servicios comunitarios	Los riesgos relativos de suicidio ajustados por sexo disminuyeron en un 25% en comparación con las tendencias históricas de las municipalidades vecinas. Con una tendencia a favor de las mujeres.	Psicoeducativa	Japón
Muñoz et al. (2007)		Etnia/Raza y SE	ECA / 41 / 12 meses	Alta	No efectiva	Hospital	La intervención no demostró diferencias significativas en la reducción de los síntomas depresivos.	CBT	EEUU
Crockett et al. (2008)		Etnia/Raza, SE y Territorio	ECA / 36 / 3 meses	Media	No efectiva	Hospital y hogar	No se encuentran diferencias entre el grupo control y el grupo tratamiento en cuanto a la depresión post-parto se refiere. Aunque el grupo tratamiento se observa una mejora a través de las diferentes mediciones de seguimiento, no siendo así en el grupo control.	IPT	EEUU
Zlotnick et al. (2006)		SE	ECA / 99 / 3 meses	Media	P.E.	Hospital y hogar	3 meses después del parto, ocho (20%) de las mujeres en la condición de la atención prenatal estándar había desarrollado el trastorno depresivo mayor después del parto, en comparación con dos (4%) en la condición de intervención	IPT	EEUU

Smith et al. (2001)	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	SE	CGC / 12 clínicas de atención primaria / 6 meses	Alta	P.E.	Atención primaria	La intervención mejora los resultados en depresión en farmacoterapia en personas sin seguro médico y moderadamente en calidad de vida. No así en Psicoterapia.	Múltiple	EEUU
Jarjoura et al. (2004)		SE	ECA / 66 / 12 meses	Media	P.E.	Clínica	Los resultados primarios sobre los síntomas de la depresión medida con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), indicaron que la intervención fue exitosa en la reducción de síntomas en relación con la atención habitual.	Múltiple	EEUU
Oyama et al. (2006a)		Territorio	CE / 6015 / 5 años	Media	P.E.	Servicios comunitarios	Mientras que en las mujeres se reducía la tasa de suicidio un 70%; en hombres no había diferencias.	Psicoeducativa	Japón
Trastornos Depresivos									
Schmaling et al. (2008)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza y SE	CE / 117 / 3 meses	Media	Efectiva	Atención Primaria	Entre los participantes en la intervención los síntomas depresivos disminuyeron con el tiempo, los participantes que completaron cuatro o más sesiones de PST-PC, tuvieron una mayor disminución en la severidad de los síntomas depresivos mayor que los participantes que completaron tres o menos PST -PC sesiones.	Terapia en Solución de problemas (PST-PC)	EEUU
Ciechanowski et al. (2004)		Etnia/Raza y SE	ECA / 138 / 12 meses	Alta	Efectiva	Hogar	El programa PEARLS reduce significativamente los síntomas depresivos y mejora el nivel de salud para adultos mayores enfermos crónicos con depresión menor y distimia.	Terapia en Solución de problemas	EEUU

Arean et al. (2008)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza y SE	CGC / 2022 / 12 meses	Media	No efectiva	Atención primaria	El acceso y la participación en los servicios de salud mental y sustancias de abuso, fue más alto en el modelo integrado. Sin embargo el resto de variables clínicas no ofrecieron diferencias significativas. No obstante, ambos grupos mejoran en los síntomas y el funcionamiento físico.	Múltiple	EEUU
Fortney et al. (2007)		Territorio	ECA / 395 / 12 meses	Alta	P.E.	Atención Primaria	Los pacientes en el grupo intervención informan de grandes ganancias en salud mental y calidad de vida relacionada con la salud. Sin embargo no hubo cambios en la salud física.	Múltiple (<i>Collaborative Care</i> , Telemedicina)	EEUU
Craig et al. (2005)		Territorio	ECA / 14 / 3 meses	Baja	Efectiva	Servicios comunitarios	Los resultados muestran que el grupo de terapia es una intervención efectiva que puede ser aplicada por community health workers en ámbito rural.	CBT	Australia
Sutor et al. (2007)		Territorio	CGC / 197 / 12 meses	Baja	Efectiva	Clínica	Los pacientes hacen menos visitas a los cuidadores cuando en el grupo donde existe apoyo de psiquiatras.	Múltiple (<i>Collaborative Care</i>)	EEUU

Fagiolini et al. (2009)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza y Territorio	ECA / 463 / 24 meses	Media	Efectiva	Clínica	Ambos grupos de tratamiento mejoraron significativamente con el tiempo, sin diferencias significativas según la edad, raza o lugar de residencia, a excepción de una mejoría significativamente mayor entre los sujetos de edad avanzada en comparación con los adultos.	Intervenciones específicas para el trastorno bipolar (SCBD y ECI)	EEUU
Beeber et al. (2010)		SE	ECA / 80 / 1 mes	Alta	Efectiva	Hogar	Los resultados indican que la intervención redujo los síntomas depresivos del grupo tratamiento en comparación con el grupo control.	IPT	EEUU
Puskar et al. (2003)	PREVENCIÓN	Territorio	ECA / 89 / 12 meses	Media	P.E.	Escuelas	Los resultados indican mejora en la sintomatología depresiva y habilidades de afrontamiento. No obstante estos cambios no se mantuvieron.	CBT	EEUU
Peden et al. (2005)		SE	ECA / 136 / 6 meses	Alta	Efectiva	Atención Primaria	En comparación con el grupo control, las mujeres que recibieron la intervención tuvieron una disminución mayor en los síntomas depresivos, el pensamiento negativo, y los factores de estrés crónico, estos efectos beneficiosos se mantuvieron durante un período de 6 meses.	CBT	EEUU

Chaplin et al. (2006)	PREVENCIÓN	Género	ECA / 273 / 12 meses	Media	Efectiva	Escuelas	La intervención solo para chicas fue más efectiva que el grupo mixto en reducir la desesperanza y la asistencia fue mayor. En ambos grupos se redujeron los síntomas depresivos con respecto al grupo control, sin diferir en función del género.	CBT	EEUU
Oyama et al. (2006b)		Territorio	CE / aprox. 430 / no descrito	Media	P.E.	Servicios comunitarios	La intervención parece reducir en un 74% el riesgo de suicidio en mujeres. Sin embargo estos cambios no se observaron los hombres.	Psicoeducativos	Japón
Roberts et al. (2003)		Territorio	ECA / 194 / 12 meses	Media	No efectiva	Escuelas	No hay efecto de la intervención sobre la depresión. Aunque el grupo intervención muestra menos ansiedad a los 6 meses que el grupo control y son más optimistas.	Psicoeducativos	Australia
Bergus et al. (2005)	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Territorio	ECA / 59 / 2 meses	Alta	No efectiva	Atención Primaria	El diagnóstico de la depresión con el PHQ-9 en clínicas rurales no mejoró el cuidado de los médicos en la depresión ni produjo mejoras en los pacientes.	Screening como apoyo al tratamiento.	EEUU

3.2. Trastornos por abuso de sustancias.

Los trastornos por abuso de sustancias hacen referencia a los problemas relacionados con el consumo abusivo de drogas. El número de artículos recuperados abordando este problema de salud mental fue de 16, estando 5 de ellos específicamente dirigidos al consumo de alcohol. Todas las intervenciones, menos una que fue realizada en Australia, se llevaron a cabo en EEUU. Los ejes de desigualdad más estudiados en este tipo de intervenciones son, por este orden: etnia/raza, socioeconómico y género y en menor medida el territorio. Los tipos de terapia utilizados varían en función del tipo de adicción y tipo de población objeto de estudio, aún así destacan la entrevista motivacional en alcohólicos o en riesgo de abuso de alcohol (Bazargan-Hejazi et al., 2005, Beckham, 2007; Field y Caetano, 2010) o el Case Management en mujeres drogodependientes (Morgenstern, Blanchard, McCrady, McVeigh, Morgan, y Pandina, 2006; Passey, Sheldrake, Leitch y Gilmore, 2007). En cuanto al tipo de atención sanitaria proporcionada, excepto una preventiva, todos son tratamientos para el abuso de sustancias.

3.2.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos por abuso de sustancias.

Para cinco de estas intervenciones la calidad metodológica fue alta, para 7 fue media y para 4 fue baja. Mientras que la efectividad fue alta en 5 intervenciones, media en 7 y baja en 4. En la tabla 4 se sintetizan las características de estas intervenciones.

Únicamente una intervención obtuvo una alta calidad metodológica y alta efectividad (Morgenstern et al., 2006), ésta se caracterizó por ser un tratamiento (Case Management) dirigido a mujeres drogodependientes en difícil situación socioeconómica.

Tabla 4. Trastornos por abuso de sustancias.

Autores	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Diseño / N / Seguimiento	Calidad metodológica	Efectividad	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
Alcoholismo									
Zimberg (1974)	TRATAMIENTO	SE	CE / 113 / 12 meses	Media	No efectiva	Hospital	No se encuentra una mejora en alcoholismo de los pacientes socialmente desaventajados.	Múltiple	EEUU
O'Malley et al. (2008)		Etnia/raza y Territorio	ECA / 169 / 16 meses	Alta	P.E.	Atención primaria	Los resultados indican que el tratamiento con naltrexona reduce el consumo de alcohol en indios americanos.	Farmacoterapia	EEUU
Field et al. (2010)		Etnia/raza	ECA / 537 / 12 meses	Baja	Efectiva	Clínico	El hecho de que el paciente y el profesional que proporciona la información coincidan en etnia, mejora la efectividad de la BMI entre Hispanos.	Entrevista motivacional breve	EEUU
Beckham (2007)		SE y Territorio	ECA / 26 / 1,5 meses	Media	Efectiva	Comunitario	La entrevista motivacional reduce el consumo de alcohol en el grupo intervención	Entrevista motivacional	EEUU

Bazargan-Hejazi et al. (2005)	PREVENCIÓN	Etnia/raza y SE	ECA / 295 / 3 meses	Alta	P.E.	Atención primaria	La entrevista motivacional breve reduce moderadamente el riesgo de beber y problemas asociados.	Entrevista motivacional	EEUU
Drogodependencias									
Teesson et al. (1999)	TRATAMIENTO	SE	CE / 83 / 12 meses	Baja	No efectiva	Atención primaria	No se encontraron cambios significativos en los pacientes en consumo de drogas y salud general.	Case management	Australia
Friedemann (1994)		Etnia/raza y SE	CE / 118 / 3 meses	Baja	Efectiva	Clínica	El grupo intervención muestra mejor funcionamiento familiar y menos recaídas.	Terapia Familiar	EEUU
Millery et al. (2002)		Etnia/raza y SE	ECA / 279 / 1 mes	Media	P.E.	Hospital	La intervención motivacional mejora los resultados del tratamiento.	Motivacional	EEUU

Hall et al. (2009)	TRATAMIENTO	Territorio	ECA / 517 / 12 meses	Media	No efectiva	Comunitario	El case management no mejora los resultados en el tratamiento en comparación con el grupo control.	Case management	EEUU
Washington (1999)		Etnia/raza, Género y SE	CE / 52 / no hay	Media	P.E.	Clínica	La intervención cognitiva tiene mejores resultados en autoeficacia, autorrealización y aspiración a empleo que la intervención experiencial.	Cognitiva vs. Experiencial	EEUU
Gilbert et al. (2006)		Etnia/raza, Género y SE	ECA / 34 / 3 meses	Alta	No efectiva	Comunitario	La intervención disminuye la probabilidad de daño físico o psicológico menor y severo en violencia doméstica a los tres meses y reduce el consumo de drogas en las mujeres del grupo intervención.	Adquisición de habilidades	EEUU
Nuttbrock et al. (2004)		Etnia/raza, Género	ECA / 179 / 6 meses	Media	Efectiva	Comunitario	Las diferencias en el grupo intervención no fueron significativas. La desintoxicación de heroína en la fase de seguimiento se asoció a la dependencia y a la desintoxicación a lo largo de la vida.	Servicios mejorados	EEUU

Killeen et al. (2004)	TRATAMIENTO	Territorio	ECA /145 / 12 meses	Media	P.E.	Clínicas	No hubo diferencias entre el grupo intervención y el grupo control en alcoholismo.	Farmacológica	EEUU
Black et al. (1994)		Etnia/raza y SE	ECA / 70 / 18 meses	Alta	P.E.	Hogar	Se observa una leve mejoría en las mujeres del grupo intervención en el uso de drogas y en el cuidado de los hijos.	Promoción de conductas adecuadas	EEUU
Passey et al. (2007)		Género y Territorio	CGC / 63 / 6 meses	Baja	P.E.	Atención primaria	En el grupo intervención se observaron mejoras significativas en la autoestima, la severidad de la dependencia, el bienestar psicológico y el funcionamiento social, con la reducción de la dependencia de drogas y el consumo de drogas	Case management	Australia
Morgenstern et al. (2006)		Género y SE	ECA / 302 / 15 meses	Alta	Efectiva	Comunitario	Los participantes en el grupo intervención tuvieron mejores resultados en el tratamiento, compromiso y retención	Case management	EEUU

3.3. Salud mental general.

Se identificaron 18 artículos que describieron intervenciones cuyo objetivo no era intervenir sobre un problema específico de salud mental, sino varios problemas de salud mental o sobre la salud mental general. Trece de estos artículos se realizaron en EEUU, 3 en Australia y uno en Canadá. Entre estos estudios hay 4 (Gallagher-Thompson et al., 2003; Belle et al. 2006; Korn et al., 2009 y Smith y Bell, 2005) que intervienen sobre la salud mental de cuidadores de pacientes con demencia, otros se enfocan en la calidad de los servicios de salud mental (Painter y Scannapieco, 2009) o en el apoyo espiritual (Wong-McDonald, 2007). Al igual que en los problemas de salud mental de los apartados anteriores, los ejes de desigualdad más estudiados son el socioeconómico y la etnia/raza. Gran parte de estos artículos estuvieron dirigidos al tratamiento, salvo 3 que fueron preventivos.

3.3.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a la salud mental general.

La calidad metodológica de 4 de estos artículos fue alta, de 12 fue media y de 2 baja. Por su parte, fueron efectivas 6 intervenciones, parcialmente efectivas 10 y no efectivas 2. La tabla 5 recoge las características de estas intervenciones

De las dos intervenciones que obtuvieron una calidad metodológica alta y una efectividad alta, una estuvo encaminada a tratar pacientes de bajo estatus socioeconómico (Drake et al., 1999), mientras que la otra intervención restante (Korn et al. 2009) estuvo dirigida a mejorar la salud mental de cuidadores de pacientes con demencia pertenecientes a minorías étnicas.

Tabla 5. Salud mental general.

Autores	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Diseño / N / Seguimiento	Calidad metodológica	Efectividad	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
Salud mental cuidadores									
Gallagher-Thompson et al. (2003)	TRATAMIENTO	Etnia/raza	CGC / 213 / 3 meses	Media	P.E.	Clínica	El grupo intervención formado por cuidadoras de pacientes con demencia muestra mejores resultados en el manejo del estrés y síntomas depresivos.	Psicoeducativa	EEUU
Smith et al. (2005)		Territorio	CE / 96 / 24 months	Media	P.E.	Servicios comunitarios	Los resultados sugieren que la intervención dirigida a las comunidades rurales para la capacitación de cuidadores mejora el uso de los servicios de apoyo, las estrategias de cuidado y el bienestar del cuidador, incluso en zonas de baja densidad de población, donde es más difícil acceder a los servicios de apoyo.	CBT	EEUU
Belle et al. (2006)		Etnia/raza	ECA / 642 / 6 meses	Alta	P.E.	Hogar	Los cuidadores hispanos y caucásicos del grupo intervención experimentaron una mejora significativa en su calidad de vida con respecto al grupo control y también los afroamericanos, aunque estos en menor medida. La prevalencia de depresión clínica entre los cuidadores del grupo intervención fue menor.	Múltiple	EEUU
Korn et al. (2009)		Etnia/raza	ECA / 42 / no descrito	Alta	Efectiva	Servicios comunitarios	Los participantes en el grupo intervención mejoran considerablemente con respecto al grupo control en: estrés, depresión, dolor y salud general.	<i>Polarity Therapy</i>	EEUU

Salud mental general									
Drake et al. (1996)	TRATAMIENTO	SE	CE / 143 / 18 meses	Media	P.E.	Clínica	Los resultados muestran como los participantes en el grupo intervención tiene mejores perspectivas para encontrar trabajo.	Promoción de empleo.	EEUU
Drake et al. (1999)		SE	ECA / 152 / 18 meses	Alta	Efectiva	Hospital	Los participantes en el grupo intervención tienen mejores aptitudes para encontrar un empleo.	Promoción de empleo.	EEUU
Jorm et al. (2004)		Territorio	ECA / 753 / 4 meses	Baja	P.E.	Atención primaria	El entrenamiento es medianamente efectivo en producir un aumento en el reconocimiento de trastornos, incremento en el grado de acuerdo con los profesionales sobre la ayuda que pueden aportar las intervenciones, disminuye la distancia social, incrementa la confianza para ayudar a los demás y la ayuda real que se puede proporcionar.	Entrenamiento en habilidades	Australia
Gold et al. (2006)		Territorio	ECA / 143 / 24 meses	Media	P.E.	Atención primaria	Se produce en el grupo intervención una mejora en las aptitudes para encontrar un empleo.	<i>Assertive community treatment + Apoyo para el empleo.</i>	EEUU
Macias et al. (1994)		Territorio	ECA / 42 / 18 meses	Media	Efectiva	Atención primaria	Los participantes en el grupo intervención muestran mejores niveles de competencia y menor sintomatología psiquiátrica.	<i>Case management</i>	EEUU
Dush et al. (2001)		SE y Territorio	ECA / 182 / 12 meses	Alta	No Efectiva	Clínica	Los datos sugieren que la utilización de servicios fue sustancialmente menor para el grupo experimental. Los resultados clínicos no fueron significativos.	Múltiple	EEUU
Painter et al. (2009)		Etnia/raza y SE	CE / 87 / no descrito	Media	Efectiva	Servicios comunitarios	Los resultados indican que reproduce una mejoría en el funcionamiento mental general de los adolescentes.	Terapia Multisistémica (Familiar)	EEUU

Wong-McDonald et al. (2007)	TRATAMIENTO	Etnia/raza	CE / 48 / 6 meses	Media	Efectiva	Servicios comunitarios	El grupo de apoyo espiritual alcanzó las metas del tratamiento en su totalidad, mientras que el grupo control lo consiguió sólo en un 57%.	Apoyo espiritual	EEUU
McDonel et al. (1997)		Territorio	ECA / 138 / 24 meses	Media	P.E.	Servicios comunitarios	Se producen mejoras moderadas en la sintomatología en pacientes.	<i>Assertive community treatment</i>	EEUU
Nagel et al. (2009)		Etnia/raza y Territorio	ECA / 49 / 18 meses	Media	P.E.	Servicios comunitarios	Se producen ventajas en para la condición tratamiento en bienestar a través del tiempo, así como en la dependencia de sustancias de abuso.	Múltiple	Australia
Roman et al. (2008)		Etnia/Raza y SE	ECA / 175 / 12 meses	Media	No efectiva	Hospital	No se encuentran diferencias ni entre las minorías ni la población general entre el grupo control y el grupo intervención, en la mejora de la atención en las emergencias psiquiátricas.	<i>Case management</i>	EEUU
Susser et al. (1998)	PREVENCIÓN	SE	ECA / 97 / 18 meses	Media	Efectiva	Servicios comunitarios	La intervención se mostró efectiva para reducir conductas de riesgo entre indigentes con enfermedad mental severa.	Entrenamiento en habilidades	EEUU
Rousseau et al. (2007)		Etnia/raza	ECA / 136 / no hay	Media	P.E.	Escuelas	La intervención moderadamente eficaz para el ajuste social de refugiados e inmigrantes en riesgo de problemas de salud mental.	Psicoeducativa	Canadá
Roberts (2010)		SE	CE / 496 / 18 meses	Media	No efectiva	Escuelas	No hay diferencias significativas entre los grupos ni en depresión ni en ansiedad.	Psicoeducativa	Australia

3.4. Trastornos de ansiedad.

Se recuperaron 16 estudios dirigidos a trastornos de ansiedad, sin embargo, gran parte de estos se centraron en el trastorno de estrés postraumático (14). Todas las intervenciones se realizaron en EEUU. En este grupo 10 intervenciones, tenían como objetivo al menos el eje de desigualdad de género. A su vez destaca el uso de la Terapia Cognitivo-Conductual, utilizada en 6 de estas intervenciones (Cohen y Hien 2006; Frueh, Monnier, Grubaugh, Elhai, Yim, y Knapp, 2007; Hien et al., 2009; Kataoka et al., 2003; Roy-Byrne et al., 2006; Zlotnick, Johnson, y Najavits, 2009). Además, todos proporcionaron una atención sanitaria de tratamiento.

3.4.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de ansiedad.

Excepto una que fue alta, todas las intervenciones presentaron una calidad metodológica media. La efectividad de las intervenciones fue media para 7 estudios y alta para 6, no obteniendo ninguna calidad baja. En la tabla 6 se resumen las características de estas intervenciones

Sólo una intervención (Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, Clum, y Young-Xu, 2008) presentó una calidad metodológica alta y una efectividad alta. Este trabajo estuvo caracterizado por ser una intervención cognitiva en mujeres que habían sufrido violencia interpersonal.

Tabla 6. Trastornos de ansiedad.

Autores	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Diseño / N / Seguimiento	Calidad metodológica	Efectividad	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
PTSD									
Cocozza et al. (2005)	TRATAMIENTO	Género	CE / 2006 / 6 meses	Media	Efectiva	Atención primaria	Los resultados muestran que el grupo intervención muestra mejoras en salud mental y abuso de sustancias.	Múltiple	EEUU
Cohen y Hien (2006)		Género y SE	CE / 107 / 9 meses	Media	P.E.	Hospital	Al final del tratamiento, en comparación con los participantes en el grupo control, los del grupo de tratamiento activo mostraron reducciones significativas en los síntomas del trastorno de estrés postraumático y los trastornos por consumo de alcohol. No así en el resto de variables.	CBT	EEUU
Zlotnick et al. (2009)		Género	ECA / 49 / no descrito	Media	P.E.	Penitenciario	Los resultados mejoran en ambas condiciones, sin embargo no hay diferencias significativas entre ellas.	CBT	EEUU
Amaro et al. (2007)		Etnia/raza - Género	CE / 342 / 12 meses	Media	Efectiva	Comunitario	Los resultados indicaron que a los 6 y 12 meses de seguimiento, los del grupo de intervención trauma, tuvieron resultados significativamente mejores en las tasas de abstinencia de drogas en los últimos 30 días, así como en la salud mental y la sintomatología de trastorno de estrés postraumático. Los resultados también mostraron que, los servicios generales, integrados fueron beneficiosos para las mujeres pertenecientes a minorías.	Múltiple	EEUU

Hien et al. (2009)	TRATAMIENTO	Género	ECA / 353 / 12 meses	Media	P.E.	Comunitario	La intervención se mostró efectiva para reducir los síntomas en TEP no así en abuso de sustancias.	CBT	EEUU
Krupnick et al. (2008)		Género y SE	ECA / 48 / 4 meses	Media	Efectiva	Hospital	Las mujeres en el grupo tratamiento vieron reducida su sintomatología depresiva y en el TEP. Así como, obtuvieron puntuaciones más bajas en cuatro de las escalas para medir el funcionamiento interpersonal.	IPT	EEUU
Lieberman et al. (2005)		Etnia/raza, Género y SE	ECA / 65 / 6 meses	Media	Efectiva	Hospital	La intervención es eficaz para la reducción de síntomas y diagnóstico en TEP.	Psicoterapia + <i>Case Management</i>	EEUU
Resick et al. (2008)		Género	ECA / 150 / 6 meses	Alta	Efectiva	Clínica	Los resultados en TEP mejoran en todas las condiciones, sien embargo, estas mejoras son significativamente mayores la terapia cognitiva.	Terapia Cognitiva.	EEUU
Padala et al. (2006)		Género	ECA / 20 / 3 meses	Media	Efectiva	Clínica	Los participantes en el grupo intervención tienen mejores puntuaciones en síntomas depresivos.	Farmacológica	EEUU
Celano et al. (1996)		Etnia/raza, Género y SE	ECA / 32 / 6 meses	Media	Efectiva	Clínica	La intervención fue más efectiva que el grupo control en apoyo, disminución de culpabilidad y expectativas.	Psicoterapia específica para PTSD	Australia
Cloitre et al. (2001)		Género	CE / 49 / no hay	Media	P.E.	Hospital	La intervención se mostró efectiva para reducir los síntomas en TEP en mujeres que no tenían trastorno límite de la personalidad.	IPT	EEUU
Feske (2008)		Etnia/raza y SE	ECA / 21 / 6 meses	Media	P.E.	Clínica	El tratamiento produce mejoras significativas en síntomas del TEP, ansiedad y depresión.	Exposición prolongada	EEUU
Frueh et al. (2007)		Territorio	ECA / 38 / 3 meses	Media	Efectiva	Clínica	El tratamiento cognitivo-conductual es igual de efectivo cara a cara que vía telemedicina.	CBT	EEUU
Kataoka et al. (2003)		Etnia/raza	CE / 229 / 3 meses	Media	Efectiva	Escolar	Los estudiantes en el grupo intervención obtienen mejores resultados en síntomas depresivos y de PTSD.	CBT	EEUU

Trastorno de pánico									
Roy-Byrne et al. (2006)	TRATAMIENTO	SE	CGC / 232 / 12 meses	Media	P.E.	Atención primaria	Los resultados muestran que el grupo intervención muestra mejoras moderadamente en síntomas clínicos.	CBT + Farmacológica	EEUU
Clayton et al. (2006)		Género	ECA / 673 / no descrito	Media	P.E.	Hospital	Los resultados en pacientes con trastorno de pánico son similares entre ambos sexos.	Farmacológica	EEUU

3.5. Trastornos psicóticos.

Se recuperaron tres artículos dirigidos a estudiar los trastornos psicóticos, todos proporcionando tratamiento a pacientes de bajo estatus socioeconómico o pertenecientes a minorías étnicas. Fueron realizados en EEUU y se centraron en la esquizofrenia.

3.5.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos psicóticos.

Dos intervenciones presentaron una calidad metodológica alta y una media. Mientras que la efectividad fue alta, media y baja, para cada uno.

El único trabajo que mostró una alta calidad metodológica y una alta efectividad fue el dirigido a pacientes con esquizofrenia como soporte para salir de una situación de desempleo (Cook et al., 2005).

3.6. Trastornos de la infancia.

En este apartado se encontraron 3 estudios, todos llevados a cabo en EEUU, dos proporcionaron tratamiento y uno prevención. Estuvieron dirigidos al trastorno negativista desafiante (Jouriles et al., 2001), retraso mental (Martin, Ramey, y Ramey, 1990) y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Owens, Murphy, Richerson, Girio, y Himawan, 2008), los dos primeros tuvieron como objetivo personas de bajo estatus socioeconómico y el último niños residentes en zonas rurales.

3.6.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de la infancia.

Las tres intervenciones tuvieron calidad metodológica media, sin embargo dos tuvieron alta efectividad y otra media.

No hubo ninguna intervención con alta calidad metodológica y alta efectividad.

3.7. Demencias.

Se identificaron 2 artículos donde el problema de salud mental objeto de estudio fue la demencia. Una proporcionó tratamiento para el Alzheimer a residentes en zonas rurales (Ishizaki et al., 2002). El otro estudio se dirigió a la prevención de demencias en poblaciones de bajo estatus socioeconómico y pertenecientes a minorías étnicas (Carlson et al., 2009).

3.7.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a demencias.

Las dos intervenciones mostraron una calidad metodológica media. En cuanto a la efectividad fue alta para una intervención (Ishizaki et al., 2002) y media para otra (Carlson et al., 2009).

Ninguno de los trabajos presentó una alta calidad metodológica y una alta efectividad.

3.8. Trastornos de personalidad.

Se recuperaron dos trabajos dirigidos a trastornos de la personalidad, a la prevención de conductas antisociales, ambos realizados en EEUU. Estuvieron dirigidas a poblaciones de bajo estatus socioeconómico (Bierman et al., 2007) y una de ellas además a minorías étnicas (Brotman, Klein, Kamboukos, Brown, Coard, y Sosinsky, 2003).

3.8.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de personalidad.

Una intervención tuvo una calidad metodológica alta (Bierman et al., 2007) mientras que otra media (Brotman et al., 2003), no obstante las dos tuvieron una efectividad media.

No hubo ninguna intervención con alta calidad metodológica y alta efectividad.

3.9. Trastornos de la alimentación.

Se recuperó un artículo sobre bulimia nerviosa (Mitchell et al., 2008) que consistió en la aplicación de tratamiento cognitivo conductual (telemedicina vs. cara a cara), en pacientes residentes en zonas rurales.

3.9.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos de la alimentación.

La calidad metodológica de esta intervención fue alta, mientras que su efectividad fue media.

3.10. Trastornos del sueño.

Se identificó un dirigido a tratar el insomnio en ancianos residentes en zonas rurales (McCrae, McGovern, Lukefahr, y Stripling, 2007), a través de una breve intervención conductual.

3.10.1. Calidad metodológica y efectividad de las intervenciones dirigidas a trastornos del sueño.

Esta intervención presentó una calidad metodológica baja y una efectividad alta.

Las características de aquellas intervenciones en las que se encontraron 3 o menos trabajos referidos a un mismo tipo de problema de salud mental se recogen en tabla 7.

Tabla 7. Otros trastornos de salud mental.

Autores	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Diseño / N / Seguimiento	Calidad metodológica	Efectividad	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
Trastornos Psicóticos									
Telles et al. (1995)	TRATAMIENTO	Etnia/raza y SE	ECA / 40 / 12 months	Alta	No efectiva	Clínica	Los resultados no apoyaron los efectos benéficos de la terapia en minorías étnicas socialmente desaventajadas.	CBT + Farmacológica	EEUU
Patterson et al. (2005)		Etnia/raza	ECA / 29 / 18 months	Media	P.E.	Clínica	Rendimiento de los pacientes tratados con PEDAL sobre habilidades para la vida cotidiana mejoraron después de la intervención y mejor a los 6 meses de seguimiento y a los 12 meses, sin embargo, posteriormente el efecto del tratamiento decae.	CBT	EEUU
Cook et. al (2005)		SE	ECA / 1273 / 24 meses	Alta	Efectiva	Clínica	Los resultados muestran como el apoyo al empleo adjunto al tratamiento tiene mejores resultados que el tratamiento habitual.	Promoción del empleo como apoyo al tratamiento.	EEUU
Trastornos de la infancia									
Jouriles et al. (2001)	TRATAMIENTO	SE	ECA / 36 / 16 meses	Media	Efectiva	Hogar	La proporción de niños con niveles clínicos disminuye en el grupo intervención.	Apoyo social y emocional y entrenamiento en habilidades.	EEUU
Owens et al. (2008)		Territorio	ECA / 117 / no descrito	Alta	P.E.	Escolar	En los niños del grupo tratamiento se produjo una reducción en hiperactividad y conductas agresivas.	Múltiple	EEUU

Martin et al. (1990)	PREVENCIÓN	SE	ECA / 120 / 54 meses	Media	Efectiva	Atención primaria	Los niños en el grupo intervención mostraron menos signos de retraso mental que los niños del grupo control.	Educacional	EEUU
Trastornos de Personalidad									
Bierman et al. (2007)	PREVENCIÓN	SE	ECA / 891 / 10 años	Alta	P.E.	Escolar	La proporción de niños en riesgo de estar en niveles clínicos disminuye en el grupo intervención.	Múltiple	EEUU
Brotman et al (2003)		Etnia/raza y SE	ECA / 30 / 6 meses	Media	P.E.	Hogar y clínica	Los resultados muestran que la prevención en conducta antisocial tiene resultados positivos en cuando se implica a la familia. No obstante, el nivel de agresión de los padres no tuvo cambios significativos.	CBT	EEUU
Demencias									
Ishizaki et al. (2002)	TRATAMIENTO	Territorio	CE / 25 / 9 meses	Media	Efectiva	Atención primaria	En el grupo experimental aparecen mejoras significativas en fluencia verbal, también en global clinical measure, the observation scale y the projective test. Niveles más altos en el MMSE y digit span.	CBT	Japón
Carlson et al. (2009)	PREVENCIÓN	Etnia/raza y SE	CE / 17 / 6 meses	Media	Efectiva	Escolar	La intervención produce efectos positivos a corto plazo en la función ejecutiva y en la region cortical prefrontal.	Múltiple	EEUU

Trastornos de la alimentación									
Mitchell et al. (2008)	TRATAMIENTO	Territorio	CE / 128 /	Alta	P.E.	Clínica	La retención del tratamiento era comparable tanto para el tratamiento cognitivo conductual cara a cara como para el tratamiento cognitivo conductual vía telemedicina. Sin embargo, aquellos pacientes tratados en la modalidad cara a cara experimentaban una mayor reducción de los pensamientos sobre desordenes alimenticios y sobre síntomas depresivos.	CBT (Cara a cara vs. Telemedicina)	EEUU
Trastornos del sueño									
McCrae et al. (2007)	TRATAMIENTO	Territorio	ECA / 20 / 1 semana	Baja	Efectiva	Atención primaria	Los pacientes del grupo tratamiento presentaron significativamente menos síntomas para diagnosticar insomnio que aquellos del grupo control.	Intervención conductual	EEUU

4. Resultados del análisis global de la efectividad en función del tipo de trastorno y el tipo de desigualdad.

Una vez determinada la efectividad y las características de las intervenciones, se analizó la efectividad de las intervenciones con respecto al tipo de trastorno y tipo de desigualdad al que iban dirigidas, excluyendo las intervenciones con baja calidad metodológica (tabla 8). Uno de los resultados más destacables es la efectividad que se encontró en aquellas intervenciones dirigidas a los trastornos de ansiedad, especialmente al PTSD, donde un 56,25% de las intervenciones fueron efectivas, principalmente dirigidas a mujeres. Por su parte, en los trastornos del estado de ánimo, el porcentaje de intervenciones efectivas fue del 45,16%, sobresaliendo las intervenciones que actuaron sobre minorías étnicas y/o personas de bajo estatus socioeconómico, donde las intervenciones efectivas están por encima del 50%. De otro lado, cabe resaltar el bajo porcentaje de intervenciones efectivas tanto en salud mental general (35,29) como en abuso de sustancias (25%). Por último, aquellos problemas donde se identificaron menos intervenciones como los trastornos psicóticos o los trastornos de la infancia tuvieron un porcentaje de intervenciones efectivas de un 33,33% y un 66,66% respectivamente.

Tabla 8. Efectividad de las intervenciones por tipo de trastorno y tipo de desigualdad.

	SE (N= 15)	Etnia/Raza (N= 11)	Territorio (N= 16)	Género (N= 9)	SE y Etnia/Raza (N= 14)	SE, género y Etnia/Raza (N= 5)	SE y Género (N= 4)	Etnia/Raza y Territorio (N= 3)	Género y Etnia/Raza (N= 2)	SE y Territorio (N= 2)	SE, Etnia/Raza y Territorio (N= 1)	TOTAL
Trastornos del estado de ánimo (N= 31)												
Efectiva (%)	3 (50)	3 (75)	-	2 (100)	4 (57,14)	1 (100)	-	1 (100)	-	-	-	14 (45,16)
Parcialmente Efectiva (%)	3 (50)	1 (25)	6 (75)	-	1 (14,29)	-	-	-	-	-	-	11 (35,48)
No efectiva (%)	-	-	2 (25)	-	2 (28,57)	-	1 (100)	-	-	-	1 (100)	6 (19,35)
Abuso de sustancias (N= 12)												
Efectiva (%)	-	-	-	-	-	-	1 (100)	-	1 (100)	1 (100)	-	3 (25)
Parcialmente Efectiva (%)	-	-	1 (50)	-	3 (100)	1 (50)	-	1 (100)	-	-	-	6 (50)
No efectiva (%)	1 (100)	-	1 (50)	-	-	1 (50)	-	-	-	-	-	3 (25)
Salud mental general (N= 17)												
Efectiva (%)	2 (50)	2 (40)	1 (25)	-	1 (50)	-	-	-	-	-	-	6 (35,29)
Parcialmente Efectiva (%)	1 (25)	3 (60)	3 (75)	-	-	-	-	1 (100)	-	-	-	8 (47,06)
No efectiva (%)	1 (25)	-	-	-	1 (50)	-	-	-	-	1 (100)	-	3 (17,65)
Trastornos de Ansiedad (N= 16)												
Efectiva (%)	-	1 (100)	1 (100)	3 (42,86)	-	2 (100)	1 (50)	-	1 (100)	-	-	9 (56,25)
Parcialmente Efectiva (%)	1 (100)	-	-	4 (57,14)	1 (100)	-	1 (50)	-	-	-	-	7 (43,75)
No efectiva (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 (0)
Trastornos Psíquicos (N= 3)												
Efectiva (%)	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (33,33)
Parcialmente Efectiva (%)	-	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (33,33)
No efectiva (%)	-	-	-	-	1 (100)	-	-	-	-	-	-	1 (33,33)

Trastornos de la Infancia (N= 3)												
Efectiva (%)	2 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 (66,66)
Parcialmente Efectiva (%)	-	-	1 (100)	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (33,33)
No efectiva (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0 (0)

5. Resultados de estudios con valoración del coste de las intervenciones.

Se identificaron 7 estudios que analizaron los costes de algunas de las intervenciones para disminuir desigualdades (tabla 8). Todos estos análisis tuvieron lugar en EEUU, y se enfocaron en diferentes tipos de desigualdad, destacando aquellas dirigidas a personas con bajo estatus socioeconómico, residentes en zonas rurales y a mujeres.

De las 7 evaluaciones económicas registradas, cuatro de ellas estuvieron dirigidas al trastorno depresivo mayor y a su vez, todas ellas hicieron un análisis del coste efectividad de las intervenciones. De tal modo, Revicki et al. (2005) y Schoenbaum et al. (2005) analizaron los costes de las intervenciones llevadas a cabo por Miranda et al. (2003a) y Sherbourne et al. (2004) respectivamente, ambas basadas en la CBT y terapia farmacológica, encontrando que estas intervenciones eran costo efectivas con respecto al grupo que recibió cuidado usual. Revicki et al. (2005), evaluó los resultados en depresión en mujeres pertenecientes a minorías étnicas y con bajos ingresos, encontrando que aunque tanto la farmacoterapia (\$16,068 por QALY) como la CBT (\$17,624 por QALY) aumentaban los costes del tratamiento, sus resultados disminuían significativamente los síntomas depresivos con respecto al grupo de tratamiento usual. En cuanto a la calidad metodológica del análisis de coste, obtuvo una puntuación considerable de 76 sobre 100. Schoenbaum et al. (2005), en cambio, comparó las diferencias por género en el tratamiento de la depresión con CBT y farmacoterapia, observando que ambas reducían los síntomas depresivos en mujeres, con un coste adicional por QALY de \$23,600 o menor para la farmacoterapia y de \$12,500 o menor para la CBT. Además, obtuvo una calidad metodológica de 72 sobre 100. Por su parte, Pyne, Rost, Zhang, Williams, Smith, y Fortney (2003), valorando los costes de la intervención para la mejora de la calidad en el tratamiento de la depresión realizada por Smith et al. (2000) en zonas rurales, concluyó que la intervención fue costo efectiva con respecto al tratamiento usual, con un coste adicional por QALY de \$15,463, además fue costo efectiva comparada con el umbral utilizado en intervenciones similares en atención primaria. Su calidad metodológica fue la más alta de los estudios analizados con 84 sobre 100.

Sin embargo, estos mismos resultados no se repitieron en la intervención de Jarjoura et al. (2004), dirigida a mejorar la calidad del tratamiento recibido en depresión en personas sin hogar, donde se valoró la relación entre la calidad de vida y los costes de la atención sanitaria, no encontrándose diferencias entre el grupo control y el grupo intervención. Por otro lado, la calidad metodológica fue baja, no superando el punto de corte que asegure unas mínimas garantías del análisis (>60) con 42 sobre 100.

El resto de valoraciones económicas se dirigieron a diferentes problemas de salud mental. En este sentido, Beckham (2007) se propuso reducir los costes de la atención sanitaria en alcohólicos a través de la entrevista motivacional, señalando que ésta puede reducir los gastos ocasionados por el alcoholismo a largo plazo. Dush et al. (2001) redujo un 27% los gastos de una intervención múltiple en diferentes problemas psiquiátricos, sin embargo no encontró diferencias significativas entre el grupo control e intervención. Finalmente, Domino, Morrissey, Nadlicki-Patterson y Chung (2005), evaluó los costes de una intervención en mujeres con trastorno de estrés postraumático con problemas asociados, sus resultados indicaron que la intervención fue costo efectiva en relación al cuidado habitual.

Tabla 9. Costes de las intervenciones.

Estudio económico / Estudio de referencia	Atención sanitaria	Eje de desigualdad	Método	Evaluación del coste	Efectividad	Calidad Metodológica	Setting	Principales resultados	Tipo de intervención	País
Trastorno Depresivo Mayor										
Revicki et al. (2005) / Miranda et al. (2003a)	TRATAMIENTO	Etnia/Raza, género y SE	Coste efectividad	La calidad de vida ajustada por año (QALY)	Efectiva	76 / 100	Servicios comunitarios y clínicas	El coste adicional por día sin depresión fue \$ 24,65 por farmacoterapia y \$ 27,04 para la CBT comparada con los servicios comunitarios. No obstante, el tratamiento farmacológico y las intervenciones de CBT eran costo efectivas con respecto a los servicios comunitarios.	CBT / Farmacológica	EEUU
Pyne et al. (2003) / Smith et al. (2000)		Territorio	Coste efectividad	La calidad de vida ajustada por año (QALY)	P.E.	84 / 100	Atención primaria	La media en el incremento del ratio en coste-efectividad fue de \$15,463 por QALY. La intervención en mejora de la calidad en el tratamiento de la depresión fue costo efectiva con respecto al tratamiento usual.	Múltiple	EEUU
Schoenbaum et al. (2005) / Sherbourne et al. (2004)		Género	Coste efectividad	La calidad de vida ajustada por año (QALY)	Efectiva	72 / 100	Atención primaria	Para las mujeres, los costos estimados por QALY fueron \$ 23.600 o menos durante QI-Meds y \$ 12.500 o más adelante bajo QI-Terapia.QI-Meds y QI-Therapy se mostraron costo efectivas en el caso de las mujeres, sin embargo, las diferencias son moderadas.	CBT / Farmacológica	EEUU

Jarjoura et al. (2004) / Jarjoura et al. (2004)	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	SE	Coste efectividad	Relación entre costes y calidad de vida	P.E.	42 / 100	Clínica	No se encontraron diferencias entre el grupo control e intervención en la relación entre costes y calidad de vida.	Múltiple	EEUU
Otros trastornos mentales										
Beckham (2007) / Beckham (2007)	TRATAMIENTO	SE y Territorio	Reducción de costes	Control de los costes de la intervención	Efectiva		Comunitario	La entrevista motivacional puede reducir los costos ocasionados por el consumo de alcohol.	Entrevista motivacional	EEUU
Dush et al. (2001) / Dush et al. (2001)		SE y Territorio	Reducción de costes	Los costes se redujeron en un 27% en el grupo experimental.	No Efectiva		Clínica	Tras la reducción de costes en la intervención no se encontraron diferencias entre grupo control e intervención en cuanto a efectividad.	Múltiple	EEUU
Domino et al. (2005) / Coccozza et al. (2005)		Género	Coste de servicios	Coste de la atención sanitaria	Efectiva		Atención primaria	Los resultados indican que los costos de la intervención se mantienen en comparación con la atención habitual que reciben las mujeres en el grupo control, y a su vez la intervención fue más efectiva.	Múltiple	EEUU

DISCUSIÓN

1. Principales hallazgos.

Se han identificado 99 artículos sobre estudios que analizan la efectividad de intervenciones dirigidas a la atención sanitaria de la salud mental de poblaciones desfavorecidas. El país donde se han llevado a cabo la mayoría de las intervenciones ha sido EEUU, ninguna se realizó en España y sólo una en Europa, en el Reino Unido. Gran parte de estos artículos han sido publicados a partir del año 2000. Los ejes de desigualdad a los que se dirigen las intervenciones principalmente son el bajo estatus socioeconómico y la etnia/raza, seguidos por el territorio y en menor número a las desigualdades de género. Las intervenciones se enfocan generalmente en el tratamiento, cuatro de ellas acompañadas de diagnóstico, y en menor grado a la prevención. Los tipos de problemas de salud mental que han sido identificados en la revisión han sido: los trastornos del estado de ánimo, los trastornos por abuso de sustancias, salud mental general, los trastornos de ansiedad, demencias, trastornos psicóticos, trastornos de inicio en la infancia, trastornos de la personalidad, trastornos de la alimentación y trastornos del sueño. No obstante, sólo se obtuvo un número considerable de intervenciones en los trastornos del estado de ánimo, los trastornos por abuso de sustancias, salud mental general y los trastornos de ansiedad, por lo que fue de estos problemas de salud mental de los que pudo hacerse un análisis más exhaustivo; del mismo modo, la efectividad de estos tipos de trastornos ha sido en su mayoría media y alta, apuntando a su utilidad en poblaciones desfavorecidas. En cuanto a las valoraciones económicas de aquellas intervenciones dirigidas a disminuir desigualdades, el problema de salud mental donde están más desarrolladas en el trastorno depresivo mayor, mostrándose la CBT, farmacología y la terapia en mejora de la calidad (múltiple) como tratamientos costo efectivos.

2. Fortalezas y limitaciones.

Una de las principales fortalezas de este estudio es la calidad de las fuentes de información. Se han consultado cuatro de las bases de datos bibliográficas más relevantes sobre investigación biomédica, implementándose estrategias de búsqueda específicas para cada una de ellas. Además, se han realizado búsquedas a través de

palabras clave en más de 20 bases de datos y portales de literatura biomédica adicionales. Se han consultado portales específicos de literatura gris y se ha llevado a cabo una búsqueda manual de artículos a través de la consulta de otras revisiones sistemáticas o de estudios originales no restringiéndose por idioma o por año de publicación. Todo ello ha conllevado que se haya tenido acceso a una gran cantidad de información, que ha permitido clasificar y analizar las diferentes intervenciones en función de las principales características que son objeto de estudio en este trabajo: Eje de desigualdad, problema de salud mental y atención sanitaria.

En lo que a las limitaciones se refiere, cabe la posibilidad de que se haya incurrido en un sesgo de publicación, es decir, que la probabilidad de que las intervenciones efectivas hayan sido publicadas es mayor frente a aquellas que no han sido efectivas. En caso de existir este sesgo, el efecto de las intervenciones se estaría sobreestimando.

Otro punto a destacar, es la dificultad que conlleva evaluar de forma conjunta la efectividad de intervenciones realizadas en diferentes países con diferentes sistemas sanitarios. Debido a ello se seleccionaron sólo aquellas intervenciones que tuvieran lugar en países de la OCDE (OECD, 2011), ya que presentan un grado de desarrollo económico similar y por tanto son más fácilmente comparables. Sin embargo, en EEUU gran parte de la atención sanitaria tiene un carácter privado, mientras que la mayoría de países de la OCDE (OECD, 2011) tienen una cobertura sanitaria universal. Este hecho podría suponer una limitación ya que el que la atención sanitaria sea pública o privada puede provocar en sí un tipo de desigualdad.

Por otra parte, es necesario señalar que, aunque se ha realizado un importante trabajo de síntesis, en algunos grupos existe cierta heterogeneidad en las intervenciones. De tal modo, el grupo de salud mental general contiene intervenciones como las dirigidas a cuidadores de pacientes de demencia con puntuaciones clínicas en estrés o depresión, o estudios que contemplan varios problemas de salud mental como la esquizofrenia, los trastornos depresivos o los de ansiedad. Así mismo, en el grupo de trastornos de ansiedad, la mayoría de las intervenciones se enfocan en el trastorno de estrés postraumático, asociado a su vez en algunos casos al abuso de sustancias. Esta

variabilidad puede ser una limitación a la hora de analizar la efectividad de las intervenciones de forma conjunta.

La idea inicial fue evaluar las intervenciones en poblaciones desfavorecidas en comparación con aquellas no desfavorecidas. Para ello, era necesario que las intervenciones midieran los resultados antes y después de la intervención y a su vez compararan los resultados con las poblaciones no desfavorecidas. Sin embargo, este hecho rara vez se ha descrito en las intervenciones que quedan recogidas en esta revisión. En consecuencia, sólo se ha tenido en cuenta el grado de mejora que ha producido la intervención en la población desfavorecida.

Por último, otra limitación a destacar es la necesidad de contar con diagnósticos basados en el DSM o ICD, o criterios médicos, para determinar que se está tratando un problema de salud mental. Este aspecto ha provocado que queden excluidos de la revisión una considerable cantidad de artículos por no definir un problema de salud mental en base a los criterios comentados anteriormente.

3. Discusión de las características y efectividad de las intervenciones.

Cabe destacar el hecho de que más de dos tercios de las intervenciones se hayan realizado en EEUU por tan solo 14 en el resto de países de la OCDE, y únicamente representados por los países de Australia, Japón, México, Reino Unido y Canadá. Esto puede tener su causa en que en EEUU existen mayores desigualdades, al menos económicas (Belle & Doucet, 2003), con respecto a otros países desarrollados. No obstante, si tenemos en cuenta que las desigualdades sociales se dan en la totalidad de los países de la OCDE (WHO, 2008), se puede deducir que tanto el estudio de las desigualdades en la atención sanitaria como de la efectividad de las intervenciones diseñadas para disminuir estas desigualdades, está más avanzado en este país. Sin embargo, las intervenciones no realizadas en EEUU se caracterizan porque más de la mitad se han publicado con posterioridad al año 2005, lo cual puede indicar una mayor concienciación sobre el problema de las desigualdades y al mismo tiempo una creciente intención de actuar sobre ellas.

En cualquier caso, exceptuando una publicación realizada en 1974, todas las intervenciones han sido publicadas a partir de los años 90 y han ido aumentando progresivamente hasta la actualidad, denotando un aumento del interés en el estudio de la salud mental en poblaciones desfavorecidas.

En cuanto a la atención sanitaria proporcionada, el tipo más numeroso es el tratamiento, enfocado en tratar directamente el trastorno mental o en los problemas asociados, además 4 de estos tratamientos intervinieron también para el diagnóstico, aunque con efectividad parcial o nula. En cuanto a la prevención, se identificaron 18 artículos, pero la mayoría de ellos tuvieron media o baja efectividad. En esta línea, algunos autores han apuntado a que en Salud mental los programas preventivos funcionan sólo en algunas ocasiones, y además no están claros los factores que determinan su eficacia (Waddell, McEwan, Peters, Hua, y Garland, 2007; Clarke et al., 2001; Dadds, Spence, Holland, Barrett, y Laurens, 1997). Actualmente, la investigación en prevención -además de estudiar los efectos de una intervención- está empezando a centrarse en identificar cuáles son los factores responsables de que un programa preventivo funcione (predictores de eficacia). En este sentido, Los resultados de diferentes trabajos hacen pensar que las intervenciones preventivas para que sean eficaces tienen que tener en cuenta el riesgo inicial de los participantes y que utilicen técnicas específicas dependiendo del grupo al que se dirigen. Al mismo tiempo, en medicina basada en la evidencia, el ensayo clínico aleatorizado es altamente aceptado como el diseño ideal. Sin embargo, en prevención, la investigación a través del ensayo clínico aleatorizado tiene sus limitaciones.

Alrededor de la mitad de intervenciones se dirigen a poblaciones de bajos niveles socioeconómicos, a minorías étnicas, o a personas que comparten ambas desventajas, seguidas por las intervenciones dirigidas a zonas rurales, donde la atención sanitaria tiende a ser de peor calidad que en las zonas urbanas, mientras que son menos las dirigidas a abordar otros tipos de desigualdades como el género. Este hecho puede tener su base en que, en primer lugar las desigualdades de clase social y en segundo las de etnia/raza, fueron las primeras en provocar el interés de los investigadores y a su vez, concentrar el mayor número de estudios en desigualdades en salud.

En lo que respecta a donde se ha llevado a cabo la intervención: “*setting*”, destacan los centros de atención primaria y las clínicas y hospitales donde se han realizado más de la mitad de los estudios. También es remarcable el alto número de intervenciones puestas en práctica a través de los servicios comunitarios, la mayoría de estos artículos parten del sistema sanitario para delegar en los servicios comunitarios en lo que a la implementación de la intervención se refiere.

4. Discusión por tipo de trastorno.

4.1. Trastornos del Estado de Ánimo.

El grupo de los trastornos del estado de ánimo es el más numeroso con 37 artículos identificados. Teniendo en cuenta que es uno de los problemas de salud más prevalentes (Kessler, 2005; Alonso et al. 2004), era de esperar que se encontraran estos resultados. Asimismo, el estudio de intervenciones en los trastornos del estado de ánimo en poblaciones desfavorecidas, principalmente en minorías étnicas, ha sido abordado por algunos autores (Cabassa y Hansen, 2007), señalando la mejoría que se produce. En la presente revisión, gran parte de estas intervenciones estuvieron dirigidas a minorías étnicas o personas de bajo estatus socioeconómico. Atendiendo a aquellas siete intervenciones efectivas y con alta calidad metodológica, todas ellas realizadas en EEUU, existen varios aspectos a destacar. En primer lugar, cuatro de ellas están enfocadas específicamente en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, mientras que las tres restantes se dirigen a los trastornos depresivos en general. Sólo una de ellas fue una intervención preventiva (Peden et al. 2005), dirigida a madres solteras con bajos ingresos en riesgo de depresión. En segundo lugar, cinco de las siete intervenciones (Ngo et al., 2009; Miranda et al., 2003; Ciechanowski et al., 2004; Areán et al., 2005; Peden et al., 2005) utilizaron una intervención cognitivo conductual para tratar los trastornos del estado de ánimo, lo cual viene a corroborar lo apuntado en población general donde esta terapia es uno de los tratamientos eficaces reconocidos (Hollon, Thase, y Markowitz, 2002; Gelenberg et al., 2010). Por último, habría que destacar que, exceptuando una intervención dirigida a las diferencias de género (Sherbourne et al., 2004), el resto implican la participación de minorías étnicas y/o

personas de bajo estatus socioeconómico. En esta misma línea, y con posterioridad a la búsqueda realizada en esta revisión, se ha encontrado un estudio cuyo objetivo fue el tratamiento de la depresión en minorías étnicas en Holanda (Blom, Hoek, Spinhoven, Hoencamp, Haffmans, y Van Dyck, 2010), lo cual podría apuntar al inicio de la aplicación de intervenciones en poblaciones desfavorecidas en Europa.

4.2. Trastornos por Abuso de Sustancias.

En este grupo cabía esperar que se recuperaran un mayor número de estudios de lo que finalmente se hizo, 16, ya que el consumo de sustancias y su repercusión en la salud suele ser mayor en poblaciones desfavorecidas y zonas marginales (Galea y Vlahov, 2002). No obstante, el no haber recuperado más artículos para la revisión puede tener su base en el criterio de inclusión que se refiere a la participación del sistema sanitario en la intervención. Durante la lectura de resúmenes y posteriormente de documentos a texto completo, se encontraron numerosos artículos interviniendo en drogodependencias en los que la participación del sistema sanitario fue inexistente, siendo los responsables de estos trabajos asociaciones, organizaciones no gubernamentales o escuelas. En lo que atañe a los estudios incluidos en la revisión, los ejes de desigualdad más estudiados fueron la etnia/raza y/o el estatus socioeconómico. Tan sólo un estudio fue altamente efectivo y obtuvo una alta calidad metodológica (Morgenstern et al., 2006), esta intervención se presentó como un apoyo (*Case Management*) a mujeres drogodependientes, que estaban dentro de un programa a familias necesitadas. El número de intervenciones dirigidas específicamente al abuso de alcohol fue de 5. Tres de ellas utilizaron la entrevista motivacional, que se ha mostrado como un tratamiento efectivo en el alcoholismo (Vasilaki, Hosier, y Cox, 2006) en población no desfavorecida. Sin embargo, las dos intervenciones que se mostraron altamente efectivas tienen calidad metodológica baja (Field et al., 2010) y media (Beckham, 2007), por la que hay que ser cautos a la hora de sacar conclusiones acerca de su efectividad.

4.3. Trastornos de Ansiedad.

En los trastornos de ansiedad destacan las intervenciones dirigidas al trastorno por estrés postraumático, con 14 de los 16 que componen el grupo, los dos estudios restantes van dirigidos al trastorno de pánico. Estos resultados no se corresponden con los datos de prevalencia de este tipo de trastornos, donde por ejemplo la fobia específica o fobia social están por delante en incidencia del trastorno por estrés postraumático o del trastorno de pánico (Kessler et al., 2005; Baumeister y Härter, 2007). Sin embargo, el hecho de que se hayan identificado 14 intervenciones en trastorno por estrés postraumático, tiene su base en que este problema puede llevar implícita una desigualdad de género, ya que puede estar provocado por el maltrato o el abuso. De este modo, 11 de las 14 intervenciones hacia el trastorno por estrés postraumático se enfocan en la desigualdad de género solamente o acompañada de otro eje de desigualdad. Al igual que en los trastornos del estado de ánimo, en este grupo destaca el uso de la terapia cognitivo conductual en 6 intervenciones (Cohen y Hien, 2006; Kataoka et al., 2003; Hien et al., 2009; Zlotnick et al., 2009; Roy-Byrne et al., 2006; Frueh et al., 2007), obteniendo todas calidad metodológica y efectividad media, salvo dos intervenciones que fueron altamente efectivas (Kataoka et al., 2003; Frueh et al., 2007). Estos resultados sobre la positiva respuesta de las mujeres al tratamiento ha sido apuntada en otras investigaciones, no sólo con la CBT, sino también con respecto a farmacoterapia y las terapias psicodinámicas (Foa, Keane, Friedman, y Cohen, 2009; Gavrilovic, Schutzwahl, Fazel, y Priebe, 2005). No obstante, la única intervención con alta calidad metodológica y efectiva fue la intervención de Resick et al. (2008), que utilizó la terapia de procesamiento cognitivo para tratar a mujeres que habían sufrido violencia doméstica, obteniendo grandes mejorías en síntomas del trastorno por estrés postraumático y problemas asociados. Por el contrario, las dos intervenciones dirigidas al trastorno de pánico realizadas por Roy-Byrne et al. (2006) y Clayton et al. (2006) tuvieron una calidad metodológica media y se mostraron parcialmente efectivas, interviniendo en personas de bajo estatus socioeconómico y mujeres respectivamente.

4.4. Salud Mental general.

Como se ha comentado en fortalezas y limitaciones, este grupo es el que presenta una mayor heterogeneidad en lo que a problemas de salud mental se refiere. De tal modo, las intervenciones incluidas en este grupo van desde la atención a la salud mental de cuidadores de pacientes con Alzheimer (Gallagher-Thompson et al., 2003; Belle et al. 2006 y Korn et al., 2009) hasta una intervención de apoyo espiritual en pacientes con diferentes trastornos de salud mental como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de pánico (Wong-McDonald; 2007). Por tanto, se antoja difícil hacer un análisis global de este tipo de intervenciones. No obstante, si se atiende al tipo de desigualdad al que se dirigen se pueden encontrar ciertas similitudes entre ellas. En este sentido, las intervenciones que actúan en zonas rurales se caracterizan por mejorar las condiciones de tratamiento a la salud mental en general. Esta desigualdad ha sido puesta de manifiesto en varias investigaciones (Freiman y Zuvekas, 2000; McCarthy y Blow, 2004; Sullivan et al., 1999; Hauenstein et al., 2006), sin embargo, ninguna de ellas se ha mostrado altamente efectiva y con alta calidad metodológica. Aún así, es destacable el trabajo de Dush et al. (2001), cuyo objetivo fue reducir los costes del tratamiento en zonas rurales con pacientes de bajo estatus socioeconómico y obtuvo una calidad metodológica alta; ésta intervención estuvo basada en el apoyo y consejo en el hogar, la rápida respuesta y el *Case Management*, consiguiendo reducir el uso de servicios en el grupo experimental, aunque sin diferencias clínicamente significativas con respecto al grupo control. Por otra parte, en las 6 intervenciones centradas en minorías étnicas, tres de ellas se dirigieron a tratar el estrés y la depresión de cuidadores de pacientes con Alzheimer, siendo la intervención de Korn et al. (2009) la única con calidad metodológica alta y altamente efectiva. Ésta consistió en una terapia basada en la medicina alternativa que disminuyó la ansiedad y la depresión, entre otras variables, en cuidadores nativos americanos. En esta línea, algunos estudios han señalado la importancia de diseñar intervenciones específicas para disminuir desigualdades en estas minorías debido a sus propias características culturales (Vickrey, Strickland, Fitten, Adams, Ortiz, y Hays 2007). Con respecto a las intervenciones restantes, destaca la realizada por Drake et al. (1999), altamente efectiva y con alta calidad metodológica, diseñada como apoyo a la búsqueda de

empleo en la rehabilitación de enfermedades mentales severas, obtuvo buenos resultados en una población con bajo estatus socioeconómico.

4.5. Otros problemas de salud mental.

El resto de problemas de salud mental de los que no se obtuvo un número considerable de artículos para ser analizados como grupo son: los trastornos psicóticos, los trastornos de inicio en la infancia, las demencias, los trastornos de personalidad, los trastornos de la alimentación y los trastornos del sueño.

Las tres intervenciones en trastornos psicóticos se enfocan en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia pertenecientes a minorías étnicas y/o de bajo estatus socioeconómico. Algunos estudios han relacionado los trastornos psicóticos con el bajo estatus socioeconómico o las minorías étnicas (Harrison et al., 2001; Boydell et al., 2004; Veling et al., 2007; Fearon et al. 2006), apuntando a la mayor incidencia de este tipo de trastornos en estas poblaciones. En este sentido, las intervenciones identificadas han tratado de mejorar la salud de poblaciones de bajo estatus socioeconómico o minorías étnicas de diferente forma. Cook et al. (2005) aplicaron un programa de apoyo al empleo en combinación con la rehabilitación clínica en pacientes de bajo estatus socioeconómico, obteniendo significativas mejorías en el grupo experimental, además este estudio tuvo una alta calidad metodológica. En cambio, Patterson et al. (2005) obtuvo una efectividad moderada en una intervención cognitivo conductual en pacientes latinos. Mientras que Telles et al. (1995) tampoco obtuvo resultados completamente satisfactorios en una intervención en familias de inmigrantes con esquizofrenia.

En lo que respecta a los trastornos de inicio en la infancia, cada una de las intervenciones identificadas se dirige a un problema diferente de salud. Dos de ellas actúan sobre poblaciones de bajo estatus socioeconómico. Así, Martin et al. (1990), se enfoca en la prevención del retraso mental a través de un programa educacional. Por su parte, Jouriles et al. (2001), interviene en el hogar de mujeres maltratadas con bajos ingresos, cuyos hijos tienen trastorno negativista desafiante. Ambas son efectivas, sin

embargo tienen una calidad metodológica moderada. Las desigualdades socioeconómicas en la salud mental de niños, han sido señaladas anteriormente en diversos artículos. De este modo, Jansen et al. (2009) apuntaba a los problemas de conducta en niños de familias de bajo estatus socioeconómico y a su vez señalaba que podía ser causa de futuros problemas de salud en la vida adulta (Najman, Aird, Bor, O'Callaghan, Williams, y Shuttlewood, 2004). Debido a ello, resulta llamativo que tan sólo se hayan identificado dos intervenciones de este tipo. Una tercera intervención (Owens et al., 2008), estuvo dirigida al tratamiento de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad residentes en zonas rurales, siendo parcialmente efectiva.

En demencias se encontraron dos intervenciones, una de ellas dirigidas al tratamiento del Alzheimer en zonas rurales, llevada a cabo por Ishizaki et al. (2003) en Japón y otra realizada por Carlson et al. (2009), de carácter preventivo, sobre personas con bajos ingresos y pertenecientes a minorías étnicas. Ambas tuvieron efectividad parcial y calidad metodológica media. A pesar del incremento en la prevalencia de la demencia, debido a la mayor longevidad de la población (Ferri et al., 2005), el bajo número de artículos en este tipo de problema de salud, se puede deber a que, como apuntan Cooper et al. (2010), el aumento del interés en el estudio de las desigualdades en demencia ha sido muy reciente.

Los dos artículos identificados en trastornos de la personalidad describieron intervenciones preventivas sobre la conducta antisocial. Bierman et al. (2007) intervinieron sobre poblaciones de bajo estatus socioeconómico y mientras que Brotman et al. (2003) lo hizo además en minorías étnicas a través de terapia cognitivo conductual. Ambas fueron parcialmente efectivas.

Por último, se identificaron una intervención dirigida a tratar el insomnio en ancianos residentes en zonas rurales (McCrae et al., 2007), que tuvo una alta efectividad pero que en cambio mostró una calidad metodológica baja y una intervención en bulimia nerviosa también en zonas rurales basada en la aplicación de terapia cognitivo conductual a través de la telemedicina que tuvo una calidad metodológica alta y fue parcialmente efectiva.

5. Discusión de la evaluación económica de las intervenciones.

Con respecto a las intervenciones donde se valoraron los costes, cabe destacar el bajo número de estudios encontrados, 7, con respecto a un total de 99 intervenciones dirigidas a disminuir desigualdades. Teniendo en cuenta el alto coste que supone la atención sanitaria de la salud mental, era de esperar que se identificaran un mayor número de intervenciones donde al menos se pusieran de manifiesto los gastos asociados a la intervención. En esta línea, se ha apuntado que es necesario establecer una adecuada distribución de los recursos en salud mental, con el fin de hacer un apropiado uso de los mismos (WHO, 2006). A su vez, algunos autores también han señalado como son aquellas poblaciones con bajo estatus socioeconómico las que mayores necesidades de atención en salud mental requieren y las que menos acceso a este cuidado tienen (Saxena, Thornicroft, Knapp, y Whiteford, 2007).

No obstante, entre aquellas valoraciones económicas identificadas, destacan las dirigidas a poblaciones de bajo estatus socioeconómico, de zonas rurales y a mujeres. Asimismo, más de la mitad de las intervenciones iban dirigidas al trastorno depresivo mayor (Jarjoura et al., 2004; Pyne et al., 2003; Revicki et al., 2005; Schoenbaum et al., 2005), realizándose en todas ellas un análisis de coste efectividad. Los resultados señalan que las intervenciones analizadas por Revicki et al. (2005), Schoenbaum et al. (2005) y Pyne et al. (2003) son costo efectivas, las dos primeras alternando CBT y farmacología y la tercera mediante una intervención múltiple. Estos datos coinciden con otras investigaciones (Wang et al. 2003), apuntando a que las intervenciones CBT, farmacológicas y múltiples en depresión mayor poblaciones desfavorecidas pueden reducir costes y aumentar la efectividad; aunque el escaso número de evaluaciones económicas impide extraer resultados concluyentes.

Por otro lado, cabe destacar el umbral establecido por incremento en QALY en EEUU variaba entre \$50,000 y \$100,000 desde mediados de la década de los 80 (Hirth, Chernew, Miller, Fendrick, y Weissert, 2000). Sin embargo, investigaciones más recientes apuntan a un aumento del umbral, así como a una mayor flexibilidad dependiendo del problema de salud en cuestión (Ubel, Hirth, Chernew, y Fendrick 2003). De cualquier modo, los tres análisis costo efectivos identificados en esta

revisión (Revicki et al., 2005; Schoenbaum et al., 2005; Pyne et al., 2003) se sitúan por debajo del límite de \$50,000; lo cual viene a indicar que las intervenciones en depresión en poblaciones desfavorecidas no son excesivamente costosas y es por esto que llama la atención el bajo número de análisis de coste efectividad que se han identificado en el cuidado de la salud mental en poblaciones vulnerables.

Por su parte, Domino et al. (2005), realizó un análisis de coste efectividad en una intervención múltiple en mujeres con trastorno de estrés postraumático (Cocozza et al., 2005), concluyendo que la intervención fue costo efectiva. Estos hallazgos pueden favorecer el aumento de análisis económicos en un tipo de trastornos, como los desencadenados por abusos, en los que el gasto es mayor que en el resto enfermedades mentales (Bergman and Brismar, 1991; Bryer, Nelson, Baker Miller, & Krol, 1987; Hilberman-Carmen, Rieker, and Mills, 1984; Kernic, Wolf, & Holt 2000; McCauley et al., 1995; Newmann et al., 1998; Wisner, Gilmer, Saltsman, & Zink, 1999). Las restantes valoraciones económicas identificadas se basan en la reducción de gastos asociada a la efectividad de la intervención. En este sentido, la entrevista motivacional llevada a cabo por Beckham (2007) en poblaciones de bajo estatus socioeconómico residentes en zonas rurales, parece reducir los gastos ocasionados a largo plazo en el tratamiento del alcoholismo, concordando así con lo encontrado en otras investigaciones en población no desfavorecida (Fleming, Mundt, French, Manwell, Stauffacher, y Barry 2002). Por otro lado, la reducción de costes llevada a cabo por Dush et al. (2001) no produjo los efectos esperados en sujetos con trastornos psíquicos, no encontrándose diferencias significativas entre grupo control e intervención.

6. Validez externa de los resultados.

Aparte de lo ya apuntado en fortalezas y limitaciones, cabe señalar que los resultados aquí encontrados son aplicables exclusivamente a los países de la OCDE y principalmente a EEUU. Ya que más de dos tercios de las intervenciones recogidas pertenecen a este país. Además, estos resultados se centran en el sistema sanitario, ya sean concebidos “en” o “desde” el mismo. Este hecho excluye aquellos ámbitos como

el universitario o el comunitario donde las intervenciones sobre poblaciones desfavorecidas alcanzan un número considerable.

Por otra parte, debido a los tipos de atención sanitaria identificados, estos resultados pueden ser extrapolados al tratamiento o a la prevención de la salud mental. Sin embargo, existe un vacío en otros aspectos de la atención sanitaria como pueden ser el diagnóstico o el seguimiento.

7. Implicaciones de este estudio.

7.1. Implicaciones para la investigación.

A tenor de lo expuesto anteriormente, los resultados indican que la investigación en disminuir desigualdades en la salud mental está mucho más avanzada en EEUU que en el resto de países pertenecientes a la OCDE. Asimismo, llama la atención el escaso número de artículos publicados en Europa, teniendo en cuenta que diversos estudios han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en estos países, y que éstas pueden tener una naturaleza diferente con respecto al ámbito estadounidense, cabe esperar que el número de intervenciones aumente en los próximos años.

Con respecto al tipo de diseños, todo indica que al intervenir en el tratamiento la aproximación más plausible es el ensayo controlado aleatorizado. Sin embargo, en el caso de la prevención este diseño no parece ser el más indicado, de este modo, quizás sería más eficaz optar por estrategias menos rígidas como pueden ser los diseños cuasi-experimentales o los estudios de cohorte con grupo control, aunque la relación causa-efecto sea menos sólida.

En cuanto al tipo de población al que se dirijan las intervenciones, sería recomendable que se utilizara un grupo de comparación compuesto por población no desfavorecida, para así poder determinar con mayor exactitud la mejoría en poblaciones desfavorecidas en la atención sanitaria a la salud mental.

7.2. Implicaciones para la gestión sanitaria y la práctica clínica.

Según lo recogido en esta revisión, el tratamiento en salud mental en poblaciones desfavorecidas ofrece resultados eficaces, ya sea desde la terapia cognitiva conductual, interpersonal, farmacológica o case Management. No obstante, estos resultados se presentan en menor medida cuando la intervención va dirigida a la prevención o al tratamiento acompañado de diagnóstico.

Por otra parte, las intervenciones que se pueden considerar buenas prácticas, es decir, aquellas que tuvieron una alta calidad metodológica y fueron altamente efectivas, fueron escasas, con sólo 12 de las 99 intervenciones identificadas. El problema de salud mental donde son más numerosas es en los trastornos del estado de ánimo lo que indica que el estudio en disminución de desigualdades puede estar más avanzado en este grupo de trastornos. Sin embargo, en otros trastornos con una alta prevalencia no se han encontrado o han sido muy pocas las intervenciones que se puedan considerar buenas prácticas. Este hecho puede apuntar a la necesidad de mejorar las intervenciones, sobre todo en problemas de salud mental donde las poblaciones desfavorecidas se ven especialmente perjudicadas como en las drogodependencias o los trastornos de ansiedad.

Con respecto al tipo de población en el que se centran estas buenas prácticas, destaca la presencia de poblaciones de bajo nivel socioeconómico, lo cual puede estar relacionado con que esta desigualdad fue la primera que atrajo la atención de los investigadores. No obstante, esto también debería implicar una mejora de las intervenciones dirigidas a otros tipos de desigualdad como la etnia/raza, el género o el territorio.

A pesar de la escasez de evaluaciones económicas en el estudio de la disminución de desigualdades, existe la necesidad de determinar cuales son las intervenciones más costo-efectivas en salud mental. En este sentido, los hallazgos en el trastorno depresivo mayor apuntan a que los tratamientos CBT, farmacológicos y múltiples ofrecen los mejores resultados en la relación entre gasto y efectividad.

CONCLUSIONES

1. Conclusiones del estudio bibliométrico.

Según lo encontrado, las intervenciones dirigidas a poblaciones desfavorecidas en salud mental en el ámbito sanitario, empezaron a aplicarse a partir de mediados de la década de los 90 y han ido en aumento hasta nuestros días. La mayoría de las intervenciones se llevan a cabo en EEUU, se centran en el tratamiento y el problema de salud mental sobre el que se actúa en mayor medida son los trastornos del estado de ánimo y más concretamente en la Depresión. Además, estas intervenciones se realizan principalmente en atención primaria o bien en clínicas u hospitales especializados. En cuanto a los ejes de desigualdad contemplados, destacan las intervenciones dirigidas a minorías étnicas y poblaciones de bajo estatus socioeconómico.

2. Conclusiones de la revisión sistemática.

2.1. Trastornos del Estado de Ánimo.

Las intervenciones más eficaces serían aquellas centradas en el trastorno depresivo mayor, dirigidas a minorías étnicas y poblaciones de bajo estatus socioeconómico y cuyo tratamiento se basa en la terapia cognitivo conductual. No obstante, también han mostrado ser efectivas las terapias múltiples, la terapia interpersonal y la terapia en solución de problemas.

2.2. Trastornos por Abuso de Sustancias.

A pesar de que las poblaciones desfavorecidas se ven especialmente afectadas por los problemas en el abuso de sustancias, las intervenciones en la atención sanitaria no han arrojado claras evidencias de efectividad. Aún así, en el alcoholismo la entrevista motivacional se ha mostrado como un tratamiento efectivo.

2.3. Trastornos de Ansiedad.

En los trastornos de ansiedad las intervenciones tampoco se mostraron muy efectivas. No obstante, las intervenciones a través de psicoterapia obtienen resultados

moderadamente satisfactorios en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en mujeres.

2.4. Salud Mental general.

Aunque la heterogeneidad de este grupo impide extraer evidencias concluyentes. Aquellas intervenciones basadas en el apoyo a la búsqueda de empleo ligado al tratamiento en pacientes con diferentes trastornos mentales se muestran efectivas. Además, también son destacables las mejoras producidas en los cuidadores de pacientes con demencias en la salud mental general.

2.5. Otros problemas de salud mental.

El bajo número de intervenciones identificadas en el resto de problemas de salud mental no permite establecer conclusiones globales. Sin embargo, la escasez de intervenciones en trastornos tan prevalentes como las demencias o los trastornos psicóticos, apuntan a la necesidad de actuar en desigualdades sociales en estos problemas de salud mental.

2.6. Evaluación económica.

La carencia de evaluaciones económicas impide afirmar con rotundidad cuales son las intervenciones más costo efectivas. Únicamente en el trastorno depresivo mayor parece que se han producido avances (a través de CBT, farmacología e intervenciones múltiples) en esta área, que puede ser de vital importancia para las intervenciones en desigualdades sociales en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, S. J., Xu, S., Dong, F., Fortney, J., & Rost, K. (2006). Differential effectiveness of depression disease management for rural and urban primary care patients. *Journal of Rural Health, 22*(4), 343-350.
- Abellán, J.M., Sánchez, F.I., & Martínez, J.E. (2009). La medición de la calidad de los estudios de evaluación económica. Una propuesta de “checklist” y guía de uso para la toma de decisiones. *Revista Española de Salud Pública, 83*, 71-84.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*(SUPPL. 420), 21-27.
- Amaro, H., Dai, J., Arevalo, S., Acevedo, A., Matsumoto, A., Nieves, R. et al. (2007). Effects of integrated trauma treatment on outcomes in a racially/ethnically diverse sample of women in urban community-based substance abuse treatment. *Journal of Urban Health, 84*(4), 508-522.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G., Sanderson, K., Corry, J., Issakidis, C., & Lapsley, H. (2003). Cost-effectiveness of current and optimal treatment for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 183*(NOV.), 427-435.
- Arean, P. A., Gum, A., McCulloch, C. E., Bostrom, A., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2005). Treatment of depression in low-income older adults. *Psychology and Aging, 20*(4), 601-609.
- Arean, P. A., Ayalon, L., Jin, C., McCulloch, C. E., Linkins, K., Chen, H. et al. (2008). Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study 162. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(10), 1086-1092.
- Bailey, R. K., Blackmon, H. L., & Stevens, F. L. (2009). Major depressive disorder in the African American population: Meeting the challenges of stigma, misdiagnosis,

- and treatment disparities. *Journal of the National Medical Association*, 101(11), 1084-1089.
- Barnes, J., Senior, R., & MacPherson, K. (1900). The utility of volunteer home-visiting support to prevent maternal depression in the first year of life. *Child: Care*, 35(6), 807-816.
- Baumeister, H., & Härter, M. (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 537-546.
- Bazargan-Hejazi, S., Bing, E., Bazargan, M., Der-Martirosian, C., Hardin, E., Bernstein, J. et al. (2005). Evaluation of a brief intervention in an inner-city emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 46(1), 67-76.
- Beach, M. C., Gary, T. L., Price, E. G., Robinson, K., Gozu, A., Palacio, A. et al. (2006). Improving health care quality for racial/ethnic minorities: A systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*, 6.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beckham, N. (2007). Motivational interviewing with hazardous drinkers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(2), 103-110.
- Beeber, L. S., Holditch-Davis, D., Perreira, K., Schwartz, T. A., Lewis, V., Blanchard, H. et al. (2010). Short-term in-home intervention reduces depressive symptoms in early head start Latina mothers of infants and toddlers. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 60-76.
- Belle, D., & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 101-113.
- Belle, S. H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S. J., Gallagher-Thompson, D. et al. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different

- ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. [Summary for patients in *Ann Intern Med*. 2006 Nov 21;145(10):139; PMID: 17116914]. *Annals of Internal Medicine*, 145(10), 727-738.
- Bergus, G. R., Hartz, A. J., Noyes, J., Ward, M. M., James, P. A., Vaughn, T. et al. (2005). The limited effect of screening for depressive symptoms with the PHQ-9 in rural family practices. *The Journal of rural health*, 21(4), 303-309.
- Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Foster, E. M., Greenberg, M. T., Lochman, J. E. et al. (2007). Fast track randomized controlled trial to prevent externalizing psychiatric disorders: Findings from grades 3 to 9. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1250-1262.
- Black, M. M., Nair, P., Kight, C., Wachtel, R., Roby, P., & Schuler, M. (1994). Parenting and early development among children of drug-abusing women: effects of home intervention. *Pediatrics*, 94(4 Pt 1), 440-448.
- Blom, M. B. J., Hoek, H. W., Spinhoven, P., Hoencamp, E., Haffmans, P. M., & Van Dyck, R. (2010). Treatment of depression in patients from ethnic minority groups in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 47(3), 473-490.
- Borrell, C., Artazcoz, L. (2008) Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 465-473.
- Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K., & Murray, R. M. (2004). The association of inequality with the incidence of schizophrenia - An ecological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 597-599.
- Brotman, L. M., Klein, R. G., Kamboukos, D., Brown, E. J., Coard, S. I., & Sosinsky, L. S. (2003). Preventive intervention for urban, low-income preschoolers at familial risk for conduct problems: a randomized pilot study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32 (2), 246-257.
- Cabassa, L. J., & Hansen, M. C. (2007). A systematic review of depression treatments in primary care for Latino adults. *Research on Social Work Practice*, 17(4), 494-503.

- Carlson, M. C., Erickson, K. I., Kramer, A. F., Voss, M. W., Bolea, N., Mielke, M. et al. (2009). Evidence for neurocognitive plasticity in at-risk older adults: the experience corps program. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 64(12), 1275-1282.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: an evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(1), 1-17.
- Chaplin, T. M., Gillham, J. E., Reivich, K., Elkon, A. G. L., Samuels, B., Freres, D. R. et al. (2006). Depression prevention for early adolescent girls - A pilot study of all girls versus co-ed groups. *Journal of Early Adolescence*, 26(1), 110-126.
- Chin, M. H., Walters, A. E., Cook, S. C., & Huang, E. S. (2007). Interventions to reduce racial and ethnic disparities in health care. *Medical care research and review: MCRR*, 64 (5 Suppl), 7-28.
- Ciechanowski, P., Wagner, E., Schmaling, K., Schwartz, S., Williams, B., Diehr, P. et al. (2004). Community-Integrated Home-Based Depression Treatment in Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association*, 291(13), 1569-1577.
- Clark, R. E., Teague, G. B., Ricketts, S. K., Bush, P. W., Xie, H., McGuire, T. G. et al. (1998). Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders. *Health Services Research*, 33(5 I), 1285-1308.
- Clarke, G. N., Hornbrook, M., Lynch, F., Polen, M., Gale, J., Beardslee, W. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58(12), 1127-1134.
- Clayton, A. H., Stewart, R. S., Fayyad, R., & Clary, C. M. (2006). Sex differences in clinical presentation and response in panic disorder: pooled data from sertraline treatment studies. *Archives of Womens Mental Health*, 9(3), 151-157.

- Cloitre, M., & Koenen, K. C. (2001). The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(3), 379-398.
- Cocozza, J. J., Jackson, E. W., Hennigan, K., Morrissey, J. P., Reed, B. G., Falloot, R. et al. (2005). Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: program-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2), 109-119.
- Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100-106.
- Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T. et al. (2005). Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 505-512.
- Cooper, C., Tandy, A. R., Balamurali, T. B. S., & Livingston, G. (2010). A systematic review and meta-analysis of ethnic differences in use of dementia treatment, care, and research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 193-203.
- Cooper, L. A., Hill, M. N., & Powe, N. R. (2002). Designing and evaluating interventions to eliminate racial and ethnic disparities in health care. *Journal of General Internal Medicine*, 17(6), 477-486.
- Craig, E., Judd, F., Hodgins, G., Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: a pilot study. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 291-295.
- Crockett, K., Zlotnick, C., Davis, M., Payne, N., & Washington, R. (2008). A depression preventive intervention for rural low-income African-American pregnant women at risk for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 11(5-6), 319-325.

- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and Early Intervention for Anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 627-635.
- Department of Health. (2008). *Tackling health inequalities: 2007 status report on the programme for action*. London: Department of Health. Retrieved from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/DH_083471
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: a treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(10), 1190-1196.
- Domino, M., Morrissey, J. P., Nadlicki-Patterson, T., & Chung, S. (2005). Service costs for women with co-occurring disorders and trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2), 135-143.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Becker, D. R., Anthony, W. A., & Clark, R. E. (1996). The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(2), 391-399.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Bebout, R. R., Becker, D. R., Harris, M., Bond, G. R. et al. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 627-633.
- Dush, D. M., Ayres, S. Y., Curtis, C., Worthington, G. J., Gabriel, R. M., & Chinnery, T. (2001). Reducing psychiatric hospital use of the rural poor through intensive transitional acute care. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*(1), 28-34.
- Elhai, J. D., & Ford, J. D. (2007). Correlates of mental health service use intensity in the National Comorbidity Survey and National Comorbidity Survey Replication. *Psychiatric Services, 58*(8), 1108-1115.

- Escolar Pujolar, A., Martínez Ruiz, M.D., Daponte Codina, A. (Eds.). (2008) *Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía*. Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en Andalucía (ADSP-A).
- Fagiolini, A., Frank, E., Axelson, D. A., Birmaher, B., Cheng, Y., Curet, D. E. et al. (2009). Enhancing outcomes in patients with bipolar disorder: Results from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians Study. *Bipolar Disorders*, 11(4), 382-390.
- Fearon, P., Kirkbride, J. B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., & Lloyd, T. et al. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1541-1550.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M. et al. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Feske, U., & Feske, U. (2008). Treating low-income and minority women with posttraumatic stress disorder: a pilot study comparing prolonged exposure and treatment as usual conducted by community therapists. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(8), 1027-1040.
- Field, C., & Caetano, R. (2010). The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 34(2), 262-271.
- Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Manwell, L. B., Stauffacher, E. A., & Barry, K. L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(1), 36-43.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Edlund, M. J., Williams, D. K., Robinson, D. E., Mittal, D. et al. (2007). A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1086-1093.
- Freiman, M. P., & Zuvekas, S. H. (2000). Determinants of ambulatory treatment mode for mental illness. *Health Economics*, 9(5), 423-434.
- Friedemann, M. L., & Friedemann, M. L. (1994). Evaluation of the Congruence Model with rehabilitating substance abusers. *International Journal of Nursing Studies*, 31(1), 97-108.
- Frueh, B. C., Monnier, J., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Yim, E., & Knapp, R. (2007). Therapist Adherence and Competence With Manualized Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD Delivered via Videoconferencing Technology. *Behavior Modification*, 31(6), 856-866.
- Galea, S., & Vlahov, D. (2002). Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Reports*, 117(SUPPL. 1), S135-S145.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L. W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: site-specific results from the REACH national collaborative study. *Gerontologist*, 43(4), 580-591.
- Gavrilovic, J. J., Schutzwohl, M., Fazel, M., & Priebe, S. (2005). Who seeks treatment after a traumatic event and who does not? A review of findings on mental health service utilisation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 595-605.
- Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., et al. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (3rd ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gilbert, L., El Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S. et al. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention for women

- on methadone: testing short-term effects on intimate partner violence and substance use. *Violence & Victims*, 21(5), 657-672.
- Gold, P. B., Meisler, N., Santos, A. B., Carnemolla, M. A., Williams, O. H., & Keleher, J. (2006). Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 378-395.
- Grote, N. K., Zuckoff, A., Swartz, H., Bledsoe, S. E., & Geibel, S. (2007). Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment. *Social work*, 52(4), 295-308.
- Hall, J. A., Vaughan, M. S., Vaughn, T., Block, R., & Schut, A. (1999). Iowa Case Management for rural drug abuse. Preliminary results. *Care Management Journals*, 1(4), 232-243.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I. et al. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: Results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clinica*, 126(12), 445-451.
- Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C., Page, K., & Kwiecinski, R. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case - Control study. *British Journal of Psychiatry*, 179(OCT.), 346-350.
- Hauenstein, E. J., Petterson, S., Merwin, E., Rovnyak, V., Heise, B., & Wagner, D. (2006). Rurality, gender, and mental health treatment. *Family and Community Health*, 29(3), 169-185.
- Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. (1999). *Journal of advanced nursing*, 30(2), 280.
- Hien, D. A., Wells, E. A., Jiang, H., Suarez-Morales, L., Campbell, A. N. C., Cohen, L. R. et al. (2009). Multisite Randomized Trial of Behavioral Interventions for Women With Co-Occurring PTSD and Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 607-619.

- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, Retrieved from: <http://www.cochrane-handbook.org>
- Hilberman Carmen, E., Rieker, P. P., & Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, *141*(3), 378-383.
- Hirth, R. A., Chernew, M. E., Miller, E., Fendrick, A. M., & Weissert, W. G. (2000). Willingness to pay for a quality-adjusted life year: In search of a standard. *Medical Decision Making*, *20*(3), 332-342.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, *3*, 39– 77.
- Ishizaki, J., Meguro, K., Ohe, K., Kimura, E., Tsuchiya, E., Ishii, H. et al. (2002). Therapeutic psychosocial intervention for elderly subjects with very mild Alzheimer disease in a community: the tajiri project. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, *16*(4), 261-269.
- Jansen, P. W., Raat, H., Mackenbach, J. P., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Verhulst, F. C. et al. (2009). Socioeconomic inequalities in infant temperament: The Generation R Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(2), 87-95.
- Jarjoura, D., Polen, A., Baum, E., Kropp, D., Hetrick, S., & Rutecki, G. (2004). Effectiveness of screening and treatment for depression in ambulatory indigent patients. *Journal of General Internal Medicine*, *19*(1), 78-84.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidenced-based medicine, and evidence-based public health. *Journal of Epidemiology*, *7*(4), 187-197.
- Jorm, A. F., Kitchener, B. A., O'Kearney, R., & Dear, K. B. (2004). Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [ISRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*, *4*, 33.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Spiller, L., Norwood, W. D., Swank, P. R., Stephens, N. et al. (2001). Reducing conduct problems among children of battered women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *69*(5), 774-785.

- Kataoka, S. H., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W. et al. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 311-318.
- Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E. et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Killeen, T. K., Brady, K. T., Gold, P. B., Simpson, K. N., Faldowski, R. A., Tyson, C. et al. (2004). Effectiveness of naltrexone in a community treatment program. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28(11), 1710-1717.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York, NY: Basic Books.
- Korn, L., Logsdon, R. G., Polissar, N. L., Gomez-Beloz, A., Waters, T., & R yser, R. (2009). A randomized trial of a cam therapy for stress reduction in American Indian and Alaskan native family caregivers. *Gerontologist*, 49(3), 368-377.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research*, 18(5), 497-507.
- Lara, M. A., Navarro, C., Rubi, N. A., & Mondragon, L. (2003). Two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms: Compliance and programme assessment. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 43-57.
- Lave, J. R., Frank, R. G., Schulberg, H. C., & Kamlet, M. S. (1998). Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 645-651.
- Lesser, I. M., Myers, H. E., Lin, K. M., Mira, C. B., Joseph, N. T., Olmos, N. T. et al. (2010). Ethnic Differences in Antidepressant Response: A Prospective Multi-Site Clinical Trial. *Depression and Anxiety*, 27(1), 56-62.

- Levy, L. B., & O'Hara, M. W. (2010). Psychotherapeutic interventions for depressed, low-income women: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 934-950.
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(12), 1241-1248.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry, 190*, 293-298.
- Macias, C., Kinney, R., Farley, O. W., Jackson, R., & Vos, B. (1994). The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal, 30*(4), 323-339.
- Mackenbach, J. P., & Gunning-Schepers, L. J. (1997). How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *Journal of Epidemiology and Community Health, 51*(4), 359-364.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet, 365*(9464), 1099-1104.
- Marmot, S., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661-1669.
- Martin, S. L., Ramey, G. T., & Ramey, S. (1990). The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families: Findings of a randomized trial of educational day care. *American Journal of Public Health, 80*(7), 844-847.
- McCarthy, J. F., & Blow, F. C. (2004). Older patients with serious mental illness: Sensitivity to distance barriers for outpatient care. *Medical Care, 42*(11), 1073-1080.

- McCrae, C. S., McGovern, R., Lukefahr, R., & Stripling, A. M. (2007). Research Evaluating Brief Behavioral Sleep Treatments for Rural Elderly (RESTORE): a preliminary examination of effectiveness. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(11), 979-982.
- McDonel, E. C., Bond, G. R., Salyers, M., Fekete, D., Chen, A., McGrew, J. H. et al. (1997). Implementing assertive community treatment programs in rural settings. *Administration & Policy in Mental Health, 25*(2), 153-173.
- Millery, M., Kleinman, B. P., Polissar, N. L., Millman, R. B., & Scimeca, M. (2002). Detoxification as a gateway to long-term treatment: Assessing two interventions
801. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*(3), 183-190.
- Miranda, J., Duan, N., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Lagomasino, I., Jackson-Triche, M. et al. (2003c). Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Services Research, 38*(2), 613-630.
- Miranda, J., Azocar, F., Organista, K. C., Dwyer, E., & Areal, P. (2003b). Treatment of depression among impoverished primary care patients from ethnic minority groups. *Psychiatric Services, 54*(2), 219-225.
- Miranda, J., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J., Siddique, J., Revicki, D. A. et al. (2003a). Treating depression in predominantly low-income young minority women: a randomized controlled trial. *JAMA, 290*(1), 57-65.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47* (1), 97-109.
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H. et al. (2008). Randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy, 46*(5), 581-592.

- Moreo, K., & Lamb, G. (2003). CMSA updates standards of practice for case management. *Case Manager, 14*(3), 52-54.
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., & Pandina, R. J. (2006). Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *American Journal of Public Health, 96*(11), 2016-2023.
- Muñoz, R. F., Le, H. N., Ippen, C. G., Diaz, M. A., Urizar, G. G., Soto, J. et al. (2007). Prevention of postpartum depression in low-income women: Development of the Mamas y Bebés/Mothers and babies course. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 70-83.
- Nagel, T., Robinson, G., Condon, J., & Trauer, T. (2009). Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: Results of a mixed methods study. *Australian Journal of Rural Health, 17*(4), 174-182.
- Najman, J. M., Aird, R., Bor, W., O'Callaghan, M., Williams, G. M., & Shuttlewood, G. J. (2004). The generational transmission of socioeconomic inequalities in child cognitive development and emotional health. *Social Science and Medicine, 58*(6), 1147-1158.
- Ngo, V. K., Asarnow, J. R., Lange, J., Jaycox, L. H., Rea, M. M., Landon, C. et al. (2009). Outcomes for youths from racial-ethnic minority groups in a quality improvement intervention for depression treatment. *Psychiatric Services, 60*(10), 1357-1364.
- Nuttbrock, L. A., Rosenblum, A., Magura, S., Villano, C., & Wallace, J. (2004). Linking female sex workers with substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(3), 233-239.
- O'Malley, S. S., Robin, R. W., Levenson, A. L., GreyWolf, I., Chance, L. E., Hodgkinson, C. A. et al. (2008). Naltrexone alone and with sertraline for the treatment of alcohol dependence in Alaska natives and non-natives residing in rural settings:

- a randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 32(7), 1271-1283.
- Organista, K. C., Muñoz, R. F., & González, G. (1994). Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority out-patients: Description of a program and exploratory analyses. *Cognitive Therapy Research*, 18, 241-259.
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2011). Members and partners. Retrieved from: http://www.oecd.org/document/25/0,3746,en_36734052_36761800_3699996_1_1_1_1_1,00.html
- Owens, J. S., Murphy, C. E., Richerson, L., Girio, E. L., & Himawan, L. K. (2008). Science to practice in underserved communities: the effectiveness of school mental health programming. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 434-447.
- Oyama, H., Koida, J., Sakashita, T., & Kudo, K. (2004). Community-based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 249-263.
- Oyama, H., Goto, M., Fujita, M., Shibuya, H., & Sakashita, T. (2006a). Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide*, 27(2), 58-65.
- Oyama, H., Ono, Y., Watanabe, N., Tanaka, E., Kudoh, S., Sakashita, T. et al. (2006). Local community intervention through depression screening and group activity for elderly suicide prevention. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 60(1), 110-114.
- Padala, P. R., Madison, J., Monnahan, M., Marcil, W., Price, P., Ramaswamy, S. et al. (2006). Risperidone monotherapy for post-traumatic stress disorder related to sexual assault and domestic abuse in women. *International Clinical Psychopharmacology*, 21(5), 275-280.

- Painter, K., & Scannapieco, M. (2009). Part II: Multisystemic therapy: addressing racial disparity and its effectiveness with families from diverse racial and ethnic backgrounds... second in a series of two articles. *Journal of Family Social Work, 12*(3), 197-210.
- Passey, M., Sheldrake, M., Leitch, K., & Gilmore, V. (2000). Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. *Rural & Remote Health, 7*(3), 710-Sep.
- Patterson, T. L., Bucardo, J., McKibbin, C. L., Mausbach, B. T., Moore, D., Barrio, C. et al. (2005). Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older Latinos with chronic psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 31*(4), 922-930.
- Peden, A. R., Rayens, M. K., Hall, L. A., & Grant, E. (2005). Testing an intervention to reduce negative thinking, depressive symptoms, and chronic stressors in low-income single mothers. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(3), 268-274.
- Puskar, K., Sereika, S., & Tusaie-Mumford, K. (2003). Effect of the Teaching Kids to Cope (TKC) program on outcomes of depression and coping among rural adolescents. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 16*(2), 71-80.
- Pyne, J. M., Rost, K. M., Zhang, M., Williams, D. K., Smith, J., & Fortney, J. (2003). Cost-effectiveness of a primary care depression intervention. *Journal of General Internal Medicine, 18*(6), 432-441.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of Cognitive Processing Therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243–258.
- Revicki, D. A., Siddique, J., Frank, L., Chung, J. Y., Green, B. L., Krupnick, J. et al. (2005). Cost-effectiveness of evidence-based pharmacotherapy or cognitive behavior therapy compared with community referral for major depression in predominantly low-income minority women. *Archives of General Psychiatry, 62*(8), 868-875.

- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B., & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 622-628.
- Roberts, C. M., Kane, R., Bishop, B., Cross, D., Fenton, J., & Hart, B. (2010). The prevention of anxiety and depression in children from disadvantaged schools. *Behaviour Research and Therapy, 48*(1), 68-73.
- Roman, J. S., Griswold, K. S., Smith, S. J., & Servoss, T. J. (2008). How patients view primary care: differences by minority status after psychiatric emergency. *Journal of Cultural Diversity, 15*(2), 56-60.
- Rosenheck, R., Kaspro, W., Frisman, L., & Liu-Mares, W. (2003). Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 940-951.
- Rousseau, C., Benoit, M., Gauthier, M., Lacroix, L., Alain, N., Rojas, M. V. et al. (2007). Classroom drama therapy program for immigrant and refugee adolescents: a pilot study. *Clinical Child Psychology & Psychiatry, 12*(3), 451-465.
- Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Miranda, J., Stein, M., Craske, M., Golinelli, D. et al. (2006). Poverty and response to treatment among panic disorder patients in primary care. *American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1419-1425.
- Ruiz-Pérez, I., Ricci-Cabello, I., Plazaola-Castano, J., Montero-Pinar, M. I., & Escribá-Aguir, V. (2011). The Relationship Between Reproductive Work and Sociodemographic and Psychosocial Factors in Regard to Psychological Distress in Men and Women in Spain. *Prevention Science, 12* (4), 423-434.
- Satcher, D. (2000). Mental health: A report of the surgeon general - Executive summary. *Professional Psychology: Research and Practice, 31*(1), 5-13.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M., & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet, 370*(9590), 878-889.

- Schmaling, K. B., & Hernandez, D. V. (2008). Problem-solving treatment for depression among Mexican Americans in primary care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 19*(2), 466-477.
- Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2005). Gender patterns in cost effectiveness of quality improvement for depression: Results of a randomized, controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 87*(2-3), 319-325.
- Sherbourne, C. D., Weiss, R., Duan, N. H., Bird, C. E., & Wells, K. B. (2004). Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. *Medical Care, 42*(12), 1186-1193.
- Singh, B., Hawthorne, G., & Vos, T. (2001). The role of economic evaluation in mental health care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(1), 104-117.
- Smith, J. L., Rost, K. M., Nutting, P. A., Elliott, C. E., & Duan, N. (2000). A primary care intervention for depression. *Journal of Rural Health, 16*(4), 313-323.
- Smith, J. L., Rost, K. M., Nutting, P. A., & Elliott, C. E. (2001). Resolving disparities in antidepressant treatment and quality-of-life outcomes between uninsured and insured primary care patients with depression. *Medical Care, 39*(9), 910-922.
- Smith, S. A., & Bell, P. A. (2005). Examining the effectiveness of the Savvy Caregiver Program among rural Colorado residents. *Rural and remote health [electronic resource], 5*(3), 466. Retrieved from: http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_466.pdf
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/evidence/dollars_dalys_and_decisions.pdf
- Spinelli, M. G., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry, 160*(3), 555-562.

- Street, J., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science and Medicine*, 65(3), 586-598.
- Sullivan, G., Jackson, C. A., & Spritzer, K. L. (1996). Characteristics and service use of seriously mentally ill persons living in rural areas. *Psychiatric Services*, 47(1), 57-61.
- Susser, E., Valencia, E., Berkman, A., Sohler, N., Conover, S., Torres, J. et al. (1998). Human immunodeficiency virus sexual risk reduction in homeless men with mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 55(3), 266-272.
- Sutor, B., Agerter, D. C., Sutor, B., & Agerter, D. C. (2007). Collaborative psychiatric care in a rural family medicine setting reduces health care utilization in depressed patients. *Minnesota Medicine*, 90(1), 39-41.
- Swartz, H. A., Zuckoff, A., Frank, E., Spielvogel, H. N., Shear, M. K., Fleming, D. et al. (2006). An open-label trial of enhanced brief interpersonal psychotherapy in depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Depression and Anxiety*, 23(7), 398-404. Retrieved from CCC:000241907600002
- Teesson, M., & Gallagher, J. (1999). Evaluation of a treatment programme for serious mental illness and substance use in an inner city area. *Journal of Mental Health*, 8(1), 19-28.
- Telles, C., Karno, M., Mintz, J., Paz, G., Arias, M., Tucker, D. et al. (1995). Immigrant families coping with schizophrenia. Behavioral family intervention v. case management with a low-income Spanish-speaking population. *British Journal of Psychiatry*, 167(4), 473-479.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on evidence-based nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing*, 1(3), 176-184.

- Ubel, P. A., Hirth, R. A., Chernew, M. E., & Fendrick, A. M. (2003). What is the price of life and why doesn't it increase at the rate of inflation? *Archives of Internal Medicine*, *163*(14), 1637-1641.
- Van Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social Science and Medicine*, *50*(6), 813-828.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, *41*(3), 328-335.
- Veling, W., Selten, J. P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J. P., & Hoek, H. W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, *36*(4), 761-768.
- Vickrey, B. G., Strickland, T. L., Fitten, L. J., Adams, G. R., Ortiz, F., & Hays, R. D. (2007). Ethnic variations in Dementia caregiving experiences: Insights from focus groups. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, *15*(2-3), 233-249.
- Waddell, C., McEwan, K., Peters, R. D., Hua, J. M., & Garland, O. (2007). Preventing mental disorders in children: A public health priority. *Canadian Journal of Public Health*, *98*(3), 174-178.
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: The Canadian national population health survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *64*(5), 447-452.
- Wang, P. S., Simon, G., & Kessler, R. C. (2003). The economic burden of depression and the cost-effectiveness of treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 22-33.
- Washington, O. (1999). Effects of cognitive and experiential group therapy on self-efficacy and perceptions of employability of chemically dependent women. *Issues in Mental Health Nursing*, *20*(3), 181-198.

- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.
- Wong-McDonald, A. (2007). Spirituality and Psychosocial Rehabilitation: Empowering Persons with Serious Psychiatric Disabilities at an Inner-City Community Program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 295-300.
- Woodward, A., & Kawachi, I. (2000). Why reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(12), 923-929.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- World Health Organization (2001a). *Fact Sheet No. 220. Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization (2001b). *Mental health: new understanding, new hope. The world health report*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- World Health Organization (2002). *Gender and Mental health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>
- World Health Organization (2006). *Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/evidence/dollars_dalys_and_decisions.pdf
- World Health Organization (2008). Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health – final report. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

Zimberg, S. (1974). Evaluation of alcoholism treatment in Harlem. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35(Pt A), 550-557.

Zlotnick, C., Miller, I. W., Pearlstein, T., Howard, M., & Sweeney, P. (2006). A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1443-1445.

Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized Controlled Pilot Study of Cognitive-Behavioral Therapy in a Sample of Incarcerated Women With Substance Use Disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-336.

ANEXOS

1. Anexo 1. Estrategias de búsqueda.

<i>Estrategia de búsqueda en Embase.</i>	
26	#24 AND #25
25	'mental disease'/exp
24	#18 AND #24
23	#19 OR #20 OR #21 OR #22
22	'meta analysis'/exp OR 'outcomes research'/exp OR 'systematic review'/exp
21	'meta analysis':it OR 'meta analysis':ti OR 'meta-analysis':ti OR 'metanalysis':ti OR ('systematic' NEAR/2 'review'):ti
20	'randomized controlled trial':it OR 'controlled clinical trial'/exp OR trial:ti OR ('clinical trial':it AND (('double' NEAR/2 'blind'):ab,ti OR ('phase' NEAR/3 'study'):ab,ti OR random*:ab,ti))
19	'quasi experimental study'/exp OR 'comparative effectiveness'/exp OR 'clinical trial'/exp OR 'community trial'/exp OR 'longitudinal study'/exp OR 'prospective study'/exp OR 'observational study'/exp
18	#11 AND #17
17	#12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16
16	((program OR intervention) NEAR/2 (evaluation OR effectiv*)):ab,ti
15	'health care quality'/de OR 'performance measurement system'/de OR 'quality of nursing care'/de OR 'outcome assessment'/de OR 'outcomes research'/de
14	'welfare'/exp OR 'social change'/exp
13	'organization and management'/exp
12	improv*:ti OR prevent:ti OR preventing:ti OR tackling:ti OR address*:ti OR attenuat*:ti OR reduc*:ti OR utilization:ti OR access*:ti
11	#9 AND #10

10	'health care facilities and services'/exp OR 'health care system'/exp OR 'primary prevention'/exp OR 'health promotion'/exp OR 'psychological and psychiatric procedures, techniques and concepts'/exp
9	#7 OR #8
8	#3 OR #4 AND (#5 OR #6)
7	#1 OR #2
6	poverty:ab OR 'gender bias':ab OR 'low income':ab OR underserved:ab OR inequit*:ab OR inequalit*:ab OR disadvantage*:ab OR disparit*:ab OR 'inner city':ab OR rural:ab
5	'social aspects and related phenomena'/exp/mj OR 'social problem'/exp
4	'women`s health' OR 'gender bias'/exp OR 'gender'/exp OR 'sex role'/exp OR 'minority health'/exp OR 'ethnic and racial groups'/exp OR 'minority group'/exp
3	minorit*:ti OR immigrant*:ti OR racial:ti OR ethnic*:ti OR women:ti OR gender:ti OR disab*:ti OR (social:ti OR psychosocial:ti OR educational:ti OR socioeconomic AND (differences:ti OR problems:ti OR population*:ti))
2	'in need':ti OR poverty:ti OR 'gender bias':ti OR 'low income':ti OR underserved:ti OR inequit*:ti OR inequalit*:ti OR disadvantage*:ti OR disparit*:ti OR 'inner city':ti OR rural:ti
1	'health disparity' OR 'health care disparity' OR 'poverty'/mj OR 'vulnerable population'/mj OR 'domestic violence'/exp/mj OR 'rural health care'

<i>Estrategia de búsqueda en CINAHL</i>			
#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via
	(S5 AND S9 AND S10 AND S13)	Search modes - Boolean/Phrase	
S1 3	(S11 or S12)		
S1 2	TI ('MENTAL DISEASE' OR 'BIPOLAR DISORDER' OR 'DEPRESSION' OR 'SCHIZOPHRENIA' OR 'PSYCHOSIS')		
S1 1	(MH "Mental Disorders+/DH/DI/DT/EC/ED/EH/EI/EP/MO/NU/PC/PF/PR/RF/RH/TD/TH") OR (MM "Mental Disorders+")		
S1 0	(MH "Facilities, Manpower and Services (Non-Cinahl)+") OR (MH "Health Care Delivery+")		
S9	(S6 or S8 or S7)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S8	((MH "Prospective Studies+") or (MH "Quasi-Experimental Studies+")) or TI cohort	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S7	((MM "Experimental Studies+") or (MH "Clinical Trials+")) or TI random* N3 trial	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S6	TI ((systematic N2 review) or meta-analysis or metaanalysis) or ((MH "Systematic Review") or (MH "Meta Analysis"))	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S5	(S1 OR S2 OR S3 OR S4)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S4	((MM "Ethnic Groups+" or "Sex Role+" or "Domestic Violence+") or (MH "Minority Groups" or "Ethnic Groups" or "Immigrants")) and (MH "Socioeconomic Factors+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL

S3	TI poverty or "gender-bias" or "low-income" or underserved or inequit* or inequalit* or disadvantag* or disparit* or inner-city or rural	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S2	TI (social or psychosocial or educational or cultural* or ethnic or racial or gender or economic*) and TI (isolation or differences or problems or factors or determinants)	Limiters - Exclude MEDLINE records Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL
S1	(MM "Poverty+") OR (MH "Social Isolation" or "Stigma" or "Vulnerability" or "Discrimination" or "Homelessness" or "Unemployment" or "Medically underserved")	Limiters - Exclude MEDLINE records Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL

2. Anexo 2. Instrumento para evaluación de calidad metodológica.



EFFECTIVE PUBLIC HEALTH PRACTICE PROJECT (EPHPP)

QUALITY ASSESSMENT TOOL FOR QUANTITATIVE STUDIES

COMPONENT RATINGS

A) SELECTION BIAS

(Q1) Are the individuals selected to participate in the study likely to be representative of the target population?

- 1 Very likely
- 2 Somewhat likely
- 3 Not likely
- 4 Can't tell

(Q2) What percentage of selected individuals agreed to participate?

- 1 80 - 100% agreement
- 2 60 - 79% agreement
- 3 less than 60% agreement
- 4 Not applicable
- 5 Can't tell

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

B) STUDY DESIGN

Indicate the study design

1. Randomized controlled trial
2. Controlled clinical trial
3. Cohort analytic (two group pre + post)
4. Case-control
5. Cohort (one group pre + post (before and after))
6. Interrupted time series
7. Other specify _____
8. Can't tell

Was the study described as randomized? If NO, go to Component C.

No Yes

If Yes, was the method of randomization described? (See dictionary)

No Yes

If Yes, was the method appropriate? (See dictionary)

No Yes

RATE THIS SECTION	STRONG	MODERATE	WEAK
See dictionary	1	2	3

C) CONFOUNDERS

(Q1) Were there important differences between groups prior to the intervention?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

The following are examples of confounders:

1. Race
2. Sex
3. Marital status/family
4. Age
5. SES (income or class)
6. Education
7. Health status
8. Pre-intervention score on outcome measure

(Q2) If yes, indicate the percentage of relevant confounders that were controlled (either in the design (e.g. stratification, matching) or analysis)?

1. 80 – 100%
2. 60 – 79%
3. Less than 60%
4. Can't Tell

RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
--	--------------------	----------------------	------------------

D) BLINDING

(Q1) Was (were) the outcome assessor(s) aware of the intervention or exposure status of participants?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

(Q2) Were the study participants aware of the research question?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
--	--------------------	----------------------	------------------

E) DATA COLLECTION METHODS

(Q1) Were data collection tools shown to be valid?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

(Q2) Were data collection tools shown to be reliable?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
--	--------------------	----------------------	------------------

F) WITHDRAWALS AND DROP-OUTS**(Q1) Were withdrawals and drop-outs reported in terms of numbers and/or reasons per group?**

1. Yes
2. No
3. Can't tell

(Q2) Indicate the percentage of participants completing the study. (If the percentage differs by groups, record the lowest).

1. 80 -100%
2. 60 - 79%
3. less than 60%
4. Can't tell

RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
--	--------------------	----------------------	------------------

G) INTERVENTION INTEGRITY**(Q1) What percentage of participants received the allocated intervention or exposure of interest?**

1. 80 -100%
2. 60 - 79%
3. less than 60%
4. Can't tell

(Q2) Was the consistency of the intervention measured?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

(Q3) Is it likely that subjects received an unintended intervention (contamination or co-intervention) that may influence the results?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

H) ANALYSES**(Q1) Indicate the unit of allocation (circle one)**

community organization/institution practice/office individual

(Q2) Indicate the unit of analysis (circle one)

community organization/institution practice/office individual

(Q3) Are the statistical methods appropriate for the study design?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

(Q4) Is the analysis performed by intervention allocation status (i.e. intention-to-treat) rather than the actual intervention received?

1. Yes
2. No
3. Can't tell

GLOBAL RATING

COMPONENT RATINGS

Please transcribe the information from the gray boxes on pages 1-4 onto this page.

A	SELECTION BIAS	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
B	STUDY DESIGN	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
C	CONFOUNDERS	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
D	BLINDING	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
E	DATA COLLECTION METHODS	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3
F	WITHDRAWALS AND DROPOUTS	RATE THIS SECTION See dictionary	STRONG 1	MODERATE 2	WEAK 3

GLOBAL RATING FOR THIS PAPER (circle one):

- | | | |
|---|-----------------|---|
| 1 | STRONG | (four STRONG ratings with no WEAK ratings) |
| 2 | MODERATE | (less than four STRONG ratings and one WEAK rating) |
| 3 | WEAK | (two or more WEAK ratings) |

With both reviewers discussing the ratings:

Is there a discrepancy between the two reviewers with respect to the component (A-F) ratings?

No Yes

If yes, indicate the reason for the discrepancy

- | | |
|---|---|
| 1 | Oversight |
| 2 | Differences in interpretation of criteria |
| 3 | Differences in interpretation of study |

Final decision of both reviewers (circle one):

- | | |
|---|-----------------|
| 1 | STRONG |
| 2 | MODERATE |
| 3 | WEAK |

3. Anexo 3. Lista de comprobación (checklist) para evaluar la calidad de los estudios de evaluación económica.

1. PERSPECTIVA	
1.1a) <i>el estudio adopta una perspectiva social (solamente o en paralelo a la perspectiva del financiador)</i>	8
1.1b) <i>el estudio adopta únicamente la perspectiva del financiador</i>	4
(máximo 8 puntos)	
2. FUENTE DE LA QUE PROCEDE LA INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y COSTES	
2.1a) <i>la fuente primaria de información son ensayos clínicos aleatorios de corte "pragmático"</i>	4
2.1b) <i>la fuente primaria de información son ensayos clínicos controlados</i>	2
2.1c) <i>la fuente primaria de información son estudios observacionales</i>	2
2.2a) <i>en los ensayos o estudios las tecnologías de interés se comparan directamente entre sí</i>	4
2.2b) <i>en los ensayos o estudios las tecnologías se comparan indirectamente respecto de un comparador común</i>	2
(máximo 8 puntos)	
3. POBLACIÓN OBJETIVO	
3.1) <i>la población objetivo se describe con detalle</i>	4
3.2) <i>se realiza un análisis de subgrupos para analizar la variabilidad de los resultados debida a características dispares de los pacientes</i>	4
(máximo 8 puntos)	
4). TÉRMINO DE COMPARACIÓN	
4.1a) <i>si existe una práctica dominante (práctica vigente comúnmente utilizada) se ha comparado respecto de la misma</i>	4
4.1b) <i>si no existe una práctica dominante se han efectuado comparaciones múltiples o una combinación lineal de las tecnologías alternativas</i>	4
4.2) <i>se ha comparado respecto de la opción "no hacer nada" o, alternativamente, respecto de la "intervención mínima"</i>	4
(máximo 8 puntos)	
5. MEDIDA DE RESULTADOS	
5.1a) <i>se ha realizado un análisis coste-efectividad con medidas de resultados finales (p. ej. años de vida ganados)</i>	4
5.1b) <i>se utiliza la disposición a pagar como medida de resultados (análisis coste-beneficio)</i>	8
5.1c) <i>se utilizan AVAC como medida de resultados (análisis coste-utilidad)</i>	4
5.2) <i>en caso de utilizar AVAC, los pesos de calidad de vida se han obtenido mediante la lotería estándar o mediante el intercambio de tiempos</i>	4
5.3a) <i>en caso de emplear AVAC, las utilidades se han obtenido a partir de preferencias de la población general, sobre estados de salud definidos por los pacientes</i>	4
5.3b) <i>en caso de emplear AVAC, las utilidades se han obtenido directamente de los pacientes</i>	2
(máximo 12 puntos)	
6. COSTES INCLUIDOS	
6.1) <i>se incluyen todos los costes relevantes dada la perspectiva asumida en el estudio</i>	4
6.2) <i>se ofrece una medida pormenorizada y precisa de los recursos consumidos</i>	4
(máximo 8 puntos)	
7. HORIZONTE TEMPORAL	
7.1) <i>se adopta un horizonte temporal, el mismo para costes y beneficios, lo suficientemente amplio como para tener en cuenta todas las consecuencias asociadas a las tecnologías comparadas</i>	4
7.2a) <i>el estudio dispone de datos primarios que abarquen la totalidad del horizonte temporal</i>	4
7.2b) <i>si sólo se cuenta con datos primarios para el corto plazo, se utiliza un modelo de decisión para extrapolar los datos al largo plazo</i>	4
(máximo 8 puntos)	
8. TASA DE DESCUENTO	
8.1) <i>se aplica una tasa de descuento comprendida entre el 3% y el 5% (inclusive) común a costes y beneficios</i>	4
8.2) <i>se presentan los resultados para tasas de descuento alternativas</i>	4
(máximo 8 puntos)	
9. TRATAMIENTO DE LA INCERTIDUMBRE	
9.1a) <i>se practica un análisis de sensibilidad probabilístico (p.ej. bootstrapping, Montecarlo, ...)</i>	4
9.1b) <i>se practica algún tipo de análisis de sensibilidad determinístico</i>	2
9.2) <i>los resultados del análisis de sensibilidad se presentan en detalle (tablas y gráficos)</i>	4
(máximo 8 puntos)	

10) MODELOS DE DECISIÓN EMPLEADOS	
10.1) <i>se detallan los supuestos estructurales del modelo</i> (p.ej. duración de un ciclo en un modelo de Markov)	4
10.2) <i>los resultados del modelo se validan de alguna forma</i> (p.ej. por comparación con los obtenidos por otros modelos publicados para la misma enfermedad e intervención)	4
(máximo 8 puntos)	
11. TRANSFERIBILIDAD	
11.1a) <i>el ámbito de procedencia de los datos coincide exactamente con el de aplicación de la tecnología</i>	8
11.1b) <i>el ámbito de aplicación de la tecnología no coincide con el de procedencia de los datos, pero los resultados del estudio (o estudios) se han adaptado de algún modo al contexto de aplicación</i>	4
11.2) <i>los datos se han obtenido a partir de estudios multinacionales o multicentro, entre los que se encuentra algún centro perteneciente al ámbito de aplicación de la tecnología</i>	4
(máximo 8 puntos)	
12. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS	
12.1) <i>los costes y efectos se presentan de forma agregada y desagregada</i>	4
12.2) <i>se calculan y presentan los índices de decisión apropiados</i> (ratios incrementales en ACE y ACU, beneficio neto, ratios beneficio/coste y tasas de rendimiento en ACB)	4
(máximo 8 puntos)	
total apartados 1 a 12 (máximo 100 puntos)	

4. Anexo 4. Hoja de extracción de datos.

Características Bibliográficas				
Autores	Revista	Año	Idioma	Ref ID: (mérico)
Título			Enlace al texto completo:	
Resumen				

Características de las Intervenciones				
Tipo de intervención:	País donde se ha realizado la intervención:	Donde se lleva a cabo la intervención:	Ámbito (setting):	Año en el que se
Contexto:				
Objetivo de la intervención:				
Tipo de atención sanitaria	Eje de desigualdad	Criterio para medir la desigualdad:	Intervenciones EN o DESDE	Problema de salud
Población Diana:	Duración intervención:	Duración del seguimiento:	Número de sesiones:	Duración de la sesión:
Diseño epidemiológico				
¿En qué consiste la intervención?:				
Número de participantes:	Persona/s encargadas de realizar la intervención:	Efectividad de la intervención		
Variables de respuesta:				
Principales resultados:				

Evaluación metodológica de la intervención

Calidad metodológica global revisor 1	Calidad metodológica global revisor 2	Calidad metodológica global definitiva		
Sesgo de selección global (A)	A1	A2		
Diseño del estudio global (B)	B1	B2		
Confusores (C)	C1	C2		
Enmascaramiento (D)	D1	D2		
Métodos de recogida de los datos (E)	E1	E2		
Pérdidas y Abandonos (F)	F1	F2		
Integridad de la Intervención (G):	G1:	G2:	G3:	
Análisis (H):	H1:	H2:	H3:	H4:

5. Anexo 5. Calidad metodológica de los artículos identificados.

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Ngo et al. (2009)	<i>Efectiva</i>	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Miranda et al. (2003b)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Spinelli & Endicott (2003)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Grote et al. (2009)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA
Lesser et. al (2010)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Organista et al. (1994)	<i>Parcialmente efectiva</i>	BAJA	MEDIA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA
Miranda et al. (2003c)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Diamond et al., (2002)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	BAJA
Adams et al. (2006)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Smith et al. (2000)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Miranda et al. (2003a)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Arean et al. (2005)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Sherbourne et al. (2004)	<i>Efectiva</i>	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Swartz et al. (2006)	<i>Parcialmente efectiva</i>	BAJA	BAJA	ALTA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Lara et al. (2003)	No efectiva	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Barnes et al. (2009)	No efectiva	BAJA	BAJA	MEDIA	BAJA	ALTA	ALTA	BAJA
Oyama et al. (2004)	Parcialmente efectiva	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA
Muñoz et al. (2007)	No efectiva	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	MEDIA
Crockett et al. (2008)	No efectiva	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	BAJA	ALTA	ALTA
Zlotnick et al. (2006)	No efectiva	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	BAJA	ALTA	ALTA
Smith et al. (2001)	Parcialmente efectiva	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Jarjoura et al. (2004)	Parcialmente efectiva	MEDIA	MEDIA	ALTA	BAJA	ALTA	ALTA	ALTA
Oyama et al. (2006a)	Parcialmente efectiva	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Schmaling et al. (2008)	Efectiva	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	BAJA
Ciechanowski et al. (2004)	Efectiva	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Arean et al. (2008)	No efectiva	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Fortney et al. (2007)	Parcialmente efectiva	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Craig et al. (2005)	Efectiva	BAJA	BAJA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Sutor et al. (2007)	Parcialmente efectiva	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Fagiolini et al. (2009)	Efectiva	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	BAJA

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Beeber et al. (2010)	<i>Efectiva</i>	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Puskar et al. (2003)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Peden et al. (2005)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA
Chaplin et al. (2006)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	BAJA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Oyama et al. (2006b)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Roberts et al. (2003)	<i>No efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Bergus et al. (2005)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Zimberg (1974)	<i>No efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA	BAJA	MEDIA
O'Malley et al. (2008)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA
Field et al. (2010)	<i>Efectiva</i>	BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	BAJA
Beckham (2007)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	ALTA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA
Bazargan-Hejazi et al. (2005)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA
Teesson et al. (1999)	<i>No efectiva</i>	BAJA	MEDIA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	BAJA
Friedemann (1994)	<i>Efectiva</i>	BAJA	BAJA	MEDIA	BAJA	MEDIA	MEDIA	BAJA
Millery et al. (2002)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	BAJA	ALTA	BAJA	MEDIA	ALTA	ALTA
Hall et al. (2009)	<i>No efectiva</i>	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA	MEDIA

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Washington (1999)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Gilbert et al. (2006)	<i>No efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Nuttbrock et al. (2004)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA	MEDIA	ALTA
Killeen et al. (2004)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	BAJA
Black et al. (1994)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA
Passey et al. (2007)	<i>Parcialmente efectiva</i>	BAJA	MEDIA	MEDIA	BAJA	BAJA	ALTA	MEDIA
Morgenstern et al. (2006)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Gallagher-Thompson et al. (2003)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	BAJA
Smith et al. (2005)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	BAJA	MEDIA	BAJA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Belle et al. (2006)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	ALTA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Korn et al. (2009)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Drake et al. (1996)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA
Drake et al. (1999)	<i>Efectiva</i>	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA
Jorm et al. (2004)	<i>Parcialmente efectiva</i>	BAJA	BAJA	ALTA	ALTA	MEDIA	BAJA	ALTA
Gold et al. (2006)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	MEDIA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	MEDIA
Macias et al. (1994)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	BAJA	ALTA	ALTA	MEDIA	ALTA	ALTA

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Dush et al. (2001)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>
Painter et al. (2009)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>BAJA</i>
Wong-McDonald et al. (2007)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>
McDonel et al. (1997)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>
Nagel et al. (2009)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>BAJA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>BAJA</i>
Roman et al. (2008)	<i>No efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>BAJA</i>
Susser et al. (1998)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>
Rousseau et al. (2007)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>BAJA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Roberts et al. (2010)	<i>No efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>
Telles et al. (1995)	<i>No efectiva</i>	ALTA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Patterson et al. (2005)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>BAJA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Cook et. al (2005)	<i>Efectiva</i>	ALTA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Jouriles et al. (2001)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>
Owens et al. (2008)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>BAJA</i>
Martin et al. (1990)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>BAJA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Bierman et al. (2007)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>

Autores	Efectividad de la intervención	Calidad metodológica global revisor	Sesgo de selección global (A)	Diseño del estudio global (B)	Confusores (C)	Enmascaramiento (D)	Métodos de recogida de los datos (E)	Pérdidas y Abandonos (F)
Brotman et al (2003)	<i>Parcialmente efectiva</i>	MEDIA	<i>BAJA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>
Ishizaki et al. (2002)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Carlson et al. (2009)	<i>Efectiva</i>	MEDIA	<i>BAJA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
Mitchell et al. (2008)	<i>Parcialmente efectiva</i>	ALTA	<i>MEDIA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>	<i>ALTA</i>
McCrae et al. (2007)	<i>Efectiva</i>	BAJA	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>MEDIA</i>	<i>BAJA</i>	<i>BAJA</i>	<i>ALTA</i>

