

Modelo de atención escalonada en salud mental

Stepped care model in mental health

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
de Tecnologías Sanitarias y Servicios de Salud



Gobierno
de Canarias

Modelo de atención escalonada en salud mental

Stepped care model in mental health

Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
SESCS

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Gobierno
de Canarias

RIVERO SANTANA A.

Modelo de atención escalonada en salud mental / A. Rivero Santana et al. – Madrid: Ministerio de Sanidad. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud. – 378 p.; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad) (Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias / SESCS)

NIPO: **133-26-106-3**

1. Modelo de atención escalonada 2. Salud mental 3. Trastornos mentales

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Sanidad

El Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud asume la responsabilidad exclusiva de la forma y el contenido final de este informe. Las manifestaciones y conclusiones de este informe son las del Servicio de Evaluación y no las de sus revisores externos.

Edita: Ministerio de Sanidad. Servicio Canario de la Salud

Este documento ha sido realizado por el Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS el 4 de abril de 2025.

Para citar este informe:

Rivero-Santana A, Ramos-García V, Torres-Castaño A, García-Pérez L, Herrera-Ramos E, Hernández-Yumar A, Linertová R, Cazaña-Pérez V, Gómez-Ramos AM, Álvarez-Pérez Y, Favaro F, Santos-Álvarez A, Duarte-Díaz A, Rodríguez-Drincourt de Elízaga J, Capafons-Sosa JI, Ramallo-Fariña Y, Sirumal-Rodríguez E, Corujo-Bolaños G, Alonso-Socas I, Rodríguez-Díaz B, Pérez-Celis A, Acosta-Artiles FJ, Serrano-Pérez PG, Badalon-Higueras L, López-Rodríguez JA, Perestelo-Pérez L. Modelo de atención escalonada en salud mental. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2026. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.



MINISTERIO
DE SANIDAD



RED ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE EVALUACIÓN
DE TECNOLOGÍAS Y PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Gobierno
de Canarias

Índice

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	14
RESUMEN EN LENGUAJE NO ESPECIALIZADO	19
PLAIN LANGUAGE SUMMARY	23
RESUMEN EJECUTIVO	27
EXECUTIVE SUMMARY	36
I. INTRODUCCIÓN	45
I.1. Problema de salud	45
I.2. Descripción y características técnicas de la tecnología	46
I.3. Marco Regulatorio en España y situación actual de la tecnología en el Sistema Nacional de Salud	48
I.4. Justificación de la evaluación	49
II. OBJETIVOS	50
II.1. Objetivo general	50
II.2. Pregunta de investigación	50
III. METODOLOGÍA	52
III.1. Efectividad y seguridad	52
III.1.1. Criterios de selección de estudios	52
III.1.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	54
III.1.3. Proceso de selección de estudios	55
III.1.4. Evaluación crítica del riesgo de sesgo	55
III.1.5. Proceso de extracción de datos	56
III.1.6. Método de análisis y síntesis de los datos	56
III.1.7. Valoración de la calidad de la evidencia de efectividad y seguridad	57

III.2. Coste-efectividad	58
III.2.1. Criterios de selección de estudios	58
III.2.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	59
III.2.3. Proceso de selección de estudios	60
III.2.4. Evaluación de la calidad metodológica	60
III.2.5. Extracción de datos	60
III.2.6. Síntesis	61
III.3. Análisis económico	61
III.3.1. Análisis de coste-utilidad	61
III.4. Análisis de aspectos éticos, legales, organizativos y sociales	67
III.4.1. Alcance de la revisión	68
III.4.2. Criterios de selección de estudios	69
III.4.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	69
III.4.4. Proceso de selección de estudios	70
III.4.5. Evaluación de la calidad metodológica	70
III.4.6. Extracción de datos	71
III.5. Identificación de necesidades de investigación y medidas de resultado estándares	71
III.5.1. Alcance de la revisión	72
III.5.2. Criterios de selección de estudios	72
III.5.3. Proceso de selección de estudios, extracción de datos y síntesis de los hallazgos	72
III.6. Formulación de recomendaciones	73
III.7. Estimación de la fecha de actualización del informe	73
III.8. Participación de los grupos de interés	75
III.8.1. Participación de pacientes	75
III.8.2. Participación de los profesionales sanitarios	75
III.8.3. Revisión externa	75
IV. RESULTADOS	77
IV.1. Efectividad y seguridad	77
IV.1.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica	77
IV.1.2. Características de los estudios incluidos	79
IV.1.3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos	103

IV.1.4. Condiciones de salud	114
V.1.5. Calidad de la evidencia	149
IV.2. Revisión sistemática de evaluaciones económicas	177
IV.2.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica	177
IV.2.2. Características y calidad metodológica de los estudios incluidos	179
IV.2.3. Resultados de los estudios incluidos por condiciones de salud	186
IV.3. Análisis económico	203
IV.3.1. Análisis de coste-utilidad	203
IV.4. Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales	212
IV.4.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica	212
IV.4.2. Características de los estudios incluidos	214
IV.4.3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos	229
IV.4.4. Resultados de aceptabilidad	229
IV.4.5. Resultados de factibilidad	232
IV.5. Identificación de necesidades de investigación y medidas de resultado estándares	239
IV.5.1. Necesidades de investigación identificadas en estudios específicos de necesidades de investigación	239
IV.5.2. Medidas de resultado estándares	243
IV.6. Estudios en marcha o completados recientemente	244
V. DISCUSIÓN	247
V.1 Efectividad y seguridad	247
V.2 Coste-efectividad	250
V.3 Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales	252
VI. CONCLUSIONES	255
VII. RECOMENDACIONES	260
CONTRIBUCIÓN DE LOS/AS AUTORES/AS, COLABORADORES/AS EXPERTOS/AS, REPRESENTANTES DE PACIENTES Y REVISORES/AS	

EXTERNOS/AS	261
DECLARACIÓN DE INTERESES	266
REFERENCIAS	267
ANEXOS	288
Anexo 1. Estrategias de búsqueda	288
Anexo 2. Algoritmo para la realización de evaluaciones económicas en ETS	315
Anexo 3. Algoritmo para la evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales	316
Anexo 4. Estimación de la fecha de actualización del informe	317
Anexo 5. Estudios excluidos de la RS de efectividad y seguridad	318
Anexo 6. Análisis de subgrupos y gráficos de embudo	341
Anexo 7. Estudios excluidos de la RS de EE	352
Anexo 8. Calidad metodológica de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática	356
Anexo 9. Estudios excluidos de la RS de aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales	358
Anexo 10. Calidad metodológica de aspectos éticos, legales, organizativos y sociales	360
Anexo 11. Costes unitarios de las consultas médicas desglosados por comunidades autónomas	369
Anexo 12. Revisiones al informe	372

Índice de tablas

Tabla 1. Bases de datos bibliográficas consultadas. Efectividad y seguridad	55
Tabla 2. Criterios de selección para la revisión sistemática de evaluaciones económicas	58
Tabla 3. Bases de datos bibliográficas consultadas. Estudios económicos.....	59
Tabla 4. Criterios de selección (aspectos éticos, legales, organizativos y sociales)	69
Tabla 5. Bases de datos electrónicas consultadas. Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales	70
Tabla 6. Fuentes de información consultadas en necesidades de investigación y medidas de resultado estándares	72
Tabla 7. Resultados de la búsqueda bibliográfica para efectividad y seguridad	77
Tabla 8. Características de las revisiones sistemáticas incluidas	81
Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos	83
Tabla 10. Calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas	104
Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos	106
Tabla 12. Resultados de los MA de los 3 estudios que aplicaron el mismo programa en personas con estrés	128
Tabla 14. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de depresión.....	151
Tabla 16. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés.....	157
Tabla 17. Calidad de la evidencia en muestras mixtas (depresión/ansiedad).....	160
Tabla 18. Calidad de la evidencia en personas con enfermedad somática y síntomas de depresión/ansiedad/estrés	164
Tabla 19. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés postraumático	168
Tabla 20. Calidad de la evidencia en personas con trastorno obsesivo-compulsivo.....	172
Tabla 21. Calidad de la evidencia en personas con trastornos alimentarios	175

Tabla 22. Calidad de la evidencia en personas con trastornos de la personalidad	176
Tabla 23. Resultados de la búsqueda bibliográfica de estudios económicos.....	177
Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática.....	181
Tabla 25. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Depresión	188
Tabla 26. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Ansiedad.....	193
Tabla 27. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Muestras mixtas con depresión/ansiedad.....	195
Tabla 28. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Enfermedad somática y depresión / ansiedad / estrés	198
Tabla 29. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastorno por estrés postraumático	200
Tabla 30. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastorno obsesivo compulsivo.....	202
Tabla 31. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastornos alimentarios	203
Tabla 32. Probabilidades de transición y utilidades.....	203
Tabla 33. Uso de recursos	205
Tabla 34. Costes unitarios (EUR 2025).....	206
Tabla 37. Resultados del análisis de sensibilidad probabilístico.....	209
Tabla 38. Resultados de la búsqueda bibliográfica de aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales.....	212
Tabla 40. Principales características de los estudios incluidos. Necesidades de investigación y medidas de resultado estándares, sobre atención escalonada	240
Tabla 41. Estudios en marcha	245

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales.....	360
Tabla 43. Costes unitarios de las consultas médicas	369

Índice de figuras

Figura 1. Estructura del modelo	64
Figura 2. Proceso de selección de estudios incluidos en efectividad y seguridad	78
Figura 3. MA de la tasa de trastorno depresivo a los 12 meses	115
Figura 4. MA del nivel de depresión a los 3-6 meses.....	116
Figura 5. MA de la tasa de remisión a los 4-6 meses.....	118
Figura 6. MA del uso de psicofármacos a los 6 meses.....	120
Figura 7. MA de reducción de síntomas post-intervención.....	123
Figura 8. MA de tasa de remisión a lo largo del estudio	124
Figura 9. MA del nivel de depresión a los 6-8 meses (muestras mixtas).....	130
Figura 10. MA del nivel de ansiedad a los 6-8 meses (muestras mixtas).....	131
Figura 11. MA de la tasa de remisión entre 6-12 meses (muestras mixtas).....	131
Figura 12. MA de calidad de vida entre 6-8 meses (muestras mixtas).....	132
Figura 13. MA de la tasa de personas con medicación psiquiátrica durante el estudio (muestras mixtas)	133
Figura 14. MA del nivel de depresión entre 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)	135
Figura 15. MA del nivel de ansiedad entre 3-4 meses (muestras con enfermedad somática)	135
Figura 16. MA de la tasa de respuesta a los 6 meses (depresión, muestras con enfermedad somática).....	136
Figura 17. MA de la tasa de remisión a los 4-6 meses (depresión, muestras con enfermedad somática).....	137
Figura 18. MA de calidad de vida a los 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)	138
Figura 19. MA de calidad de vida relacionada con el cáncer a los 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)	138
Figura 20. MA de uso de medicación psiquiátrica (muestras con enfermedad somática)	139
Figura 21. MA de reducción de síntomas en el último seguimiento.....	141

Figura 22. MA de incidencia de TEPT en post-intervención	142
Figura 23. MA de reducción de síntomas de TEPT en post-intervención	143
Figura 24. MA de la tasa de respuesta post-intervención.....	143
Figura 25. MA de la tasa de remisión post-intervención	144
Figura 26. Proceso de selección de estudios incluidos en la revisión sistemática de estudios económicos	178
Figura 27. Plano de coste-efectividad incremental	210
Figura 28. Curva de aceptabilidad	211
Figura 29. Proceso de selección de estudios sobre aspectos éticos, legales, organizacionales y sociales	213

Siglas y acrónimos

4DSQ	Four Dimensional Questionnaire
ACQ	Agoraphobic Cognitions Questionnaire
ACU	Análisis de coste-utilidad
AMSTAR-2	Ameasurement Tool to As- sess Systematic Reviews
AP	Atención primaria
AVAC	Años de vida ajustados por calidad
AVAD	Año de vida ajustado por discapacidad
AVL	Adaptation to Vision Loss
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDI	Beck Depression Inventory
BDI-II	Beck Depression Inventory II
BITE	Bulimia Investigation Test Edinburgh
BSQ	Body Sensation Questionnaire
CALIS	Child Anxiety Life Interference Scale
CAS-8	Children's Anxiety Scale
CASPe	Critical Appraisal Skills Programme español
CBCL	Child Behavior Checklist
CDNS	Costes directos no sanitarios
CDS	Costes directos sanitarios
CES-D	Center for Epidemiological Studies – Depression
CGAS	Children's Global Assessment Scale
CGI-S/I	Clinical Global Impression – Severity / Improvement

CGU-9	Child Health Utility 9D
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades – 11. ^a edición
CIS-R	Clinical Interview Schedule – Revised
COCI-R-P	Children’s Obsessional Compulsive Inventory – Parent version
COMET	Core Outcome Measures in Effectiveness Trials
CPAF	Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación
CPP	Coste por pérdida de productividad
CSDS	Parent–Child Sheehan Disability Scale – Parent Version
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire
CSR	Clinician Severity Rating
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
CY-BOCS	Children’s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
DASS	Depression, Anxiety and Stress Scale
DLD	Días libres de depresión
DM2	Diabetes mellitus tipo
DME	Diferencia de media estandarizada
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – 5 ^a edición
DT	Distress Thermometer
EA	Efectos adversos
ECA	Ensayo controlado aleatorizado
ECnA	Ensayo controlado no aleatorizado
EDE	Eating Disorder Examination
EE	Evaluación económica

EEUU	Estados Unidos
EORTC-QLQ-C30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire
EQ-5D	Cuestionario EuroQol
EROS	Environmental Reward Observation Scale
ERP	Exposición y prevención de respuesta
ETS	Evaluación de tecnologías sanitarias
FACIT-F	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue
FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy – General
FDA	Food and Drug Administration
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder – 7
GHQ	General Health Questionnaire
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
HADS-A	Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety
HSCL-25	Hopkins Symptom Checklist – 25
IC	Intervalo de confianza
ICHOM	International Consortium for Health Outcomes Measurement
IES-R	Impact of Event Scale – Revised
INE	Instituto nacional de estadística
ISI	Insomnia Severity Index
JLA	James Lind Alliance
K10	Kessler Psychological Distress Scale
MA	Meta-análisis

MADRS-S	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale – Self Rating
MAE	Modelo de atención escalonada
MIR	Médico Interino Residente
NA	No aplica
NI	No indicado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización mundial de la salud
OR	Odds ratio
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire – 9
PIR	Psicólogo Interno Residente
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
RCEI	Ratio coste-efectividad incremental
RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
RoB-2	Risk of bias - 2ª versión
RR	Riesgo relativo
RS	Revisión sistemática
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
TCC	Terapia cognitivo conductual
TDM	Trastorno depresivo mayor
TEPT	Trastorno de estrés postraumático

TOC	Trastorno obsesivo compulsivo
VALIDATE	VALues In Doing Assessments of healthcare TEchnologies
WHO-5	WHO-5 Well-Being Index
WHODAS II	WHO Disability Assessment Schedule v2.0
WSAS	Work and Social Adjustment Scale
Y-BOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

Resumen en lenguaje no especializado

Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de malestar y sufrimiento en la población. Este malestar puede expresarse de múltiples formas —como tristeza persistente, ansiedad, estrés o dificultades en la vida cotidiana— y afecta a dimensiones esenciales de la vida como el trabajo, el estudio, el autocuidado o las relaciones personales. Sin embargo, estas experiencias no pueden entenderse únicamente desde categorías diagnósticas, sino que están profundamente influidas por las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan. Factores como la precariedad económica, la inestabilidad laboral, la sobrecarga de cuidados, la soledad no deseada o las desigualdades sociales y de género desempeñan un papel central en la génesis y evolución del sufrimiento psíquico.

Con frecuencia, este malestar se vive en silencio, acompañado de estigma, vergüenza o aislamiento, lo que dificulta la búsqueda de ayuda. Además, tiene un impacto no solo en las personas, sino también en sus entornos familiares y comunitarios, que a menudo asumen tareas de cuidado sin contar con los apoyos necesarios. Desde una perspectiva social, el sufrimiento en salud mental también se relaciona con desigualdades en el acceso a recursos, con trayectorias laborales interrumpidas y con un mayor uso de servicios sanitarios y sociales, lo que pone de manifiesto la necesidad de respuestas integrales.

El abordaje de la salud mental requiere, por tanto, intervenciones diversas y adaptadas a la complejidad de cada situación. Entre ellas se incluyen intervenciones psicológicas, sociales y comunitarias, así como, cuando está indicado, el uso de psicofármacos. Estos últimos constituyen una herramienta terapéutica que puede ser útil en determinados casos, siempre que se emplee de manera prudente, contextualizada y con un seguimiento adecuado, valorando tanto sus beneficios como sus posibles efectos adversos, y en el marco de decisiones compartidas con las personas atendidas.

La atención primaria de salud desempeña un papel clave en este abordaje. Lejos de constituir un nivel de atención de baja complejidad, es el espacio donde se atienden de manera continuada problemas de salud mental atravesados por múltiples determinantes sociales, frecuentemente en contextos de multimorbilidad y vulnerabilidad. Su cercanía, accesibilidad y conocimiento longitudinal de las personas y sus entornos

la sitúan en una posición privilegiada para ofrecer una atención integral, centrada en la persona y coordinada con otros recursos sanitarios y comunitarios.

En este contexto, existen diferentes tipos de intervenciones que pueden contribuir a aliviar el sufrimiento psíquico, como la orientación psicológica, estrategias de no hacer, con la idea de hacer prevención cuaternaria y no patologizar respuestas naturales a contextos de alto estrés, el fortalecimiento de redes de apoyo, la promoción de hábitos de vida saludables o las intervenciones psicosociales tanto individuales como grupales y comunitarias. Estas actuaciones no deben entenderse como “de baja intensidad” en un sentido simplificador, sino como respuestas adecuadas en determinados momentos y situaciones, cuya complejidad y valor terapéutico dependen de su adecuación a las necesidades de las personas y a sus contextos de vida.

El denominado Modelo de Atención Escalonada (MAE) propone organizar las intervenciones de forma progresiva, adaptándolas a la evolución y necesidades de cada persona. No obstante, su aplicación debe entenderse desde una perspectiva flexible, que evite enfoques rígidos o lineales basados en la asignación de las personas a un único “escalón” asistencial. En la práctica, los problemas de salud mental —incluidos aquellos de mayor gravedad— pueden ser atendidos en diferentes niveles del sistema, especialmente en atención primaria, que a menudo asume su seguimiento cuando las personas no acceden o no desean vincularse a recursos especializados.

Desde esta perspectiva, el MAE debe concebirse no tanto como una secuencia cerrada de intervenciones, sino como una red interconectada de recursos sanitarios y comunitarios, capaz de acompañar a las personas allí donde se encuentren, accedan o demanden apoyo. Esto implica reconocer la capacidad de la atención primaria para abordar situaciones de alta complejidad, así como garantizar mecanismos de coordinación, apoyo y derivación bidireccional entre niveles asistenciales, de modo que la atención se adapte a las necesidades, preferencias y trayectorias de las personas, y no al revés.

El objetivo de este informe es evaluar en qué medida el Modelo de Atención Escalonada en salud mental responde adecuadamente a las necesidades de la población, considerando no solo la eficacia de las intervenciones, sino también su capacidad para abordar la complejidad del sufrimiento psíquico en el marco de los determinantes sociales de la salud, así como el papel central de la atención primaria y de los recursos comunitarios en su implementación. Específicamente, se trata de evaluar si este modelo de atención, cuando se compara con la atención habitual

(donde no se aplica siempre de forma sistemática un modelo escalonado): 1) es igual o más efectivo para reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud; 2) si los resultados obtenidos compensan su coste de aplicación para el sistema público; 3) qué aspectos personales, sociales, legales y organizativos es importantes tener en cuenta para su aplicación.

Para lograr estos objetivos, se realizaron varias revisiones sistemáticas de estudios científicos, y se llevó a cabo un análisis económico.

Los resultados muestran que el MAE podría ser más efectivo que la atención habitual en la mejoría de los síntomas y la calidad de vida en personas con síntomas de depresión, y también en personas que padecen enfermedades como cáncer o diabetes, y que además muestran síntomas de ansiedad y/o depresión. También podría ofrecer un mejor resultado en adulto/as que han sufrido un evento traumático y tienen síntomas de estrés postraumático, así como en personas con trastornos de la personalidad.

El MAE no parece obtener resultados distintos a los de la atención habitual en personas con síntomas de ansiedad, en personas con trastorno obsesivo-compulsivo o bulimia nerviosa, ni tampoco en los estudios que incluyeron conjuntamente personas con síntomas de depresión junto a otras con síntomas de ansiedad y otras con ambos tipos de síntomas.

Esta evidencia científica ha sido valorada en general como de baja calidad, debido a problemas metodológicos de los estudios incluidos, especialmente por el alto número de personas que abandonaron los estudios antes de su finalización. Por tanto, estas conclusiones no pueden considerarse definitivas, y se necesita más investigación para poder confirmar los resultados.

Los resultados también muestran que el MAE en salud mental suele ser bien valorado por profesionales, pacientes y cuidadores cuando funciona como 1) un sistema completo, flexible y con distintos perfiles profesionales, 2) que adapta la intensidad de la atención a las necesidades reales de cada persona y 3) pone a la persona en el centro, es decir, teniendo en cuenta su situación, sus preferencias y sus objetivos de vida. Su buen funcionamiento depende sobre todo de factores prácticos y organizativos, como una financiación estable, equipos multidisciplinares, continuidad en el cuidado, menos burocracia, criterios claros para decidir el tipo de atención y una buena formación y supervisión del personal. En personas con trastornos graves, es recomendable la inclusión de un “gestor de casos”, profesional que actúa

como enlace y coordinador de la persona con los servicios que necesita, para evitar que el paciente abandone el proceso por falta de energía o por el estigma percibido en los puntos de acceso.

Si no se hacen esfuerzos claros para que este tipo de abordaje sea fácil de entender, visible y accesible, así como para reducir barreras y estigmas, existe el riesgo de que solo se beneficien quienes tienen más recursos, apoyo o conocimientos sobre salud, manteniendo desigualdades en el acceso a la atención.

En cuanto a los resultados económicos, el análisis realizado para este informe mostró que, en personas con síntomas de depresión, el MAE no solo es más efectivo que la atención no escalonada, sino que también podría suponer un coste económico menor para el sistema público. En el caso de otros trastornos o síntomas distintos de depresión, no existen estudios realizados en España, y los resultados obtenidos en otros países no son directamente aplicables a nuestro país.

En resumen, el MAE es una alternativa de atención a los problemas de salud mental que podría mejorar los resultados obtenidos con la atención habitual, especialmente en personas con síntomas de depresión, y además hacerlo gastando menos recursos públicos. En otros trastornos diferentes a la depresión, parece mostrar una efectividad similar a la atención habitual, pero es necesario seguir investigando si los beneficios que ofrece justificarían su coste.

Este informe se ha centrado solamente en la evaluación de intervenciones dirigidas a aliviar los síntomas psicológicos de las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, una atención integral debe incluir también intervenciones que ayuden a lograr una rehabilitación en las actividades de la vida diaria, en las relaciones con otras personas y en el ámbito laboral, sea cual sea la gravedad de sus síntomas. Esto es esencial para el empoderamiento de la persona, es decir, para que se sienta capaz de afrontar con éxito los problemas psicológicos y vitales, y para prevenir posibles recaídas.

Plain language summary

Mental health problems are a leading cause of distress and suffering in the population. This distress can manifest in many ways—such as persistent sadness, anxiety, stress, or difficulties in daily life—and affects essential aspects of life, including work, education, self-care, and personal relationships. However, these experiences cannot be understood solely through diagnostic categories; they are profoundly influenced by the conditions in which people are born, grow up, live, and work. Factors such as economic insecurity, job instability, caregiving burdens, unwanted loneliness, and social and gender inequalities play a central role in the development and evolution of psychological distress.

Often, this distress is experienced in silence, accompanied by stigma, shame, or isolation, which hinders seeking help. Furthermore, it impacts not only individuals but also their families and communities, who often assume caregiving responsibilities without adequate support. From a social perspective, mental health suffering is also linked to inequalities in access to resources, interrupted career paths, and increased use of health and social services, highlighting the need for comprehensive responses.

Addressing mental health, therefore, requires diverse interventions adapted to the complexity of each situation. These include psychological, social, and community interventions, as well as, when indicated, the use of psychotropic medications. The latter constitute a therapeutic tool that can be useful in certain cases, provided it is used prudently, contextually, and with adequate follow-up, weighing both its benefits and potential adverse effects, and within a framework of shared decision-making with the individuals receiving care.

Primary health care plays a key role in this approach. Far from being a low-complexity level of care, it is the setting where mental health problems influenced by multiple social determinants are addressed continuously, frequently in contexts of multimorbidity and vulnerability. Its proximity, accessibility, and long-term knowledge of individuals and their environments place it in a privileged position to offer comprehensive, person-centered care coordinated with other health and community resources.

In this context, there are different types of interventions that can contribute to alleviating psychological suffering, such as psychological counseling, strategies of non-action (with the aim of quaternary prevention and avoiding pathologizing natural responses to high-stress situations),

strengthening support networks, promoting healthy lifestyle habits, and individual, group, and community-based psychosocial interventions. These actions should not be understood as "low-intensity" in a simplistic sense, but rather as appropriate responses at specific times and in specific situations, whose complexity and therapeutic value depend on their suitability to the needs of individuals and their life contexts.

The so-called Stepped Care Model (SCM) proposes organizing interventions progressively, adapting them to the evolution and needs of each person. However, its application must be understood from a flexible perspective, avoiding rigid or linear approaches based on assigning individuals to a single level of care. In practice, mental health problems—including the most severe ones—can be addressed at different levels of the system, especially in primary care, which often assumes responsibility for follow-up when individuals do not access or do not wish to engage with specialized resources.

From this perspective, the MAE (Mental Health Care Model) should be conceived not so much as a closed sequence of interventions, but as an interconnected network of health and community resources, capable of supporting individuals wherever they are, wherever they access or request support. This implies recognizing the capacity of primary care to address highly complex situations, as well as guaranteeing mechanisms for coordination, support, and bidirectional referral between levels of care, so that care adapts to the needs, preferences, and trajectories of individuals, and not the other way around.

The objective of this report is to assess the extent to which the Stepped Care Model in mental health adequately responds to the needs of the population, considering not only the effectiveness of the interventions, but also its capacity to address the complexity of mental suffering within the framework of the social determinants of health, as well as the central role of primary care and community resources in its implementation. Specifically, the aim is to assess whether this model of care, when compared with usual care (where a stepped model is not always systematically applied): 1) is equally or more effective in reducing symptoms and improving quality of life; 2) whether the results obtained justify its implementation cost to the public system; 3) what personal, social, legal, and organizational aspects are important to consider for its implementation. To achieve these objectives, several systematic reviews of scientific studies were conducted, and an economic analysis was performed.

The results show that the SCM may be more effective than usual care in improving symptoms and quality of life in people with symptoms of

depression, as well as in people with illnesses such as cancer or diabetes who also exhibit symptoms of anxiety and/or depression. It may also offer better results in adults who have experienced a traumatic event and have symptoms of post-traumatic stress, as well as in people with personality disorders.

The MAE does not appear to obtain different results from usual care in people with symptoms of anxiety, in people with obsessive-compulsive disorder or bulimia nervosa, nor in studies that included people with symptoms of depression together with others with symptoms of anxiety and others with both types of symptoms.

This scientific evidence has generally been assessed as being of low quality due to methodological problems in the included studies, especially the high number of participants who dropped out before completion. Therefore, these conclusions cannot be considered definitive, and further research is needed to confirm the results.

The results also show that the SCM in mental health is generally well-received by professionals, patients, and caregivers when it functions as a comprehensive, flexible system with diverse professional profiles, adapting the intensity of care to each person's actual needs and placing the individual at the center—that is, taking into account their situation, preferences, and life goals. However, its effective functioning depends primarily on practical and organizational factors, such as stable funding, sufficient and continuous staffing, less bureaucracy, clear criteria for deciding on the type of care, and good staff training and supervision, rather than on the theoretical model itself. Furthermore, without clear efforts to make the system easy to understand, visible, and accessible, and to reduce barriers and stigma, there is a risk that only those with greater resources, support, or health knowledge will benefit, perpetuating inequalities in access to care.

In summary, the SCM is an alternative approach to mental health care that could improve the outcomes obtained with a non-step-through model, especially in people with depressive symptoms, and do so while using fewer public resources. In disorders other than depression, it appears to show similar effectiveness to the non-step-through model, but further research is needed on its cost-effectiveness in Spain.

Regarding cost-effectiveness results, the economic evaluation carried out for this report showed that, in people with symptoms of depression, the SCM is not only more effective than usual care, but could also represent a lower economic cost for the public system. In the case of disorders or symptoms other than depression, no studies have been

conducted in Spain, and the results obtained in other countries are not directly applicable.

In summary, the SCM is an alternative approach to mental health care that could improve outcomes compared to standard care, especially for individuals with depressive symptoms, while using fewer public resources. For disorders other than depression, it appears to be similarly effective to standard care, but further research is needed to determine whether its benefits justify its associated costs.

Resumen ejecutivo

Introducción

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y al impacto que generan en la discapacidad y en la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo padece algún trastorno mental, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los más frecuentes.

El modelo de atención escalonada (MAE, en inglés *stepped care model*) se plantea como una estrategia organizativa orientada a optimizar los recursos disponibles, personalizar la atención según la gravedad y mejorar el acceso a intervenciones eficaces a lo largo de todo el espectro clínico. Asimismo, facilita un enfoque colaborativo entre profesionales y entre los servicios de atención primaria y especializada, favoreciendo un flujo asistencial continuo y adaptado a la evolución del paciente.

El MAE propone una secuencia jerárquica de intervenciones, comenzando por aquellas de menor intensidad (p.ej, psicoeducación, autoayuda guiada, intervenciones digitales), y avanzando hacia tratamientos más complejos, como la psicoterapia individual o la farmacoterapia, cuando no se observa una respuesta clínica adecuada.

Objetivos

Evaluar la evidencia científica sobre la efectividad, seguridad y coste-efectividad del MAE en salud mental, así como los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales relevantes para su implementación.

Método

Se realizaron 3 revisiones sistemáticas (RS) para evaluar: 1) efectividad/seguridad, (incluyendo RS con meta-análisis (MA) y ensayos controlados aleatorizados (ECA)); 2) coste-efectividad (RS de evaluaciones económicas), y 3) aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales.

Además, se realizó una evaluación económica basada en un análisis de coste-utilidad, a partir de un modelo matemático.

Resultados

Efectividad y seguridad

DEPRESIÓN

Se observaron efectos significativos sobre la prevención del trastorno clínico a los 12 meses en mayores de 65 años (o viviendo en residencias de ancianos) ($k = 2$; $RR = 0.47$, $IC95\%: 0.25, 0.89$; $I^2 = 0.05\%$) pero no a los 24 meses ($k = 2$; $RR = 0.64$, $IC95\%: 0.27, 1.50$; $I^2 = 67.8\%$).

El efecto fue significativo a los 3-6 meses sobre la reducción de síntomas ($g = -0.25$, $IC95\%: -0.41, -0.09$; $I^2 = 89.9\%$), respuesta al tratamiento ($k = 10$; $RR = 1.47$, $IC95\%: 1.23, 1.75$; $I^2 = 70\%$), remisión ($k = 14$; $RR = 1.54$, $IC95\%: 1.26, 1.89$; $I^2 = 84.4\%$) y componente mental de la calidad de vida ($k = 7$; $g = 0.31$, $IC95\%: 0.12, 0.49$; $I^2 = 83\%$). En las variables clínicas, el resultado solo fue significativo en el subgrupo con mayor gravedad promedio de síntomas en línea base. A los 9-15 meses, los resultados se mantienen significativamente favorables a la intervención.

No hubo diferencias en la tasa de hospitalizaciones, y el grupo de intervención mostró una tasa significativamente mayor de pacientes que recibieron antidepresivos en el subgrupo de mayor gravedad basal ($k = 8$; $RR = 1.41$, $IC95\%: 1.10, 1.83$; $I^2 = 92.4\%$).

ANSIEDAD

En adultos, no hubo diferencias significativas en reducción de síntomas ($k = 5$; $g = 0.00$, $IC95\%: -0.40, 0.41$; $I^2 = 82.3\%$), remisión ($OR = 1.15$, $IC95\%: 0.74, 1.78$; $I^2 = 57.8\%$) ni hospitalizaciones ($k = 1$; $TRI = 0.7$, $IC95\%: 0.1, 7.0$). Un estudio observó menos visitas a urgencias psiquiátricas (0.26 vs. 0.39 por persona). En calidad de vida (mental) un estudio obtuvo un efecto significativo a los 12 meses, y otro no obtuvo diferencias significativas.

En menores de edad, no se observaron diferencias significativas en ninguna variable, aunque un programa escalonado de terapia cognitivo-conductual (TCC) por internet (primera mitad de las sesiones sin guía terapéutica) podría ser inferior en reducción de síntomas y remisión del trastorno a un programa con guía por videoconferencia tras cada sesión (no se observaron diferencias significativas si la guía es por email).

ESTRÉS

Tres estudios que aplicaron el mismo programa en diferentes poblaciones con niveles significativos de estrés obtuvieron mejorías en la reducción del estrés ($g = -0.69$, IC95%: $-0.96, -0.43$; $I^2 = 47.6\%$), ansiedad ($g = -0.38, -0.92, 0.16$; $I^2 = 90.7\%$) y depresión ($g = -0.47, -0.82, -0.12$; $I^2 = 77.6\%$), pero no en calidad de vida. Otro estudio obtuvo resultados significativos sobre estas variables a los 6 meses, solo sostenido a los 12 en ansiedad.

MUESTRAS MIXTAS ANSIEDAD/DEPRESIÓN

No hubo diferencias significativas en prevención del trastorno clínico ($k = 2$; $RR = 0.80$, IC95%: $0.46, 1.41$; $I^2 = 66.4\%$), reducción de síntomas de depresión ($k = 6$; $g = -0.07$, IC95%: $-0.18, 0.03$; $I^2 = 42.8\%$) o ansiedad ($k = 6$; $g = -0.12$, IC95%: $-0.23, 0.00$; $I^2 = 51.8\%$), remisión ($k = 5$; $RR = 1.09$, IC95%: $0.91, 1.31$), calidad de vida ($k = 5$; $g = -0.05$, IC95%: $-0.18, 0.08$; $I^2 = 56.5\%$), hospitalizaciones ($k = 2$) ni prescripción de psicofármacos ($k = 5$; $RR = 1.03$, IC95%: $0.76, 1.38$).

ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS

Hubo efectos pequeños significativamente favorables a la intervención en reducción de síntomas de depresión ($k = 8$; $g = -0.22$, IC95%: $-0.36, -0.07$; $I^2 = 50.9\%$), ansiedad ($k = 4$; $g = -0.22$, IC95%: $-0.41, -0.03$; $I^2 = 27.6\%$), respuesta ($RR = 1.29$, IC95%: $1.08, 1.53$; $I^2 = 39.3\%$), remisión ($k = 5$; $RR = 1.36$, IC95%: $1.10, 1.68$; $I^2 = 52.2\%$), componente mental de la calidad de vida ($k = 3$; $g = 0.31$, IC95%: $0.14, 0.48$; $I^2 = 11.6\%$) y mayor uso de antidepresivos ($k = 3$; $RR = 2.15$, IC95%: $1.33, 3.49$; $I^2 = 72.9\%$).

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En adultos, un estudio pequeño obtuvo un efecto fuerte sobre la prevención del trastorno clínico ($RR = 0.36$, IC95%: $0.13, 0.97$). El efecto sobre la reducción de síntomas quedó al límite de la significación ($k = 7$; $g = -0.25$, IC95%: $-0.50, -0.00$; $I^2 = 78.6\%$) y fue significativo sobre la calidad de vida ($g = 0.23$, IC95%: $0.07, 0.39$; $I^2 = 0.0\%$).

En menores de edad, no hubo diferencias significativas en prevención del trastorno clínico ($k = 4$; $RR = 0.99$, IC95%: $0.45, 2.20$; $I^2 = 2.8\%$), reducción de síntomas ($k = 4$; $g = -0.00$, IC95%: $-0.21, 0.22$; $I^2 =$

3.6%), respuesta ($k = 2$; $RR = 0.93$, $IC95\%$: 0.83, 1.04; $I^2 = 17.4\%$) ni remisión ($k = 2$; $RR = 1.22$, $IC95\%$: 0.77, 1.94; $I^2 = 7.3\%$).

OTROS TRASTORNOS

No se observaron diferencias significativas en personas con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (un estudio con adultos y otro con menores), o bulimia nerviosa (2 estudios). Un estudio con trastornos de la personalidad observó una media de hospitalizaciones/paciente similar (0.5 vs. 0.6, $p = 0.937$ para la interacción grupo x tiempo), pero con menos días de estancia con el MAE (4.28 vs. 8.44, $p = 0.038$), así como menos visitas a urgencias (90.1% de pacientes que las redujeron vs. 67.5%, $p < 0.001$).

SEGURIDAD

Veintiséis estudios reportaron datos sobre ideación o conducta suicida, mortalidad por cualquier causa u otros eventos adversos. En ningún caso se observaron eventos graves que pudieran estar relacionados con la intervención, y cuando se compararon las tasas entre grupos no hubo diferencias significativas o estas fueron favorables a la intervención.

Evaluación económica

Los resultados muestran que el coste promedio del MAE en el tratamiento de la depresión es inferior al coste promedio del tratamiento habitual (con una diferencia de aproximadamente de 133.08€ por paciente). Los años de vida ajustados por calidad (AVAC), por su parte, son superiores en el MAE en comparación con el tratamiento habitual (específicamente, 0.086 AVAC adicionales por paciente), lo que resulta en que la alternativa del MAE sea una estrategia dominante (es decir, menos costosa y más efectiva) frente a la práctica clínica habitual.

Conclusiones

Efectividad y seguridad

GENERAL

- La evidencia disponible sobre el MAE se restringe a poblaciones con síntomas subclínicos o trastorno mental probable o confirmado, y no

se identificó ningún estudio que evaluase la aplicación de este modelo en la gestión del malestar psicológico consecuencia de los determinantes sociales de la salud mental (precariedad, desigualdad, género, etc).

- La calidad de la evidencia sobre la efectividad del MAE se ha valorado como baja o muy baja para la mayoría de las variables y subpoblaciones debido, principalmente, al riesgo de sesgo de los estudios individuales, a la imprecisión de las estimaciones y, en el caso de la depresión, a la alta heterogeneidad de los resultados.
- La seguridad del modelo ha sido evaluada en relativamente pocos estudios, sin observar eventos adversos relacionados con la intervención ni resultados significativamente peores para el MAE (calidad moderada).

DEPRESIÓN

- Un MAE aplicado a personas mayores con síntomas de depresión pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, previene significativamente la ocurrencia del trastorno en los 12 meses posteriores (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas evaluada de forma continua es pequeño y de significación clínica incierta (calidad muy baja).
- El MAE podría producir un incremento relativo y absoluto relevante de la tasa de respuesta al tratamiento (calidad baja) y la remisión del trastorno (calidad baja), efecto que podría ser aún mayor en poblaciones con mayor gravedad de síntomas en línea base.
- El efecto del MAE en la mejoría del componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud es pequeño y de significación clínica incierta (calidad baja).
- El MAE no muestra diferencias frente a la atención habitual en la tasa de las hospitalizaciones psiquiátricas (calidad baja).

ANSIEDAD

Personas adultas

- El MAE no muestra diferencias frente al tratamiento habitual en la reducción de la sintomatología ansiosa (calidad muy baja), ni en la tasa de remisión del trastorno (calidad baja).
- Los resultados sobre el efecto del MAE en la calidad de vida relacionada con la salud son escasos y contradictorios (calidad baja).
- El MAE no mostró diferencias en la tasa de hospitalizaciones psiquiátricas (calidad muy baja).

Menores

- Un programa escalonado de TCC por internet (primera mitad de las sesiones sin guía terapéutica) no se muestra inferior en reducción de síntomas y remisión del trastorno a un programa con guía por email tras cada sesión, pero sí resultó inferior si la guía se realiza por videoconferencia (calidad baja).
- Un MAE de tres fases (psicoeducación, TCC y tratamiento individualizado) no se diferenció de la atención habitual en reducción de síntomas, remisión y calidad de vida (calidad baja).

ESTRÉS

- En personas adultas con síntomas de estrés, un MAE de dos fases (auto-ayuda guiada y terapia de solución de problemas) frente a la atención habitual, podría mejorar los niveles de estrés (calidad baja), ansiedad (calidad muy baja) y depresión (calidad muy baja), mientras que no se observaron diferencias en calidad de vida (calidad baja).

MUESTRAS MIXTAS (ANSIEDAD/DEPRESIÓN)

- El MAE aplicado a personas con síntomas de depresión y/o ansiedad, pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, no previene significativamente la ocurrencia de trastorno clínico en los 24 meses posteriores, frente a la atención habitual (calidad muy baja).

- El MAE no mostró diferencias en la reducción del nivel de depresión (calidad moderada), ansiedad (calidad moderada), tasa de remisión del trastorno (calidad baja), tasa de hospitalizaciones psiquiátricas (calidad muy baja), ni en el nivel de calidad de vida (calidad moderada).

ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS

- El MAE aplicado a personas con síntomas de depresión y/o ansiedad, pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, no previene significativamente la ocurrencia del trastorno en los 24 meses posteriores, frente a la atención habitual (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente, evaluada de forma continua, es pequeño y de significación clínica incierta (calidad baja).
- Sin embargo, el MAE produce un incremento relevante de la tasa de respuesta al tratamiento (calidad baja) y la remisión del trastorno (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la calidad de vida es pequeño y de dudosa significación clínica (calidad baja).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Personas adultas

- En personas hospitalizadas por lesión física grave, el MAE podría reducir la incidencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el año posterior (calidad muy baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas y el componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud fue significativo, pero de intensidad pequeña (calidad muy baja).

Menores

- El MAE no mostró diferencias frente al tratamiento habitual en incidencia de TEPT (calidad baja), reducción de síntomas (calidad moderada), respuesta (calidad baja) y remisión (calidad baja).

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Personas adultas

- Un MAE aplicado a personas con TOC no redujo la sintomatología (calidad muy baja) ni la remisión del trastorno (calidad muy baja).

Menores

- Un MAE aplicado a menores de edad con TOC no redujo la sintomatología, pero se mostró no inferior al tratamiento habitual (calidad moderada).
- Tampoco se observaron diferencias significativas en la respuesta al tratamiento (calidad baja) ni en la remisión del trastorno (calidad baja).

TRASTORNOS ALIMENTARIOS

- En adultos/as con bulimia nerviosa, el MAE no se diferenció del tratamiento estándar en reducción de síntomas, abstinencia o remisión (calidad baja). Podría existir una interacción con el nivel de riesgo pronóstico, resultando mejor o igual que la atención habitual en pacientes de alto riesgo, pero peor en pacientes de bajo riesgo.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- En personas con trastornos de la personalidad recientemente dadas de alta de un ingreso psiquiátrico o de visita a urgencias psiquiátricas, una intervención de baja intensidad (psicoeducación) antes de acceder eventualmente a tratamientos más intensivos incluidos en la atención habitual no reduce las hospitalizaciones posteriores (calidad moderada), pero sí los días de estancia hospitalaria (calidad baja), e incrementó la tasa de pacientes que redujeron sus visitas a urgencias psiquiátricas (calidad baja).

Coste-efectividad

- La evaluación económica realizada para este informe mostró que el MAE, basado en un programa multicomponente, puede ser una estrategia dominante frente a la atención habitual, es decir, más efectiva y menos costosa, para el tratamiento de los síntomas depresivos.

Aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

- El MAE en salud mental es ampliamente aceptado por profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores cuando se implementa como un sistema integral, flexible y multidisciplinar, capaz de ajustar la intensidad del cuidado a las necesidades reales de las personas y de promover una atención centrada en la persona.
- La factibilidad del MAE depende fundamentalmente de condiciones estructurales y organizativas, como la estabilidad de la financiación, la disponibilidad y continuidad del personal, la reducción de la carga administrativa, la claridad en los criterios de triaje y escalonamiento, y el acceso a formación y supervisión, más que del diseño clínico del modelo en sí.
- Sin estrategias explícitas orientadas a mejorar la visibilidad del sistema, la comprensibilidad del funcionamiento del modelo y la reducción de barreras estructurales y de estigma, el MAE corre el riesgo de reproducir inequidades en el acceso, beneficiando principalmente a las personas con mayores recursos, redes de apoyo o alfabetización sanitaria.

Necesidades de investigación

- No se han identificado estudios que aborden como objetivo las necesidades de investigación del MAE, aunque sí se han encontrado estudios que lo abordan parcialmente, especialmente en lo relacionado con la integración de intervenciones digitales, la coordinación entre servicios sanitarios y el apoyo a jóvenes en listas de espera. No existen medidas de resultado estandarizadas para evaluar el MAE como modelo de prestación de servicios. Se han encontrado conjuntos de referencia en depresión, ansiedad y terapias psicológicas que pueden orientar futuras evaluaciones, pero resulta necesaria la adaptación de métricas específicas para este modelo.

Executive summary

Introduction

Mental disorders constitute one of the major public health challenges worldwide due to their high prevalence and the impact they have on disability and quality of life. The World Health Organization (WHO) estimates that approximately one in eight people worldwide suffers from some form of mental disorder, with depressive and anxiety disorders being the most common.

The stepped care model (SCM) is an organizational strategy aimed at optimizing available resources, personalizing care according to severity, and improving access to effective interventions across the entire clinical spectrum. It also facilitates a collaborative approach among professionals and between primary and specialized care services, promoting a continuous flow of care adapted to the patient's progress.

The SCM proposes a hierarchical sequence of interventions, beginning with those of lower intensity (e.g., psychoeducation, guided self-help, digital interventions) and progressing to more complex treatments, such as individual psychotherapy or pharmacotherapy, when an adequate clinical response is not observed.

Objectives

To evaluate the scientific evidence on the effectiveness, safety and cost-effectiveness of MAE in mental health, as well as the ethical, legal, organizational and social aspects relevant to its implementation.

Method

Three systematic reviews (SRs) were conducted to evaluate: 1) effectiveness/safety (including SRs with meta-analyses and randomized controlled trials); 2) cost-effectiveness (SRs of economic evaluations); and 3) ethical, legal, organizational, social, and environmental aspects.

In addition, an economic evaluation (cost-effectiveness model) was performed.

Results

Effectiveness and safety

DEPRESSION

Significant effects on the prevention of clinical disorder were observed at 12 months in individuals aged 65 years and older (or living in nursing homes) ($k = 2$; $RR = 0.47$, 95% CI : 0.25, 0.89; $I^2 = 0.05\%$), but not at 24 months ($k = 2$; $RR = 0.64$, 95% CI : 0.27, 1.50; $I^2 = 67.8\%$).

The effect was significant at 3–6 months on symptom reduction ($g = -0.25$, 95% CI : -0.41, -0.09; $I^2 = 89.9\%$), treatment response ($k = 10$; $RR = 1.47$, 95% CI : 1.23, 1.75; $I^2 = 70\%$), remission ($k = 14$; $RR = 1.54$, 95% CI : 1.26, 1.89; $I^2 = 84.4\%$), and the mental component of quality of life ($k = 7$; $g = 0.31$, 95% CI : 0.12, 0.49; $I^2 = 83\%$). For clinical variables, the result was only significant in the subgroup with the highest average baseline symptom severity. At 9–15 months, the results remained significantly favorable to the intervention.

There were no differences in hospitalization rates, and the intervention group showed a significantly higher rate of patients receiving antidepressants in the subgroup with the highest baseline severity ($k = 8$; $RR = 1.41$, 95% CI : 1.10, 1.83; $I^2 = 92.4\%$).

ANXIETY

In adults, there were no significant differences in symptom reduction ($k = 5$; $g = 0.00$, 95% CI : -0.40, 0.41; $I^2 = 82.3\%$), remission ($OR = 1.15$, 95% CI : 0.74, 1.78; $I^2 = 57.8\%$), or hospitalizations ($k = 1$; $IRR = 0.7$, 95% CI : 0.1, 7.0). One study observed fewer psychiatric emergency department visits (0.26 vs. 0.39 per person). Regarding quality of life (mental health), one study found a significant effect at 12 months, while another found no significant difference. In minors, no significant differences were observed in any variable, although a stepped online CBT program (first half of sessions without therapeutic guidance) may be less effective in reducing symptoms and achieving remission of the disorder than a program with guidance via videoconference after each session (not if the guidance is provided via email).

STRESS

Three studies that applied the same program to different populations with significant stress levels showed improvements in stress reduction ($g = -0.69$, 95% CI: $-0.96, -0.43$; $I^2 = 47.6\%$), anxiety ($g = -0.38$, $-0.92, 0.16$; $I^2 = 90.7\%$), and depression ($g = -0.47$, $-0.82, -0.12$; $I^2 = 77.6\%$), but not in quality of life. Another study obtained significant results for these variables at 6 months, but these improvements were sustained only at 12 months for anxiety.

MIXED SAMPLES WITH ANXIETY/DEPRESSION

There were no significant differences in prevention of the clinical disorder ($k = 2$; $RR = 0.80$, 95% CI: $0.46, 1.41$; $I^2 = 66.4\%$), reduction of symptoms of depression ($k = 6$; $g = -0.07$, 95% CI: $-0.18, 0.03$; $I^2 = 42.8\%$) or minor anxiety ($k = 6$; $g = -0.12$, 95% CI: $-0.23, 0.00$; $I^2 = 51.8\%$), remission ($k = 5$; $RR = 1.09$, 95% CI: $0.91, 1.31$), quality of life ($k = 5$; $g = -0.05$, 95% CI: $-0.18, 0.08$; $I^2 = 56.5\%$), hospitalizations ($k = 2$), or prescription of Psychotropic drugs ($k = 5$; $RR = 1.03$, 95% CI: $0.76, 1.38$).

SOMATIC ILLNESS AND DEPRESSION/ANXIETY/STRESS

There were small but significantly favorable effects of the intervention on reducing symptoms of depression ($k = 8$; $g = -0.22$, 95% CI: $-0.36, -0.07$; $I^2 = 50.9\%$), anxiety ($k = 4$; $g = -0.22$, 95% CI: $-0.41, -0.03$; $I^2 = 27.6\%$), response ($RR = 1.29$, 95% CI: $1.08, 1.53$; $I^2 = 39.3\%$), remission ($k = 5$; $RR = 1.36$, 95% CI: $1.10, 1.68$; $I^2 = 52.2\%$), and the mental component of quality of life ($k = 3$; $g = 0.31$, 95% CI: $0.14, 0.48$; $I^2 = 0.31$). 11.6%) and increased use of antidepressants ($k = 3$; $RR = 2.15$, 95% CI: $1.33, 3.49$; $I^2 = 72.9\%$).

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

In adults, a small study found a strong effect on the prevention of clinical disorder ($RR = 0.36$, 95% CI: $0.13, 0.97$). The effect on symptom reduction was borderline significant ($k = 7$; $g = -0.25$, 95% CI: $-0.50, -0.00$; $I^2 = 78.6\%$) and significant for quality of life ($g = 0.23$, 95% CI: $0.07, 0.39$; $I^2 = 0.0\%$).

In children under 18, there were no significant differences in prevention of clinical disorder ($k = 4$; $RR = 0.99$, 95% CI: $0.45, 2.20$; $I^2 = 2.8\%$), symptom reduction ($k = 4$; $g = -0.00$, 95% CI: $-0.21, 0.22$; $I^2 = 3.6\%$), response ($k =$

2; RR = 0.93, 95% CI: 0.83, 1.04; $I^2 = 17.4\%$), or remission ($k = 2$; RR = 1.22, 95% CI: 0.77, 1.94; $I^2 = 7.3\%$).

OTHER DISORDERS

No significant differences were observed in OCD (one study with adults and another with children), or bulimia nervosa (2 studies). One study with personality disorders observed a similar mean number of hospitalizations per patient (0.5 vs. 0.6, $p = 0.937$ for the group x time interaction), but with fewer days of stay with the MAE (4.28 vs. 8.44, $p = 0.038$), as well as fewer emergency department visits (90.1% of patients who reduced them vs. 67.5%, $p < 0.001$).

SAFETY

Twenty-six studies reported data on suicidal ideation or behavior, all-cause mortality, or other adverse events. No serious events that could be related to the intervention were observed, and when rates were compared between groups, the results were negative. There were no significant differences or they were favorable to the intervention.

Economic evaluation

The results show that the average cost of MAE in the treatment of depression is lower than the average cost of usual care (with a difference of approximately €133.08 per patient). QALYs, meanwhile, are higher with MAE compared to usual care (specifically, 0.086 additional QALYs per patient), making MAE a dominant (i.e., less costly and more effective) strategy compared to usual care.

Conclusions

Effectiveness and Safety

GENERAL

- The available evidence on the MAE is restricted to populations with subclinical symptoms or probable or confirmed mental disorder, and no study was identified that evaluated the application of this model in the management of psychological distress resulting from the social

determinants of mental health (precariousness, inequality, gender, etc.).

- The quality of evidence on the effectiveness of the SCM has been assessed as low or very low for most variables and subpopulations, primarily due to the risk of bias in individual studies, the imprecision of estimates, and, in the case of depression, the high heterogeneity of results.
- The safety of the model has been evaluated in relatively few studies, with no intervention-related adverse events or significantly worse outcomes observed for the SCM (moderate quality).

DEPRESSION

- A SCM applied to older adults with depressive symptoms but who do not meet the criteria for a clinical disorder significantly prevents the occurrence of the disorder in the following 12 months (low quality).
- The effect of the SCM on symptom reduction, assessed continuously, is small and of uncertain clinical significance (very low quality).
- The SCM may produce a relevant relative and absolute increase in the treatment response rate (low quality) and the remission rate of the disorder (low quality), an effect that could be even greater in populations with greater baseline symptom severity.
- The effect of the SCM on improving the mental component of health-related quality of life is small and of uncertain clinical significance (low quality).
- The SCM shows no difference compared to usual care in the rate of psychiatric hospitalizations (low quality).

ANXIETY

Adults

- The SCM shows no difference compared to usual care in reducing anxiety symptoms (very low quality) or in the remission rate of the disorder (low quality).
- The results on the effect of the SCM on health-related quality of life are scarce and contradictory (low quality).
- The SCM showed no difference in the rate of psychiatric hospitalizations (very low quality).

Children/adolescents

- A stepped online CBT program (first half of sessions without therapeutic guidance) was not inferior to a program with email guidance after each session in symptom reduction and disorder remission, but it was inferior when guidance was provided via videoconference (low quality).
- A three-phase SCM (psychoeducation, CBT, and individualized treatment) did not differ from usual care in symptom reduction, remission, and quality of life (low quality).

DISTRESS

- In adults with stress symptoms, a two-phase SCM (guided self-help and problem-solving therapy) compared to usual care may improve levels of stress (low quality), anxiety (very low quality), and depression (very low quality), while no differences were observed in quality of life (low quality).

MIXED SAMPLES (ANXIETY/DEPRESSION)

- The SCM applied to individuals with symptoms of depression and/or anxiety, but who do not meet the criteria for a clinical disorder, does not significantly prevent the occurrence of a clinical disorder in the following 24 months, compared to usual care (very low quality).

- The SCM showed no differences in the reduction of depression levels (moderate quality), anxiety levels (moderate quality), disorder remission rates (low quality), psychiatric hospitalization rates (very low quality), or quality of life levels (moderate quality).

SOMATIC ILLNESS AND DEPRESSION/ANXIETY/STRESS

- The SCM applied to individuals with symptoms of depression and/or anxiety, but who do not meet the criteria for a clinical disorder, does not significantly prevent the occurrence of the disorder in the following 24 months, compared to usual care (low quality).
- The effect of SCM on the reduction of depression and anxiety symptoms, respectively, assessed continuously, is small and of uncertain clinical significance (low quality).
- However, SCM produces a relevant increase in the treatment response rate (low quality) and remission of the disorder (low quality).
- The effect of SCM on quality of life is small and of questionable clinical significance (low quality).

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Adults

- In individuals hospitalized for severe physical injury, MAE may reduce the incidence of PTSD in the following year (very low quality).
- The effect of MAE on symptom reduction and the mental component of health-related quality of life was significant but of small magnitude (very low quality).

Children/adolescents

- The SCM showed no differences compared to usual care in PTSD incidence (low quality), symptom reduction (moderate quality), response (low quality), and remission (low quality).

OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Adults

- An SCM applied to individuals with OCD did not reduce symptoms (very low quality) or achieve remission (very low quality).

Children/adolescents

- An SCM applied to minors with OCD did not reduce symptoms, but was shown to be non-inferior to usual care (moderate quality).
- No significant differences were observed in treatment response (low quality) or remission (low quality).

EATING DISORDERS

- In adults with bulimia nervosa, the SCM did not differ from standard care in symptom reduction, abstinence, or remission (low quality). There may be an interaction with the prognostic risk level, resulting in outcomes that are better than or equal to usual care in high-risk patients, but worse in low-risk patients.

PERSONALITY DISORDERS

- In individuals with personality disorders recently discharged from a psychiatric inpatient unit or psychiatric emergency department visit, a low-intensity intervention (psychoeducation) before potentially accessing more intensive treatments included in usual care did not reduce subsequent hospitalizations (moderate quality), but it did reduce the length of hospital stay (low quality), and increased the rate of patients who reduced their visits to psychiatric emergency departments (low quality).

Economic Evaluation

- The economic evaluation conducted for this report showed that the SCM, based on a multi-component program, can be a dominant strategy compared to usual care, that is, more effective and less costly.

Ethical, legal, organizational and social aspects

- The SCM in mental health is widely accepted by healthcare professionals, patients, and caregivers when implemented as a comprehensive, flexible, and multidisciplinary system capable of adjusting the intensity of care to the actual needs of individuals and promoting person-centered care.
- The feasibility of the SCM depends primarily on structural and organizational conditions, such as stable funding, staff availability and continuity, reduced administrative burden, clear triage and escalation criteria, and access to training and supervision, rather than on the clinical design of the model itself.
- Without explicit strategies aimed at improving the system's visibility, the comprehensibility of the model's operation, and the reduction of structural and stigma barriers, the SCM risks reproducing inequities in access, primarily benefiting those with greater resources, support networks, or health literacy.

Research Needs

- No studies have been identified that specifically address the research needs of the SCM, although some studies do address them partially, particularly regarding the integration of digital interventions, coordination among health services, and support for young people on waiting lists. Standardized outcome measures for evaluating the MAE as a service delivery model are lacking. Reference sets have been found for depression, anxiety, and psychological therapies that can guide future evaluations, but specific metrics need to be adapted for this model.

I. Introducción

I.1. Problema de salud

Los trastornos mentales constituyen uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y al impacto que generan en la discapacidad y en la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo padece algún trastorno mental, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los más frecuentes [1]. En España, el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) señala que en 2024 el 34% de la población española experimentó algún tipo de afección relacionada con la salud mental, cifra que asciende al 40% en mayores de 50 años y supera el 50% en personas de más de 85 años [2].

En la adolescencia, los problemas de salud mental constituyen una proporción significativa de la carga mundial de enfermedad. Se estima que uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años presenta algún trastorno mental, situándose entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en esta etapa del desarrollo [3]. En España, la cuarta edición del Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia indica que el 41.1% de los adolescentes refiere haber tenido o creer haber tenido un problema de salud mental en los últimos 12 meses [4]. En este grupo poblacional, el suicidio representa la tercera causa de defunción entre los 15 y los 29 años [2]. Además, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio se mantuvo ese mismo año como una de las principales causas de muerte externa, con 3953 fallecimientos registrados [5], lo que evidencia la necesidad de reforzar las estrategias preventivas y asistenciales.

Los factores sociales como la educación, el empleo, los ingresos económicos, la vivienda y el entorno social, desempeñan un papel fundamental en la salud mental de las personas, influyendo tanto en la aparición de trastornos como en las posibilidades de recuperación. Las desigualdades en salud vinculadas al nivel socioeconómico reflejan un gradiente social persistente: las personas con bajos ingresos o menor nivel educativo presentan mayor prevalencia de enfermedades crónicas, peor salud mental y menor esperanza de vida [6,7]. Este fenómeno se explica por múltiples factores interrelacionados, como el acceso limitado a servicios de salud de calidad, condiciones de vivienda inadecuadas, mayor exposición a factores de riesgo y menor control sobre las decisiones que afectan la vida cotidiana. La consideración de estos

factores es esencial para abordar la salud mental de manera integral y equitativa. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS destaca que abordar estas desigualdades requiere intervenciones estructurales que reduzcan la inequidad social para mejorar de manera significativa la salud poblacional [6].

En este contexto, la integración de los servicios de salud, especialmente a través de la atención primaria, es clave para garantizar un acceso oportuno, continuo y coordinado al cuidado, facilitando la detección temprana y el acompañamiento adecuado. Además, los servicios comunitarios complementan este enfoque al ofrecer intervenciones culturalmente pertinentes, centradas en la persona y adaptadas al contexto local, fortaleciendo así las redes de apoyo y promoviendo la inclusión social, elementos esenciales para una buena salud mental [8]. Pese a la existencia de tratamientos eficaces, las estrategias actuales del SNS presentan limitaciones. El análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) incluido en la Estrategia de Salud Mental del SNS (2022-2026) destaca déficits en la integración entre servicios sanitarios, sociales y comunitarios, así como problemas en la continuidad asistencial y en la implementación sistemática de planes individualizados [9]. En este contexto, el Plan de acción de Salud Mental 2025-2027 propone la desinstitucionalización y la inversión en recursos comunitarios que faciliten una atención escalonada tanto en los niveles de prevención y subclínicos como en etapas más avanzadas [10].

I.2. Descripción y características técnicas de la tecnología

El modelo de atención escalonada (MAE, del inglés *stepped care model*) se plantea como una estrategia organizativa orientada a optimizar los recursos disponibles, personalizar la atención según la gravedad y mejorar el acceso a intervenciones eficaces a lo largo de todo el espectro clínico. Asimismo, facilita un enfoque colaborativo entre profesionales y entre los diferentes servicios asistenciales, favoreciendo un flujo asistencial continuo y adaptado a la evolución del paciente.

El MAE propone una secuencia jerárquica de intervenciones, comenzando por aquellas de menor intensidad (p.ej, psicoeducación, autoayuda guiada, intervenciones digitales), y avanzando hacia tratamientos más complejos, como la psicoterapia individual o la farmacoterapia, cuando no se observa una respuesta clínica adecuada

[11–13]. Este enfoque se sustenta en dos principios fundamentales: (1) ofrecer inicialmente la alternativa menos intensiva y exigente en términos de recursos, siempre que sea clínicamente viable en función de la gravedad de los síntomas y antecedentes clínicos de la persona, y (2) ajustar de manera dinámica el nivel de atención mediante una monitorización sistemática y continua de la evolución del paciente. Diferentes guías de práctica clínica reconocen este enfoque como válido para la estructuración del tratamiento, especialmente en depresión [14,15], la condición para la que existe mayor evidencia empírica.

La aplicación del MAE debe entenderse como un enfoque flexible, evitando su uso como un sistema rígido en el que las personas se asignan de manera fija a un único esquema de tratamiento [16]. En la práctica, el MAE debe adaptar la intensidad y el tipo de intervención en función de la gravedad del problema, su evolución y respuesta al tratamiento, así como de las preferencias de la persona y los recursos disponibles. En este contexto, la atención primaria desempeña un papel clave en la detección, intervención y seguimiento de problemas de salud mental, como la depresión o la ansiedad, ofreciendo un acceso accesible y continuo para muchas personas [17,18].

A partir de lo anterior, la progresión entre escalones no debe considerarse automática ni exclusivamente determinada por criterios clínicos, sino también por la disposición, preferencias y circunstancias de las personas usuarias. La evidencia muestra que algunas personas pueden no aceptar intervenciones de mayor intensidad o preferir mantenerse en niveles de menor intensidad asistencial, especialmente cuando perciben mejoría, presentan reticencias hacia tratamientos más especializados o encuentran suficientes los apoyos recibidos en niveles iniciales. Este aspecto sugiere la necesidad de aplicar el MAE desde un enfoque flexible y centrado en la persona, que contemple la posibilidad de mantener a las personas en un determinado escalón cuando ello resulte clínicamente adecuado y acorde con sus preferencias individuales [17,19].

Por otro lado, el MAE favorece la incorporación de la toma de decisiones compartida como elemento central de la atención. Al contemplar diferentes modalidades de intervención, facilita que profesionales y personas usuarias de los servicios de salud valoren de forma conjunta las opciones disponibles, teniendo en cuenta la evidencia científica, así como las preferencias y situaciones individuales [20]. Este enfoque se asocia con mejoras en la adherencia a las intervenciones y en la satisfacción con la atención recibida [21] contribuyendo a una atención más centrada en la persona y a una mejor adecuación de los cuidados.

Revisiones previas indican que el MAE podría ser eficaz en el tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad [11,12]. Sin embargo, la calidad de la evidencia presenta limitaciones relacionadas con el riesgo de sesgo y la heterogeneidad metodológica de los estudios. La evidencia sobre su coste-efectividad también es inconsistente [22], aunque estudios realizados en España sugieren que el MAE puede ser eficaz y coste-efectivo cuando se implementa desde el primer nivel de atención en salud, la atención primaria [23].

I.3. Marco Regulatorio en España y situación actual de la tecnología en el Sistema Nacional de Salud

La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) [24] establece el marco competencial definitivo para el tratamiento de los trastornos mentales en España al reconocer al Médico Especialista en Psiquiatría y al Psicólogo Especialista en Psicología Clínica como las dos únicas figuras de nivel facultativo con plena autonomía técnica para el diagnóstico y tratamiento en el ámbito público. Esta ley dictamina que, dentro del SNS, el ejercicio de estas funciones está estrictamente reservado a quienes posean el título oficial de especialista obtenido mediante formación sanitaria especializada, tanto en atención primaria como en especializada.

El Real Decreto 183/2008 [25], por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, establece el sistema de residencia (vía MIR para Psiquiatría y PIR para Psicología Clínica) como el requisito indispensable para ejercer funciones clínicas en el Sistema Nacional de Salud. Este decreto define las condiciones bajo las cuales ambos especialistas adquieren sus competencias de forma progresiva y supervisada, garantizando que tanto psiquiatras como psicólogos clínicos reciban un entrenamiento técnico reglado en diagnóstico y psicoterapia dentro de Unidades Docentes acreditadas.

La Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026 constituye el marco actualizado para mejorar la atención a la salud mental en España, actualizando versiones previas vigentes desde 2006. El documento destaca la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos, la equidad, la inclusión social y la lucha contra el estigma, incorporando la participación activa de personas con problemas de salud mental, familias, profesionales, comunidades autónomas y sociedades

científicas. La Estrategia define misión, visión, valores y principios que orientan intervenciones centradas en la persona, con perspectiva de género, participación, continuidad asistencial y un modelo de recuperación personal dentro del ámbito comunitario [26].

I.4. Justificación de la evaluación

Aunque el MAE cuenta con respaldo normativo como prestación pública en la cartera común del SNS, su adopción generalizada requiere una evaluación rigurosa que garantice su viabilidad y efectividad en todo el territorio. La evidencia disponible presenta limitaciones y existen variaciones relevantes en la organización de los servicios de salud mental entre comunidades autónomas, por lo que resulta necesario valorar de manera sistemática los beneficios, riesgos y el impacto económico de su implementación. En este contexto, desde el Comisionado de Salud Mental del Ministerio de Sanidad se solicita evaluar la efectividad, seguridad y coste-efectividad del MAE en la atención a la salud mental de la población.

II. Objetivos

II.1. Objetivo general

Evaluar la evidencia científica sobre la efectividad, seguridad y coste-efectividad del MAE en salud mental, así como los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales relevantes para su implementación.

II.2. Pregunta de investigación

Efectividad clínica y seguridad

- ¿Es efectivo y seguro el MAE, frente a la atención habitual (no escalonada), para el tratamiento del malestar emocional en población general, así como para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales?

Coste-efectividad

- ¿Es coste-efectivo el MAE, frente a la atención habitual (no escalonada), para el tratamiento del malestar emocional en población general, así como para la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales?

Aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales¹ (ELOSA)

- ¿Qué aspectos éticos, legales, organizativos y sociales deberían ser considerados en relación con el MAE en salud mental?

¹ Dado el carácter de la intervención evaluada, no se incluyen aspectos relacionados con el impacto de la intervención en el dominio ambiental.

Necesidades de investigación y medidas de resultado estándares

- ¿Cuáles son las necesidades de investigación y medidas de resultado estándares relacionadas con el tratamiento del MAE en salud mental?

III. Metodología

III.1. Efectividad y seguridad

Para abordar el objetivo del presente informe se realizó una revisión sistemática (RS) de la literatura sobre la efectividad y seguridad del MAE, siguiendo la metodología desarrollada por la Colaboración Cochrane [27] y presentada según las directrices de la declaración PRISMA [28].

Para gestionar el proceso de la RS se utilizó la herramienta Covidence systematic review software (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia), disponible en www.covidence.org.

Inicialmente, con el propósito de localizar posibles RS previas u otros informes de ETS emitidos por otras agencias sobre el tema que pudieran proveer información de fondo de interés para nuestra revisión, se realizó una búsqueda preliminar en las siguientes bases de datos y fuentes de información (Anexo 1):

- *International HTA Database, de la International Network of Agencies of HealthTechnology Assessment (INAHTA)*
- Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA)
- *National Institute of Clinical Excellence (NICE)*
- *Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)*

Además, se consultó el metabuscador Trip Database y el registro de protocolos de RS internacional *PROSPERO*, para evitar en lo posible la duplicidad de esfuerzos.

El primer paso de esta RS consistió en elaborar un protocolo en el que se explicitó el objetivo de la revisión, los términos y restricciones de la búsqueda, las bases de datos electrónicas a consultar, los criterios de selección de estudios y los procedimientos de síntesis de resultados a utilizar. Estos acuerdos adoptados a priori se exponen a continuación en detalle.

III.1.1. Criterios de selección de estudios

Se seleccionaron estudios originales que cumplieran los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

III.1.1.1 Diseño de estudio

Se incluyeron revisiones sistemáticas (RS) con meta-análisis (MA) y ensayos controlados aleatorizados (ECA).

Se excluyeron revisiones narrativas, estudios no aleatorizados, estudios no controlados, estudios observacionales y estudios cualitativos.

III.1.1.2. Tipo de participantes

Se incluyeron personas con diagnóstico de trastorno mental; personas con trastorno mental posible o probable a partir de su valoración con instrumentos psicométricos validados; y población general que presente malestar emocional significativo.

Se excluyeron estudios exclusivamente con personas con diagnóstico de consumo de sustancias o personas con diagnóstico de enfermedad crónica que no refieran síntomas psicológicos.

III.1.1.3 Intervención

Se incluyeron intervenciones basadas en un MAE entendido como una secuencia estructurada de tratamientos de menor a mayor intensidad, en la que se progresa a un nivel superior si no se observa una mejoría clínicamente significativa. No es requisito que todos los participantes inicien en el nivel menos intensivo, siempre que exista un protocolo de escalada predeterminado.

Se excluyeron intervenciones basadas en modelos de atención no secuenciales y estudios donde sólo se evalúa un tratamiento de baja intensidad propuesto como primer paso de tratamiento, sin una estructura de escalada definida.

III.1.1.4 Comparador

Se incluyeron estudios en los que se compare el MAE con la atención habitual o con tratamientos de referencia administrados de forma no escalonada.

Se excluyeron ensayos con aleatorización secuencial, sin un grupo control que solo reciba atención habitual o tratamiento de referencia; estudios cuyo comparador consista únicamente en un tratamiento de baja intensidad; estudios que evalúen tratamientos experimentales o de medicina complementaria.

III.1.1.5. Medidas de resultado

- Efectividad: se incluyeron estudios en los que se evalúe la reducción y remisión de síntomas psicológicos, respuesta al tratamiento, desarrollo de trastorno clínico (en población subclínica), recaídas, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), hospitalizaciones psiquiátricas, visitas a urgencias psiquiátricas, consumo de psicofármacos. Se excluyeron medidas de variables psicológicas intermedias (e.g., autoeficacia, resiliencia, afrontamiento).
- Seguridad: se incluyeron estudios en los que se evalúe la ideación y conducta suicida, mortalidad por cualquier causa y otros eventos/efectos adversos (EA) según sean definidos en los estudios individuales.

III.1.1.6. Tipo de publicación

Se incluyeron artículos originales publicados en revistas con revisión por pares. Se excluyeron editoriales, cartas al editor, opiniones y resúmenes de congresos.

III.1.1.7. Idioma de la publicación

Se incluyeron estudios publicados en inglés y en español.

III.1.1.8. Fecha de publicación

Sin límite.

III.1.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

En la Tabla 1 se describen las bases de datos electrónicas consultadas hasta finales julio de 2025 y en el Anexo 1 se detallan las estrategias de búsqueda bibliográfica ejecutadas en cada una de ellas sin restricciones por idioma. La estrategia de búsqueda combina la estrategia diseñada para la población y la intervención con el filtro para la identificación de revisiones sistemáticas del *Centre for Reviews and Dissemination* [29] y, a su vez, para la identificación de los ensayos clínicos aleatorizados se utilizó el publicado por la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* [30]

Tabla 1. Bases de datos bibliográficas consultadas. Efectividad y seguridad

Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha de acceso
MEDLINE(R) ALL	Ovid	1946	31/07/2025
Embase	Elsevier	1972	31/07/2025
Cochrane (CENTRAL /CDSR)	Wiley	1937	31/07/2025
PsycINFO	EBSCOhost	1997	31/07/2025
CINAHL complete	EBSCOHost	1937	31/07/2025

Los registros bibliográficos recuperados desde las distintas bases de datos se importaron a *Covidence systematic review software* (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia) donde se eliminaron las referencias duplicadas de forma automática y donde se procesaron las referencias durante todo el proceso de la RS. Además, las referencias identificadas fueron incorporadas en el documento final con el gestor de referencias Zotero (George Mason University, Virginia, EEUU), disponible en www.zotero.org.

III.1.3. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección de los estudios se realizó de forma independiente por dos personas revisoras. En caso de duda y/o desacuerdo entre las personas, se acudió a una tercera persona revisora. La selección de los estudios se realizó a partir de los resúmenes recuperados en las bases de datos según los criterios de selección establecidos. A continuación, se recuperaron las publicaciones completas (incluyendo todas aquellas en las que su elegibilidad no se podía determinar por el resumen) y se volvió a comprobar la concordancia con los criterios de inclusión.

III.1.4. Evaluación crítica del riesgo de sesgo

Las RS incluidas se evaluaron con la herramienta AMSTAR-2 [31] y los ECA incluidos se evaluaron con la herramienta RoB-2 [32]. La evaluación fue realizada de forma independiente por dos personas revisoras y las discrepancias fueron resueltas por consenso o con la ayuda de una tercera persona revisora.

III.1.5. Proceso de extracción de datos

La extracción de datos de los estudios incluidos fue llevada a cabo por un/a revisor/a y comprobada por un/a segundo/a revisor/a. Se diseñó una hoja de extracción de datos (en formato Excel) que recogía datos relacionados con la identificación del artículo (autores, fecha de publicación, país donde se realizó el estudio, financiación, etc.), el diseño y metodología (tipo de estudio, duración, características de la población), y con los resultados del estudio (medidas de efectividad, seguridad).

III.1.6. Método de análisis y síntesis de los datos

Se realizaron MA para cada variable de resultado en post-intervención y seguimiento. Se calculó para cada estudio la diferencia de medias estandarizada (g de Hedges) para las variables continuas y el riesgo relativo (RR) u odds ratio (OR) para las binarias. Dada la previsible heterogeneidad de las intervenciones, se usó siempre un modelo de efectos aleatorios para el cálculo de la estimación global (Sidik-Jonkman) [33]. Según la convención habitual, los efectos estandarizados (g de Hedges) se calificaron de pequeños (valor absoluto entre 0.30-0.50), moderados (0.50-0.80) y fuertes (mayor a 0.80).

La heterogeneidad se evaluó mediante los estadísticos Q de Cochran e I^2 de Higgins [34]. Para cada MA, se valoró la contribución de cada estudio a la heterogeneidad observada. En el caso de la depresión, la condición con más estudios, se realizaron análisis de subgrupos en función de la gravedad promedio de la muestra en línea base, pues una revisión previa mostró un efecto moderador significativo de esta variable [11].

Cuando se dispuso de 10 o más estudios para una misma medida de resultado, el sesgo de publicación se valoró mediante la inspección visual del gráfico de embudo y el test de Egger modificado, incluyendo como predictor la raíz cuadrada del tamaño muestral en lugar del error estándar, debido a la correlación existente entre este y la diferencia de medias estandarizada [35]. También se aplicó el método *trim-and-fill* para estimar la presencia de estudios no publicados y su potencial influencia en el efecto obtenido [36].

III.1.7. Valoración de la calidad de la evidencia de efectividad y seguridad

La calidad de la evidencia se ha evaluado mediante el sistema *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation* (GRADE) [37]. Este sistema requiere que se clasifiquen las medidas de resultado según el grado de importancia en una escala de 1-9, de forma que quedan clasificados como críticas (7-9), importantes, pero no críticas (4-6) y no importantes (1-3) para la toma de decisión. En el presente informe se han considerado variables críticas todas las relacionadas con la prevención o mejoría clínica (incidencia del trastorno, reducción de síntomas, respuesta y remisión), así como la calidad de vida y la seguridad, y como variables importantes las hospitalizaciones psiquiátricas y visitas a urgencias psiquiátricas. Solo se evaluó la calidad de la evidencia post-intervención o más cercana a este momento (la evidencia en el seguimiento siempre será similar o inferior por el menor número de estudios y la mayor cantidad de pérdidas).

El sistema GRADE contempla varias dimensiones a partir de las cuales se establece la calidad de la evidencia para cada variable, clasificándose como alta, moderada, baja o muy baja. En primer lugar, se califica el diseño del estudio con 4 puntos para los ECA y 2 para los estudios observacionales (no incluidos en este informe). Los siguientes factores pueden reducir esta puntuación inicial (para cada uno de ellos se establece una penalización de un punto por riesgo serio y dos puntos por riesgo muy serio; en el caso de la imprecisión, 3 puntos por riesgo extremadamente serio):

- Riesgo de sesgo de los estudios individuales: se consideró serio si la mitad o menos de los estudios muestra bajo riesgo de sesgo.

- Inconsistencia entre estudios: valorada a partir de la variabilidad del tamaño del efecto, el índice I^2 (>60%) y la ausencia de solapamiento entre los intervalos de confianza de los distintos estudios.

- Naturaleza indirecta de la evidencia: en lo referente a la población, intervención y medidas de resultado.

- Imprecisión: para la valoración global del impacto clínico se establecieron los umbrales de 0.30 para la DME (g de Hedges) en el caso de las variables continuas, y un aumento o reducción relativas del 20% (RR = 0.80/1.20) para las binarias. Se penalizó con un punto si el intervalo de confianza cruzaba este umbral a favor de la intervención, con 2 puntos si se cruzaba el mismo umbral en contra de la intervención, y con 3 puntos si se cruzaba el umbral de 0.50 en contra de la intervención. En caso de

no penalizar por los motivos anteriores, se penalizó con un punto si el tamaño muestral global era menor que 400 (variables continuas) o menor que el tamaño necesario para detectar un $RR = 0.80/1.20$ respecto a la tasa del grupo control para las variables categóricas.

- Sesgo de publicación.

III.2. Coste-efectividad

Se realizó una RS de evaluaciones económicas siguiendo la misma metodología descrita en el apartado anterior.

III.2.1. Criterios de selección de estudios

Se seleccionaron estudios originales de coste-efectividad que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión recogidos en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios de selección para la revisión sistemática de evaluaciones económicas		
	Inclusión	Exclusión
Población	-Personas con diagnóstico de trastorno mental -Personas con trastorno mental posible o probable a partir de instrumentos psicométricos validados -Población general en riesgo con malestar emocional.	-Personas con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias -Personas con diagnóstico de enfermedad crónica que no refieran síntomas psicológicos
Intervención	Modelo de atención escalonada	Modelos de atención no secuenciales
Comparación	Atención habitual administrada de forma no escalonada	Tratamientos en investigación o medicina complementaria
Resultados	Ratio coste-efectividad incremental, ratio coste-utilidad incremental, coste de cada alternativa, ratio coste-beneficio	Otro desenlace diferente al de los criterios de inclusión
Diseño estudios	-Evaluaciones económicas completas en paralelo a estudios primarios o consistentes en modelos económicos -Evaluaciones económicas parciales realizadas en España	Evaluaciones económicas parciales no realizadas en España
Tipos de evaluación económica	Análisis coste-efectividad, análisis coste-utilidad, análisis coste-consecuencia,	

Tabla 2. Criterios de selección para la revisión sistemática de evaluaciones económicas		
	Inclusión	Exclusión
	análisis coste-minimización, análisis coste-beneficio, y análisis de costes para España	
Perspectiva	Todas las perspectivas	
Horizonte temporal	Todos los horizontes temporales	
Relevancia (*)	Estudios realizados en países de la OCDE	
Tipo de publicación	Estudios científicos publicados en revistas con revisión por pares	Editoriales, cartas al editor
Idioma de publicación	Español e inglés	
(*) Durante el curso de la revisión se decidió ser pragmático y excluir por motivos de falta de relevancia algunas evaluaciones económicas realizadas en países que no pertenecieran a la OCDE.		

III.2.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

En la Tabla 3 se muestran las bases de datos electrónicas consultadas hasta agosto de 2025. La estrategia de búsqueda incluyó el filtro para la identificación de estudios económicos del *Centre for Reviews and Dissemination* [38] y no se aplicó límite según fecha de publicación. En el Anexo 1 se muestran las estrategias de búsqueda utilizadas.

Tabla 3. Bases de datos bibliográficas consultadas. Estudios económicos			
Base de datos	Plataforma de acceso	Periodo buscado	Fecha de acceso
MEDLINE	Ovid	1946-Presente	29/8/2025
EMBASE	Elsevier	1974-Presente	29/8/2025
The CEA Registry	Tufts Medical Center	1976-Presente	29/8/2025
EconLit	EBSCOhost	1969-Presente	29/8/2025
CEA: Cost-Effectiveness Analysis; EMBASE: Excerpta Medica Data Base.			

III.2.3. Proceso de selección de estudios

Dos revisoras (economistas) seleccionaron las referencias a partir de la lectura de los títulos y resúmenes localizados a través de la búsqueda en bases de datos bibliográficas. Los artículos seleccionados como relevantes fueron analizados a texto completo de forma independiente por las dos revisoras, que los clasificaron como incluidos o excluidos de acuerdo con los criterios de selección especificados. Las revisoras contrastaron sus opiniones y, cuando hubo dudas o discrepancias, estas fueron resueltas mediante consenso o con la ayuda de una tercera revisora. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

III.2.4. Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de las evaluaciones económicas en depresión fue valorada por una revisora y chequada por otra revisora mediante el listado de criterios de Drummond et al. (2005) [39].

Cuando hubo desacuerdo entre las revisoras se resolvió tras discusión y/o se consultó con una tercera revisora. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

Por cuestiones de practicidad solo se evaluó la calidad metodológica de las evaluaciones económicas en pacientes con depresión.

III.2.5. Extracción de datos

La extracción de datos de los estudios incluidos fue llevada a cabo por una revisora (y comprobada por una segunda revisora en el caso de los estudios realizados en población con depresión). Se diseñó una hoja de extracción de datos (en formato Excel) que recogía datos relacionados con la identificación del artículo (autores, fecha de publicación, país donde se realizó el estudio, financiación, etc.), el diseño y metodología (tipo de estudio, horizonte temporal, perspectiva, características de la población, etc.), y con los resultados del estudio (efectividad, costes, y coste-efectividad). Cuando hubo desacuerdos se resolvieron tras discusión y/o se consultó con una tercera revisora. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

III.2.6. Síntesis

Se realizó una síntesis narrativa con tabulación de resultados. Las ratio coste-efectividad incremental (RCEI) fueron actualizadas a euros de España del año 2024, siguiendo metodologías aceptadas internacionalmente [40].

III.3. Análisis económico

III.3.1. Análisis de coste-utilidad

En el presente informe se llevó a cabo una evaluación económica (EE), siguiendo el algoritmo para la realización de EE (Anexo 2).

Se trata de una evaluación económica completa, basada en un análisis de coste-utilidad (ACU) a partir de un modelo de decisión, para evaluar los costes y los resultados en salud de dos estrategias terapéuticas para la depresión, en el marco del SNS de España.

Esta EE respetó las recomendaciones de la guía para la realización de evaluaciones económicas en España de López-Bastida et al. [41]. Además, el modelo matemático se construyó siguiendo la metodología descrita en la bibliografía y aceptada internacionalmente [42,43], y los métodos y resultados se presentan siguiendo los estándares de CHEERS [44].

III.3.1.1. Alternativas en comparación

En este análisis, se ha evaluado el coste-utilidad de dos intervenciones terapéuticas para la depresión en España: la práctica habitual, denominada tratamiento habitual (TH), y el modelo de atención escalonada (MAE), que es un tratamiento alternativo recomendado por el Instituto Nacional para la Excelencia en la Atención Sanitaria (NICE, por sus siglas en inglés) [45].

En España, la práctica habitual permite a los médicos utilizar los criterios estándar y todos los recursos disponibles que consideren adecuados para mejorar el estado de salud de los pacientes con depresión. Esto puede incluir derivaciones a consultas psiquiátricas o servicios médicos privados, y tratamientos farmacológicos [46].

Por su parte, el MAE es un sistema de atención escalonada, en el que los tratamientos pueden intensificarse con el tiempo cuando los síntomas de la depresión no mejoran. Esta alternativa consiste en

revisiones programadas en las que se puede detectar la falta de mejoría y, a continuación, prescribir un tratamiento más intensivo. Cuando se observan resultados positivos, también es posible reducir la intensidad del tratamiento prescrito. En este análisis, el MAE está basado en un programa multicomponente, que incluye un seguimiento en atención primaria que permite reevaluar el tratamiento prescrito y la frecuencia de las visitas de seguimiento cuando no haya respuesta al mismo, así como la puesta a disposición de los pacientes de material de apoyo [23].

III.3.1.2. Población

La población diana de esta evaluación económica se compone de pacientes adultos que padecen depresión moderada-severa y que requieren tratamiento.

III.3.1.3. Perspectiva y horizonte temporal

La perspectiva utilizada en este análisis fue la del SNS, por lo que se tuvieron en cuenta únicamente los costes directos sanitarios que recaen en el SNS, durante un horizonte temporal de 36 meses (3 años). Este horizonte fue elegido debido a que es el periodo de análisis del estudio español [46,47] del que parten los datos de efectividad y uso de recursos utilizados en este modelo. Dado que el horizonte temporal es superior al año, tanto los costes como los resultados en salud se descontaron al 3%, siguiendo las recomendaciones metodológicas para España [41].

III.3.1.4. Medidas de resultado

Los resultados en salud se midieron en años de vida ajustados por calidad (AVAC). Los AVAC son una medida de salud genérica que combina la información sobre la esperanza de vida con la calidad de vida relacionada con la salud del paciente y es ampliamente recomendada y utilizada en evaluaciones económicas [41]. Al tratarse de una medida de salud genérica (es decir, no específica para una enfermedad concreta) nos permite una comparación transparente y generalizada de la relación de costes y beneficios de diferentes intervenciones y políticas de salud.

III.3.1.5. Medida de síntesis

La medida de coste-efectividad utilizada fue la RCEI, que, de forma genérica, se representa de la siguiente manera:

$$RCEI = \frac{C_A - C_B}{E_A - E_B}$$

Donde C representa el coste, E la efectividad (AVAC), y A y B las dos estrategias en comparación.

Su interpretación nos permite determinar cuál es el coste incremental por unidad de efectividad ganada adicional, en nuestro caso por AVAC. Con el fin de valorar si la incorporación de la tecnología se asociaría a una ganancia neta en salud de la población, la RCEI se compara con el valor que refleja el coste de oportunidad de las decisiones de financiación del SNS. Este valor ha sido empíricamente estimado entre 27 000 y 34 000 €/AVAC [48].

III.3.1.6. Descripción del modelo

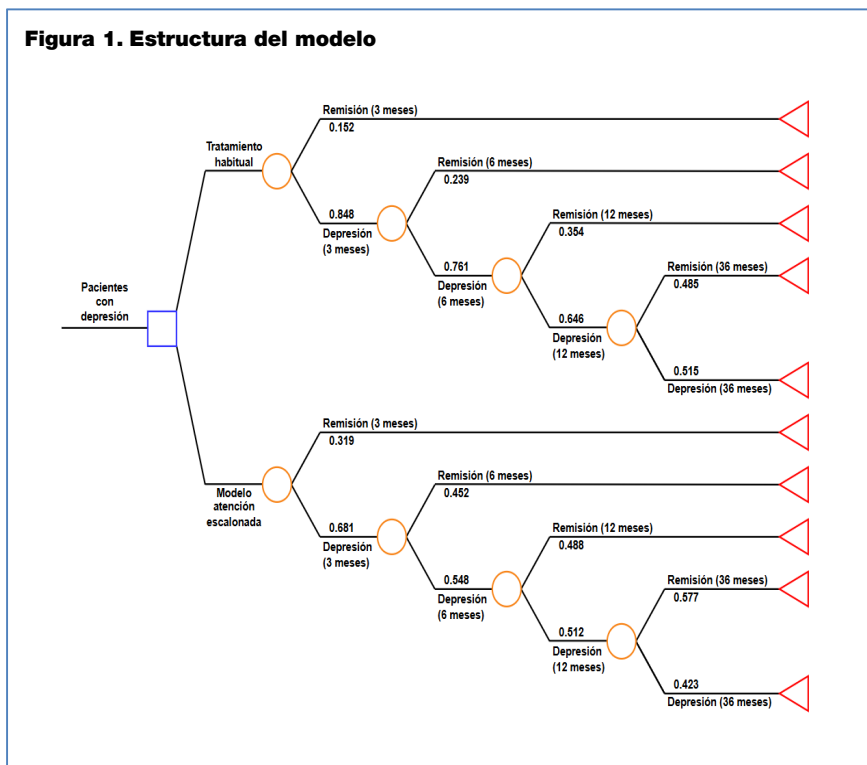
Se construyó un modelo matemático basado en un árbol de decisión, debido al corto horizonte temporal utilizado y al curso de la enfermedad que se consideró. La población diana entra en el modelo cuando padeciendo depresión moderada-severa requieren tratamiento para la misma.

Del nodo principal parten dos ramas que representan las dos alternativas de tratamiento (Figura 1), para los que se asumió una adherencia del 100 %.

Tras el inicio de los tratamientos, a los 3, 6, 12 y 36 meses, los pacientes pueden entrar en un estado de remisión o permanecer en el estado de depresión. Cuando se producen remisiones, asumimos que estas se dan en la mitad de los periodos; es decir, en el mes 1.5 en el periodo 0-3 meses (por tanto, la duración del periodo de depresión es de 1.5 meses), en el mes 4.5 del periodo de 3 a 6 meses (donde la duración del periodo de depresión es de 1.5 meses), en el mes 9 del periodo de 6 a 12 meses (siendo, en este caso, la duración del periodo de depresión de 3 meses) y, finalmente, en el mes 24 del periodo de 12 a 36 meses (teniendo el periodo de depresión una duración de 12 meses). Las recaídas no se tuvieron en cuenta en el modelo, por lo que una vez que los pacientes entran en estado de remisión, permanecen en él hasta los 36 meses.

El modelo y los análisis se implementaron con el programa informático RStudio y el lenguaje de programación R v4.5.2.

Figura 1. Estructura del modelo



III.3.1.7. Parámetros y fuentes de información

La parametrización del modelo diseñado se realizó a partir de estudios previos y fuentes de costes nacionales. Además, debido a la falta de información sobre algunos parámetros, el árbol también viene determinado por una serie de supuestos discutidos y aprobados por los autores del informe, y validados por el panel de expertos y revisores externos.

A continuación, se detallan las consideraciones tenidas en cuenta a la hora de parametrizar el modelo. Los valores y fuentes de los parámetros empleados pueden consultarse en el apartado IV.3.1.1. Valores de los parámetros del modelo.

Probabilidades de transición y utilidades

La eficacia de las dos intervenciones se describió en dos estudios previos. Aragonès et al [47] proporcionan las probabilidades de remisión, en tres momentos distintos (3, 6 y 12 meses), para el TH y el MAE, a partir de un

ensayo controlado aleatorio por conglomerados, llevado a cabo entre 2007 y 2010 en veinte centros de atención primaria de Tarragona. Dos años más tarde, el mismo grupo publicó los resultados a 36 meses del mismo ensayo [46]. Dado que las probabilidades oscilan entre 0 y 1, se pudo asumir que la probabilidad de depresión corresponde a 1 menos la probabilidad de remisión informada en dichos estudios.

Por su parte, como ya se comentó, la principal medida de resultados en salud de este análisis se mide en términos de AVAC. En general, estos se obtienen a partir de utilidades de salud, que son preferencias de las personas por determinados estados de salud y suelen oscilar entre 0 (muerte) y 1 (salud perfecta), aunque es posible la existencia de valores negativos, relacionados con estados menos preferidos a la muerte. Los valores de utilidad asociados a los estados de remisión y depresión en cada momento (es decir, 3, 6, 12 y 36 meses) se calcularon a partir del conjunto de datos PROMS (del inglés, *patient reported outcomes measures*), generado en el marco de un proyecto de investigación desarrollado por el SESCS [49]. En este proyecto, los participantes, con diagnóstico de depresión en el momento base, respondieron al cuestionario EQ-5D-5L al inicio del estudio y después de 6 meses. A partir de estas respuestas, se obtuvieron las utilidades para la remisión y los episodios de depresión, diferenciando por gravedad, al aplicar el algoritmo de Ramos-Goñi et al. [50] para el cálculo de la tarifa española. Respecto a estos valores, se asumieron los siguientes supuestos: 1) se utilizaron las utilidades asociadas a la depresión de gravedad moderada para el estado de depresión; 2) las utilidades a los 3 y 6 meses corresponden, respectivamente, a las utilidades al inicio y a los 6 meses del estudio [49]; 3) los valores de utilidades a los 12 y 36 meses se asumieron igual que a los 6 meses.

Por último, se cuantificaron los AVAC multiplicando la utilidad de un estado de salud concreto (depresión o remisión) por el número de meses transcurridos en ese estado de salud. Por ejemplo, un estado de remisión a los 6 meses es igual a *“(utilidad de depresión a los 3 meses x 3 meses) + utilidad de depresión a los 6 meses x 1.5 meses) + (utilidad de la remisión de 6 meses x 31.5 meses)”*.

Uso de recursos y costes

El uso de recursos y los costes considerados en el modelo están asociados a consultas a distintas especialidades (medicina general y enfermería de atención primaria, psicología y psiquiatría), al material de apoyo del programa incluido en el MAE, y al tratamiento farmacológico.

El coste total de cada estrategia terapéutica es el resultado de la suma de multiplicar cada coste unitario por su respectivo uso de recursos.

El uso de recursos relativo a las consultas también se obtuvo del estudio español [46], donde se proporciona el número de visitas a las distintas especialidades consideradas en los últimos 12 meses en dos momentos distintos (12 meses y 36 meses). Se asumió que el uso de recursos entre los meses 12 y 24 es el mismo que entre los meses 24 y 36 (es decir, el que se informa para el mes 36). Estas consultas tienen unos costes unitarios asociados, que fueron extraídos de los boletines oficiales de diversas comunidades autónomas. Estos costes unitarios se calcularon como medias ponderadas entre el coste de primeras visitas y el de visitas sucesivas [51]. Los costes totales para 3 y 6 meses se calcularon dividiendo el coste de 12 meses entre cuatro y dos, respectivamente, mientras que el coste a los 36 meses, consideró el coste de los 12 meses más el uso de recursos asociado a 36 meses (multiplicado por 2 para considerar también el periodo comprendido entre los 12 y 24 meses). En el Anexo 11 se desglosan los costes unitarios de las visitas por comunidades autónomas, con sus respectivas fuentes.

Respecto al material de apoyo disponible en el MAE, el coste se obtuvo de una evaluación económica previa [23], realizada en paralelo al estudio español anterior, y se consideraron los costes unitarios tanto del manual para el manejo de la depresión como del folleto de educación sanitaria. Estos costes se imputaron solo una vez, incluyéndolos en el cálculo de los costes a los 12 meses. Por su parte, para el tratamiento farmacológico también se utilizó el coste calculado en Aragonès et al [23].

Todos los costes se expresaron en euros de 2025. Cuando se utilizaron costes referidos a años anteriores (excepto los procedentes de Boletines Oficiales) se aplicó la tasa incremental del Índice de Precios de Consumo (IPC), publicada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (<http://www.ine.es/calcula/>), para su actualización a 2025.

III.3.1.8. Análisis de sensibilidad

Se llevaron a cabo análisis de sensibilidad, tanto determinístico univariante como probabilístico, para medir la robustez de los resultados ante variaciones en los parámetros. En el caso del análisis determinístico, se variaron todos aquellos parámetros sobre los que existía una mayor incertidumbre o se consideraba que pudiesen tener un mayor impacto sobre los resultados. Para el análisis probabilístico, se ejecutaron simulaciones de Monte Carlo de 1000 iteraciones para evaluar la incertidumbre en torno a los parámetros. En función de los parámetros

considerados, se especificó una distribución de probabilidad concreta: distribuciones beta para las probabilidades de ocurrencia y los valores de utilidad, dado que son parámetros que varían entre 0 y 1, y distribuciones gamma y uniformes para los costes y el uso de recursos. Las distribuciones gamma se calcularon basándose en las desviaciones estándar recogidas en la bibliografía, mientras que para las distribuciones uniformes se estableció una variabilidad del $\pm 20\%$ del valor del caso base.

III.4. Análisis de aspectos éticos, legales, organizativos y sociales

La evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales específicos relativos a la tecnología se incluye en las definiciones recientes de ETS. El análisis de dichos dominios se realizó aplicando el algoritmo para la evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales específicos relativos a la tecnología (Anexo 3). El algoritmo se basa en una definición del alcance teniendo en cuenta si existen incertidumbres relevantes para la toma de decisiones sobre estos aspectos y permite explorar y conceptualizar el contexto de la intervención. Se entiende por incertidumbre relevante cuando se identifican con claridad preguntas de investigación específicas para la tecnología evaluada que deberían ser respondidas para evaluar adecuadamente estos aspectos específicos relativos a la tecnología sanitaria, teniendo en cuenta las influencias del contexto del SNS.

Para esta definición del alcance se ha realizado un proceso exploratorio hermenéutico, es decir implicando una iteración interpretativa. Este enfoque es congruente con el carácter no directivo y flexible de la revisión de alcance que permite ampliar la obtención de fuentes de información a medida que se avanza en el conocimiento de la intervención a evaluar y de las preguntas de investigación iniciales. En primer lugar, se ha realizado una serie de búsquedas manuales adoptando categorías analíticas del marco evaluativo del Core Model 3.0. de EUnetHTA [52], del marco GRADE Evidence to Decision (EtD) para la toma de decisiones sobre sistemas sanitarios y salud pública [53] del marco “VALues In Doing Assessments of healthcare TEchnologies” (VALIDATE) [54]. El marco evaluativo de EUnetHTA plantea un enfoque multimétodo y una aproximación axiológica que consiste en los siguientes pasos: identificar y analizar los retos éticos, legales, organizativos y sociales relacionados con los pacientes y la tecnología, identificar los actores implicados, seleccionar las preguntas relevantes para la

implementación de la tecnología, realizar una búsqueda de literatura en relación con las preguntas anteriores, analizar la literatura, responder a las preguntas y resumir los aspectos más importantes.

Se llevó a cabo una búsqueda en Google y Google Scholar, utilizando diferentes combinaciones de las palabras clave combinando diferentes palabras de la estrategia de búsqueda llevada a cabo para la parte de efectividad con los términos de búsqueda propios del apartado ELOPS: *ethics, confidentiality, feasibility, acceptability, barriers, facilitators, implementation, equity, gender, qualitative, interview*. Esta búsqueda manual de alcance se llevó a cabo entre el 15/04/2025 y el 30/05/2025.

Siguiendo el algoritmo para la evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales específicos relativos a la tecnología (Anexo 3) se decidió realizar una RS para sintetizar la evidencia cualitativa. Para ello, se utilizó Covidence para las fases de selección de estudios [55]. Este proceso permitió definir las siguientes preguntas de investigación:

- ¿En qué medida puede considerarse aceptable el MAE tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios? ¿Qué factores influyen en esta percepción?
- ¿Hasta qué punto resulta factible la implementación del MAE en contextos clínicos? ¿Qué barreras o factores facilitadores podrían identificarse? ¿Cuáles son los aspectos organizativos que deben considerarse a la hora de su implementación?
- ¿En qué medida puede este modelo favorecer o limitar el acceso equitativo a los servicios de salud mental? ¿Existen colectivos que podrían enfrentarse a mayores barreras o, por el contrario, beneficiarse especialmente de este enfoque?

III.4.1. Alcance de la revisión

El alcance de esta evaluación se definió inicialmente considerando como población objetivo a las personas con diagnóstico de trastorno mental y población general con síntomas subclínicos. La intervención evaluada fue el MAE, y dado el enfoque cualitativo de la revisión, no se estableció un comparador formal, tal como corresponde a estudios que exploran experiencias, percepciones y dinámicas organizativas.

III.4.2. Criterios de selección de estudios

En la Tabla 4 se detallan los criterios de selección de los estudios incluidos.

Tabla 4. Criterios de selección (aspectos éticos, legales, organizativos y sociales)		
	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diseño de estudios	Estudios de tipo cualitativo y estudios mixtos que presenten los datos por separado	Estudios de tipo experimental
Población	Personas con diagnóstico de trastorno mental Personas con síntomas subclínicos	Personas con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias. Personas con diagnóstico de enfermedad crónica que no refieran síntomas psicológicos.
Intervención	MAE	Modelos de atención que no sean secuenciales
Comparador	No aplica	
Medidas de resultado	Aceptabilidad, factibilidad, equidad, y aspectos organizativos	
Tipo de publicación	Estudios primarios de tipo cualitativo Estudios mixtos que presenten por separada la evidencia de tipo cualitativo	Estudios primarios de tipo cuantitativo
Idioma de la publicación	Español e inglés	
Fecha de publicación	Últimos diez años	
MAE: Modelo de atención escalonada		

III.4.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Para la búsqueda de estudios sobre aspectos éticos, legales, organizativos y sociales se consultaron las siguientes bases de datos

electrónicas durante el mes de agosto y septiembre de 2025: MEDLINE, Embase, CINAHL y PsycINFO, sin aplicar restricción por idiomas y aplicando una restricción temporal de los últimos 10 años como se detalla en la Tabla 5. En el Anexo 1 se puede consultar la estrategia de búsqueda para cada una de las bases de datos, que incluye la combinación de la estrategia diseñada para la población y la intervención con diseños de estudios específicos para este apartado, así como vocabulario controlado y términos libres relacionados con perspectivas, preferencias y satisfacción de usuarios (profesionales y pacientes), así como con la aceptabilidad, factibilidad, equidad y aspectos éticos, entre otros.

Tabla 5. Bases de datos electrónicas consultadas. Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales			
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso
MEDLINE(R) ALL	Ovid	01/01/2015	29/08/2025
Embase	Elsevier	01/01/2015	01/09/2025
CINAHL Complete	EBSCOhost	01/01/2015	02/09/2025
APA PsycINFO	EBSCOhost	01/01/2015	02/09/2025

III.4.4. Proceso de selección de estudios

El proceso de selección de estudios se realizó por dos revisoras de forma independiente a partir de los títulos y resúmenes, siguiendo los criterios especificados en la Tabla 4. En caso de duda y/o desacuerdo, las revisoras contrastaron sus opiniones y las discrepancias fueron resueltas tras discusión.

Los artículos seleccionados como relevantes tras esta primera fase fueron analizados a texto completo por dos revisoras independientes, que los clasificaron en incluidos o excluidos según los criterios mencionados

III.4.5. Evaluación de la calidad metodológica

Atendiendo a las características metodológicas de los estudios incluidos, se usó la escala CASPe [56] para esta fase.

III.4.6. Extracción de datos

La extracción de datos relativos a la identificación del artículo (autores, fecha de publicación y país donde se realizó el estudio), metodología (diseño, objetivo, método de recogida de datos, población, limitaciones metodológicas y declaración de conflicto de intereses) y resultados del estudio relevantes para este informe, fue realizada por dos revisoras. Se basó en las categorías y dominios del Core Model® 3.0 [57] de EUnetHTA. Los datos se recogieron en hojas electrónicas diseñadas *ad hoc* para este informe.

III.5. Identificación de necesidades de investigación y medidas de resultado estándares

Este apartado tiene como objetivo: 1) identificar las necesidades de investigación actuales, es decir, las áreas de incertidumbre que requieren de más investigación por no disponer de evidencia científica y; 2) identificar las medidas de resultado consideradas como estándares o necesarias para medir de manera adecuada el efecto de una intervención y facilitar la comparación entre estudios.

En concreto, para este informe, se han buscado las necesidades de investigación y las medidas de resultado relacionadas con el MAE en salud mental, desde el punto de vista de los diferentes actores implicados.

Para llevar a cabo estos objetivos, se realizó una revisión de los estudios identificados en la iniciativa *James Lind Alliance* (JLA) que incluye estudios específicos sobre necesidades de investigación. Para identificar las medidas de resultados estándares se acudió a recursos de información específicos como: *Core Outcome Measures in Effectiveness Trials* (COMET) e *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) *Standards Sets*. (Tabla 6).

La consulta a las fuentes específicas de información JLA, COMET y ICHOM se realizó utilizando los términos de búsqueda “*mental disease*”, “*mood disorder*”, “*mental health*”, “*stepped care*”, “*depression*” and “*anxiety*”.

Tabla 6. Fuentes de información consultadas en necesidades de investigación y medidas de resultado estándares		
Fuentes de información	URL de acceso	Fecha de acceso
JLA	http://www.jla.nihr.ac.uk/	28/08/2025
COMET	http://www.comet-initiative.org/	04/09/2025
ICHOM	https://www.ichom.org/	04/09/2025

III.5.1. Alcance de la revisión

La revisión se centró en identificar las necesidades de investigación actuales desde el punto de vista de los agentes implicados (pacientes/familiares, profesionales sanitarios, investigadores y gestores sanitarios) e identificar medidas de resultados estándares, sobre el uso de MAE en la atención de pacientes con problemas de salud mental.

III.5.2. Criterios de selección de estudios

Para la identificación de necesidades de investigación y medidas de resultados estándares, se incluyeron estudios, tanto primarios como secundarios, publicados en español e inglés, que cubriesen específicamente estos aspectos referentes a la población, intervención y comparación mencionada. Se excluyeron resúmenes de congresos y estudios en otros idiomas.

III.5.3. Proceso de selección de estudios, extracción de datos y síntesis de los hallazgos

La selección de estudios y extracción de datos fue realizada por un revisor a partir de la lectura de los títulos y resúmenes en primer lugar y, posteriormente, del texto completo de los estudios localizados a través de la búsqueda de la literatura. Las dudas se consultaron con un segundo revisor.

Se realizó una síntesis narrativa de los principales hallazgos encontrados y una breve descripción de las características de los estudios (autor principal, año, objetivo, diseño y población).

III.6. Formulación de recomendaciones

Se establecerán recomendaciones sobre la aplicación del MAE con base en los criterios establecidos en el marco EtD (*evidence to decisions*) [58] incluido en el sistema GRADE: prioridad del problema de salud, intensidad de los efectos deseables e indeseables, calidad de la evidencia, balance riesgo/beneficio, valores personales sobre las variables de resultado, aceptabilidad por parte de pacientes y profesionales, recursos requeridos y calidad de la evidencia sobre ellos, coste-efectividad, calidad de la evidencia sobre coste-efectividad, equidad y factibilidad.

III.7. Estimación de la fecha de actualización del informe

En el marco actual del funcionamiento de RedETS, la idoneidad de actualizar cada informe de ETS y, en caso afirmativo, la fecha para dicha actualización se determinan ocasionalmente de forma individualizada y sin un procedimiento formalmente establecido, a partir de la valoración conjunta entre las agencias evaluadoras y la Secretaría de la RedETS, ocasionalmente también con la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia o la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, quienes posteriormente pueden, si se considera oportuno, someter el grado de necesidad o la prioridad política a consenso con la CPAF del Ministerio de Sanidad.

En este informe de RedETS se propone un algoritmo de decisión para evaluar la necesidad de actualización y, si procede, establecer una fecha estimada, tomando en consideración criterios específicos y preestablecidos que permiten una aproximación más transparente y reproducible (Anexo 4). Este ejercicio resulta especialmente relevante en situaciones como las siguientes:

1. La certeza en la evidencia existente es baja o muy baja según la terminología GRADE, por lo que:
 - a. Las conclusiones no permiten formular una recomendación clara, por lo que se establece una recomendación de posponer la decisión.

- b. Se recomienda el uso exclusivo de la tecnología en un contexto de investigación vinculado a, en algunas ocasiones, a la propuesta de un estudio de monitorización.
 - c. La recomendación es débil o condicional, ya sea a favor de la tecnología evaluada (recomendación de inclusión plena o cambios en condiciones de uso) o en contra (recomendación de no inclusión o exclusión plena, si la tecnología ya está en cartera). En estos casos, es probable que nueva evidencia emergente pueda modificar la certeza de la evidencia.
2. La evaluación constituye una prioridad o para la toma de decisiones, aborda áreas controvertidas donde la práctica clínica diverge de la evidencia disponible, o se enfoca en áreas emergentes con nuevas tecnologías en desarrollo.

Los criterios concretos empleados por parte el equipo evaluador de este informe para proponer una fecha de actualización pertinente del mismo, incluyen factores como:

1. El ritmo de publicaciones científicas observado durante los últimos años del período revisado.
2. La identificación de nueva investigación en marcha, considerando no solo el número de estudios en curso, sino también su idoneidad en términos de tamaño, calidad y la probabilidad de que generen resultados relevantes a corto plazo.

Otros criterios complementarios, más difícilmente predecibles, y que quedan fuera del ámbito de actuaciones del evaluador, incluyen:

3. Cambios en el precio de la tecnología evaluada o en los costes operativos derivados de cambios organizativos mediados por las tecnologías de la información y la comunicación o por la reorganización funcional, que obligarían a actualizar tanto el análisis coste-efectividad como el impacto presupuestario.
4. Cambios en la situación epidemiológica, expresados por variaciones en la incidencia, prevalencia o mortalidad, que impactarían en los costes por incrementar tanto el número de usuarios como la intensidad del uso de los recursos sanitarios

5. Cambios en las indicaciones de uso, modificaciones o ampliaciones en el uso de la tecnología evaluada.

III.8. Participación de los grupos de interés

III.8.1. Participación de pacientes

Se invitó a participar en la revisión del informe a la siguientes asociaciones y confederaciones de pacientes y familiares: Confederación Salud Mental España, AFES Salud Mental, Asociación del defensor del paciente, Plataforma de Organización de Pacientes (POP), Comité por Salud Mental en Primera Persona, Asociación Hierbabuena, VEUS – Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1ª Persona y Asociación Mejorana Elkartea. Declinó su participación la Confederación Salud Mental España y la Asociación del defensor del paciente, mientras que del resto, no se recibió respuesta. En la fase de revisión externa del informe, se contactó con Asociación Aragonesa ProSalud Mental (ASAPME), quien participó en la revisión de la versión final del informe.

III.8.2. Participación de los profesionales sanitarios

Se invitó a participar a la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), Consejo General de la Psicología de España (COP), Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR), Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), Sociedad Española de Psiquiatría Clínica (SEPC), Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM) y Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA). Se recibieron respuestas favorables a participar por parte de COP, ANPIR, SEPSM, FEPSM y SECA.

Finalmente, se contó con la participación del COP, ANPIR y FEPSM en la revisión de la versión final del informe.

III.8.3. Revisión externa

El presente informe, una vez finalizado y antes de su publicación, se sometió a un proceso de revisión crítica por parte de reconocidos/as expertos/as en el tema para asegurar su calidad, precisión y validez. A las personas revisoras se les solicitó que aportaran todos aquellos cambios

o modificaciones que consideraran oportunos, debiendo estar sustentados en evidencia científica y acompañados de la bibliografía correspondiente. Los comentarios recibidos fueron valorados por el equipo autor del informe e incluidos en la versión final del informe cuando se consideró oportuno.

IV. Resultados

IV.1. Efectividad y seguridad

IV.1.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

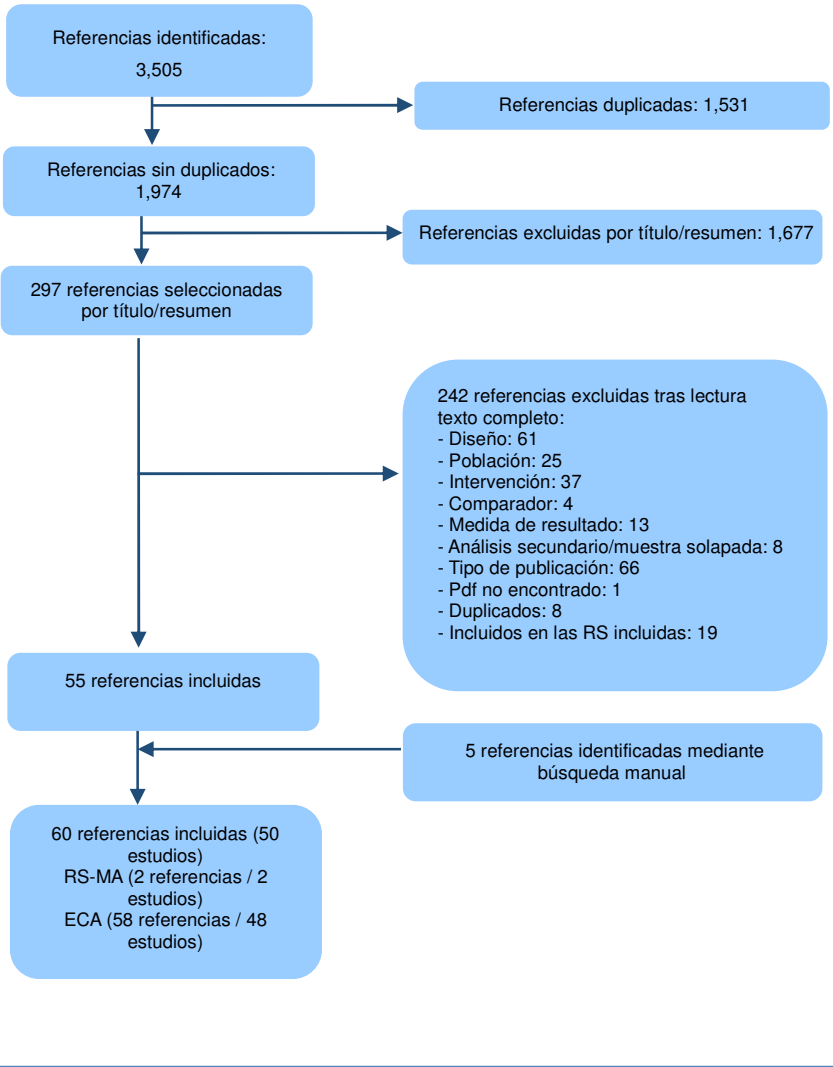
El proceso de selección de estudios se presenta en la Figura 2. La búsqueda en bases de datos electrónicas identificó 3505 referencias, que se redujeron a 1974 tras la eliminación de duplicados (Tabla 7).

Tras la lectura de títulos y resúmenes, se seleccionaron 297 referencias para su evaluación a texto completo. Finalmente, se incluyeron 55 referencias, a las que se añadieron 5 estudios adicionales identificados mediante la búsqueda manual, alcanzándose un total de 60 referencias (50 estudios): 2 RS y 48 ECA.

En el Anexo 5 se detallan los estudios excluidos tras la lectura a texto completo, junto con los motivos de exclusión.

Tabla 7. Resultados de la búsqueda bibliográfica para efectividad y seguridad				
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso	Nº de resultados
MEDLINE(R) ALL	Ovid	1946	31/07/2025	714
Embase	Elsevier	1972	31/07/2025	1,056
Cochrane (CENTRAL / CDSR)	Wiley	1993	31/07/2025	938
APA PsycINFO	EBSCOhost	1967	31/07/2025	460
CINAHL complete	EBSCOhost	1937	31/07/2025	337
SUMA DE REFERENCIAS RECUPERADAS				3,505
DUPLICADOS detectados por Software tras fusionar las búsquedas				1,526
DUPLICADOS detectados manualmente tras fusionar las búsquedas				5
TOTAL SIN DUPLICADOS				1,974

Figura 2. Proceso de selección de estudios incluidos en efectividad y seguridad



IV.1.2. Características de los estudios incluidos

En la Tabla 8 se presentan las características de las dos RS incluidas [11,59], y en la Tabla 9 las correspondientes a los 47 ECA incluidos [60–116].

En relación con las RS, Rivero-Santana et al. (2021) [11] evaluaron el MAE para el tratamiento de síntomas y/o trastornos depresivos, excluyendo la prevención del trastorno, y comparándolo con la atención habitual no secuencial. La búsqueda se realizó en ocho bases de datos hasta enero de 2020. La revisión incluyó 18 ECA estudios (20 referencias), de los que 17 se incorporaron a los MA. Las variables de resultado fueron síntomas depresivos, tasas de respuesta y remisión, calidad de vida, hospitalizaciones psiquiátricas, visitas psiquiátricas, uso de medicación y seguridad. La calidad metodológica se valoró mediante la herramienta RoB2.

Por su parte, Roberts et al. (2023) [59] evaluaron intervenciones escalonadas en adultos y menores con trastorno de estrés postraumático (TEPT) o con riesgo de desarrollarlo tras un suceso traumático reciente. Se incluyeron tanto ECA como ensayos abiertos que incorporaban al menos dos niveles predefinidos de intensificación terapéutica. La búsqueda, realizada en cuatro bases de datos hasta junio de 2022, dio lugar a una síntesis de 12 estudios (15 referencias). El riesgo de sesgo se evaluó mediante RoB-2 y ROBINS-I, y se analizaron resultados relacionados con la gravedad y el diagnóstico de TEPT, síntomas depresivos, calidad de vida y aceptabilidad del tratamiento.

En cuanto a los ECA, 13 se realizaron en Países Bajos [60,61,63,68,81,85,92,94,98,99,106–108,112,113,115,117]; 11 en EEUU [65–67,69,70,82,84,90,91,102–104,109], 5 en Australia [71,72,87,88,101], 3 en Alemania [74,77,86], 2 en Dinamarca [64,75,76], España [89] y Suecia [62,73,78], 1 en Brasil [105], Canadá [79], Reino Unido [110], India [95–97], Noruega [93], China [116], Italia [100], Jordania [83], Tanzania [80], así como un estudio internacional [111].

Respecto a la condición de salud, 10 estudios (11 referencias) se realizaron en depresión [60,61,64,68,77,79,80,91,105,112,115], 8 en ansiedad [64,81,84,87,88,92,93,101], 4 en estrés [75,76,83,89,100], 9 estudios (11 referencias) incluyeron muestras mixtas de depresión y ansiedad [71,74,86,94–97,107,111,113,116], 12 estudios (14 referencias) se realizaron en población con enfermedad somática asociada a depresión, ansiedad o estrés [63,65–67,69,70,73,78,82,85,98,99,106,108], 1 estudio (3 referencias) en TEPT [102–104], 2 en trastorno obsesivo compulsivo (TOC) [62,109], 2 en

trastornos de la conducta alimentaria [90,110]; y 1 estudio en trastornos de la personalidad [72]. Dos estudios incluyeron muestras separadas de depresión y ansiedad, con todas o algunas variables de resultado reportadas de forma independiente [64,94]

El tamaño muestral osciló entre 30 y 2796 participantes (mediana 215). La edad media de los participantes varió entre 7.9-84.3 (mediana 39.9) y la proporción de mujeres entre 32.8-100.0% (media 66%).

En cuanto al seguimiento, aproximadamente dos tercios de los estudios incluyeron evaluaciones a largo plazo, desde los 12 meses hasta los 36 meses, mientras que alrededor de un tercio se limitó a seguimientos a corto o medio plazo, desde la evaluación postratamiento hasta los 3-6 meses.

Tabla 8. Características de las revisiones sistemáticas incluidas

1er Autor, (año), país	Objetivo	Población	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Número de estudios incluidos	Instrumento de evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
Rivero et al., (2021) España	Describir la efectividad y seguridad del Modelo de Atención Escalonada (MAE) en el tratamiento de la depresión, en comparación con la atención habitual no secuencial.	Adultos con síntomas de depresión evaluados mediante medidas validadas o de acuerdo con el DSM o el CIE	CI2020: Medline, Embase, Cinahl, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Scopus, NHS-EED y EconLit, hasta enero de 2020	(1) ECA (2) ECnA (3) Adultos con síntomas de depresión (evaluados por medidas validadas o diagnosticados (4) Intervención MAE (5) Tratamiento habitual, incluyendo farmacoterapia, psicoterapia o su combinación, administrados de forma no secuencial. (6) Reducción de síntomas depresivos, nivel de depresión autoinformado, eventos adversos y abandonos.	18 ECA reportados en 20 referencias (17 en los MA)	Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials (RoB2)	- Nivel de depresión - Respuesta al tratamiento - Remisión del tratamiento - Ansiedad / malestar emocional - CVRS - Ideación e intentos suicidio - Visitas a salud mental y hospitalizaciones - Prescripción de antidepresivos. - EA

Tabla 8. Características de las revisiones sistemáticas incluidas

1er Autor, (año), país	Objetivo	Población	Bases de datos consultadas y fecha de búsqueda	Criterios de selección	Número de estudios incluidos	Instrumento de evaluación del riesgo de sesgo	Medidas de resultado
Roberts, et al. (2023) Australia	Describir los tratamientos y criterios de intensificación en las intervenciones del MAE y evaluar si estas generan cambios significativos en la gravedad del estrés postraumático, en comparación con controles activos y pasivos.	Adultos y menores con diagnóstico de TEPT, de acuerdo con el DSM-5, o síntoma de TEPT evaluado mediante cuestionarios estandarizados	PsycINFO, Medline (PubMed), PTSDpubs, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL) hasta el 8 de junio de 2022	(1) ECA (2) Ensayos abiertos que evaluaran la intervención con un mínimo de 2 etapas de tratamiento + etapa inicial, a la que todos los participantes se sometieron, de menor intensidad que las etapas posteriores; y criterios preespecificados para que los participantes pasaran a un tratamiento de mayor intensidad.	12 estudios reportados en 15 referencias	Cochrane Risk of Bias tool for randomized trials (RoB2) Risk of Bias in Non-Randomized Studies-of Interventions (ROBINS-I) tool	- Gravedad del TEPT - Diagnóstico de TEPT - Gravedad de la depresión - CVRS - Aceptabilidad del tratamiento

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; **DSM-5:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; **EA:** Eventos adversos; **ECA:** Ensayo Clínico Aleatorizado; **ECnA:** Ensayo controlado no aleatorizado; **MA:** Meta-análisis; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **TEPT:** Trastorno de estrés postraumático

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
DEPRESIÓN										
Apil et al. (2012, 2014) Países Bajos	ECA	Hospitalari o y Primario	136	Adultos tratados en el pasado por depresión, sin episodio actual	65.6 72.1%	1) Espera vigilada (6 semanas) 2) Biblioterapia (6 semanas) 3) Curso de afrontamiento de la depresión (12 semanas) 4) Tratamiento indicado	CES-D ≥ 16	tto. habitual	6 y 12 meses	Prevención Remisión CES-D
Aragónés et al. (2014)	ECAC	Primario	338	Adultos con criterios de depresión (DSM-4) y PHQ-9 >9 , sin mediación antidepresiva en los 3 meses previos	47.6 79.3%	1) Educación del paciente y la familia. 2) No se recomendaron antidepresivos para el tratamiento inicial de la depresión leve. 3) En depresión moderada o grave, los antidepresivos se consideraron una opción para todos los pacientes. /ISRS como primera elección.)	n.r.	tto. habitual	36 meses	Respuesta Remisión PHQ-9 SF-12
Curth et al. (2020) Dinamarca	ECAC	Primario (53)	325	Adultos con criterios de	39.0 66.8%	Psicoeducación, TCC individual y medicación de acuerdo con	n.r.	tto. habitual	6 y 15 meses	Remisión BDI-II BAI

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
			(submue- stra depresión)	depresión (CIE-10)		algoritmos de atención escalonada específicos para cada diagnóstico (promedio de sesiones 8.7 sesiones)				SCL-90-R GAF WHO-5 EQ-5D-3L SDS Uso de medicación
Dozeman et al. (2012) Van Schaik et al. (2014) Países Bajos	ECA	Residencia s de ancianos (20)	185	Personas en residencias de mayores con CES-D>7, que no cumplen criterios de trastorno clínico	84.3 73.0%	1) Espera vigilada (1 mes): evaluación con CED-D (mejora de al menos 5 puntos) y el MINI cada 3 meses 2) Programa de autoayuda guiada en domicilio (3 meses) 3) Revisión de vida (3 meses) 4) Visita al médico de AP para tratamiento adicional (3 meses)	CES-D ≤ 5 puntos	tto. habitual	24 meses	Incidencia CES-D
Hölzel, et al. (2018) Alemania	ECA	Primario	248	Personas ≥ 60 años con PHQ-9: 10	71.4 77.4%	1) Psicoeducación 2) Intervención psicológica breve estructurada, centrada en activación conductual y resolución de problemas	n.r.	tto. habitual	12 meses	Respuesta Remisión PHQ-9 GAD-7 RS-13 PSS EQ-5D-3L

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
						3) Derivación a servicios especializados				
Jagayat et al. (2024) Canadá	ECA	Hospitalario (2)	69	Personas adultas con TDM	39.2 61.0%	1) TCC Internet + mensaje 2) TCC Internet + videollamada 3) TCC Internet videollamada con terapeuta (1 sesión 20-30 min) a la semana 4) TCC Internet videollamada con terapeuta para elección de medicación según gravedad (1ra o 2da línea de ttm. farmacológico)	Aumento en PHQ-9 de 2 puntos en comparación con semana anterior	TCC Internet (13 módulos)	Post	PHQ-9 QIDS Q-LES-Q
Kaaya et al. (2022) Tanzania	ECAC	Primario (16)	742	Mujeres adultas con VIH embarazadas y síntomas de depresión (PHQ-9≥9)	29.7 100%	1) Opciones saludables (TSP) durante el embarazo de 1 a 3h cada sesión 2) 8 sesiones de TCC	Tras 6 semanas post parto, si hay síntomas de depresión (PHQ-9)	tto. habitual	6 semanas y 9 meses tras el parto	Incidencia, PHQ-9 FSSS

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Mohr et al. (2019) EEUU	ECA	Primario y Hospitalari o	312	Adultos con TDM (DSM-5) y QIDS≥12	66 (media de medianas) 73.4%	1) TCC guiada 2) TCC presencial con cuaderno de trabajo sesiones 45-50 min con terapeuta (20 semanas)	- PHQ-9 ≥13 semana 9 y 13 - PHQ-9 después semana 13	TCC Internet	Post, 3, 6 meses	Remisión QIDS SIMH EA
Scazufca et al. (2022) Brasil	ECAC	Primario (24)	715	Personas ≥60 años con PHQ-9≥10	- 74.1%	1) Psicoeducación (3 sesiones semanales) 2.1) Baja Intensidad (PHQ-9<10): 5 sesiones adicionales (3 sesiones cada 2 semanas) + 2 sesiones al mes (14 semanas) 2.2) Alta Intensidad: (PHQ-9 > 10): 8 sesiones adicionales (6 sesiones por semana) + 2 sesiones al mes	Si hay mejoría en la 2ª y 3ª sesión (PHQ-9 <10): baja intensidad alta intensidad	tto. habitual	8 y 12 meses	Remisión PHQ-9 GAD-7 EQ-5D-5L ICECAP-O
Van't Veer- Tazelaar et al. (2009, 2011	ECA	Primario (33)	170	Personas >75 años con CESD-D ≥16, que no cumplen	81.4 73.5%	1) Espera vigilada (3 meses) 2) Biblioterapia basada en TCC	CES-D ≥16	tto. habitual	3, 6, 9 y 12 meses	Prevención Remisión CES-D

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Países Bajos				criterios de trastorno clínico		3) Resolución de problemas basado en TCC breve 4) Medicación en AP				
ANSIEDAD										
Curth et al. (2020) Dinamarca	ECA	Primario (53)	406 (submue- stra ansiedad)	Adultos con TAG o TP o Fobia social (CIE-10)	36.3 36.60%	Psicoeducación, TCC individual y medicación de acuerdo con algoritmos de atención escalonada específicos para cada diagnóstico (promedio de sesiones 8.7 sesiones)	n.r.	tto. habitual	6 y 15 meses	BAI BDI-II SCL-90-R GAF WHO-5 SDS PSP
Nordgreen et al. (2016) Noruega	ECA	Clinicas salud mental ambulatoria s (9)	173	Adultos con TP o TAS (DSM-4) y CSR≥4	32.9 52%	1) TCC Psicoeducación (90 min) 2) TCC Internet (9 semanas para TAS y 10 semanas para TP) 3) TCC presencial individual (12 sesiones)	No diagnóstico en (SCID-I-II) Puntuación < 3 en CSR Puntuación <2.5 en BSQ	TCC presencia l	Post, 12 meses	Remisión CSR BSQ ACQ MI-A SPS SIAS BDI

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Kampman et al. (2020) Países Bajos	ECA	Clinica especializa da en salud mental (4)	128	Adultos con TP (DSM-IV) y Panic Agoraphobia Scale (PAS $\geq$ 10)	38.3 49.2%	1) Autoayuda guiada (10 semanas); 5 sesiones presenciales de 30 minutos 2) TCC presencial; 12 sesiones de 45 minutos	Puntuación > 8 en PAS	TCC presencia l	Post, 1, 6 meses	PAS BSQ ACQ MI-A OQ-45
Kolbasovsk y et al. (2007) EEUU	ECA	Departame nto de emergencia s (hospital) (1)	657	Adultos dados de alta en urgencias por un trastorno de ansiedad (CIE-9MC)	43.6 72.5%	1) Al alta, carta con información general sobre ansiedad y opciones de tratamiento ambulatorio. Seguimiento telefónico cada 6 meses para evaluar necesidades y revisar o ampliar el tratamiento 2) Tratamiento de mayor intensidad disponible en la atención habitual.	Reincidencia en visitas psiquiátricas	tto. habitual	6 meses	Visitas a urgencias psiquiátricas
Muntingh et al. (2013) Países Bajos	ECAC	Primaria	180	Adultos con TP o TAG (DSM-4- TR)	46.5 68. %	1) Autoayuda guiada 2) TCC 3) Antidepresivos según un algoritmo de medicación basado en directrices.	Puntuación > 11 en BAI	tto. habitual	3, 6, 9, 12 meses	BAI PHQ-9 SF.36 EQ-5D
March et al. (2023) Australia	ECA	Departame nto de psicología y	137	Menores entre 8-17 años con trastorno de	10.7 59.1%	1) TCC Internet (sin guía terapéutica) finalización entre 3 y 5 sesiones.	Puntuación CAS-C o CAS-P por	TCC Internet guiada	Post (3 meses), 9 meses	Remisión CSR CGAS

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
		centro de salud mental (2)		ansiedad (DSM-4)		2) TCC Internet (5 sesiones + 30 min de llamada para exposición).	debajo del percentil 84 o T> 60 Evaluación tras 3 sesiones sin respuesta	por terapeuta		SCAS-C&P CALIS Satisfacción
March et al. (2025) Australia	ECA	Centro Universitari o y Centro de Salud mental (2)	137	Menores entre 8-17 años con trastorno de ansiedad (DSM-4)	10.9 55.5%	1) TCC Internet por videoconferencia de baja intensidad y autoguiada sin guía terapeuta (5 sesiones) 2) TCC Internet por videoconferencia (1 sesión de 30 minutos)	Puntuación CAS-C o CAS-P por debajo del percentil 84 o T> 60 Evaluación tras 5 sesiones o 7 semanas	TCC guiada por terapeuta por videoconf erencia	Post (3 meses), 9 meses	Remisión CSR CGAS CAS-8 SCAS-C&P CALIS
Rapee et al. (2017) Australia	ECA	Clínica Universitari a (1)	281	Menores entre 7-17 años con trastorno de ansiedad (DSM-4)	9.2 53.0%	1) Material para padres (<13 años) "padre como terapeuta". Hasta 4 sesiones telefónicas de 30 minutos Adolescentes >13 años: modelo de autoayuda multimedia. Hasta 4	Puntuación $\geq$ 4 en CSR más criterio de la familia	Programa único 10 sesiones de tratamient o de ansiedad	12 meses	Remisión CSR SCAS-P SCAS-C CALIS

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
						1) Llamadas de 40 minutos con terapeuta 2) TCC estándar (programa único); máximo 10 sesiones. 3) Individual basada en formulación del caso (abordar barreras) con terapeuta Máximo de 12 sesiones de 60 minutos durante 14 semanas				
ESTRÉS										
Hoff et al. (2022, 2023) Dinamarca	ECA	Clínicas especializadas en salud mental (2)	666	Adultos en baja laboral por estrés y trastorno de adaptación (CIE-10) o trastorno por agotamiento (Swedish National Board of Health and Welfare)	44.6 76.6%	1) Psicoeducación sobre manejo del estrés. 2) MBSR.	n.r.	tto. habitual	6, 12, 24 meses	BDI-II BAI PSS WSAS 4DSQ KEDS IPQ EQ5DL QoLs, CSQ Vuelta al trabajo

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Seguimiento	Medidas clínicas
Keyan et al. (2025) Jordania	ECA	Instituto para la salud familiar (1)	145	Adultos/as con estrés (K10 $\geq$ 20)	39.9 86.9%	1) Folleto con 5 estrategias manejo estrés (5 semanas con contacto telefónico en semana 1, 3 y 5) 2) Intervención grupal con terapeuta (5 sesiones a la semana de 90 minutos)	n.r.	tto. habitual	Post (6 semanas), 18 semanas	HSCL-25 WHO- 5 WHODAS V.2.0 EQ5D-5L, PSYCHLOPS
Mediavilla et al. (2023) España	ECA	Hospitalario (2)	232	Profesionales sanitarios con estrés (K10 $\geq$ 16)	37.5 86.0%	1) Curso guiado de manejo del estrés basado en TAC: audios y apoyo semanal (15 min) por teléfono o mensajería y plataforma (5-6 semanas) 2) Gestión y estrategias de resolución de problemas, apoyo social y prevenir recaídas (60 min.) (5-6 semanas)	Presencia angustia psicológica 5-7 días después la intervención según K10 $\geq$ 16	tto. habitual	Post (13 semanas) 21 semanas	PHQ-9, GAD-7, PCL-5, EA, PHQ-ADS
Purgato et al. (2025) Italia	ECA	n.r.	217	Personas migrantes con estrés (K10 $\geq$ 16)	35.7 62.7%	1): Auto-ayuda guiada (con un contacto telefónico semanal) (5-6 semanas).	Presencia angustia psicológica en K10 > 16	tto. habitual	Post (14 semanas), 21 semanas	PHQ-9, GAD-7, PCL-5, PSYCHLOPS, EA PHQ-ADS

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
						2): Técnicas conductuales para el manejo del estrés (5-6 semanas).				
MUESTRAS MIXTAS DEPRESIÓN/ANSIEDAD										
Fletcher et al. (2021) Australia	ECA	Centros de atención primaria (23)	1671	Adultos con síntomas de ansiedad (GAD-2≥2) o depresión (PHQ-2≥2) o uso de medicación psiquiátrica	39.6 72.5%	1) Grupo pronóstico (mínimo/leve): ttm. de baja intensidad. 2) Grupo pronóstico grave: ttm. alta intensidad.	Pronóstico de gravedad de síntomas con Link-me	tto. habitual	6, 12 meses	K10, PHQ-9, GAD-7, EQ-5D-5L, EA (ítem de ideación suicida del PHQ-9)
Heddaeus et al. (2025) Alemania	ECAC	Centros de atención primaria (41)	615	Adultos con TMC (CIE-10)	40.5 63.9%	1) Baja intensidad. 2) No especificado. 3) No especificado.	n.r.	tto. habitual	3, 6 (post), 12 meses	Respuesta, Remisión, PHQ-9, GAD-7, PHQ-15, PHQ-Panic module, SF-36, SSD-12, hospitalizaciones, medicación

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Lambert et al. (2024) Alemania	ECA	Centros de salud mental	891	Personas entre 16-79 años con trastornos mentales (CIE-10)	37.2 59.6%	1) Terapia online de auto-ayuda (guiada o no). 2) Psicoterapia breve y/o grupal. 3) Manejo de casos, psicoterapia breve y/o grupal, medicación. 4) Tratamiento asertivo comunitario, con psicoterapia y medicación.	CGI-S GAF	tto. habitual	12 meses	Medida compuesta de funcionamiento psicológico, a partir de HEALTH-49 (Module A), GAF y SF-12
Oosterbaan et al. (2013) Países Bajos	ECaC	Centros de atención primaria y salud mental	158	Adultos con TMC (DSM-4)	38.0 62.0%	1) Auto-ayuda guiada en atención primaria (3.5 meses) 2) TCC y medicación	CGI-S ≥3	tto. habitual	4, 8 (post), 12 meses	Respuesta, remisión, HRSA, CES-D, SCL-90, SF-36, medicación
Patel et al (2010, 2011) Pillai et al. (2021) India	ECaC	Centros de atención primaria (24)	2796	Adultos con posible TMC (GHQ>5)	46.3 82.0%	1) Psicoeducación y orientación 2) Medicación o TIP (6-12 sesiones) 3) Medicación y TIP (6-12 sesiones) 4) Derivación a especialista clínico	n.r.	tto. habitual reforzado	6, 12 meses	Remisión, CIS-R, WHODAS II, prescripción y adherencia a antidepresivos

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Seekles et al. (2011) Países Bajos	ECA	Centros de atención primaria (24)	120	Personas entre 18-65 años con TMC (DSM-4)	50.2 65.0%	1) Espera vigilante (4 semanas) 2) Psicoeducación y auto-ayuda guiada (6 semanas) 3) TSP (5 sesiones) 4) Medicación y derivación a especialista clínico	No se cumple IDS<14 y HADS<8 y WSAS<6	tto. habitual	8, 16, 24 semanas	Remisión, IDS, HADS-A
Van Straten et al. (2006) Países Bajos	ECA	Centros de salud mental (7)	702	Personas entre 18-65 años con trastornos de ansiedad o depresión (DSM-4)	36.4 61.0%	1.1) Terapia breve (7 sesiones, 6 meses) 1.2) TCC (10-15 sesiones) 2) Medicación, otros (n.r.)	n.r.	tto. habitual	12, 18 meses	Remisión, SCL90, SF36
van der Aa et al. (2015) Internacional	ECA	Centros externos oftalmológicos	265	Personas ≥50 años con problemas de visión y síntomas de ansiedad (HADS-A≥8) o depresión (HADS-D≥8), que no cumplen	73.7 69.8%	1) Espera vigilante (3 meses) 2) Auto-ayuda guiada (3 meses) 3) TSP (3 meses) 4) Derivación a médico de familia	HADS-A≥8 y/o CES-D≥16	tto. habitual	3, 6, 9, 12, 18, 24 meses	Incidencia, CES-D, HADS-A, LVQOL, AVL EQ-5D, Uso de recursos

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Seguimiento	Medidas clínicas
				criterios de trastorno clínico						
Zhang et al. (2014) China	ECA	Centros de atención primaria	240	Adultos con CES-D $\geq$ 16 o HADS-A $\geq$ 6 que no cumplen criterios de trastorno clínico	Media n.r. 74.2%	1) Espera vigilante (3 meses) 2) Orientación psicológica telefónica (máximo de 6 sesiones) 3) TSP 4) Derivación al médico de familia	CES-D $\geq$ 16 o HADS-A $\geq$ 6	tto. habitual	3, 6, 9, 12, 15 meses	Incidencia, CES-D, HADS-A, SF-12, medicación
ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS										
Danhauer et al. (2025) EEUU	ECA	Centros de atención e investigación en cáncer	68	Supervivientes de cáncer adulto/as (mama, próstata, colorrectal, ginecológico o linfoma) y PHQ-9 $\geq$ 8 o GAD-7 $\geq$ 10	64.0 (mediana) 93.0%	1) Auto-ayuda guiada + un contacto de seguimiento bisemanal. 2) Manual de TCC con 12 sesiones telefónicas.	Incremento de 1 desviación estándar y PHQ-9 o GAD-7 $\geq$ 15	tto. habitual	13 semanas	PHQ-9, GAD-7, FCRI-S, ISI, PROMIS-Fatigue Scale, SF-36, IES-R

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Ell et al. (2008) EEUU	ECA	Un hospital	472	Adultos/as con cáncer, uno de los dos síntomas cardinales de depresión o distimia, y PHQ-9≥10	Media n.r. 84.5%	1) TSP (8-12 sesiones) y/o antidepresivos. 2) Antidepresivos y otros medicamentos psiquiátricos. 3) Remisión al médico de familia o a una clínica de seguridad social.	PHQ-9≥10	tto. habitual	6, 12 meses	Respuesta, PHQ-9, SF-12, FACT-G
Hauffman et al. (2020) Igelström et al. (2023) Suecia	ECA	Hospitales (4)	909	Personas con diagnóstico reciente de cáncer de mama, próstata o colorrectal (o recaída de este último), con HADS-A o HADS-D>7	61.0 71.0%	1) Psicoeducación y estrategias de autocuidado (16 módulos) 2) TCC online guiada (10 sesiones)	HADS-A o HADS-D>7	tto. habitual	1, 4, 7, 10 (post), 18, 24 meses	Remisión, HADS, STAI-S, MADRS-S, EROS, PCL-C, EORTC QLQ-C30, FACIT-F, ISI
Katon et al. (2004) EEUU	ECA	Centros de atención primaria (14)	214	Personas con diabetes y/o enfermedad coronaria y PHQ-9≥10	56.8 52.3%	1) Una visita + TSP (6 sesiones) o antidepresivos 2) Cambio, adición de tratamientos, y consulta psiquiátrica	Reducción en PHQ-9<50%	tto. habitual reforzado	3, 6, 12 meses	Respuesta, SCL-20, PGI, adherencia a medicación

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
						3) Remisión a atención especializada en salud mental				
Krebber et al. (2016) Países Bajos	ECA	Una consulta hospitalaria externa	156	Personas tratadas curativamente por cáncer de cabeza y cuello o pulmón, con HADS-A o HADS-D>7, o HADS>14	62.0 39.1%	1) Espera vigilante 2) autoayuda guiada por Internet o mediante un folleto 3 TSP 4) Intervenciones psicológicas especializadas y/o medicación.	HADS-A o HADS-D>7	tto. habitual	4 (post), 7, 10, 13, 16 meses	Remisión, HADS; EORTC QLQ-C30, QLQHN35/QLQ-LC13, IN-PATSAT32.
Schuurhuizen et al. (2019) Países Bajos	ECaC	Servicios de oncología (14)	349	Personas entre 18-85 años con cáncer colorrectal metastásico y >3 meses de supervivencia esperada, con HADS≥13 o DT≥5, o que pidieron atención psicológica	66.1 35.8%	1) Espera vigilante 2) autoayuda guiada por Internet o mediante un folleto 3 TSP 4) Intervenciones psicológicas especializadas y/o medicación.	n.r.	tto.habitual	3, 10, 24, 48 semanas	HADS, EORTC QLQ-C30 CSQ-8

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Bot et al. (2010) Países Bajos	ECA	Clínicas ambulatoria s de diabetes	114	Personas ≥55 años, con diabetes, CES-D≥16 y que no cumplen criterios de trastorno de depresión	65.0 46.0%	1) Espera vigilante, biblioterapia (12 semanas) 2) Intervenciones cognitivo-conductuales por personal no especializado (12 semanas) 3) Intervención especializada en salud mental (12 semanas)	Tratamiento inicial según la gravedad. CES-D≥16 o reducción <5	tto. habitual	24 meses	Incidencia, CES-D
Ell et al. (2010) EEUU	ECA	Un centro de atención primaria y clínicas comunitaria s de diabetes	387	Adultos/as con diabetes, uno de los dos síntomas cardinales de depresión durante más de la mitad de los días o casi todos los días, y PHQ- 9≥10	Media n.r. 82.2%	1) TSP y/o medicación antidepresiva (8 semanas) 2) Seguimiento telefónico mensual para monitoreo de síntomas, mantenimiento del tratamiento y prevención de recaídas (4 semanas) 3) Orientación en el sistema de atención y servicios con un asistente de navegación del paciente	No respuesta o respuesta parcial	tto. habitual	6, 12, 18 meses	Respuesta, remisión, SCL- 20, SDS, SF- 12, medicación
Pols et al. (2017, 2018) Países Bajos	ECAC	Centros de atención primaria (27)	236	Adultos/as con diabetes tipo 2 y/o enfermedad	67.5 45.3%	1) Espera vigilante (3 meses) 2) Auto-ayuda guiada (3 meses)	PHQ-9≥6	tto. habitual	3, 6, 9, 12, 24 meses	Incidencia, remisión, PHQ- 9, HADS-A

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
				coronaria, y PHQ-9≥6, ue no cumplen criterios de trastorno de depresión		3) TSP 4) Derivación a médico de familia				
Stoop et al. (2015) Países Bajos	ECA	Centros de atención primaria (24)	46	Personas con diabetes tipo 2, asma o EPOC, y PHQ-9≥7 o GAD-7≥8	59.5 50.0%	1) Psicoeducación (4 semanas) 2) Curso de afrontamiento para ansiedad/depresión (10 semanas) 3) Sesiones de refuerzo y medicación optativa	PHQ-9≥7 o GAD-7≥8 En 2), si PHQ- 9≥7 o GAD- 7≥15 pasa a 3) antes de finalizar 2)	tto. habitual	12 (post), 18 meses	PHQ-9, GAD-7
Davidson et al. (2010) EEUU	ECA	Hospitalari o (5)	157	Personas con síndrome síntomas depresivos > 10 en BDI	60.21 32.87%	1) Atención mejorada 2) Preferencia (psicoterapia o farmacoterapia) 3) Terapia de resolución de problemas 4) Terapia escalonada (cambiar ttm. / añadir otro / intensificar original)	No mejora en PHQ-9 cada 8 semanas	tto. habitual	3, 9 meses	BDI, uso de medicación
Davidson et al. (2013) EEUU	ECA	Centros ambulatorio s (2)	150	Personas con síndrome coronario agudo y	59.59 44.0%	1)TSP 2) Farmacoterapia 3) TSP + farmacoterapia	No mejora en 6-8 semanas PHQ-9 > 3 durante 2	tto. habitual	6 meses	Respuesta, remisión, BDI, PROMIS- Anxiety, SF-12,

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
				síntomas persistentes depresivos BDI > 10			semanas consecutivas			uso de medicación
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)										
Salloum et al. (2022 ^a , 2022b, 2025) EEUU	ECA	Centros comunitarios (6)	183	Menores entre 4-12 años con evento traumático después de los 36 meses, y síntomas de TEPT	7.9 55.2%	1) Cuaderno de trabajo (11 sesiones padres-menor, 6 semanas). Tres sesiones padres-menor con terapeuta 2) TCC (9 sesiones)	Puntuación > 3 PTSD (4-6 años), > 4 PTSD (7-12 años) o > 39 (>12 años) TSCYC-PTS	TCC	Post, 6, 12 meses	TSCYC-PTS, CSDS, CGI-S/I, CBCL, ROARS, SDSC, PCL-5, DASS, PSS, ideación suicida (DIPA, K-SAS)
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)										
Aspvall et al. (2021) Suecia	ECA	Clínicas especializadas en salud mental (2)	152	Menores entre 7-17 años con TOC (DSM-5) y CY-BOCS ≥ 16	13.4 61.8%	1) TCC Internet (16 semanas) menores-padres con terapeuta 2) TCC presencial (12 sesiones entre 3 y 6 meses)	n.r.	TCC presencia l	Post, 3, 6 meses	CY-BOCS, CGI-S/I, CGAS, OCI-C, MFQ, WSAS, CHU-9, ISI, COCI-R-P, FAS-SR

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
Tolin et al. (2011) EEUU	ECA	n.r.	30	Adultos con TOC (DSM-4- TR), CY- BOCS $\geq$ 16 y CGI $\geq$ 4	33.9 58.8%	1) Biblioterapia y 3 sesiones con el terapeuta (6 semanas) 2) 17 sesiones de EPR	No se cumple reducción de CY-BOCS $\geq$ 5 y puntuación <14	EPR	Post, 3 meses tras post	Respuesta, Y- BOCS
TRASTORNOS ALIMENTARIOS										
Mitchel et al. (2011) EEUU	ECA	4 centros	293	Adultos con bulimia nerviosa purgativa o no purgativa (DSM-4)	29.6 n.r.	1) Auto-ayuda guiada (18 semanas) 2) Añadir fluoxetina en la semana 10 3) TCC (6 meses)	n.r.	1) TCC 2) Añadir fluoxetina en la semana 4	Post, 12 meses	Remisión, abstinencia, EDE, YBC- EDS, TFEQ, IMC, BDI
Treasure et al. (1996) Reino Unido	ECA	Un centro terciario	110	Adultos con bulimia nerviosa (CIE- 10)	25.8 n.r.	1) Auto-ayuda (8 semanas) 2) TCC (8 semanas)	Sigue cumpliendo criterios CIE- 10	TCC (16 semanas)	Post, 18 meses	Remisión, síntomas de bulimia
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD										
Grenyer et al. (2018) Australia	ECaC	Comunitaria y hospitalaria	653	Personas $\geq$ 12 años con trastorno de la personalidad (CIE-10) y al	36.8 50.5%	1) Psicoeducación: un contacto semanal (50 min) durante un mes. 2) Intervenciones de mayor intensidad	n.r.	tto. habitual	18 meses	Hospitalizaciones, días de estancia, visitas a urgencias

Tabla 9. Características de los ensayos clínicos aleatorizados incluidos

Estudio (Año) País	Diseño	Ámbito (n)	N	Población	Edad media % mujeres	Intervención	Criterio de escalada de tratamiento	Control	Segui- miento	Medidas clínicas
				menos un ingreso los 18 meses anteriores		disponibles en el tratamiento habitual				

4DSQ: Four Dimensional Questionnaire; **ACQ:** Agoraphobic Cognitions Questionnaire; **AVL:** adaptation to vision loss; **BAI:** Beck Anxiety Inventory; **BDI:** Beck Depression Inventory; **BSQ:** Body Sensation Questionnaire; **CALIS:** Child Anxiety Life Interference Scale; **CAS-8:** Children's Anxiety Scale; **CBCL:** Child Behavior Checklist; **CES-D:** Center of Epidemiological Studies-Depression; **CGU-9:** Child Health Utility 9D; **CGAS:** Children's Global Assessment Scale; **CGI-S/I:** Clinical Global Impression-Severity/Improvement; **CIS-R:** Clinical Interview Schedule-revised; **COCI-R-P:** Children's Obsessional Compulsive Inventory-Revised-Parent version; **CSDS:** Parent-Child Sheehan Disability Scale-Parent Version; **CSQ-8:** Client Satisfaction Questionnaire; **CSR:** Clinician Severity Rating; **CY-BOCS:** Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **DAS:** Diagnostic Apathia Scale; **DASS:** Depression, Anxiety and Stress Scale; **DIPA:** Diagnostic Infant and Preschool Assessment for DSM-5; **DT:** Distress Thermometer; **EA:** Eventos adversos; **ECA(c):** Ensayo controlado aleatorizado (por conglomerados); **DT:** Distress Thermometer; **EDE:** Eating Disorder Examination; **EORTC-QLQ-C30:** European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Quality of Life Questionnaire; **EPR:** Exposición y prevención de respuesta; **EQ-ED-(3L/5L):** EuroQol Five Dimensions Questionnaire (3 niveles/5 niveles); **EROS:** Environmental Reward Observation Scale; **FACT-G:** Functional Assessment of Cancer Therapy-general; **FACIT-F:** Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Fatigue; **FAS-SR:** Family Accommodation Scale-Self Rated; **FCRI-S:** Fear of Recurrence Inventory (Severity Subscale); **FSSS:** Functional Social Support scale; **GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder-7; **GAF:** Global Assessment of Functioning; **GHQ:** General Health Questionnaire; **HADS-A:** Hospital, Anxiety and Depression Scale (Anxiety); **HEALTH-49:** Hamburg Modules for the Assessment of Psychosocial Health (Module A: Symptom Scale); **HRSA:** Hamilton Rating Scale for Anxiety; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist- 25; **ICECAP-O:** ICEpop CAPability measure for Older people; **IDS:** Inventory of Depressive Symptomatology; **IES-R:** Impact of Events Scale-Revised; **IMC:** Índice de masa corporal; **ISI:** Insomnia Severity Index; **IPQ:** Illness Perception Questionnaire; **K10:** Kessler Psychological Distress Scale; **KEDS:** Karolinska Exhaustion Disorder Scale; **K-SADS:** Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; **LVQOL:** Low Vision Quality of Life questionnaire; **MADRS-S:** Montgomery-Asberg Depression Rating Scale Self-Rating; **MBSR:** Mindfulness-based Stress Reduction; **MI-A:** Mobility Inventory-Alone; **MFQ-C:** Mood and Feelings Questionnaire-Child version; **n.r.:** no reportado; **OCI-C:** Obsessive-Compulsive Inventory-Child version; **OQ-45:** Outcome Questionnaire-45; **PAS:** Panic and Agoraphobia Scale; **PCL-5:** Post Traumatic Stress Disorder Checklist; **PGI:** Patient Global Impression; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire-9; **PRISE:** Patient Rated Inventory of Side Effects; **PSP:** Personal and Social Performance Scale; **PTDS:** Post-Traumatic Stress Disorder; **PSS:** Perceived Stress Scale; **PSS:** Parenting Stress Scale; **PSYCHLOPS:** Psychological Outcomes Profiles; **QIDS:** Quick Inventory of Depressive Symptomatology; **QOLI-C:** Quality of Life Index-cancer; **Q-LES-Q:** Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form; **QoLs:** Quality of Life Scale; **ROARS:** Rage Outbursts and Anger Rating Scale; **SCAS-C/P:** Spence Children's Anxiety Scale-Child Parent versions; **SCID-I and II:** Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; **SCL-(20,90):** Symptom Checklist-(20: depresión; 90: salud mental general); **SDS:** Sheehan Disability Scale; **SDSC:** Sleep Disturbances Scale for Children; **SIAS:** Social Interaction Anxiety Scale; **SIMH:** Satisfaction Index for Mental Health Treatment; **SF-12/36:** Short Form Health Survey (12/36 items); **SPS:** Social Phobia Scale; **SSD-12:** Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale; **STAI-S:** State-Trait Anxiety Inventory (State); **TAC:** Terapia de Aceptación y Compromiso; **TCC:** Terapia cognitivo-conductual; **TFEQ:** Three-factor Eating Questionnaire; **TIP:** Terapia interpersonal; **TSCYC-PTS:** Trauma Symptom Checklist for Younger Children (posttraumatic stress subscale); **TMC:** Trastorno mental común; **TSP:** Terapia de solución de problemas; **to:** tratamiento; **WHO-5:** World Health Organization-5 Well-Being Index; **WHODAS II:** WHO Disability Assessment Schedule V.2.0; **WSAS:** Work and Social Adjustment Scale; **Y-BOCS:** Yale Brown Obsessive Compulsive Disorder Scale; **YBC-EDS:** Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale.

IV.1.3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

En la Tabla 10 se presenta la evaluación del riesgo de sesgo de las dos RS, realizada mediante la herramienta AMSTAR-2 [31]. Ambas revisiones muestran una calidad metodológica globalmente adecuada, cumpliendo la mayoría de los dominios críticos: definen claramente la pregunta PICO, establecen métodos a priori, realizan la selección y extracción de datos por duplicado, describen adecuadamente los estudios incluidos y aplican procedimientos apropiados para la evaluación del riesgo de sesgo y la síntesis de los resultados.

No obstante, se identificaron algunas limitaciones. En ambas RS se observa la ausencia de una lista justificada de estudios excluidos. Además, en la revisión de Roberts et al. [59] se detecta un reporte incompleto de las fuentes de financiación y el uso de una estrategia de búsqueda parcialmente exhaustiva.

La Tabla 11 recoge la evaluación del riesgo de sesgo de los ECA, realizada mediante la herramienta RoB-2 [32]. De los estudios incluidos, 38 (80.8%) presentaron un riesgo de sesgo alto, 8 (17.0%) un riesgo incierto y solo 1 (2.1%) obtuvo un riesgo de sesgo bajo.

La principal fuente de riesgo alto fueron las pérdidas en el seguimiento. En concreto, 36 estudios (76.6%) presentaron pérdidas superiores al 5% de participantes (umbral recomendado en el manual del RoB-2), sin que se informaran las causas de las pérdidas. Además, solo un estudio analizó estadísticamente si las pérdidas se produjeron al azar.

En relación con lo anterior, el riesgo de sesgo por desviaciones de la intervención se consideró incierto en el 62.8% de los estudios y alto en el 27%, principalmente por los abandonos de la intervención, ya que no puede descartarse que estos estuvieran condicionados por la imposibilidad de cegar a los participantes.

La tercera fuente de riesgo más frecuente correspondió con la dimensión de aleatorización, con 15 estudios (31.9%) clasificados como de riesgo incierto, principalmente por no informar sobre el ocultamiento de la asignación, y 2 estudios (4.2%) con riesgo alto en este dominio.

Tabla 10. Calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas

Dominio	Rivero et al. (2021)	Roberts, et al. (2023)
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes PICO?	Sí	Sí
2. ¿El reporte de la revisión contiene una declaración explícita de que los métodos de la revisión fueron establecidos con anterioridad a su realización y justifica cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí	Sí
3. ¿Los/as autores/as de la revisión explicaron su decisión sobre los diseños de estudio a incluir en la revisión?	Sí	Sí
4. ¿Los/as autores/as de la revisión usaron una estrategia de búsqueda bibliográfica exhaustiva?	Sí	Sí parcial
5. ¿Los/as autores/as de la revisión realizaron la selección de estudios por duplicado?	Sí	Sí
6. ¿Los/as autores/as de la revisión realizaron la extracción de datos por duplicado?	Sí	Sí
7. ¿Los/as autores/as de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	No	No
8. ¿Los/as autores/as de la revisión describieron los estudios incluidos con suficiente detalle?	Sí	Sí
9. ¿Los/as autores/as de la revisión usaron una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales incluidos en la revisión?	Sí	Sí
10. ¿Los/as autores/as de la revisión reportaron las fuentes de financiación de los estudios incluidos en la revisión?	Sí	No
11. Si se realizó un MA, ¿los/as autores/as de la revisión usaron métodos apropiados para la combinación estadística de resultados?	Sí	Sí
12. Si se realizó un MA, ¿los/as autores/as de la revisión evaluaron el impacto potencial del riesgo de sesgo en estudios individuales sobre los resultados del MA u otra síntesis de evidencia?	Sí	Sí
13. ¿Los/as autores/as de la revisión consideraron el riesgo de sesgo de los estudios individuales al interpretar/discutir los resultados de la revisión?	Sí	Sí
14. ¿Los/as autores/as de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y discutieron cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	Sí	Sí
15. Si se realizó síntesis cuantitativa ¿los/as autores/as de la revisión llevaron a cabo una adecuada investigación del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su probable impacto en los resultados de la revisión?	Sí parcial	No

Tabla 10. Calidad metodológica de las revisiones sistemáticas incluidas		
Dominio	Rivero et al. (2021)	Roberts, et al. (2023)
16. ¿Los/as autores/as de la revisión informaron de cualquier fuente potencial de conflicto de intereses, incluyendo cualquier financiamiento recibido para llevar a cabo la revisión?	Sí	Sí
MA: Meta-análisis		

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
DEPRESIÓN						
Apil et al. (2012) Países Bajos	Incierto	Incierto	Alto	Alto	Incierto	Alto
Aragonés et al. (2014) España	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Curth et al. (2020) Dinamarca (submuestra depresión)	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Dozeman et al. (2012) Países Bajos	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Hölzel, et al. (2018) Alemania	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Jagayat et al. (2024) Canadá	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Kaaya et al. (2022)	Incierto	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Tanzania						
Mohr et al. (2019) EEUU	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Incierto	Alto
Scazufca et al. (2022) Brasil	Incierto	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Van't Veer-Tazelaar et al. (2009) Países Bajos	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
ANSIEDAD						
Curth et al. (2020) Dinamarca (submuestra ansiedad)	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Nordgreen et al. (2016) Noruega	Bajo	Incierto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Kampman et al. (2020) Países Bajos	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Incierto	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Kolbasovsky et al. (2007) EEUU	Incierto	Incierto	Bajo	Bajo	Incierto	Incierto
Muntingh et al. (2013) Países Bajos	Incierto	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
March et al. (2023) Australia	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
March et al. (2025) Australia	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Rapee et al. (2017) Australia	Bajo	Incierto	Incierto	Bajo	Bajo	Incierto
ESTRÉS						
Hoff et al. (2022, 2023) Dinamarca	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Keyan et al. (2025) Jordania	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Incierto	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Mediavilla et al. (2023) España	Bajo	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Alto
Purgato et al. (2025) Italia	Bajo	Bajo	Incierto	Bajo	Bajo	Incierto
MUESTRAS MIXTAS DEPRESIÓN / ANSIEDAD						
Fletcher et al. (2021) Australia	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Heddaeus et al. (2025) Alemania	Incierto	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Alto
Lambert et al. (2024) Alemania	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Oosterbaan et al. (2013) Países Bajos	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Patel et al (2010, 2011) Pillai et al. (2021) India	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Seekles et al. (2011) Países Bajos	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Van Straten et al. (2006) Países Bajos	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Incierto	Alto
van der Aa et al. (2015) Internacional	Alto	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Zhang et al. (2014) China	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS						
Danhauer et al. (2025) EEUU	Incierto	Bajo	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Ell et al. (2008) EEUU	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Incierto	Alto
Hauffman et al. (2020) Igelström et al. (2023)	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Suecia						
Katon et al. (2004) EEUU	Incierto	Incierto	Alto	Bajo	Incierto	Alto
Krebber et al. (2016) Países Bajos	Bajo	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto
Schuurhuizen et al. (2019) Países Bajos	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Bot et al. (2010) Países Bajos	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Incierto	Alto
Ell et al. (2010) EEUU	Bajo	Incierto	Alto	Alto	Incierto	Alto
Pols et al. (2017) Países Bajos	Bajo	Incierto	Bajo	Bajo	Bajo	Incierto
Stoop et al. (2015)	Bajo	Alto	Alto	Alto	Bajo	Alto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
Países Bajos						
Davidson et al. (2010) EEUU	Bajo	Incierto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Davidson et al. (2013) EEUU	Incierto	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Incierto
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)						
Salloum et al. (2022 ^a , 2022b, 2025) EEUU	Bajo	Incierto	Bajo	Bajo	Bajo	Incierto
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)						
Aspvall et al. (2021) Suecia	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Tolin et al. (2011) EEUU	Incierto	Incierto	Bajo	Bajo	Incierto	Incierto

Tabla 11. Riesgo de sesgo de los ECA incluidos

Estudios	Dominio 1: Derivado del proceso de aleatorización	Dominio 2: Debido a desviaciones de las intervenciones previstas	Dominio 3: Datos de resultados faltantes	Dominio 4: En la medición del resultado	Dominio 5: En la selección del resultado reportado	Riesgo de sesgo general
TRASTORNOS ALIMENTARIOS						
Mitchel et al. (2011) EEUU	Incierto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto
Treasure et al. (1996) Reino Unido	Incierto	Alto	Alto	Alto	Incierto	Alto
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD						
Grenyer et al. (2018) Australia	Incierto	Incierto	Bajo	Bajo	Bajo	Incierto

IV.1.4. Condiciones de salud

IV.1.4.1. Depresión

La RS de Rivero-Santana et al. (2021) [11] incluyó 17 estudios con personas con trastorno depresivo probable o confirmado en los diferentes MA (2 con bajo riesgo de sesgo, 8 incierto y 7 alto). Además, se identificaron 9 estudios no incluidos en dicha RS, dos que evaluaban el MAE en la prevención de trastorno clínico en personas mayores con síntomas de depresión [68,115], uno centrado en la prevención de recaídas [61], y el resto en el tratamiento de personas con trastorno confirmado [64,79,91] o probable, definido a partir de la puntuación obtenida en una escala clínica validada [77,80,105].

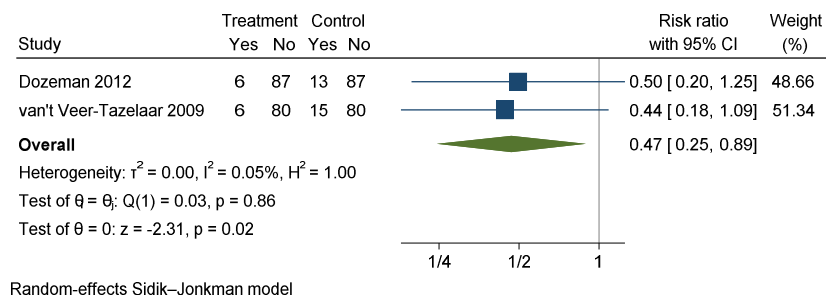
Para las variables reducción de síntomas, remisión, calidad de vida, hospitalizaciones y uso de medicación, se actualizaron los MA realizados por Rivero-Santana et al. (2021) [11], incorporando los nuevos estudios identificados. En esta actualización se utilizó el método de Sidik-Jonkman para la estimación de los efectos aleatorios, en sustitución de DerSimonian-Laird y Mantel-Haenszel empleados en la RS original.

En el análisis de remisión, se mantuvo la estrategia de incluir a la totalidad de participantes aleatorizados, asumiendo que los sujetos perdidos durante el seguimiento no alcanzaron la remisión (escenario más desfavorable).

Prevención del trastorno clínico

Dos estudios incluyeron a personas mayores (≥ 75 años [115] o residentes en centros de ancianos [68]) con síntomas de depresión (CES-D ≥ 8 [68] y ≥ 16 [115]), pero que no cumplían los criterios de trastorno depresivo clínico, evaluando la incidencia de este a lo largo del estudio. El MA a los 12 meses obtuvo una reducción significativa a favor del MAE (RR = 0.47, IC95%: 0.25, 0.89; $I^2 = 0.05\%$) (Figura 3). A los 24 meses, el resultado fue significativo en van't Veer-Tazelaar et al. (2011) [117] (RR = 0.40, IC95%: 0.20, 0.82), pero no en van Schaik et al. (2014) [112] (RR = 0.99, IC95%: 0.51, 1.90) ni en el MA (RR = 0.64, IC95%: 0.27, 1.50; $I^2 = 67.8\%$).

Figura 3. MA de la tasa de trastorno depresivo a los 12 meses



Reducción de síntomas

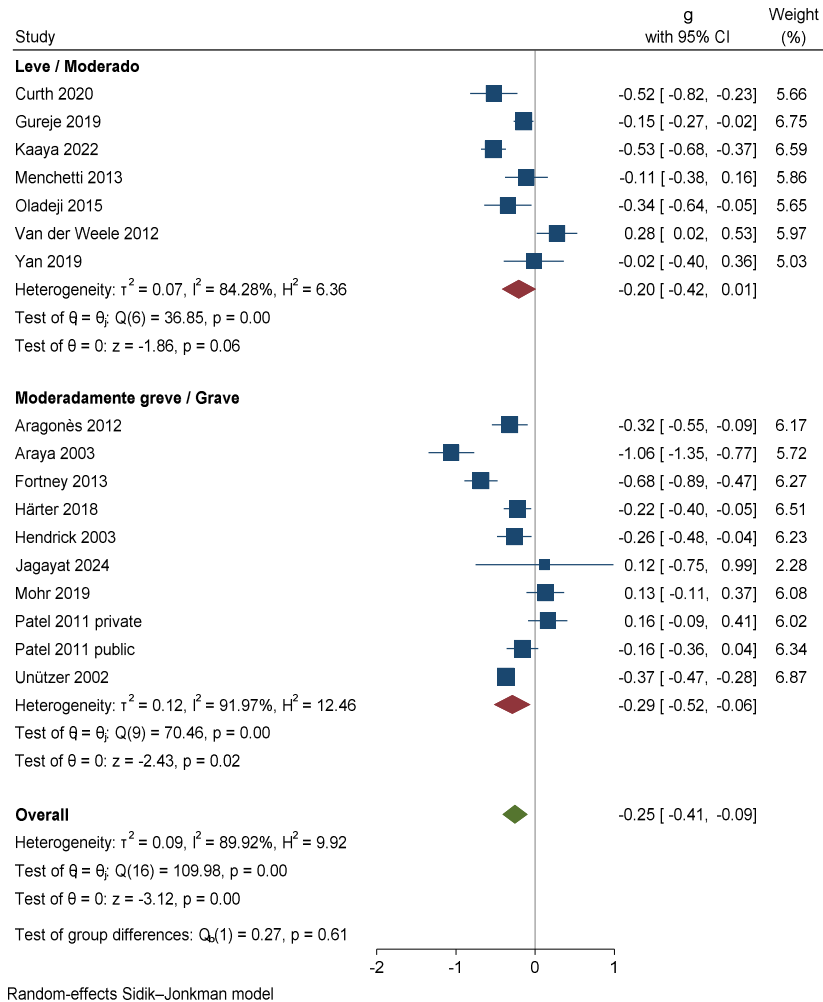
El resultado del MA a los 3-6 meses (17 estimaciones, $n = 7447$) fue significativamente favorable a la intervención, aunque con un efecto pequeño y alta heterogeneidad ($g = -0.25$, IC95%: $-0.41, -0.09$; $I^2 = 89.9\%$) (Figura 4). La diferencia entre subgrupos según el nivel de gravedad basal no fue significativa, en contraste con los resultados observados por Rivero-Santana et al. (2021) [11].

El test de Egger no indicó sesgo de publicación ($p = 0.380$). El método trim-and-fill detectó 4 estudios a imputar, que elevarían el efecto a -0.36 (IC95%: $-0.54, -0.19$).

Entre los 9-15 meses tras comenzar la intervención, el MA (16 estimaciones, $n = 7490$) obtuvo un resultado muy similar ($g = -0.24$, IC95%: $-0.36, -0.12$; $I^2 = 81.5\%$) (Anexo 6, Figura A1). En este caso, la diferencia entre subgrupos sí fue significativa ($p = 0.03$), siendo el efecto significativo solo en el subgrupo de mayor gravedad basal, ($g = -0.34$, IC95%: $-0.48, -0.20$; $I^2 = 79.3\%$). No obstante, la heterogeneidad dentro de este subgrupo permanece elevada.

A los 36 meses, Aragonés et al. (2014) [46] no obtuvieron resultados significativos en el PHQ-9 (MAE: 6.37 vs. 7.25, $p = 0.324$).

Figura 4. MA del nivel de depresión a los 3-6 meses



Respuesta

En los estudios incluidos en Rivero-Santana et al. (2021) [11], la respuesta al tratamiento se definió, en general, como una reducción de al menos el 50% en la puntuación de depresión respecto a la línea base. Las excepciones fueron el estudio de Oosterban et al. (2013) [94], que utilizó la *Clinical Global Impression of Improvement Scale* (CGI-I) y Oladeji et al.

(2015) [118], que incluyeron personas que responden (mismo criterio) o que remiten ($\text{PHQ-9} < 5$).

El MA (10 estimaciones, $n = 3930$) mostró un efecto significativo sobre la tasa de respuesta a los 3-6 meses ($\text{RR} = 1.47$, $\text{IC95\%}$: 1.23, 1.75; $I^2 = 70\%$) y a los 9-12 meses ($\text{RR} = 1.43$, $\text{IC95\%}$: 1.16, 1.93; $I^2 = 85\%$). En ambos casos, la diferencia entre subgrupos según la gravedad basal fue significativa ($p = 0.01$ y $p = 0.02$, respectivamente), siendo el grupo de mayor gravedad el que obtuvo resultados significativos, aunque manteniendo la alta heterogeneidad observada (3-6 meses: $\text{RR} = 1.70$, $\text{IC95\%}$: 1.35, 2.14; $I^2 = 74\%$; 9-12 meses: $\text{RR} = 1.76$, $\text{IC95\%}$: 1.36, 2.26; $I^2 = 79\%$).

Entre los estudios primarios adicionales identificados, solo Hölzel et al. (2018) [77] informaron sobre la tasa de respuesta (50% de reducción en el PHQ-9), con un efecto significativamente favorable al MAE a los 12 meses (23% vs. 11%; $p = 0.029$). Aragonés et al. [46] ofrecen resultados a 36 meses ($\geq 50\%$ de reducción en el PHQ-9), sin obtener diferencias significativas (MAE : 66.4% vs. 60.8%, $p = 0.379$).

Remisión

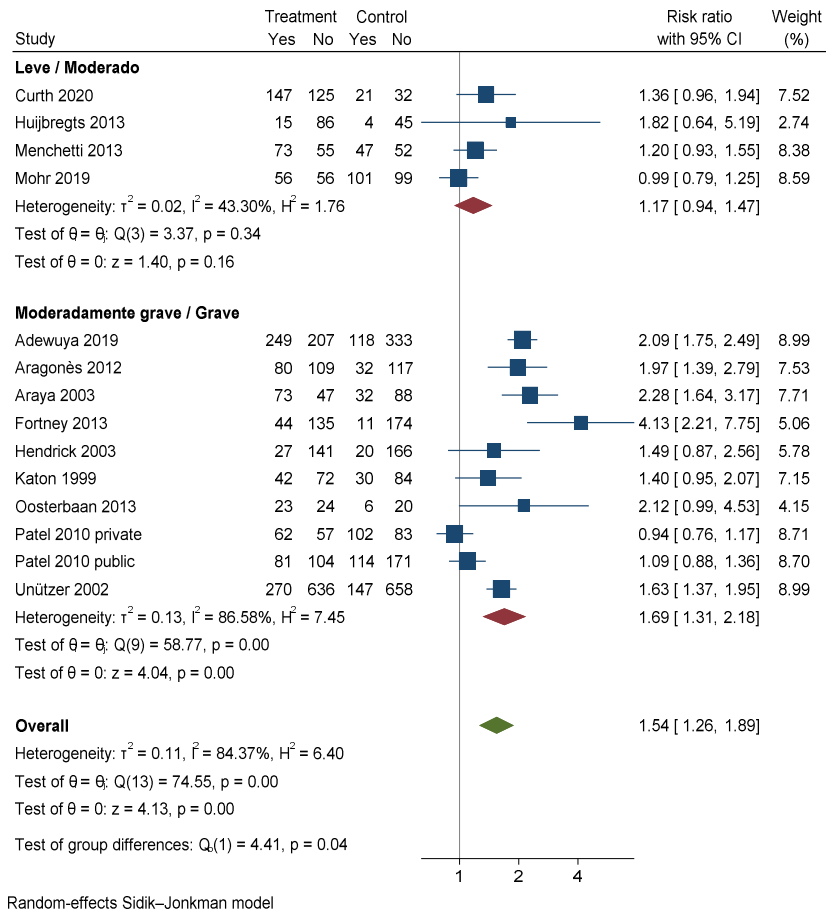
El MA a los 4-6 meses (14 estimaciones, $n = 6003$) obtuvo un resultado significativamente favorable al MAE (39.5% vs. 25.8%; $\text{RR} = 1.54$, $\text{IC95\%}$: 1.26, 1.89; $I^2 = 84.4\%$). El análisis de subgrupos fue significativo ($p = 0.04$), siendo el efecto significativo solo en el subgrupo de mayor gravedad basal ($g = 1.69$, $\text{IC95\%}$: 1.31, 2.18; $I^2 = 86.6\%$), aunque de nuevo con alta heterogeneidad dentro de dicho subgrupo (Figura 5).

El gráfico de embudo muestra cierta asimetría, aunque no sugirió la presencia de efectos de estudio pequeño (Anexo 6, Figura A2). El test de Egger no fue significativo ($p = 0.097$) y el método *trim-and-fill* no detectó ningún estudio a imputar.

En el seguimiento (12-15 meses) (14 estimaciones, $n = 7747$), el resultado fue similar ($\text{RR} = 1.64$, $\text{IC95\%}$: 1.29, 2.08; $I^2 = 92.9\%$) (Anexo 6, Figura A3). De nuevo, el efecto fue significativo únicamente en el subgrupo con mayor gravedad basal (1.83 vs. 1.29), aunque en este caso esta diferencia no alcanzó la significación estadística ($p = 0.15$).

A los 36 meses, Aragonés et al. [46] no obtuvieron resultados significativos en el PHQ-9 (puntuación < 5 : 57.7% vs 48.5%, $p = 0.164$).

Figura 5. MA de la tasa de remisión a los 4-6 meses



Recaídas/recurrencia

Apil et al. (2012, 2014) [60,61] (n = 136) incluyeron personas mayores de 54 años, que habían recibido tratamiento farmacológico o psicológico para la depresión en el pasado. En el análisis a 12 meses, no se observaron diferencias significativas en la tasa de recaídas (MAE: 30.6% vs. Control: 23.6%, $p > 0.05$) [61]. Apil et al. (2014) [60] compararon las tasas de participantes que recibieron tratamiento farmacológico o psicológico tras 24 meses, con un resultado significativamente mayor en el MAE (39.7% vs. 20.0%, $p = 0.03$).

Calidad de vida

El MA de Rivero-Santana et al. (2021) [11] (7 estudios, $n = 3177$) obtuvo un efecto significativo pequeño sobre el componente mental de la calidad de vida a los 6 meses ($g = 0.31$, IC95%: 0.12, 0.49; $I^2 = 83\%$) y a los 9-12 meses ($g = 0.18$, IC95%: 0.06, 0.31; $I^2 = 51\%$). En el primer caso, al excluir un estudio con un efecto extremo, la diferencia se mantuvo significativa ($g = 0.22$, IC95%: 0.09, 0.35; $I^2 = 62\%$). No hubo diferencias significativas en el componente físico (6 meses: $g = 0.03$, IC95%: -0.05, 0.11; $I^2 = 45\%$; 12 meses: $g = 0.04$, IC95%: -0.11, 0.20; $I^2 = 82\%$).

Entre los estudios primarios, Jagayat et al. (2024) [79] no observaron diferencias significativas en la escala *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire* (Q-LES-Q) tras 13 semanas de tratamiento ($p = 0.83$).

Aragónés et al. [46] reportan resultados a los 36 meses, sin diferencias significativas en los componentes mental ($p = 0.338$) y físico ($p = 0.657$) del cuestionario SF-12.

Tres estudios ofrecieron datos sobre el cuestionario EQ-5D-5L entre 12-15 meses. El MA ($n = 954$) no resultó significativo (DM = 0.03, IC95%: -0.02, 0.09; $I^2 = 51.9\%$).

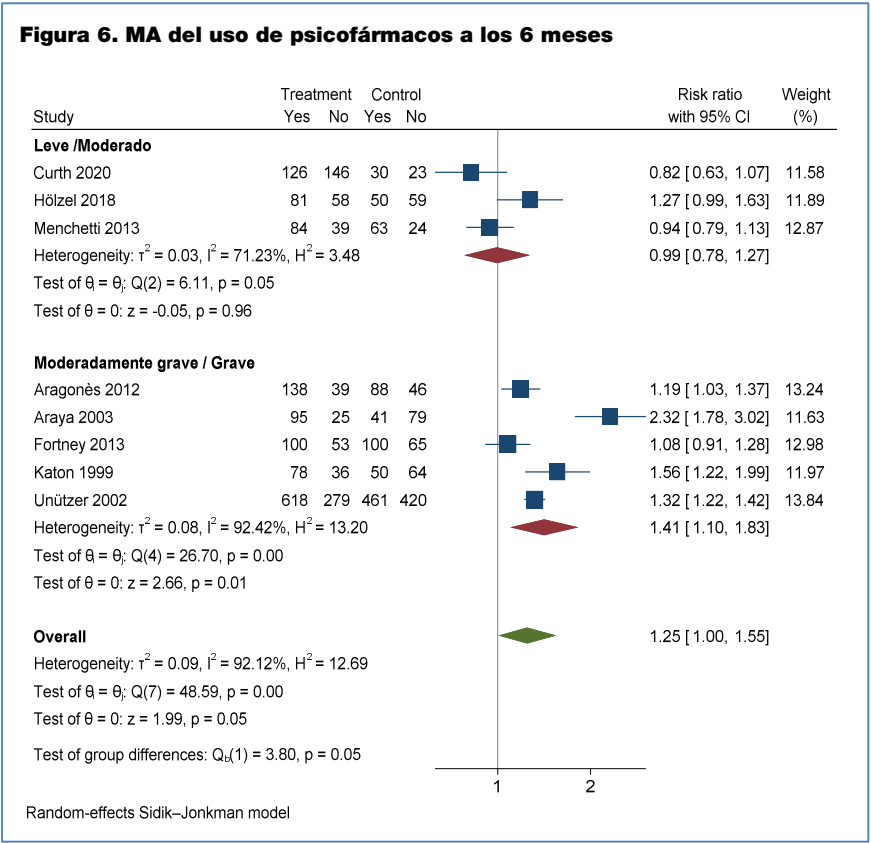
Hospitalizaciones psiquiátricas

El MA de Rivero-Santana et al. [11], con 3 estudios, no resultó significativo en la diferencia en hospitalizaciones psiquiátricas (RR = 0.65, IC95%: 0.23, 1.81; $I^2 = 54\%$). Entre los nuevos estudios, Curth et al. (2020) [64] no obtuvo diferencias a los 6 ($p = 0.781$) ni 15 meses ($p = 0.645$). En Mohr et al. (2019) [91] solo hubo un ingreso psiquiátrico en el grupo control. Scazufca et al. (2022) [105] reportan un 9.2% (MAE) vs. 10.1% (control) de hospitalizaciones, pero no especifica si son psiquiátricas o en general.

Uso de medicación

En el MA a 6 meses de Rivero-Santana et al. [11] se obtuvo un uso significativamente mayor de medicación antidepresiva en el MAE (RR = 1.31, IC95%: 1.09, 1.57; $I^2 = 87.0\%$). Entre los nuevos estudios identificados, Curth et al. [64] y Hölzel et al. [77] ofrecen datos sobre medicación psiquiátrica (no exclusivamente antidepresivos). Al incluir en el MA estos dos estudios (con el modelo de Sidik-Jonkman), el efecto global se sitúa en el límite de la significación (RR = 1.25, IC95%: 1.00, 1.55; $I^2 = 92.1\%$) (Figura 6), al igual que la diferencia entre subgrupos ($p =$

0.05). El efecto solo es significativo en el grupo de mayor gravedad basal (RR = 1.41, IC95%: 1.10, 1.83; $I^2 = 92.4\%$), pero la heterogeneidad dentro de dicho subgrupo sigue siendo muy alta.



A los 12 meses, la inclusión de 3 nuevos estudios [68,77,115] (van't Veer-Tazelaar et al. [115] reportan el uso de antidepresivos o ansiolíticos) en el MA de Rivero-Santana et al. [11] produjo un resultado global no significativo (Anexo 6, Figura A4). De nuevo, el efecto solo es significativo en el grupo de mayor gravedad basal (RR = 1.18, IC95%: 1.05, 1.34; $I^2 = 68.0\%$), pero en este caso la diferencia entre subgrupos no fue significativa ($p = 0.40$).

Seguridad

Cinco estudios en la RS de Rivero-Santana et al. [11], y otros 4 identificados en la búsqueda reportaron datos de seguridad. Härter et al. (2018) [119], Kaaya et al. (2022) [80] y Mohr et al. (2019) [91] mencionan que no hubo ningún evento adverso asociado con la intervención.

Ideación y conducta suicida: Patel et al. (2011) [96] no encontraron diferencias significativas en los planes o intentos de suicidio a los 12 meses, aunque la diferencia observada en centros públicos a favor del MAE fue ligeramente superior al nivel de significación (14.2 % frente a 25.3 %; $p = 0,06$). Gureje et al. (2019) [120] no observaron diferencias significativas en la ideación suicida a los 12 meses. Scazufca et al. (2022) [105] reportan un 1.9% de participantes en el grupo de intervención que informaron de ideación suicida (sin intentos); no se reporta la tasa en el grupo control.

Mortalidad: Adewuya et al. (2019) [121] obtuvieron resultados significativos a favor de la intervención en la tasa de mortalidad a los 12 meses (0.6 % vs. 3.3 %; $RR = 0.20$, $IC95\%: 0.07, 0.65$). Van der Weele et al. (2012) [122], en personas mayores, encontraron a los 6 meses una tasa de mortalidad significativamente menor (ajustada por edad y género) en el grupo MAE, pero esta dejó de ser significativa al ajustar por comorbilidad y puntuación en la MADRS ($HR = 2.3$; $IC95\%: 0.94, 5.60$). En Scazufca et al. [105], la tasa de mortalidad a los 12 meses fue del 4.4% en el MAE y 2.5% en el control, y en Hölzel et al. (2018) [77] de 1.4% vs. 0.9%, respectivamente, ninguna relacionada con la participación en el estudio. Gureje et al. [120] no observaron diferencias significativas en la incidencia de mortalidad a los 12 meses, y en Curth et al. (2020) [64] no hubo fallecimientos. A los 2 años, la tasa de mortalidad fue del 14% (MAE) frente al 12% en el control en van Schaik et al. (2014) [112], y de 7% vs. 8% en van't Veer-Tazelaar et al. (2011) [117].

Otros eventos adversos: Adewuya et al. (2019) [121] obtuvieron resultados significativos a favor de la intervención en la autolesión deliberada (2.2% vs. 7.8 %; $RR = 0.28$; $IC95\%: 0.15, 0.55$). Curth et al. (2020) [64] no obtuvieron diferencias significativas en efectos adversos de la medicación psiquiátrica (cuestionario *Patient Rated Inventory of Side Effects*, PRISE).

IV.1.4.2. Ansiedad

Adultos/as

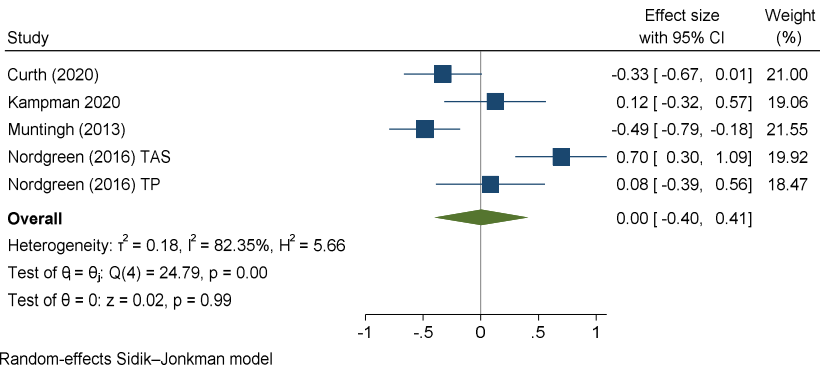
Se incluyeron 5 estudios. Nordgreen et al. (2016) [93] ($n = 173$) compararon un MAE de terapia cognitivo-conductual (TCC) (psicoeducación, TCC online guiada, TCC presencial) frente a TCC presencial para el tratamiento de personas con trastorno de ansiedad social (TAS) o trastorno de pánico (TP). Evaluaron los resultados tras la aplicación del programa y a los 12 meses. Curth et al. (2020) [64] (submuestra de ansiedad, $n = 406$) evaluaron un MAE con psicoeducación, TCC y medicación como pasos sucesivos, con seguimiento a 6 y 15 meses, frente al tratamiento habitual. Kampman et al. (2020) ($n = 128$) [81] aplicaron un MAE (10 semanas de auto-ayuda guiada, TCC presencial) frente a TCC presencial en personas con TP, con seguimientos de 1 y 6 meses tras finalizar la intervención. Muntingh et al. (2013) ($n = 180$) [92] aplicaron un modelo de 3 fases: autoayuda guiada, TCC y medicación antidepresiva, con seguimiento de 12 meses. Por último, Kolbasovsky et al. (2007) [84] ($n = 607$) aplicaron un programa de seguimiento y tratamiento escalonado para personas dadas de alta recientemente de urgencias psiquiátricas por un trastorno de ansiedad (solo se evaluaron visitas posteriores a consultas externas y urgencias psiquiátricas).

Reducción de síntomas

Se realizó un MA con la primera medida tras la intervención (5 estimaciones, $n = 840$), con las escalas BAI [64,92], CRS [93] y PAS [81]. El resultado no fue significativo ($g = 0.00$, IC95%: -0.40, 0.41; $I^2 = 82.3\%$) (figura 6). La muestra con TAS de Nordgreen et al. (2016) [93] mostró un efecto significativamente peor para la intervención; al excluir este estudio, la heterogeneidad disminuye al 60.9% y el efecto sigue siendo no significativo ($g = -0.19$, IC95%: -0.49, 0.12) (Figura 7).

En el último seguimiento (12-15 meses), el MA de 3 estudios (4 estimaciones, $n = 759$) tampoco resultó significativo ($g = -0.27$, IC95%: -0.57, 0.03; $I^2 = 61.6\%$) (Anexo 6, Figura A5).

Figura 7. MA de reducción de síntomas post-intervención



Respecto a otras escalas de síntomas, en Nordgreen et al. (2016) [93], en el subgrupo de pacientes con TP, el efecto a los 12 meses en la ACQ favoreció al MAE, aunque al límite de la significación estadística ($p = 0.05$). No hubo diferencias significativas en *Body Sensation Questionnaire* (BSQ) y *Mobility Inventory-Alone* (MI-A) en ambos puntos temporales. En el subgrupo de pacientes con TAS, no hubo diferencias significativas en la *Social Phobia Scale* (SPS) ni en la *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS).

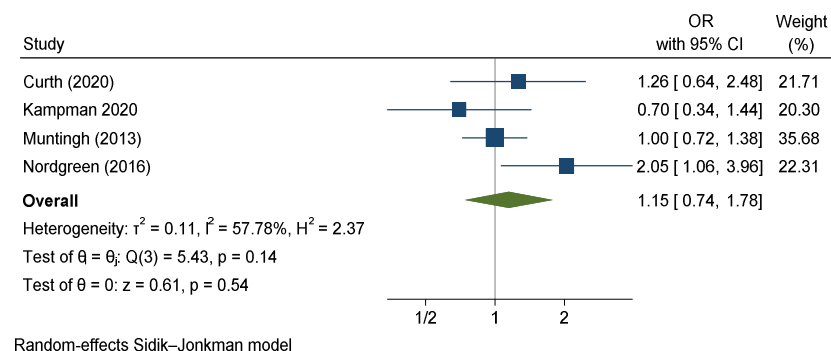
Kampman et al. (2020) [81] no observaron diferencias significativas en ningún punto temporal en el BSQ, ACQ, MI, ni en el número de ataques de pánico durante la semana anterior.

Curth et al. (2020) [64] no obtuvieron diferencias significativas a los 6 y 15 meses en depresión (BDI-II) ni sintomatología psiquiátrica general (SCL-90).

Remisión

Se realizó un MA de las tasas de remisión al final del estudio ($n = 840$), que no resultó significativo ($OR = 1.15$, $IC95\%: 0.74, 1.78$; $I^2 = 57.8\%$) (Figura 8). Solo en Nordgreen et al. (2016) [93] se obtuvo un efecto significativo, a favor de la intervención.

Figura 8. MA de tasa de remisión a lo largo del estudio



Calidad de vida específica / Funcionalidad

En Kampman et al. (2020) [81] no hubo diferencias significativas en ningún punto temporal en el *Outcome Questionnaire-4* (OQ-45), que evalúa estrés, relaciones interpersonales y rol social. En Curth et al. (2020) [64] no hubo diferencias significativas a los 6 y 15 meses en funcionamiento global (GAF), bienestar psicológico (WHO-5), discapacidad (SDS) o calidad de vida (EQ-5D-5L).

Muntin et al. (2013) [92] obtuvieron una reducción significativa desde línea base a favor del MAE en el componente mental de la escala SF-36 a los 3 meses (DM = 4.05, $p = 0.03$) y 12 meses (DM = 6.40, $p = 0.001$), y en el EQ-5D-5L a los 12 meses (DM = 0.01, $p = 0.02$).

Hospitalizaciones psiquiátricas

Curth et al. (2020) [64] no observaron diferencias significativas en ingresos psiquiátricos a los 6 meses (TRI = 0.6, IC95%: 0.1, 5.0) ni 15 meses (TRI = 0.7, IC95%: 0.1, 7.0).

Visitas a urgencias psiquiátricas

Kolbasovsky et al. (2007) [84] observaron una tasa significativamente menor de visitas en el grupo de intervención (0.26 vs. 0.39 por persona, $p < 0.05$), 6 meses después del ingreso psiquiátrico.

Uso de medicación psiquiátrica

Curth et al. (2020) [64] observaron una tasa de uso de psicofármacos significativamente menor en el grupo de MAE a los 6 meses (26.0% vs. 37.8, $p = 0.008$). En Kampman et al. (2020) [81], tasas similares de pacientes disminuyeron (20.5% en ambos grupos) o aumentaron (2.4% vs. 2.3%) su uso de benzodiacepinas, mientras que el 3.75% (MAE) vs. 6.8% disminuyeron su uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Seguridad

En Curth et al. (2020) [64], hubo entre 1-3 fallecimientos por suicidio en el grupo control y ninguno en el de MAE. No obtuvieron diferencias significativas en efectos adversos de la medicación psiquiátrica (cuestionario PRISE). Nordgreen et al. (2016) [93] observaron un caso de empeoramiento significativo de síntomas en el grupo de MAE y dos en el control.

Menores de edad

Se identificaron 3 estudios realizados en Australia. Dos de ellos [87,88], realizados por el mismo grupo de investigación, incluyeron menores entre 8-17 años con trastornos de ansiedad (TAS, TAG, de separación, o fobia específica) (ambos con $n = 137$). March et al. (2023) [87] compararon la TCC por internet guiada por un terapeuta (mediante un email tras cada sesión) (10 sesiones) frente a un modelo escalonado en el que las 5 primeras sesiones fueron no guiadas. Se evaluaron los resultados a 3 y 9 meses, y se realizó un análisis de no-inferioridad. El segundo estudio tuvo el mismo diseño, pero con la diferencia de que la guía del profesional se ofreció por videoconferencia [88]. Rapee et al. (2017) [101] incluyeron niños de 7-17 años con trastornos de ansiedad ($n = 281$). Aplicaron un MAE de 3 pasos: 1) Material psicoeducativo y hasta 4 llamadas telefónicas con los terapeutas, 2) TCC presencial con niños y padres, y 3) intervención individualizada. Evaluaron resultados 12 meses tras el comienzo del programa.

Reducción de síntomas

En March et al. (2023) [87] no se observaron diferencias significativas a los 3 y 9 meses tras el comienzo del programa en las escalas CSR y

Spence Children's Anxiety Scale-Child and Parent versions (SCAS-C&P), y todas las medidas mostraron no-inferioridad del MAE. En March et al. (2025) [88], el MAE obtuvo resultados significativamente peores en SCAS-C (3 meses) y CRS (9 meses), y no pudo demostrarse no-inferioridad en ambas medidas ni del SCAS-P. Rapee et al. (2017) [101] no observaron diferencias significativas en la SCAS-C&P.

Remisión

En March et al. (2023) [87] no hubo diferencias significativas en la tasa de pacientes libres del trastorno de ansiedad primario o de cualquier trastorno de ansiedad a los 3 o 9 meses. En March et al. (2025) [88], el MAE obtuvo una tasa significativamente menor de pacientes libres del trastorno de ansiedad primario a los 3 meses (33% vs. 52%, $p = 0.03$) y a los 9 meses (41% vs. 69%, $p = 0.001$), así como en las personas libres de cualquier trastorno de ansiedad (3 meses: 29% vs. 48%, $p = 0.02$; 9 meses: 36% vs. 63%, $p = 0.02$). Rapee et al. (2017) [101] no obtuvieron diferencias significativas en la tasa de remisión del trastorno primario (MAE: 66.9% vs. 69.4%, $p = 0.67$) ni en las de remisión de todos los trastornos (48% vs. 53%, $p = 0.42$).

Calidad de vida específica / Funcionalidad

En los estudios de March et al. [87,88] no se observaron diferencias significativas a los 3 y 9 meses tras el comienzo del programa en las escalas *Child Global Assessment Scale (CGAS)* ni *Child Anxiety Life Interference Scale- Child and Parent versions (CALIS-C&P)*. Rapee et al. (2017) [101] tampoco observaron diferencias significativas en esta última escala.

Seguridad

March et al. (2025) [88] comentan que no se reportaron efectos adversos. Los otros dos estudios no ofrecen información.

IV.1.4.3. Estrés

Tres estudios aplicaron el mismo MAE para diferentes poblaciones de personas con estrés, definido como una puntuación ≥ 16 [89,100] o ≥ 20 [83] en la *Kessler Psychological Distress Scale (K10)*. El programa consistió en 5-6 semanas de auto-ayuda basada en técnicas de

aceptación y compromiso, con un contacto telefónico semanal con el profesional, y una segunda fase de técnicas cognitivo-conductuales en manejo de problemas, en comparación con la atención habitual. Purgato et al. (2025) [100] incluyeron migrantes permanentes o temporales en Italia, Mediavilla et al. (2023) [89] a profesionales sanitarios en España, y Keyan et al. (2025) [83] a población adulta en Kenia. Un cuarto estudio, Hoff et al. (2022, 2023) [75,76] ($n = 443$ en los dos grupos de interés, pues se incluyó un tercer grupo que además del MAE recibió rehabilitación vocacional) aplicó un MAE con orientación para el manejo del estrés (1ª fase) y *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) (2ª fase) en trabajadores en baja laboral por estrés, en comparación con la atención habitual.

Reducción de síntomas

Se realizaron MA con los 3 estudios que aplicaron el mismo programa (Tabla 12).

Estrés: dos de ellos [89,100] ofrecieron una medida conjunta de ansiedad (GAD-7) y depresión (PHQ-9) como indicador de estrés. El MA resultó significativamente favorable al MAE en post-intervención ($g = -0.69$, IC95%: $-0.96, -0.43$; $I^2 = 47.6\%$) (Anexo 6, Figura A6) y 7 semanas tras el post ($g = -0.43$, IC95%: $-0.61 -0.24$; $I^2 = 0.05\%$) (Anexo 6, Figura A7).

Ansiedad: los resultados con los 3 estudios muestran efectos pequeños (solo significativos en el seguimiento) y alta heterogeneidad en ambos puntos temporales, debida principalmente al estudio de Keyan et al. [83]. Al excluir este estudio, se obtiene un efecto significativamente favorable al MAE también en post-intervención, aunque la heterogeneidad se mantiene alta (Anexo 6, Figuras 8 y 9).

Depresión: los resultados fueron significativamente favorables al MAE en post-intervención ($g = -0.47$, IC95%: $-0.82, -0.12$; $I^2 = 77.6\%$) (Anexo 6, Figura A10) y en el seguimiento ($g = -0.31$, IC95%: $-0.51, -0.11$; $I^2 = 36.1\%$) (Anexo 6, Figura A11). De nuevo, Keyan et al. [83] es el principal responsable de la heterogeneidad.

Tabla 12. Resultados de los MA de los 3 estudios que aplicaron el mismo programa en personas con estrés

	Estrés (GAD-7/PHQ-9)	Ansiedad (GAD-7, HSCL-25)	Depresión (PHQ-9, HSCL-25)
Post-intervención ^a	g = -0.69 (-0.96, -0.43) I ² = 47.6%	g = -0.38 (-0.92, 0.16) I ² = 90.7%. g = -0.63 (-0.99, -0.28) ^c I ² = 71.1%	g = -0.47 (-0.82, -0.12) I ² = 77.6% g = -0.64 (-0.83, -0.44) ^c I ² = 3.4%
Seguimiento ^b	g = -0.43 (-0.61 -0.24) I ² = 0.05%	g = -0.28 (-0.60 -0.05) I ² = 75.2% g = -0.42 (-0.66, -0.17) ^c I ² = 42.0%	g = -0.31 (-0.51, -0.11) I ² = 36.1%

^a 6 semanas en Keyan et al., 13 semanas en Purgato et al., 14 semanas en Mediavilla et al.

^b 7 semanas tras el post en Purgato et al. y Mediavilla et al., 12 semanas en Keyan et al.

^c Excluyendo a Keyan et al.

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder scale; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist (subescalas de ansiedad y depresión); **MA:** Meta-análisis; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire (subescala de depresión).

El estudio de Hoff et al. (2022) [75], 6 meses tras iniciar el programa, observó diferencias significativamente favorables al MAE en estrés (*Perceived Stress Scale*, PSS: DM = -1.83, p = 0.005; *Four Dimensional Questionnaire*, 4DSQ: DM = -1.41, p = 0.04; *Karolinska Exhaustion Disorder Scale*, KEDS: -5.24, p < 0.001), ansiedad (BAI: DM = -2.16, p = 0.005) y somatización (4DSQ: DM = -1.28, p = 0.04). No se observaron diferencias significativas en depresión (BDI, 4DSQ). A los 12 meses, solo se mantuvo la significación para la KEDS (DM = -3.56, p = 0.02). A los 24 meses, el MAE mostraba menor ansiedad (-1.58, p = 0.04).

Calidad de vida / Funcionalidad

Solo fue evaluada en dos estudios. Keyan et al. [83] no obtuvieron diferencias significativas en post-intervención ni a los 3 meses de seguimiento en las escalas WHO-5, WHODAS y EQ-5D-5L. Lo mismo ocurrió en Hoff et al. [75,76], con las escalas EQ-5D y *Quality of Life Scale* (QoLs).

Seguridad

Ideación y conducta suicida: en Mediavilla et al. [89] hubo dos casos (1.7%) de ideación suicida en el grupo de intervención, y uno en Purgato

et al. [100] (no se especifica el grupo). Hoff et al. (2022) [75] informan de que no hubo ningún caso de suicidio o autolesión.

Otros eventos adversos: no se identificó ningún evento adverso grave que pudiera estar relacionado con la intervención en ningún estudio.

V.1.4.4. Muestras mixtas depresión / ansiedad

Se incluyeron 9 estudios, 2 con personas con síntomas de ansiedad y/o depresión pero que no cumplían los criterios para trastorno clínico [111,116], 5 con personas con trastornos mentales comunes diagnosticados [74,94,107,113,123] y 2 con personas con posible trastorno a partir de un instrumento de prueba de cribado [71,95].

Prevención del trastorno clínico

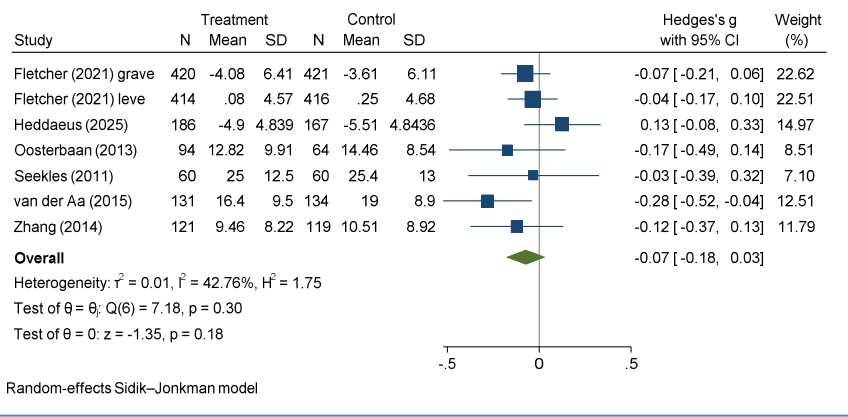
Dos estudios que incluyeron personas con síntomas pero que no cumplían los criterios de trastorno clínico de ansiedad o depresión evaluaron la tasa de ocurrencia de dichos trastornos durante el estudio. Van der Aa et al. (2015) [111] (n = 265, 24 meses) obtuvieron una reducción significativa con el MAE (29% vs. 46%, RR = 0.63 IC95%: 0.45, 0.87). Por su parte, Zhang et al. (2014) [116] (n = 240) no observaron diferencias significativas durante los 15 meses de estudio (17.4% vs. 15.1%, $p > 0.05$). El MA de ambos estudios tampoco resultó significativo (RR = 0.80, IC95%: 0.46, 1.41; $I^2 = 66.4\%$).

Reducción de síntomas

Depresión: Se realizó un MA con 6 estudios (7 estimaciones, n = 2, 807) que aplicaron las escalas PHQ-9 [71,74], CES-D [94,111,116] e IDS [107] a los 6 meses de comenzar la intervención, salvo Oosterban et al. [94] (8 meses). El resultado global no fue significativo ($g = -0.07$, IC95%: -0.18, 0.03; $I^2 = 42.8\%$) (Figura 9). Al excluir el estudio que más heterogeneidad aporta [74], el resultado se vuelve significativo, pero sigue siendo de muy baja intensidad ($g = -0.10$, IC95%: -0.20, -0.01; $I^2 = 22.6\%$).

El MA a los 12 meses (5 estudios, n = 2, 668) tampoco obtuvo diferencias significativas ($g = -0.07$, IC95%: -0.16, 0.02; $I^2 = 17.1\%$) (Anexo 6, Figura A12). A los 15 meses, Zhang et al. [116] no obtuvieron diferencias significativas, mientras que van der Aa et al. [111] observaron un mejor resultado del MAE a los 24 meses (DM = -0.57, $p = 0.02$).

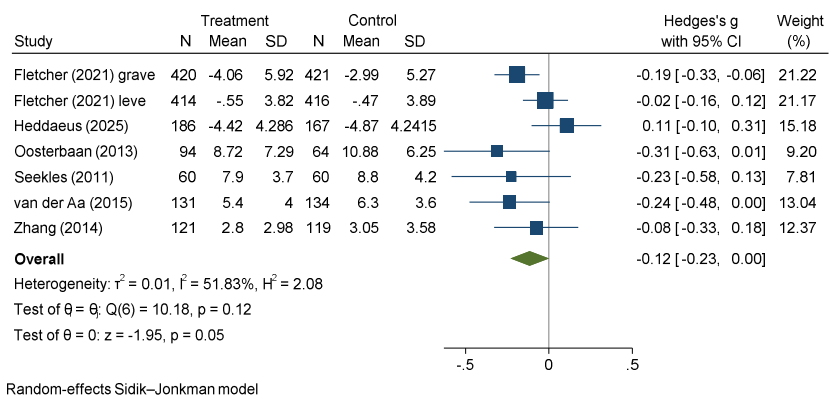
Figura 9. MA del nivel de depresión a los 6-8 meses (muestras mixtas)



Ansiedad: Se realizó un MA con los mismos estudios que en depresión, que aplicaron las escalas GAD-7 [71,74], HADS-A [107,116] y HRSA [94] a los 6 meses de comenzar la intervención (salvo Oosterban et al. [94], 8 meses). El efecto a favor del MAE quedó en el límite de la significación, pero con una intensidad muy pequeña ($g = -0.12$, IC95%: -0.23, 0.00; $I^2 = 51.8\%$) (Figura 10). De nuevo, Haddeaus et al. [74] aporta la mayor heterogeneidad, y al excluirlo el efecto aumenta ligeramente ($g = -0.15$, IC95%: -0.25, -0.04; $I^2 = 31.8\%$).

El MA a los 12 meses (5 estudios, $n = 2668$) no obtuvo diferencias significativas ($g = -0.05$, IC95%: -0.19, 0.09; $I^2 = 65.3\%$) (Anexo 6, Figura A13). Al excluir el estudio que más heterogeneidad aporta [116], el resultado siguió siendo no significativo ($g = -0.09$, IC95%: -0.19, 0.01; $I^2 = 31.3\%$). A los 15 meses, Zhang et al. [116] no obtuvieron diferencias significativas, mientras que van der Aa et al. [111] observaron un mejor resultado del ME a los 24 meses ($DM = -0.21$, $p = 0.04$).

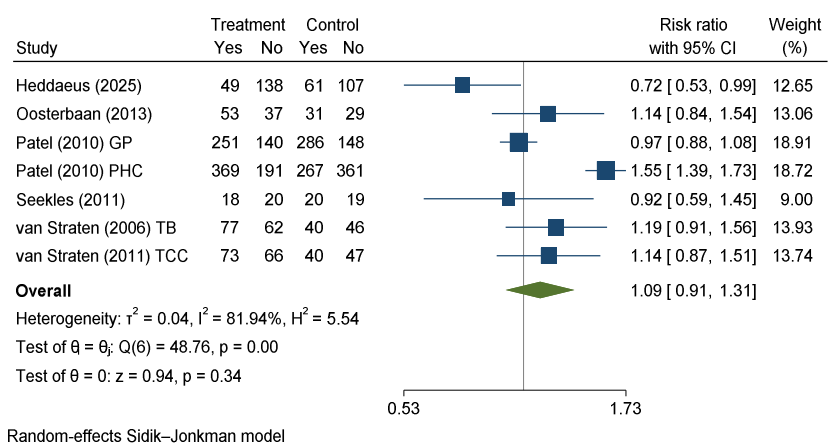
Figura 10. MA del nivel de ansiedad a los 6-8 meses (muestras mixtas)



Remisión

Se realizó un MA con 5 estudios (7 estimaciones, $n = 3,046$) con seguimientos entre 6-12 meses. El resultado no fue significativo (57.6% vs. 49.6%; $RR = 1.09$, IC95%: 0.91, 1.31), con alta heterogeneidad ($I^2 = 81.9\%$) (Figura 11). La mayor contribución a esta corresponde a la submuestra de centros públicos de Patel et al. [95], con un efecto favorable al MAE. Al excluir este estudio, la heterogeneidad baja al 55.8% y el efecto se mantiene no significativo.

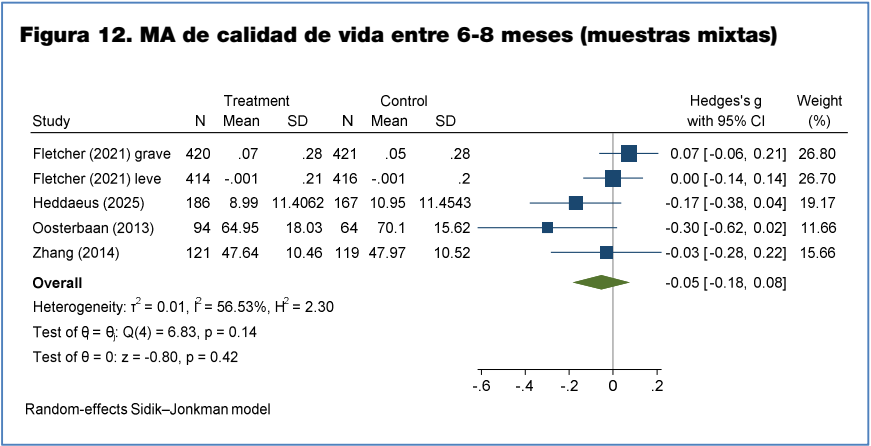
Figura 11. MA de la tasa de remisión entre 6-12 meses (muestras mixtas)



Calidad de vida

Seis estudios aplicaron las escalas SF-36 [74,94], componente mental del SF-12 [116], EQ-5D-5L [71,111] y una medida compuesta a partir de tres instrumentos (HEALTH-49, GAF y SF-12) [86]. El MA a los 6-8 meses (4 estudios, 5 estimaciones, n = 2422) no produjo una diferencia significativa (g = -0.05, IC95%: -0.18, 0.08; I² = 56.5%) (Figura 12).

A los 12 meses, el MA de 7 estudios tampoco resultó significativo (g = 0.01, IC95%: -0.08, 0.11; I² = 49.7%) (Anexo 6, Figura 14). Zhang et al. [116] no obtuvieron diferencias significativas a los 15 meses, ni van der Aa et al. [111] a los 24 meses. Estos últimos sí observaron un efecto significativo a los 2 años sobre una escala de CVRS específica para personas con problemas de visión, población incluida en el estudio (DM = 3.81, p = 0.02).

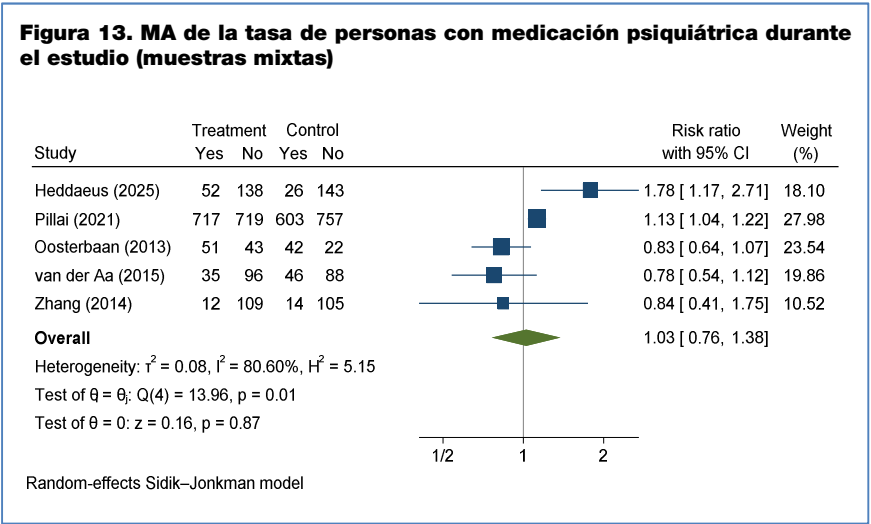


Hospitalizaciones

En Heddaeus et al. [74] no hubo diferencias significativas en el número de pacientes que recibieron internamiento completo o parcial para tratamiento psiquiátrico o psicossomático (MAE: 4% vs. 5%, p = 0.81), ni en los días de estancia (medias de 1.57 vs. 1.80, p = 0.80). Van der Aa et al. [111] tampoco encontraron diferencias significativas en los días hospitalizados (3.6 vs. 5.5, p = 0.29).

Uso de medicación psiquiátrica

Cinco estudios (n = 3,818) [74,94,97,111,116] evaluaron la tasa de pacientes que recibieron medicación psiquiátrica durante el estudio. El resultado del MA no fue significativo (RR = 1.03, IC95%: 0.76, 1.38), con alta heterogeneidad ($I^2 = 80.6\%$). Dos estudios observaron una tasa de uso de psicofármacos significativamente mayor en el MAE: Pillai et al. [97], que incluye un 73% de la muestra global, y Heddaeus et al. [74], que obtiene un efecto fuerte y es el mayor responsable de la heterogeneidad observada (su exclusión la reduce al 50.3%). Los otros tres estudios no obtuvieron diferencias significativas (Figura 13).



Seguridad

Ideación y conducta suicida: en Fletcher et al. [71], los casos de ideación suicida fueron el 9% en el grupo de intervención frente al 8% en el control. No se identificaron planes ni intenciones suicidas. En Heddaeus et al. [74] un 1.3% de participantes del grupo de MAE reportó ideación suicida. En Patel et al. (2011) [96], los intentos de suicidio en el grupo de MAE fueron aproximadamente la mitad que en el control, aunque la diferencia solo alcanzó la significación en el subgrupo de pacientes con trastorno diagnosticado de los centros públicos (9.2% vs. 20.3%, $p = 0.04$).

Mortalidad: en van der Aa et al. [111], con personas mayores de 50 años, la tasa de mortalidad fue menor en el grupo de MAE (5.3% vs. 8.2%, no

se realizó contraste estadístico). Patel et al. (2010) [95] obtuvieron tasas de 0.22% (MAE) vs. 0.42%.

IV.1.4.5. Enfermedad somática y depresión/ansiedad/estrés

Se incluyeron 13 estudios (n total = 3343) que incluyeron a personas con cáncer o supervivientes [65,70,73,85,106,123], diabetes [63,69,82], enfermedad coronaria [66,67], una de las dos últimas [99] y diabetes, asma o EPOC [108], que mostraban síntomas de ansiedad, depresión o estrés evaluados mediante un instrumento de cribado. Dos estudios excluyeron específicamente a las personas que cumplían los criterios para el diagnóstico clínico [63,98], calculando la tasa de incidencia a lo largo del estudio.

Prevención de trastorno clínico

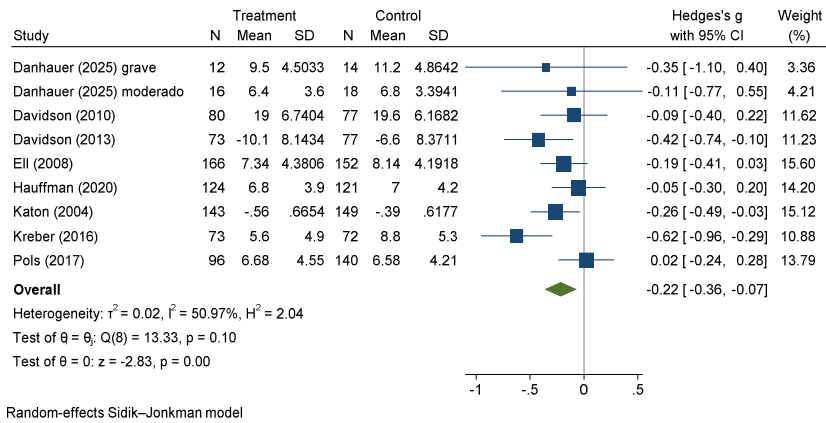
Bot et al. (2010) [63], con 24 meses de seguimiento, no observaron diferencias significativas entre grupos (OR = 1.25; p = 0.64), ni tampoco Pols et al. (2018) [99] a los 6 meses (OR = 0.82, p = 0.79), 12 meses (OR = 1.44 p = 0.539) o 24 meses (OR = 1.23, p = 0.66).

Reducción de síntomas

Depresión: se incluyeron en el MA 8 estudios (9 estimaciones, n = 1,603) que evaluaron el nivel de depresión entre 3-6 meses tras comenzar la intervención, con las escalas PHQ-9 [65,70,98], BDI [66,67], HADS-D [73,85] y SCL-20 [82]. El resultado fue significativamente favorable al MAE, aunque con un efecto muy débil (g = -0.22, IC95%: -0.36, -0.07; I² = 50.9%) (Figura 14). Kreber et al. [85], con el efecto más fuerte, es el estudio que más aporta a la heterogeneidad observada; al excluirlo, el efecto disminuye pero se mantiene significativo (g = -0.16, IC95%: -0.29, -0.03; I² = 29.7%).

En el seguimiento entre 9-12 meses (7 estudios, n = 1345), el resultado fue el mismo (g = -0.22, IC95%: -0.38, -0.06; I² = 51.9%) (Anexo 6, Figura A15). Entre 16-24 meses, el MA de 4 estudios (n = 615) no resultó significativo (g = -0.20, IC95%: -0.53, 0.14; I² = 72.9%) (Anexo 6, Figura A16). El estudio de Bot et al. [63] no pudo incluirse en este último MA; no obtuvieron diferencias significativas a los 24 meses en la CES-D (B = 1.78, p = 0.42).

Figura 14. MA del nivel de depresión entre 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)

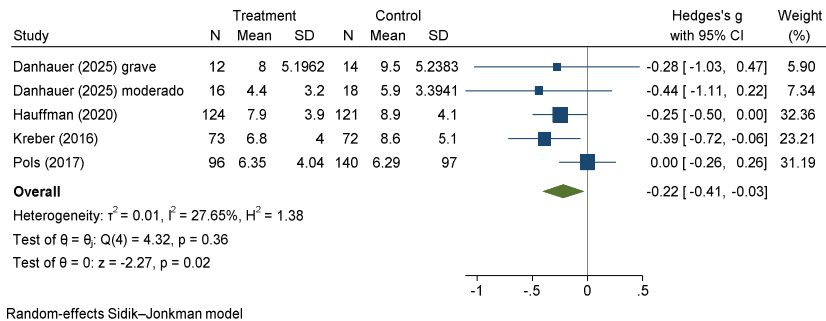


Ansiedad: el resultado 3-4 meses tras comenzar la intervención (4 estudios, 5 estimaciones, $n = 686$) fue significativamente favorable al MAE, aunque con un efecto muy débil ($g = -0.22$, IC95%: -0.41, -0.03; $I^2 = 27.6\%$) (Figura 15).

A los 10-12 meses, el MA de 4 estudios ($n = 633$) no fue significativo ($g = -0.17$, IC95%: -0.41, -0.07; $I^2 = 51.2\%$) (Anexo 6, Figura A17).

Entre 16-24 meses, el MA de 4 estudios ($n = 626$) tampoco resultó significativo ($g = -0.25$, IC95%: -0.60, 0.11; $I^2 = 76.0\%$) (Anexo 6, Figura A18).

Figura 15. MA del nivel de ansiedad entre 3-4 meses (muestras con enfermedad somática)

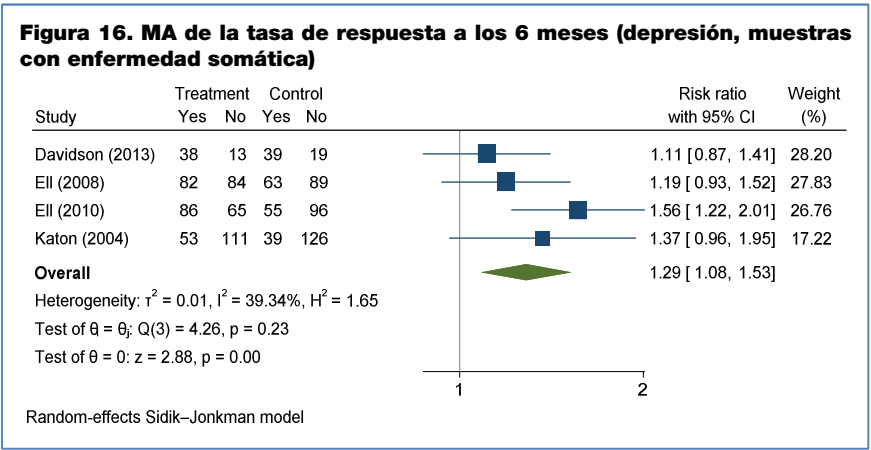


Respuesta

Cuatro estudios (n = 1,058) ofrecieron datos de respuesta al tratamiento, con los siguientes criterios para la depresión: 50% o más de reducción en PHQ-9 [70] y SCL-20 [69,82], y una reducción $\geq$ a la mitad de la desviación típica en el BDI [66]. A los 6 meses de comenzar la intervención, los resultados del MA fueron favorables al MAE (48.7% vs. 37.3%; RR = 1.29, IC95%: 1.08, 1.53; $I^2 = 39.3\%$) (Figura 16).

A los 12 meses, el MA de 3 estudios (n = 869) también resultó significativamente favorable a la intervención (53.1% vs. 38.4%; RR = 1.32, IC95%: 1.14, 1.53; $I^2 = 20.5\%$) (Anexo 6, Figura A19).

A los 18 meses, Ell et al. (2010) [69] obtuvieron una tasa significativamente mayor con el MAE (61.8% vs. 43.8%, $p < 0.001$).

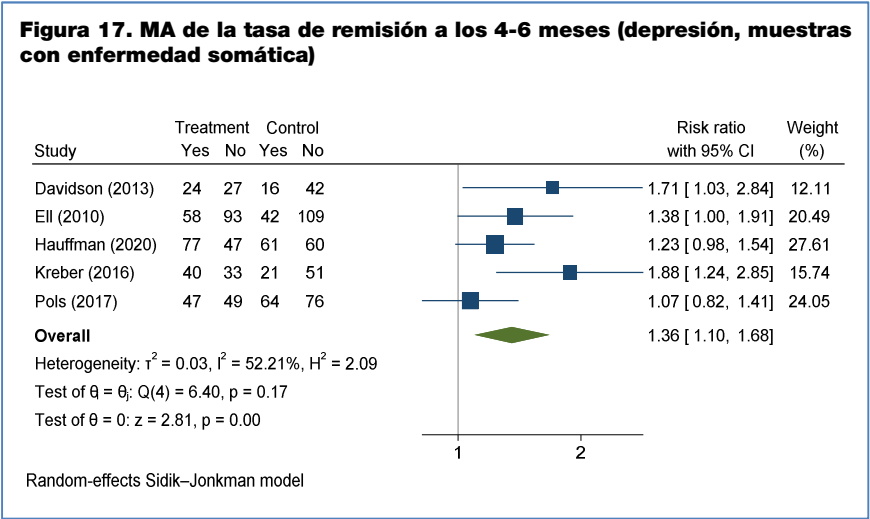


Remisión

Cinco estudios ofrecieron datos de remisión/recuperación, con los siguientes criterios: HADS-D y HADS-A ≤ 7 [85], HADS-D ≤ 7 [73], SCL-20 < 0.5 [69], BDI < 10 [67] y recuperación percibida [98]. Entre 4-6 meses tras el inicio de la intervención, el MA (n = 1037) obtuvo un resultado favorable al MAE (49.7% vs. 37.6%; RR = 1.36, IC95%: 1.10, 1.68; $I^2 = 52.2\%$) (Figura 17).

Entre 10-16 meses, el MA de 4 estudios (n = 869) obtuvo un efecto no significativo (50.1% vs. 47.1%; RR = 1.08, IC95%: 0.93, 1.25; $I^2 = 15.0\%$) (Anexo 6, Figura A20).

A los 18 meses, Ell et al. (2010) [69] obtuvieron una tasa significativamente mayor con el MAE (40.3% vs. 35.0%, $p = 0.04$), al igual que Pols et al. (2018) [99] a los 24 meses (68.0% vs. 57.1%, $p = 0.01$).

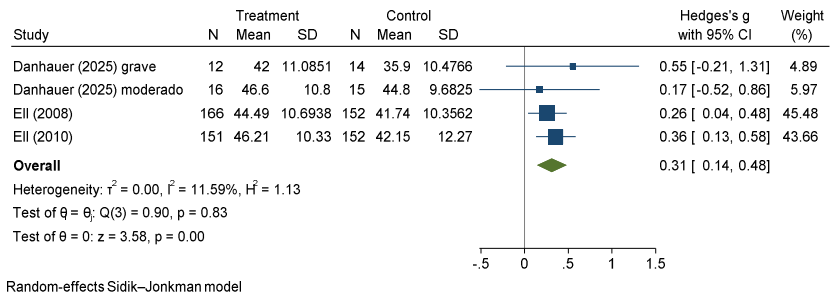


Calidad de vida

Se realizó un MA con 3 estudios (4 estimaciones, $n = 678$) que aplicaron las escalas SF-36 y SF-12 entre los 3-6 meses. El resultado del componente mental fue significativamente favorable al ME, con un efecto pequeño ($g = 0.31$, IC95%: 0.14, 0.48; $I^2 = 11.6\%$) (Figura 18). En el componente físico no hubo diferencias significativas.

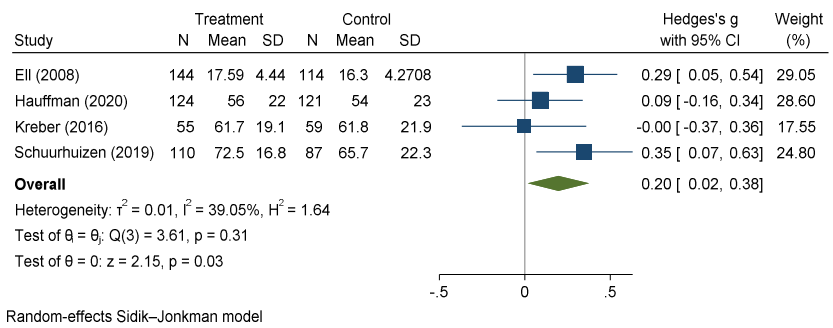
A los 12 meses, los 2 estudios de Ell et al. (2010) [70] siguen produciendo un resultado significativo sobre el componente mental ($g = 0.25$, IC95%: 0.08, 0.4; $I^2 = 9.0\%$) (Anex6, Figura A21), y a los 18 meses Ell et al. (2010) también obtiene un resultado significativamente favorable al MAE (45.1 vs. 43.5, $p = 0.03$). En el componente físico no hubo diferencias significativas a los 12 meses (Anexo 6. Figura A22) ni en Ell et al. (2010) a los 18 meses ($p = 0.76$).

Figura 18. MA de calidad de vida a los 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)



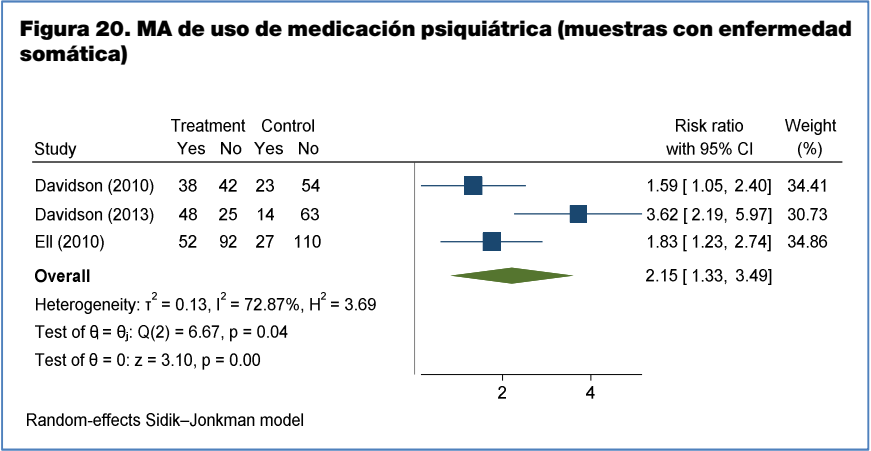
La calidad de vida específica de la condición de salud fue evaluada por 4 estudios ($n = 814$) entre 10-12 meses tras el inicio, con las escalas EORTC QLQ-C30 [73,85,106] y FACT-G [70]. El MA obtuvo un resultado significativo, aunque de nuevo de muy baja intensidad ($g = 0.20$, IC95%: 0.02, 0.8; $I^2 = 39.0\%$) (Figura 19).

Figura 19. MA de calidad de vida relacionada con el cáncer a los 3-6 meses (muestras con enfermedad somática)



Uso de medicación psiquiátrica

El MA de los 3 estudios que ofrecieron este dato obtuvo una tasa significativamente mayor de uso de antidepresivos con el ME (46.5% vs. 22.0%, RR = 2.15, IC95%: 1.33, 3.49; $I^2 = 72.9\%$) (Figura 20).



Seguridad

Ideación y conducta suicida: Ell et al. (2008) [70] mencionan no ser conscientes de ningún intento de suicidio en ambos grupos.

Mortalidad: en Krebber et al. (2016) [85], la tasa de mortalidad fue significativamente menor en el grupo de MAE (5.3% vs. 18.5%, $p = 0.012$).

Otros eventos adversos: en Davidson et al. (2010) [67] no se observaron diferencias significativas en eventos adversos (no se describen), salvo una menor tasa en el grupo de intervención de problemas psiquiátricos no relacionados con la depresión (59 vs. 68, $p = 0.02$), y de problemas cardíacos (4% vs. 13%, $p = 0.049$). En Hauffman et al. (2020) [73], la proporción de pacientes que empeoraron sus puntuaciones fue menor en el grupo de MAE en depresión (8.2% vs. 26.3%) y ansiedad (16.4% vs. 31.2%).

IV.1.4.6. Trastorno de estrés postraumático

La RS de Roberts et al. (2023) [59] evaluó el MAE en personas con TEPT o riesgo de desarrollarlo tras un evento traumático. Se incluyeron 11 ECA (2 con riesgo de sesgo bajo y 9 incierto) que compararon el MAE frente a la atención habitual, y un ensayo no controlado (n total = 2215). Entre los ECA, 7 evaluaron una intervención preventiva y 4 de tratamiento. En la búsqueda se identificó un nuevo ECA [102–104].

Adultos/as

Prevención de trastorno clínico

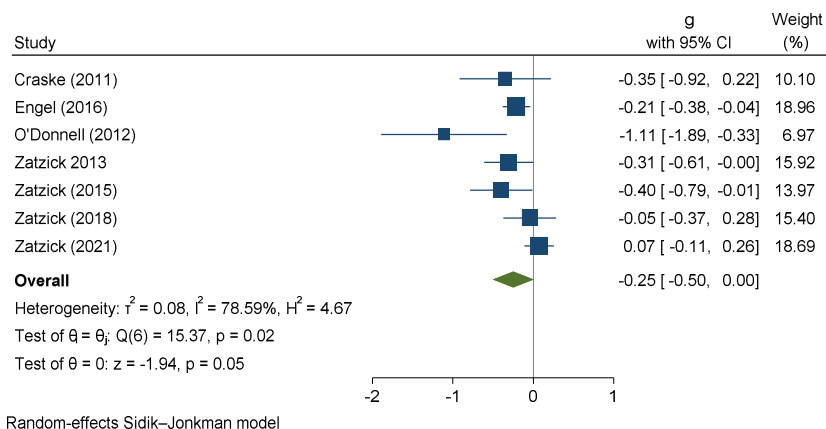
O'Donnell et al. (2012) [124] (n = 46) obtuvieron un efecto fuerte a favor del MAE en la tasa de personas con trastorno diagnosticado durante los 12 meses de estudio (RR = 0.36, IC95%: 0.13, 0.97).

Reducción de síntomas

Roberts et al. [59] realizaron un MA con 5 ECA de prevención (n = 924), con un resultado no significativo en el último seguimiento (6 meses en 2 estudios y 12 meses en 3) (g = -0.24, IC95%: -0.52, 0.04) y alta heterogeneidad ($I^2 = 71\%$), producida principalmente por O'Donnell et al. (2012) [124], que obtuvo un efecto fuerte a favor del MAE.

Entre los estudios de tratamiento, Engel et al. (2016) [125] (n = 666) obtuvieron una diferencia significativamente favorable al MAE a los 12 meses (escala *Posttraumatic Diagnostic Scale*, PDS), pero con un efecto muy pequeño (g = -0.21, IC95%: -0.38, -0.05). Craske et al. (2011) [126] (n = 61) no encontraron diferencias significativas en la PTSD Checklist–Civilian Version (PCL-C). Al incluir estos dos estudios en el MA anterior, el resultado queda en el límite de la significación (p = 0.05), pero sigue siendo de baja intensidad (g = -0.25, IC95%: -0.50, -0.00; $I^2 = 78.6\%$). Al excluir a O'Donnell et al. (2012) [124], el efecto disminuye hasta -0.16 (p = 0.05) (Figura 21).

Figura 21. MA de reducción de síntomas en el último seguimiento



Calidad de vida

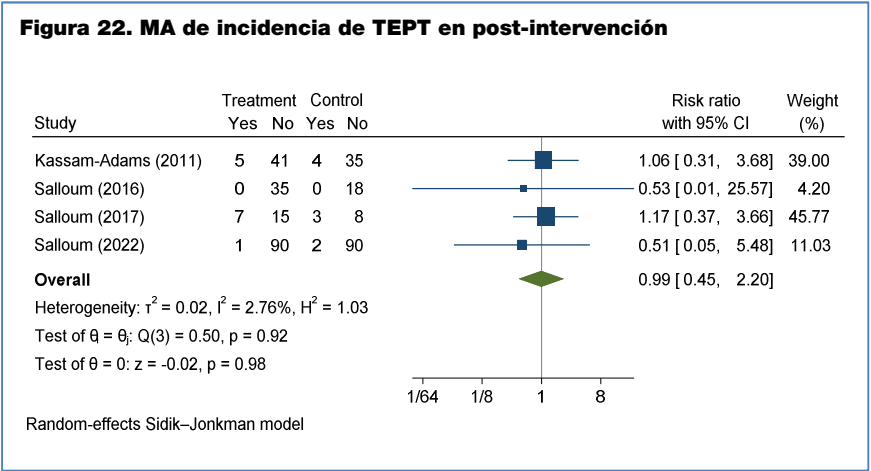
Zatzick et al. (2018) [127] ($n = 171$) no obtuvieron diferencias significativas en la escala SF-12, hasta 6 meses tras la intervención, mientras que Engel et al. (2016) [125] observaron un efecto significativamente favorable al MAE a los 6 y 12 meses en el componente mental de la misma escala, pero con efectos pequeños ($g = 0.17$ y 0.21 , respectivamente). Un MA con la última medida de ambos estudios resultó significativo ($g = 0.23$, IC95: $0.07, 0.39$; $I^2 = 0.0\%$).

Menores de edad

La RS de Roberts et al. [59] incluyó 3 estudios con menores de edad con síntomas de TEPT tras un evento traumático. Kassam-Adams et al. (2011) [128] aplicaron una primera fase de 2 sesiones de psicoeducación y un cuaderno de trabajo para auto-ayuda guiada, y una segunda fase de TCC. Los dos estudios de Salloum et al. (2016, 2017) [129,130], con niños en diferentes rangos de edad (3-7 y 8-12 años, respectivamente) aplicaron un esquema similar de dos fases, al igual que en un tercer estudio de esta autora (2022) [104] no incluido en la RS de Roberts et al., identificado en la búsqueda de ECA.

Prevención de trastorno clínico

Realizamos un MA con los 4 estudios (n = 354) con el número de participantes que mostraban diagnóstico de TEPT en post-intervención (Figura 22). No hubo diferencias significativas (6.7% vs. 5.6%; RR = 0.99; IC95%: 0.45, 2.20; $I^2 = 2.8\%$). Tampoco las hubo a los 3 meses de seguimiento (8.6% vs 0%, $p = 0.836$ [129]; 0% vs. 9.1%, $p = 0.40$ [130]), a los 6 meses (2.2% vs 2.2%, $p = 0.991$ [104]), ni a los 12 meses (1.10% vs 3.26%, $p = 0.306$ [104]).

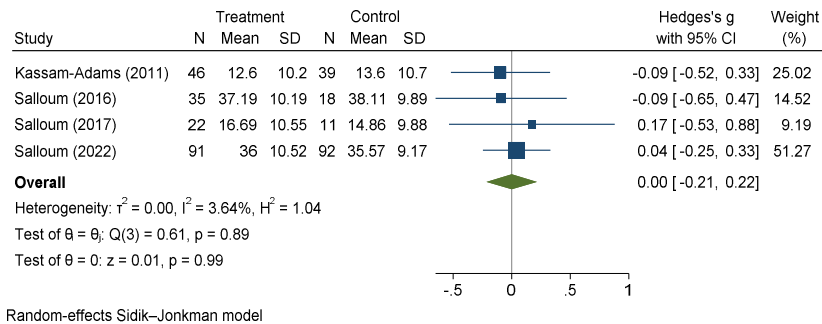


Reducción de síntomas

Se realizó un MA en post-intervención con las escalas *Trauma Symptom Checklist for Young Children-Posttraumatic Stress Symptom subscale* (TSCYC-PTS) [104,129], *UCLA PTSD Index for DSM-IV* (PTSD-index) [130] y *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) [128]. El resultado no fue significativo ($g = -0.00$, IC95%: -0.21, 0.22; $I^2 = 3.6\%$) (Figura 23). Tampoco lo fue a los 3 meses ($k = 2$, $n = 86$; $g = 0.08$; IC95%: -0.36, 0.52; $I^2 = 0\%$), 6 meses ($k = 2$, $n = 268$; $g = 0.05$; IC95%: -0.19, 0.28; $I^2 = 0\%$) y 12 meses ($K = 1$; $n = 183$; $g = 0.01$, IC95%: -0.22, 0.21).

Salloum et al. (2016, 2022) [104,129] realizaron análisis de no-inferioridad, y el MAE se mostró no inferior al control en todos los puntos temporales (Figura 23).

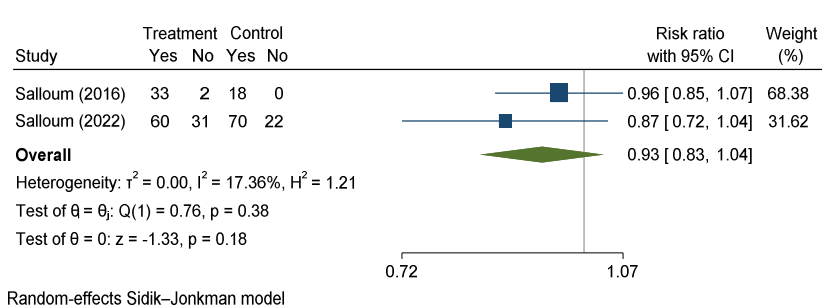
Figura 23. MA de reducción de síntomas de TEPT en post-intervención



Respuesta

El MA post-intervención de los dos estudios de Salloum et al. [104,129] que ofrecen datos sobre respuesta (según la CGI-I) no resultó significativo (73.8% vs. 80%; RR = 0.93, IC95%: 0.83, 1.04; $I^2 = 17.4\%$). Salloum et al. (2022) [104] tampoco obtuvo diferencias significativas a los 6 meses (56.0% vs. 64.1%, $p = 0.264$) y 12 meses (58.2% vs. 66.3, $p = 0.261$) (Figura 24).

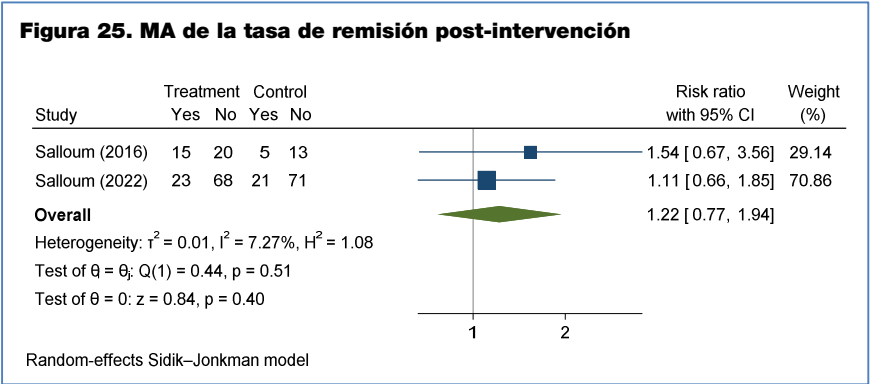
Figura 24. MA de la tasa de respuesta post-intervención



Remisión

El MA post-intervención de los dos estudios de Salloum et al. [104,129] que ofrecen datos sobre remisión (según la CGI-I) no resultó significativo (30.2% vs. 23.6%; RR = 1.22, IC95%: 0.77, 1.94; $I^2 = 7.3\%$). Salloum et al.

(2022) [104] tampoco obtuvo diferencias significativas a los 6 meses (24.2% vs 33.7%, $p = 0.156$) y 12 meses (30.8% vs. 32.6%, $p = 0.789$) (Figura 25).



Calidad de vida

Kassam-Adams et al. (2011) [128] obtuvieron diferencias significativas en la evolución del componente físico de la escala *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL): tras 6 semanas de intervención el grupo de MAE puntuaba mejor, pero a los 6 meses ocurrió lo contrario ($p = 0.04$ para la interacción grupo x tiempo).

Seguridad

Ideación y conducta suicida: en Salloum et al. (2017) [130] se reportan 2 casos de intento de suicidio en el grupo de MAE (9.1%) por ninguno en el control. Salloum et al. (2025) [102] informan de que no hubo diferencias entre grupos en ideación suicida, pensamientos recurrentes de muerte o intentos de suicidio (no se ofrecen datos numéricos).

Otros eventos adversos: los tres estudios de Salloum et al. [103,129,130] no obtuvieron diferencias significativas en las subescalas internalización y externalización del instrumento *Child Behavior Checklist* (CBCL).

IV.1.4.7. Trastorno obsesivo compulsivo

Adultos

Tolin et al. (2011) [109] (n = 34) evaluaron un modelo con biblioterapia y orientación psicológica en el primer paso, y terapia de exposición y prevención de respuesta en el segundo, frente a esta última terapia desde el inicio. No hubo diferencias significativas en la reducción de síntomas (Y-BOCS: $p = 0.42$ para la interacción grupo x tiempo) ni en la tasa de remisión en post-intervención (50% vs. 42%, $p = 0.66$), 1 mes (56% vs. 58%, $p = 0.88$) o 3 meses (44% vs. 42%, $p = 0.88$) (los autores denominan esta variable como respuesta, pero implica un valor en la escala Y-BOCS por debajo del rango clínico) (ver Tabla 13).

Menores

Aspvall et al. (2021) [62] (n = 152), con menores entre 7-17 años y sus padres, compararon un modelo escalonado de TCC (16 sesiones online en primera fase, y 12 sesiones de TCC presencial en segunda) frente a TCC presencial (con sesiones adicionales para los que no responden). A los 3 meses de intervención, el grupo de MAE obtuvo peores tasas de respuesta (54.0% vs 69.7%, $p < 0.05$) y remisión (33.8% vs. 50.0%, $p < 0.05$), pero a los 6 meses no hubo diferencias significativas en ninguna variable (tabla), y la reducción de síntomas mostró no-inferioridad ($p = 0.02$). En cuanto a la seguridad, no hubo diferencias significativas en la tasa de participantes con eventos adversos (MAE: 64% vs. 67%). Se notificaron dos eventos adversos graves (uno en cada grupo) que se consideraron no relacionados con el tratamiento (ver Tabla 13).

IV.1.4.8. Trastornos de la conducta alimentaria

Mitchell et al. (2011) [90] (n = 293) aplicaron un MAE de auto-ayuda guiada y TCC frente a esta desde el inicio (en ambos grupos se añadía fluoxetina para los que no respondían tras la sexta sesión), en personas con bulimia nerviosa. En la muestra global solo se obtuvieron mejorías significativas en dos subescalas de la *Eating Disorder Examination* (EDE), atracones y conductas compensatorias, así como en el nivel de depresión (BDI-II), todas a los 12 meses. No se obtuvieron efectos significativos sobre la EDE total, abstinencia, remisión, índice de masa corporal (IMC), *Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale* (YBC-EDS) o *Three-Factor Eating Questionnaire* (TFEQ).

Al analizar el papel moderador del riesgo pronóstico (alto vs. bajo), se observaron las siguientes interacciones significativas:

- En el grupo de bajo riesgo, el MAE produjo menos abstinentes en post-intervención (8% vs. 17%), mientras que en el grupo de alto riesgo el resultado fue inverso (25% vs. 4%) ($p = 0.001$ para la interacción). Para el BDI-II ($p = 0.031$) se observó el mismo patrón, también en el seguimiento ($p = 0.009$).

- Para la EDE global ($p = 0.037$) no hubo diferencias en alto riesgo, y el MAE fue peor en bajo riesgo.

Treasure et al. (1996) [110] ($n = 110$), también con pacientes con bulimia nerviosa, compararon un MAE con un manual de auto-cuidado y psicoeducación sobre estrategias de tratamiento (1ª fase, 8 semanas), más 8 semanas de TCC (2ª fase), frente a 16 semanas de TCC. No hubo diferencias significativas en la escala Bulimia Investigation Test Edinburgh (BITE) tras la intervención (reducción mediana de -4 puntos en ambos grupos) y a los 18 meses, ni en la tasa de personas libres de síntomas (post: 30% en ambos grupos; 18 meses: 40% vs. 41%) (ver Tabla 13).

Tabla 13. Resultados de los estudios en personas con TOC y trastornos de la conducta alimentaria

	Respuesta	Remisión	Reducción de síntomas	Funcionalidad / Calidad de vida
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC)				
Aspvall et al. (2021) 6 meses	Post: 52.7% vs 54.5% (p=0.85) 3 meses: 54.0% vs 69.7% (p<0.05) 6 meses: 67.6% vs 67.5 (p=0.99)	Post: 35.1% vs 42.9% (p=0.33) 3 meses: 33.8% vs 50.0% (p<0.05) 6 meses: 48.6% vs 59.7% (p=0.17)	6 meses: CY-BOCS: DM = -0.9 (p = 0.53) COCI-R: DM = -0.5 (p = 0.78) MFQ: Menores: DM = 0.03 (p = 0.98) Padres: DM = -1.1 (p = 0.28) ISI: DM = 1.3 (p = 0.15)	6 meses: CGAS DM = -1.7 (p = 0.33) WSAS: Menores: DM = -0.9 (p = 0.57) Padres: DM = -0.3 (p = 0.83) CHU-9D (DM = 1.7, p = 0.12) FAS: DM = -2.4 (p = 0.23).
Tolin et al. (2011)		Post: 50% vs 42% (p=0.66) 1 mes: 56% vs 58% (p=0.88) 3 meses: 44% vs 42% (p=0.88)	Y-BOCS: p = 0.42 para la interacción grupo x tiempo	n.e.
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA				
Mitchell et al. (2011)	n.e.	Post: 57% vs 52% (p>0.05) 12 meses: 44% vs 32% (p>0.05)	Post: Abstinencia: 15% vs. 11% (p>0.05) EDE global: B=0.07 (p>0.05) IMC: -0.06 (p>0.05) BDI: -0.04 (p>0.05) 12 meses: Abstinencia: 18% vs. 26% (p>0.05) EDE global: B=-0.06 (p>0.05) IMC: 0.04 (p>0.05) BDI: B=-0.11 (p=0.027)	n.e.

Tabla 13. Resultados de los estudios en personas con TOC y trastornos de la conducta alimentaria

	Respuesta	Remisión	Reducción de síntomas	Funcionalidad / Calidad de vida
Treasure et al. (1996)	n.e.	18 meses: 40% vs. 41% (p>0.05)	Post: BITE: reducción mediana: -4 vs. -4 (p>0.05) 18 meses: BITE: 1.5 vs. 1 (p > 0.05)	n.e.

BDI: Beck Depression Inventory; **BITE:** Bulimia Investigation Test Edinburgh; **CGAS:** Children's Global Assessment Scale; **CHU-9D:** Child Health Utility 9D; **COCI-R:** Children's Obsessional Compulsive Inventory-Revised (parent version); **CY-BOCS:** Obsessive-Compulsive Inventory-Child version; **EDE:** Eating Disorder Examination; **FAS:** Family Accommodation Scale; **imc:** Índice de masa corporal; **ISI:** Insomnia Severity Index; **MFQ:** Mood and Feelings Questionnaire; **n.e.:** no evaluado; **WSAS:** Work and Social Adjustment Scale; **YBC-EDS:** Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale.

IV.1.4.9. Trastornos de la personalidad

Solo se identificó un estudio que incluyera específicamente personas con trastornos de la personalidad [72]. Se aleatorizaron dos hospitales similares (y sus centros comunitarios asociados) a tratamiento habitual o una intervención breve (una sesión semanal de psicoeducación durante un mes) entre 0-36 horas después de una presentación aguda (i.e., ingreso hospitalario, visita a urgencias). Posteriormente, las personas podían acceder a tratamiento psicológico de mayor intensidad disponible en el tratamiento habitual. Se analizaron las hospitalizaciones y visitas a urgencias psiquiátricas los 18 meses posteriores a la intervención.

Hospitalizaciones

La media de hospitalizaciones no fue significativamente diferente (0.5 vs. 0.6, $p = 0.937$ para la interacción grupo x tiempo), pero el grupo de intervención mostró menos días de estancia (4.28 vs. 8.44, $p = 0.038$).

Visitas a urgencias

Más pacientes en el grupo de intervención redujeron sus visitas a urgencias (90.1% vs. 67.5%, $p < 0.001$).

V.1.5. Calidad de la evidencia

Desde la Tabla 14 a la Tabla 22 se muestra la valoración de la calidad de la evidencia para las distintas variables y subpoblaciones. Respecto a la efectividad, en todos los casos se ha valorado como baja o muy baja salvo en los siguientes (calidad moderada): calidad de vida en menores de edad con ansiedad, reducción de síntomas de ansiedad y depresión en muestras mixtas, reducción de síntomas en TOC, incidencia de trastorno clínico, reducción de síntomas, respuesta y remisión en menores con TEPT y hospitalizaciones psiquiátricas en personas con trastorno de la personalidad. El riesgo de sesgo de los estudios individuales se ha penalizado en prácticamente todos los casos, y la imprecisión de las estimaciones ha sido la segunda causa principal, debido a pequeños tamaños muestrales o a que el intervalo de confianza cruza el umbral de relevancia clínica especificado en el informe (reducción /aumento relativo del 20% para las variables binarias y DME = ± 0.30 para

las continuas). En el caso de la depresión, se ha penalizado también por la alta heterogeneidad observada.

Tabla 14. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de depresión

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/ estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Incidencia de trastorno clínico												
2/2	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	-	12/167 (7.2%)	28/167 (16.8%)	RR 0.47 (0.25, 0.89)	89 menos de cada 1000 (de 18 menos a 126 menos)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (varias escalas) (3-6 meses)												
16/17	ECA	serio ^a	serio ^c	no es serio	serio ^b	-	4055	3392	-	DME 0.25 dt menor (0.41 menor a 0.09 menor)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Respuesta (varias definiciones) (3-6 meses)												
10/10	ECA	serio ^a	serio ^c	no es serio	no es serio	-	990/2124 (46.6%)	546/1806 (30.2%)	RR 1.47 (1.23, 1.75)	142 más de cada 1000 (de 69 más a 226 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Remisión (puntuación por debajo de un umbral predeterminado o ausencia de trastorno clínico) (3-6 meses)												
13/14	ECA	serio ^a	serio ^c	no es serio	no es serio	-	1242 /3141 (39.5%)	740/2862 (25.8%)	RR 1.54 (1.26, 1.89)	139 más de cada 1000 (de 67 más a 230 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO

Tabla 14. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de depresión

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Calidad de vida (componente mental, varios instrumentos) (6 meses)												
5/5	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	-	1841	1336	-	DME 0.31 dt mayor (0.12 mayor a 0.49 mayor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Hospitalizaciones psiquiátricas (último seguimiento)												
3/3	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	-	1841	1336	RR 0.65 (1.26, 1.89)	139 más de cada 1000 (de 67 más a 230 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Seguridad												
10/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	3361	2695	En general, no hubo diferencias entre grupos en eventos adversos, y cuando las hubo fue a favor del MAE. No se observaron eventos adversos graves relacionados con la intervención		⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

^a Mayoría de estudios con riesgo alto o incierto.

^b EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR = 0.80/1.20 o DME = ±0.30).

^c I² ≥ 70% e IC no solapados.

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RR:** Riesgo relativo.

Tabla 15. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de ansiedad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/e stimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativ o (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
ADULTOS												
Reducción de síntomas (BAI, CSR, PAS) (post-intervención)												
4/5	ECA	serio ^a	serio	no es serio	muy serio ^b	-	615	225	-	DME 0.00 dt mayor (0.40 menor a 0.41 mayor)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Remisión (personas libres del trastorno) (6-15 meses)												
4/4	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	651	236	OR 1.15 (0.74, 1.78)	-	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Calidad de vida / Funcionalidad (post-intervención)												

Tabla 15. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de ansiedad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
3/-	ECA	serio ^a	serio ^d	no es serio	no es serio	-	530	137	Un estudio obtuvo un efecto significativo favorable al ME a los 12 meses en SF-36 y EQ-5D-5L. Dos estudios no observaron diferencias significativas en varias escalas.		⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Hospitalizaciones psiquiátricas (15 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	muy serio ^b	-	369	37	RTI 0.7 (0.1, 7.0)	-	⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
MENORES												
Reducción de síntomas (SCAS-C&P, CSR) (3-12 meses)												
3/-	ECA	serio ^a	serio ^d	no es serio	no es serio	-	272	283	March (2025) obtuvieron un peor resultado para el MAE. Los otros dos estudios no observaron diferencias significativas.		⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO

Tabla 15. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de ansiedad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/e stimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Remisión (personas libres del trastorno) (3-12 meses)												
.3/-	ECA	serio ^a	serio ^d	no es serio	no es serio	-	272	283	March (2025) obtuvieron un peor resultado para el MAE. Los otros dos estudios no observaron diferencias significativas.	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO	
Calidad de vida / Funcionalidad (3-12 meses)												
3/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	272	283	No hubo diferencias significativas en ningún estudio.	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO	
Seguridad												
1/-	ECA	serio ^a	-	no es serio	serio ^e	-	66	71	Solo un estudio menciona que no se observaron efectos adversos.	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO	

Tabla 15. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de ansiedad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		

^a Mayoría de estudios con riesgo alto o incierto.

^b EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR/TRI = 0.80/1.20 o DME = 0.30) a favor y en contra de la intervención.

^c EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (OR = 0.80).

^d Resultados inconsistentes entre estudios.

^e $I^2 \geq 70\%$ e IC no solapados.

^f Tamaño muestral pequeño.

BAI: Beck Anxiety Inventory; **CRS:** Clinician Rating Scale; **DME:** Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **EQ-5D-5L:** EuroQol 5 dimensions 5 niveles; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **OR:** Odds ratio; **PAS:** Panic and Agoraphobia Scale; **SF-36:** Short-Form Medical Outcomes Study; **RTI:** Ratio de tasas de incidencia.-.

Tabla 16. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Reducción de síntomas (estrés, GAD-7/PHQ-9) (3-4 meses)												
2/2	ECA	serio ^a	no es serio	serio ^b	no es serio	-	223	226	-	DME 0.69 dt menor (0.43 menor a 0.96 menor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (ansiedad, GAD-7, HSCL-25) (3-4 meses)												
3/3	ECA	serio ^a	serio	no es serio	serio ^a	-	296	298	-	DME 0.38 dt menor (0.92 menor a 0.16 mayor)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (depresión, PHQ-9, HSCL-25) (3-4 meses)												
3/3	ECA	serio ^a	serio	no es serio	serio ^a	-	296	300	-	DME 0.47 dt menor (0.12 menor a 0.82 menor)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO

Tabla 16. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Calidad de vida (varios instrumentos) (3-6 meses)												
2/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^a	-	279	294	Keyan et al. no obtuvieron diferencias significativas en las escalas WHO-5, WHODAS y EQ-5D. Lo mismo ocurrió en Hoff et al. con las escalas EQ-5D y Quality of Life Scale (QoLs).		⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Seguridad												
4	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	520	516	En Mediavilla et al. hubo dos casos (1.7%) de ideación suicida en el grupo de intervención, y uno en Purgato et al. (no se especifica el grupo). Hoff et al. (2022) informan de que no hubo ningún caso de suicidio o autolesión. No se identificó ningún evento adverso grave que pudiera estar relacionado con la intervención en ningún estudio.		⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

Tabla 16. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		

^a Mayoría de estudios con riesgo alto o incierto.

^b Poblaciones específicas: profesionales sanitarios (Mediavilla et al.) y migrantes (Purgato et al.).

^c Efectos muy diferentes, IC poco solapados.

^d EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR/TRI = 0.80/1.20 o DME = 0.30).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **EQ-5D:** EuroQol 5 dimensions; **GAD-7:** Generalized Anxiety Disorder – 7; **HSCL-25:** Hopkins Symptom Checklist – 25; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **PHQ-9:** Patient Health Questionnaire – 9; **WHO-5:** WHO-5 Well-Being Index; **WHODAS:** WHO Disability Assessment Schedule v2.0

Tabla 17. Calidad de la evidencia en muestras mixtas (depresión/ansiedad)

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/e stimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsis- tencia	Evidencia indirecta	Impreci- sión	Otras considera- ciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Incidencia de trastorno clínico												
2/2	ECA	serio ^a	serio ^b	no es serio	muy serio ^c	-	59/252 (23.4%)	80/253 (31.6%)	RR 0.80 (0.46, 1.41)	63 menos de cada 1000 (de 171 menos a 129 más)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (depresión, varias escalas) (6-8 meses)												
6/7	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	1426	1381	-	DME 0.07 dt menor (0.18 menor a 0.03 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderad a	CRÍTICO
Reducción de síntomas (ansiedad, varias escalas) (6-8 meses)												
6/7	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	1426	1380	-	DME 0.12 dt menor (0.23 menor a 0.00 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderad a	CRÍTICO
Remisión (varias definiciones) (6-12 meses)												

Tabla 17. Calidad de la evidencia en muestras mixtas (depresión/ansiedad)

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
5/7	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^d		890/1544 (57.6%)	745/1502 (49.6%)	RR 1.09 (0.91, 1.31)	45 más de cada 1000 (de 45 menos a 154 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Calidad de vida (componente mental, varios instrumentos) (6-8 meses)												
4/6	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	1235	1187	-	DME 0.05 dt menor (0.18 menor a 0.08 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO
Hospitalizaciones psiquiátricas												

Tabla 17. Calidad de la evidencia en muestras mixtas (depresión/ansiedad)

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
2/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	muy serio ^a	-	318	302	En Heddaeus et al. [1] no hubo diferencias significativas en el número de pacientes que recibieron internamiento completo o parcial para tratamiento psiquiátrico o psicossomático (ME: 4% vs. 5%, p = 0.81), ni en los días de estancia (medias de 1.57 vs. 1.80, p = 0.80). Van der Aa et al. [2] tampoco encontraron diferencias significativas en los días hospitalizados (3.6 vs. 5.5, p = 0.29).		⊕○○○ Muy baja	IMPORTANTE
Seguridad												
3/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	1916	2033	No hubo diferencias o fueron favorables al ME en ideación e intentos de suicidio, (2 estudios) y mortalidad (2 estudios)		⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

Tabla 17. Calidad de la evidencia en muestras mixtas (depresión/ansiedad)

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		

^a Mayoría de estudios con riesgo alto o incierto.

^b Efectos muy diferentes, IC poco solapados.

^c EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR/TRI = 0.80/1.20 o DME = 0.30) a favor y en contra de la intervención.

^d EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR/TRI = 0.80/1.20 o DME = 0.30).

^e Muestra menor a la requerida para detectar un 20% de reducción del riesgo base (5%) (n = 13490).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada;

Tabla 18. Calidad de la evidencia en personas con enfermedad somática y síntomas de depresión/ansiedad/estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/e stimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidenci a indirecta	Imprecisión	Otras considera ciones	MAE	Control	Relativ o (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Incidencia de trastorno clínico												
2/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^b	-	255		Dos estudios no obtuvieron diferencias significativas		⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (depresión, varias escalas) (3-6 meses)												
8/9	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	783	820	-	DME 0.22 dt menor (0.36 menor a 0.07 menor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (ansiedad, varias escalas) (3-6 meses)												
4/5	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	321	365	-	DME 0.22 dt menor (0.41 menor a 0.03 menor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Respuesta (varias definiciones) (6 meses)												

Tabla 18. Calidad de la evidencia en personas con enfermedad somática y síntomas de depresión/ansiedad/estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
4/4	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	259/532 (48.7%)	196/526 (37.3%)	RR 1.29 (1.08, 1.53)	108 más de cada 1000 (de 30 más a 198 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Remisión (varias definiciones) (4-6 meses)												
5/5	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	246/495 (49.7%)	204/542 (37.6%)	RR 1.36 (1.10, 1.68)	135 más de cada 1000 (de 38 más a 256 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Calidad de vida (componente mental, SF-36, SF-12) (3-6 meses)												
3/4	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	345	333	-	DME 0.31 dt mayor (0.14 mayor a 0.48 mayor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO

Tabla 18. Calidad de la evidencia en personas con enfermedad somática y síntomas de depresión/ansiedad/estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Calidad de vida específica de la condición de salud (varias escalas) (10-12 meses)												
4/4	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	433	381	-	DME 0.20 dt mayor (0.02 mayor a 0.80 mayor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Seguridad												
4/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	no es serio	-	403	371	Mejores resultados en el grupo de ME en mortalidad (un estudio), otros problemas psiquiátricos (un estudio) y pacientes que empeoran sus puntuaciones (un estudio). Otro estudio no observó intentos de suicidio.		⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

Tabla 18. Calidad de la evidencia en personas con enfermedad somática y síntomas de depresión/ansiedad/estrés

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		

a: Mayoría de estudios con riesgo alto o incierto.

b: Muestra menor a 400.

c: EL IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR/TRI = 0.80/1.20 o DME = 0.30).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RR:** Riesgo relativo; **SF-36 y SF-12:** Short Form Health Survey

Tabla 19. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés postraumático

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
ADULTOS												
Incidencia de trastorno clínico												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	muy serio ^b	-	4/19 (21.0%)	7/12 (58.3%)	RR 0.36 (0.13, 0.97)	373 menos de cada 1000 (de 507 menos a 17 menos)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Reducción de síntomas (último seguimiento)												
7/7	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	782	869	-	DME 0.25 dt menor (0.50 menor a 0.00 menor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Calidad de vida (SF-12) (último seguimiento)												
2/2	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	417	420		DME 0.23 dt mayor (0.07 mayor a 0.39 mayor)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO

Tabla 19. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés postraumático

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
MENORES												
Incidencia de trastorno clínico (post-intervención)												
4/4	ECA	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^d	-	13/194 (6.7%)	9/160 (5.6%)	RR 0.99 (0.45, 2.20)	1 menos de cada 1000 (de 31 menos a 67 más)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO
Reducción de síntomas (varias escalas, post-intervención)												
4/4	ECA	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^e	-	194	160	-	DME 0.00 dt mayor (0.21 menor a 0.22 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO
Respuesta (CGI-I, post-intervención)												

Tabla 19. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés postraumático

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
.2/2	ECA	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^d	-	93/126 (73.8%)	88/110 (80.0%)	RR 0.93 (0.83, 1.04)	56 menos de cada 1000 (de 136 menos a 32 más)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO
Remisión (CGI-I, post-intervención)												
.2/2	ECA	no es serio	no es serio	no es serio	serio ^c	-	38/126 (30.2%)	26/110 (23.6%)	RR 1.22 (0.77, 1.94)	52 más de cada 1000 (de 54 menos a 221 más)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO
Calidad de vida (post-intervención)												
1/-	ECA	serio ^a	-	no es serio	muy serio ^b	-	46	39	Un estudio observó diferentes trayectorias del componente físico (PedsQL): MAE mejor en el post, pero peor a los 6 meses (p = 0.04 para la interacción grupo x tiempo).		⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO

Tabla 19. Calidad de la evidencia en personas con síntomas de estrés postraumático

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Seguridad												
1/-	ECA	serio ^a	-	no es serio	serio ^b	-	66	71	Solo un estudio informa sobre seguridad, no se observaron efectos adversos.		⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO

^a Mayoría de estudios con riesgo de sesgo incierto o alto.

^b Muestra pequeña.

^c El IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR = 0.80/1.20 o DME = ±0.30).

^d Cálculo propio de la DME. Aunque el IC cruza el umbral de 0.30 en contra de la intervención, no se ha penalizado como “muy serio” debido a que el análisis de no-inferioridad resultó significativo (p = 0.02).

^e Muestra menor a 400.

^f Muestra menor a la requerida para detectar un 20% de incremento del riesgo base (n = 344).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RR:** Risk ratio.

Tabla 20. Calidad de la evidencia en personas con trastorno obsesivo-compulsivo

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
ADULTO/AS												
Reducción de síntomas (Y-BOCS) (3 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	muy serio ^b	-	19	15	No hubo diferencias significativas entre grupos (p = 0.419)		⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
Remisión (reducción de al menos una dt y puntuación<13 en Y-BOCS) (3 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	muy serio ^b	-	44%	42%	RR 1.05 (0.47, 2.38)	21 más de cada 1000 (de 223 menos a 580 más)	⊕○○○ Muy baja	CRÍTICO
MENORES												
Reducción de síntomas (CY-BOCS) (post-intervención)												
1/1	ECA	no es serio	-	no es serio	serio ^c	-	74	78	-	DME 0.12 dt mayor (0.20 menor a 0.44 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

Tabla 20. Calidad de la evidencia en personas con trastorno obsesivo-compulsivo

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Respuesta (reducción ≥35% en CY-BOCS y CGI-I <3) (post-intervención)												
1/1	ECA	no es serio	-	no es serio	muy serio ^d	-	39/74 (52.7%)	42/78 (54.5%)	RR 0.98 (0.73, 1.32)	11 menos de cada 1000 (de 147 menos a 174 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Remisión (CY-BOCS ≤12 y CGI-S <3) (post-intervención)												
1/1	ECA	no es serio	-	no es serio	muy serio ^d	-	26/74 (35.1%)	33/78 (42.3%)	RR 0.83 (0.55, 1.24)	72 menos de cada 1000 (de 190 menos a 101 más)	⊕⊕○○ Baja	CRÍTICO
Seguridad (pacientes con eventos adversos)												
1/1	ECA	no es serio	-	no es serio	serio ^e	-	47/74 (63.5%)	52/78 (66.7%)	RR 0.95 (0.75, 1.20)	33 menos de cada 1000 (de 166 menos a 133 más)	⊕⊕⊕○ Moderada	CRÍTICO

Tabla 20. Calidad de la evidencia en personas con trastorno obsesivo-compulsivo

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		

^a Estudio con riesgo de sesgo incierto.

^b Muestra pequeña.

^c Cálculo propio de la DME. Se penaliza por tamaño muestral <400. Aunque el IC cruza el umbral de 0.30 en contra de la intervención, no se ha penalizado como “muy serio” debido a que el análisis de no-inferioridad resultó significativo ($p = 0.02$).

^d El IC cruza el umbral de relevancia clínica en contra de la intervención ($RR = 0.80/1.20$).

^e Muestra menor a la requerida para detectar un 20% de incremento del riesgo base ($n = 344$).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RR:** Risk ratio.

Tabla 21. Calidad de la evidencia en personas con trastornos alimentarios

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/e stimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia a indirecta	Imprecisión	Otras considera- ciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Reducción de síntomas (BITE, EDE) (post-intervención)												
2/-	ECA	serio ^a	serio ^b	no es serio	no es serio	-	201	202	Un estudio no mostró diferencias significativas. Otro observó una interacción con el riesgo pronóstico: sin diferencias en alto riesgo y desfavorable al MAE en bajo riesgo.		⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Remisión (12-18 meses)												
2/-	ECA	serio ^a	no es serio	no es serio	serio ^c	-	201	202	Dos estudios no mostraron diferencias significativas.		⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

^a Estudios con riesgo de sesgo alto.

^b Resultados discrepantes

ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada.

Tabla 22. Calidad de la evidencia en personas con trastornos de la personalidad

Evaluación de certeza							Nº de pacientes		Efecto		Certeza	Importancia
Nº de estudios/estimaciones	Diseño de estudio	Riesgo de sesgo	Inconsistencia	Evidencia indirecta	Imprecisión	Otras consideraciones	MAE	Control	Relativo (IC95%)	Absoluto (IC95%)		
Hospitalizaciones psiquiátricas (media por persona) (18 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	no es serio	-	335	307		DME 0.07 dt menor (0.22 menor a 0.09 mayor)	⊕⊕⊕○ Moderada	IMPORTANTE
Días de estancia (18 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	serio ^b	-	335	307	-	DME 0.18 dt menor (0.34 menor a 0.03 menor)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE
Visitas a urgencias psiquiátricas (% de personas que las reducen) (18 meses)												
1/1	ECA	serio ^a	-	no es serio	serio ^b		90.1%	67.5%	RR 1.28 (1.17, 1.40)	189 más de cada 1000 (de 115 más a 270 más)	⊕⊕○○ Baja	IMPORTANTE

^a Estudio con riesgo de sesgo incierto.

^b El IC cruza el umbral de relevancia clínica (RR = 0.80/1.20 o DME = ±0.30).

DME: Diferencia de medias estandarizada; **ECA:** Ensayo Controlado Aleatorizado; **IC:** Intervalo de confianza; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RR:** Risk ratio.

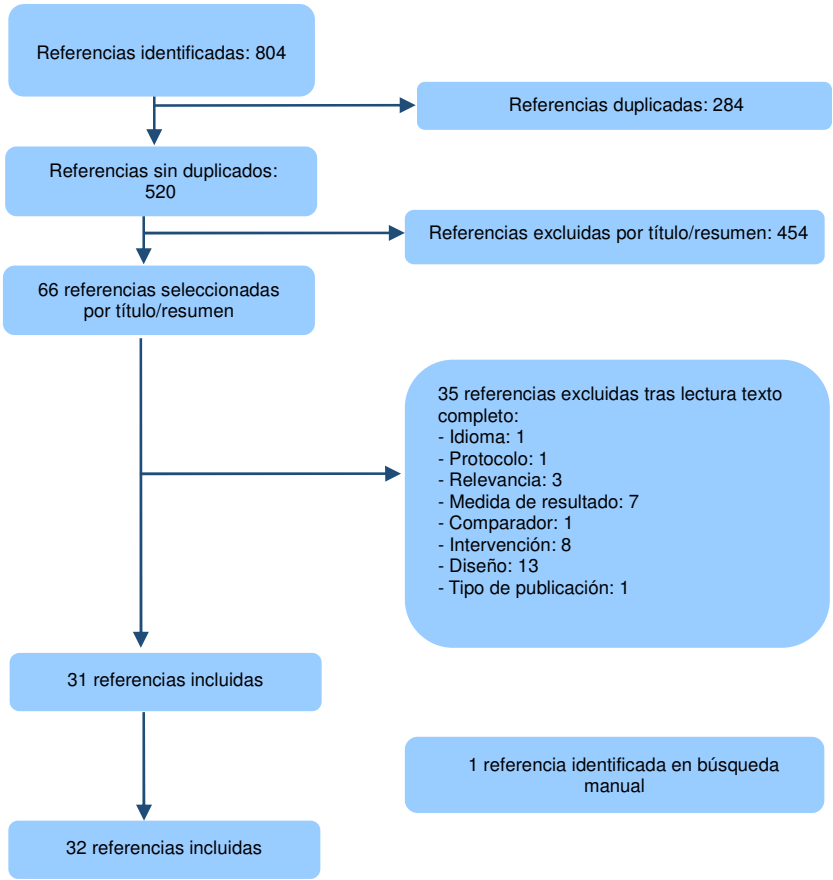
IV.2. Revisión sistemática de evaluaciones económicas

IV.2.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

La búsqueda de estudios económicos identificó 520 referencias una vez eliminados duplicados (véase Tabla 23). La Figura 26 muestra el proceso de selección de estudios. A partir de la lectura de títulos y resúmenes se seleccionaron 66 artículos para su lectura completa. A partir de la lectura a texto completo se decidió incluir en la RSEE un total de 31 evaluaciones económicas [47,122,131–159]. La búsqueda manual añadió un estudio [23] por lo que finalmente se incluyeron 32 evaluaciones económicas. El listado de las referencias excluidas se recoge en el Anexo 6. No fue posible recuperar uno de los artículos [160].

Tabla 23. Resultados de la búsqueda bibliográfica de estudios económicos				
Base de datos	Plataforma de acceso	Periodo buscado	Fecha de acceso	Nº de resultados
MEDLINE	Ovid	1946-Presente	29/8/2025	311
EMBASE	Elsevier	1974-Presente	29/8/2025	465
The CEA Registry	Tufts Medical Center	1976-Presente	29/8/2025	26
EconLit	EBSCOhost	1969-Presente	29/8/2025	2
TOTAL				804
Duplicados				284
TOTAL sin duplicados				520
CEA: Cost-Effectiveness Analysis; EMBASE: Excerpta Medica Data Base.				

Figura 26. Proceso de selección de estudios incluidos en la revisión sistemática de estudios económicos



IV.2.2. Características y calidad metodológica de los estudios incluidos

Se incluyeron en la RSEE un total de 32 estudios donde se evaluaba la atención escalonada: 12 en personas con depresión, 3 en pacientes con ansiedad, 5 en muestras mixtas con problemas de depresión y ansiedad principalmente, pero también algún otro problema de salud mental, 6 en pacientes con enfermedades somáticas y problemas de salud mental, 3 en TEPT, 2 en TOC y un estudio en personas con trastornos de la alimentación. Ninguna EE se incluyó que evaluara la atención escalonada en personas con estrés (sin problemas somáticos) o en personas con trastornos de la personalidad. Un único estudio fue realizado en España [23]. Las características se recogen en Tabla 24 y la calidad metodológica en el Anexo 8.

Depresión: de 12 estudios incluidos que evaluaban depresión, 5 fueron realizados en Europa (2 en Alemania, 2 en Países Bajos y uno en España), 2 en EE.UU., 2 en Chile, 2 en Canadá y otro en Australia. En 8 de los estudios los pacientes eran adultos con distintos grados de depresión, en 2 estudios eran mujeres adultas y en 2 estudios eran personas mayores de 60 y 80 años, respectivamente. En casi todos los estudios se comparaba frente a cuidados usuales, salvo en uno donde el comparador era mantener el mismo medicamento de inicio, en otros dos estudios donde había una tercera alternativa añadida al cuidado usual y consistente en TCC, y en un último estudio donde se comparaban dos formas de atención escalonada (con TCC individual o grupal) frente a cuidados usuales. Solo 4 estudios abordaron el análisis desde la perspectiva social, incluyendo costes directos sanitarios (CDS), costes directos no sanitarios (CDNS), costes de cuidados informales, y costes por pérdidas de productividad (CPP) uno de ellos. El resto de los estudios solo incluyó CDS. Ocho estudios evaluaron AVAC, dos estudios evaluaron días libres de depresión (DLD) y otros 2 estudios evaluó ambas medidas. El horizonte temporal fue de corto plazo predominantemente (de 6 o 12 meses); solo tres modelos tenían un horizonte temporal más allá del año.

Ansiedad: tres estudios (dos ensayos y un modelo tipo árbol) evaluaron la atención escalonada en población con distintos tipos de ansiedad: niños y adolescentes con ansiedad, trastorno de pánico y de ansiedad generalizada, y adultos con ansiedad leve/moderada. Dos de ellos adoptaron una perspectiva social; los tres realizaron el análisis para 12

meses. Dos estudios fueron realizados en Australia y un tercero en Países Bajos.

Ansiedad/depresión: cinco estudios (cuatro ensayos y un modelo) analizaron la atención escalonada en poblaciones mixtas con ansiedad y/o depresión. En todas ellas se comparaba con cuidados usuales. Las perspectivas, los costes incluidos y las medidas de resultados fueron variados. Cuatro estudios realizaron el análisis para un período de 12 meses, solo uno para un periodo superior de 30 meses. Dos estudios fueron realizados en Alemania, uno en Australia, uno en EE. UU. y otro en Países Bajos.

Enfermedad somática y síntomas de ansiedad/depresión: Seis estudios evaluaron la atención escalonada frente a cuidados usuales en poblaciones que tenían tanto una enfermedad somática como síntomas de ansiedad y/o depresión. La disparidad de enfermedades y métodos aplicados impide extraer conclusiones, a pesar de que todos los estudios fueran ECA realizados bien en EE. UU., bien en Países Bajos.

Estrés postraumático: tres ensayos analizaron la atención escalonada frente a cuidados usuales o TCC en pacientes con estrés postraumático. El horizonte temporal, los costes incluidos y las medidas de resultados fueron variados. Las poblaciones fueron diferentes en cada uno de los estudios: militares, niños de 4 a 12 años, y niños de 3 a 7. Todos los estudios fueron realizados en EE.UU.

TOC: dos estudios compararon TCC en el marco de la atención escalonada con TCC no escalonada. Uno fue realizado en Suecia en niños y adolescentes, mientras que el otro fue realizado en EE.UU. en adultos con TOC.

Bulimia nerviosa: solo un ECA realizado en EE.UU. incorporó una evaluación económica que comparaba atención escalonada frente a TCC en mujeres con bulimia nerviosa.

Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Estudio	País	Diseño	Alternativas en comparación	Población	Perspectiva del análisis	Horizonte temporal	Descuento	Medidas de eficacia	Costes incluidos
DEPRESIÓN									
Aragonès 2012	España	ECA	MAE (a) vs cuidados usuales	Adultos con depresión	Social / sanitario	12 meses	NA	DLD y AVAC	CDS, CPP
Araya 2006	Chile	ECA	MAE vs cuidados usuales	Mujeres adultas de bajos ingresos con depresión	Sistema sanitario	6 meses	NA	DLD	CDS
Brettschneider 2020	Alemania	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos con depresión leve como mínimo	Social	12 meses	NA	AVAC	CDS, CDNS, CPP, cuidados informales
Grochtdreis 2019	Alemania	ECA	MAE vs cuidados usuales	Mayores (60 años o más) con depresión moderada	Social	12 meses	NA	DLD y AVAC	CDS, CDNS, costes informales
Meeuwissen 2019	Países Bajos	Modelo: state-transition model	MAE vs cuidados usuales	Adultos con TDM de cualquier gravedad	Sistema sanitario	5 años	Costes: 4% Efectos: 1.5%	AVAC	CDS
Olgati 2013	EE. UU.	Modelo Markov	MAE vs cuidados usuales	Adultos con TDM	No explícito, sistema sanitario	26 semanas (6 meses)	NA	AVAC	CDS
Health Quality Ontario 2019	Canadá	Modelo: Árbol + Markov	TCC por internet seguido de TCC grupal o individual vs cuidados usuales	Adultos con TDM leve a moderado	Sistema sanitario	toda la vida	Costes: 1.5% Efectos: 1.5%	AVAC	CDS
Simon 2001	EE. UU.	ECA	MAE vs cuidados usuales	Depresión persistente	No explícito, sistema sanitario	6 meses	NA	DLD	CDS
Siskind 2010	Chile	Modelo Markov	MAE vs cuidados usuales	Mujeres adultas con depresión	No explícito, sistema sanitario	toda la vida	Costes: 3% Efectos: 3%	AVAC	CDS
Solomon 2015	Australia	Modelo tipo árbol	MAE vs cuidados usuales vs TCC	Depresión leve a moderada	Sistema sanitario	6 meses	NA	AVAC	CDS

Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Estudio	País	Diseño	Alternativas en comparación	Población	Perspectiva del análisis	Horizonte temporal	Descuento	Medidas de eficacia	Costes incluidos
Van der Weele 2012	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Mayores (75 años o más) con síntomas depresivos	Social	12 meses	NA	AVAC	CDS, cuidados informales, otros costes sociales
Yan 2019	Canadá	ECA + árbol	MAE vs cuidados usuales vs TCC	Adultos con síntomas de depresión	Sistema sanitario	12 meses	NA	AVAC	CDS
ANSIEDAD									
Chatterton 2019	Australia	ECA	MAE vs TCC presencial	Niño y adolescentes de 7 a 17 años con ansiedad	Social (sector sanitario como secundaria)	12 meses	NA	AVAC de niños y padres, por separado	CDS, CPP
Goorden 2014	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Trastorno de pánico y TAG	Social	12 meses	NA	AVAC	CDS, CPP
Stiles 2019	Australia	Modelo tipo árbol	MAE vs cuidados usuales	Adultos con ansiedad leve a moderada	Sistema sanitario	12 meses	NA	AVAD	CDS
MUESTRAS MIXTAS DEPRESIÓN/ANSIEDAD									
Chatterton 2022	Australia	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos con síntomas de ansiedad o depresión o tomando medicación para salud mental	Sistema sanitario / Social (parcial)	12 meses	NA	AVAC	CDS, CPP
Katon 2002	EE. UU.	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos tomando antidepresivos con depresión o ansiedad	Tercer pagador sanitario	30 meses	NI	Varias (clínicas)	CDS

Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Estudio	País	Diseño	Alternativas en comparación	Población	Perspectiva del análisis	Horizonte temporal	Descuento	Medidas de eficacia	Costes incluidos
Lambert 2024	Alemania	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos con algún diagnóstico de salud mental (b)	Social / sanitario	12 meses	NA	AVAC	CDS, costes sociosanitarios, CPP
Lee 2021	Australia	Modelo tipo árbol	MAE vs cuidados usuales	Adultos con trastornos de ansiedad y/o depresión	Sistema sanitario	12 meses	NA	AVAD	CDS
Veer-Tazelaar 2010	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Mayores (de 75 años o más) con depresión o ansiedad subclínicas	Social	12 meses	NA	Año de vida libre de trastorno	CDS, transporte
ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS									
El Alili 2020	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Cáncer colorrectal metastático y estrés psicológico	Social	48 semanas	NA	AVAC	CDS, CPP
Davidson 2013	EE. UU.	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos de 35 años o más con depresión tras un síndrome coronario agudo	NI	6 meses	NA	Varias (clínicas)	CDS
Dijk 2021	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	DM2 y/o enfermedad coronaria con síntomas de depresión subclínica	Social; SNS en análisis de sensibilidad	12 meses	NA	AVAC, otras	CDS, cuidados informales, CPP
Jansen 2017	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Cáncer de cabeza/cuello o cáncer de pulmón	Social	12 meses	NA	AVAC	CDS, CDNS, cuidados informales, CPP
Simon 2007	EE. UU.	ECA	MAE vs cuidados usuales	Diabetes y depresión	Sistema sanitario	24 meses	NI	DLD	CDS

Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Estudio	País	Diseño	Alternativas en comparación	Población	Perspectiva del análisis	Horizonte temporal	Descuento	Medidas de eficacia	Costes incluidos
van der Aa 2017	Países Bajos	ECA	MAE vs cuidados usuales	Adultos mayores con discapacidad visual y depresión y ansiedad	Social / sanitario	24 meses	NI	AVAC	CDS, CPP
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)									
Lavelle 2018	EE. UU.	ECA	MAE vs cuidados usuales	Militares con TEPT y/o depresión	Social	12 meses	NA	DLD y AVAC	CDS, CPP
Salloum 2022	EE. UU.	ECA	MAE vs TCC	Niños de 4 a 12 años con TEPT y sus cuidadores	Social	6 y 12 meses	NA	Varias (clínicas)	CDS, transporte
Salloum 2016	EE. UU.	ECA	MAE vs TCC	Niños de 3 a 7 años con TEPT y sus cuidadores	Social	3 meses	NA	Varias (clínicas)	CDS, CPP
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO									
Aspvall 2021	Suecia	ECA	TCC guiada por Internet implementada dentro de un modelo de atención escalonada vs TCC presencial	Niños y adolescentes con TOC	Social / sanitario	6 meses	NA	AVAC, otras	CDS, costes sociosanitarios, CPP
Tolin 2011	EE. UU.	ECA	TCC con EPR de respuesta de atención escalonada vs TCC con EPR estándar	Adultos con TOC	NI (social y sanitaria)	3 meses	NA	Varias (clínicas)	CDS, costes para el paciente

Tabla 24. Características de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Estudio	País	Diseño	Alternativas en comparación	Población	Perspectiva del análisis	Horizonte temporal	Descuento	Medidas de eficacia	Costes incluidos
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN									
Crow 2013	EE. UU.	ECA	MAE vs TCC	Mujeres con bulimia nerviosa con o sin purgas	Tercer pagador sanitario	12 meses	NA	Abstinencia, otras	CDS
AVAC: Años de vida ajustados por calidad; AVAD: Año de vida ajustado por discapacidad; CDNS: Costes directos no sanitarios; CDS: Costes directos sanitarios; CPP: Coste por pérdida de productividad; DLD: Días libres de depresión; DM2: Diabetes mellitus tipo 2; ECA: Ensayo clínico aleatorizado; EPR: Exposición y prevención de respuesta; MAE: Modelo de atención escalonada; NA: No aplica; NI: No indicado; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; TCC: Terapia cognitivo-conductual; TDM: Trastorno depresivo mayor; TEPT: Trastorno por estrés postraumático; TOC: Trastorno obsesivo compulsivo. (a) Atención escalonada colaborativa en atención primaria. (b) Esquizofrenia, trastorno bipolar, TDM, ansiedad, TOC, TEPT, trastorno adaptativo, somatoformo, de la alimentación, de la personalidad, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.									

IV.2.3. Resultados de los estudios incluidos por condiciones de salud

Los resultados se presentan por tipo de problema de salud. Los resultados clínicos, si están recogidos en la RS de efectividad por coincidir como incluidos los artículos en esa RS y en la RS de EE, se sintetizan aquí someramente.

IV.2.3.1. Depresión

El análisis de los resultados de los doce artículos que comparan la atención escalonada con los cuidados usuales para la depresión revela una gran variabilidad y dependencia del contexto. Cuatro estudios (Brettschneider et al. (2020) para depresión moderada [132], Meeuwissen et al.(2019) para TDM leve [134], Solomon et al. (2015) [138] y Yan et al. (2019) [139]) encontraron que la atención escalonada era la estrategia dominante, lo que significa que resultaba ser más efectiva y menos costosa que los cuidados usuales. En el extremo opuesto, el estudio de Brettschneider et al. 2020 [132], para la depresión leve determinó que la atención escalonada era la estrategia dominada, siendo más costosa y con un efecto incremental negativo; igualmente van der Weele no encontró que la atención escalonada fuera coste efectiva, sino menos efectiva y más costosa que los cuidados usuales en mayores con síntomas depresivos [122].

Para el resto de casos, las RCEI variaron ampliamente. Las RCEI más bajas por AVAC variaron de 468 \$/AVAC [137] a 11 481 \$/AVAC [135]. En España todas las RCEI estimadas por Aragonès et al., [23] al comparar el MAE y los cuidados habituales en atención primaria, fueron muy pequeñas. La RCEI más alta en España (4339 €/AVAC) se obtuvo desde la perspectiva social y tras la imputación de datos faltantes [23]. Los autores también realizaron análisis de sensibilidad probabilístico, obteniendo que la probabilidad de que el MAE sea coste-efectivo para un umbral bajo de 10 000 €/AVAC es superior al 90% [23].

En contraste, la variabilidad en los resultados de Brettschneider 2020 fue notable; mientras que para la depresión moderada la atención escalonada era dominante, para los casos moderadamente graves y graves las RCEI se disparaban a 465.154 €/AVAC y 2.082.714 €/AVAC respectivamente, sugiriendo una coste-efectividad muy baja en cuadros más severos. Los estudios que utilizaron DLD como resultado de efectividad, como el de Araya et al. (2006) (216 pesos/DLD) [131] y el de

Simon et al. (2001) [159] (35,05 \$/DLD), proporcionaron resultados en una métrica diferente, pero favorables de acuerdo a los autores. Finalmente, algunos estudios como el de Solomon et al. (2015) [138] y Yan et al. (2019) [139], también incluyeron comparaciones con la TCC, obteniendo de nuevo resultados dispares, favorables a la atención escalonada en el caso de Solomon et al. (2015) [138] (Tabla 25).

Tabla 25. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Depresión

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI	RCEI en € 2024
Aragonès 2014	Euros, 2011	MAE	NI	NI	Sanitaria: 165.1 € Social: 186.57 €	0.043 AVAC 37.45 DLD	Sanitaria: 3838.53 €/AVAC // 4.41 €/DLD Social: 4338.84 €/AVAC // 4.98 €/DLD	Sanitaria: 4763 €/AVAC // 5.47 €/DLD Social: 5385 €/AVAC // 6.18 €/DLD
		Cuidados usuales	NI	NI				
Araya 2006	CLP, 2004	MAE	25362 pesos	NI	10 855 pesos	50.4 DLD	216 pesos/DLD	0.90 €/DLD
		Cuidados usuales	14856 pesos	NI				
Brettschneider 2020 – Toda la muestra	Euros, 2012	MAE	23920 €	0.65 AVAC	5016 €	0.008 AVAC	627 000 €/AVAC	705 757 €/AVAC
		Cuidados usuales	21430 €	0.61 AVAC				
Brettschneider 2020 – Depresión leve	Euros, 2012	MAE	20228 €	0.68 AVAC	9731 €	-0.01 AVAC (a)	MAE dominado (a)	-
		Cuidados usuales	13798 €	0.67 AVAC				
Brettschneider 2020 – Depresión moderada	Euros, 2012	MAE	17729 €	0.71 AVAC	-628 €	0.028 AVAC	MAE dominante	-
		Cuidados usuales	21443 €	0.64 AVAC				
Brettschneider 2020 – Depresión moderadamente grave	Euros, 2012	MAE	24647 €	0.63 AVAC	6047 €	0.013 AVAC	465 154 €/AVAC	523 582 €/AVAC
		Cuidados usuales	24400 €	0.61 AVAC				
	Euros, 2012	MAE	34425 €	0.58 AVAC	14 579 €	0.007 AVAC	2 082 714 €/AVAC	2 344 323 €/AVAC

Tabla 25. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Depresión

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI	RCEI en € 2024
Brettschneider 2020 – Depresión grave		Cuidados usuales	23999 €	0.5 AVAC				
Grochtdreis 2019	Euros, 2013	MAE	6395 €	207.1 DLD 0.57 AVAC	354 €	21.4 DLD 0.01 AVAC	NI 35 400 €/AVAC (b)	39 079 €/AVAC
		Cuidados usuales	6041 €	185.8 DLD 0.56 AVAC				
Lee 2021 (modelo)	AUD, 2019	MAE	NI	NI	38 millones \$	9987 AVAD	3778 \$/AVAD	1959 €/AVAD
		Cuidados usuales	NI	NI				
Meeuwissen 2019 – TDM leve	Euros, 2017	MAE	NI	NI	-36.72 €	0.014492 AVAC	MAE dominante	
		Cuidados usuales	NI	NI				
Meeuwissen 2019 – TDM moderado-grave	Euros, 2017	MAE	NI	NI	46.96 €	0.014831 AVAC	3166 €/AVAC	3252 €/AVAC
		Cuidados usuales	NI	NI				
Olgati 2013	USD, 2011	MAE	800.33 \$	NI	75.92 \$	0.007 AVAC	11 481 \$/AVAC	10 065 €/AVAC
		Cuidados usuales	NI	NI				
Health Quality Ontario 2019	CAD, 2018	TCC por internet seguido de TCC grupal	280 498 \$	18.3 AVAC				

Tabla 25. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Depresión

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI	RCEI en € 2024
		TCC por internet seguido de TCC individual	280 538 \$	18.336 AVAC	39,82 \$	0,036 AVAC	1098 \$/AVAC	713 €/AVAC
		Cuidados usuales	283 651 \$	18.09 AVAC	3113,37 \$	-0,246 AVAC	MAE dominado	-
Simon 2001	USD, año NI	MAE	2406 \$	87.7 DLD	584 \$	16.7 DLD	35.05 \$/DLD	34.47 €/DLD
		Cuidados usuales	2110 \$	70.9 DLD				
Siskind 2010	USD, 2003	MAE	41 \$	20.91 AVAC	26 \$	NI	468 \$/AVAC	487 €/AVAC
		Cuidados usuales	15 \$	20.82 AVAC				
Solomon 2015	AUD, 2013/14	MAE	NI	NI	-	-	-	
		Cuidados usuales	NI	NI	158 \$	-0.02 AVAC	MAE dominante	-
		TCC	NI	NI	1996 \$	0.03 AVAC	2966.37 \$/AVAC (d)	1685 €/AVAC
Van der Weele 2012 – Mayores de 75 a 79 años	Euros, año NI	MAE	14024 €	0.463 AVAC	NI	NI	NI	-
		Cuidados usuales	9352 €	0.484 AVAC				
Van der Weele 2012 – Mayores de 80 años y más		MAE	16087 €	0.419 AVAC	NI	NI	NI	-
		Cuidados usuales	16661 €	0.375 AVAC				
Yan 2019	CAD, 2017	MAE	3075 \$	0.767 AVAC	-	-	-	

Tabla 25. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Depresión

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI	RCEI en € 2024
		Cuidados usuales	3516 \$	0.73 AVAC	-440 \$	0.037 AVAC	MAE dominante	
		TCC	2522 \$	0.758 AVAC	554 \$	0.0097 AVAC	NI 57 113 \$/AVAC (b)	37 675 €/AVAC

AUD: Dólar de Australia; **AVAC:** Años de vida ajustados por calidad; **CAD:** Dólar de Canadá; **CLP:** Peso de Chile; **DLD:** Días libres de enfermedad; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **NI:** No informado; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental; **TCC:** Terapia cognitivo-conductual; **USD:** Dólar de EE. UU.

(a) Se extrae de forma fidedigna del artículo, aunque los datos no permiten concluir que haya dominancia.

(b) Estimación propia a partir de datos del artículo.

(c) DLD no informados; los autores sí indicaron que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en DLD.

(d) Atención escalonada es menos costosa y menos efectiva que TCC (cuarto cuadrante).

IV.2.3.2. Ansiedad

Un estudio [140], que comparó MAE frente a TCC presencial en menores de edad, no encontró diferencias significativas ni en costes (desde ninguna perspectiva) ni en AVAC en niños y padres.

En el ensayo realizado en Países Bajos en adultos [141] se encontraron diferencias significativas en la mejora en términos de AVAC a favor de la atención escalonada en comparación con cuidados usuales. Desde la perspectiva del sector sanitario se obtuvo una RCEI inferior a 6965 €/AVAC, mientras que, desde la perspectiva social, los autores concluyeron que la atención escalonada era dominante, es decir, menos costosa y más efectiva.

Lee et al. (2021) [146] en su modelo realizó un subanálisis de subgrupos, analizando costes y efectos para adultos únicamente con ansiedad de su muestra mixta, obteniendo una RCEI de 20 323 \$ por AVAD (año de vida ajustado por discapacidad) evitado.

El modelo de Stiles et al. 2019 [142], en Australia, encontró que la atención escalonada en adultos con ansiedad leve o moderada era más costosa y más efectiva que los cuidados usuales, y estimó una RCEI de 3093 \$ por AVAD evitado (Tabla 26).

Tabla 26. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Ansiedad

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Chatterton 2019 (a)	AUD, 2015/16	MAE	Sanitaria: 1732 \$ Social: 2828 \$	Niños: 0.687 AVAC Padres: 0.785 AVAC	Sanitaria: -563 \$ Social: -1334 \$ Diferencias no significativas	Niños: -0.011 AVAC Padres: -0.002 AVAC Diferencias no significativas	NI (cuarto cuadrante)
		TCC presencial	Sanitaria: 2182 \$ Social: 4509 \$	Niños: 0.693 AVAC Padres: 0.792 AVAC			
Goorden 2014 (b)	Euros, 2009	MAE	Sanitaria: 1854 € Social: NI	0.11 AVAC	NI	0.05 AVAC Diferencias significativas	Sanitaria: 6965 €/AVAC (ratio en € de 2024: 7640 €/AVAC) Social: Dominante
		Cuidados usuales	Sanitaria: 1503 € Social: NI	0.06 AVAC			
Lee 2021 (modelo)	AUD, 2019	MAE	NI	NI	41 millones \$	2004 AVAD	Original: 20 323 \$/AVAD Ratio en € 2024: 10 538 €/AVAD
		Cuidados usuales	NI	NI			
Stiles 2019 (modelo)	AUD, 2013	MAE	NI	NI	11 281 947 \$	3647 AVAD	Original: 3093 \$/AVAD Ratio en € 2024: 1762 €/AVAD
		Cuidados usuales	NI	NI			

(a) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Rapee et al. (2017) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

(b) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Muntingh et al. (2013) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

AUD: Dólar de Australia; **AVAC:** Años de vida ajustados por calidad; **AVAD:** Años de vida ajustados por discapacidad; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **NI:** No informado; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental; **TCC:** Terapia cognitivo-conductual.

IV.2.3.3. Muestras mixtas depresión/ansiedad

De los 5 estudios que evaluaron el coste-efectividad de la atención escalonada (frente a cuidados usuales), solo uno de ellos [143] encontró la atención escalonada como una alternativa dominada, esto es, más costosa y menos efectiva que los cuidados usuales. Sin embargo, en ningunos de los análisis de subgrupos realizados se encontró que las diferencias en AVAC fueron significativas. En otros dos estudios se encontraron resultados tendentes a la dominancia [144,145]. En un único modelo, Lee et al. (2021) [146] se obtuvo una RCEI de 5207 \$ por AVAD evitado (Tabla 27).

Tabla 27. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Muestras mixtas con depresión/ansiedad

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Chatterton 2022 – Toda la muestra (a)	AUD, 2018/19	MAE	Social: 11 553 \$ Sanitaria: 3871 \$	0.613 AVAC	Social: 115 \$ (dif. no signif.) Sanitaria: 50 \$ (dif. signif.)	-0.008 AVAC Diferencias no significativas	Dominado
		Cuidados usuales	Social: 11 022 \$ Sanitaria: 2787 \$	0.621 AVAC			
Chatterton 2022 – Síntomas mínimos/leves (a)	AUD, 2018/19	MAE	Social: 5136 \$ Sanitaria: 991\$	0.772 AVAC	Social: 179 \$ (dif. no signif.) Sanitaria: 59 \$ (dif. signif.)	-0.001 AVAC Diferencias no significativas	Dominado
		Cuidados usuales	Social: 4749 \$ Sanitaria: 640 \$	0.779 AVAC			
Chatterton 2022 – Síntomas graves (a)	AUD, 2018/19	MAE	Social: 17 878 \$ Sanitaria: 6710 \$	0.456 AVAC	Social: 344 \$ (dif. no signif.) Sanitaria: 645 \$ (dif. no signif.)	-0.004 Diferencias no significativas	Dominado
		Cuidados usuales	Social: 17 221 \$ Sanitaria: 4908 \$	0.465 AVAC			
Katon 2002 (b)	USD, año NI	MAE	9192 \$	(b)	Diferencias no significativas	Diferencias significativas en síntomas depresivos (b)	
		Cuidados usuales	9799 \$	(a)			
Lambert 2024 (a)	Euros, 2019	MAE	Social: 18 027 € Sanitaria: 8901 €	0.73 AVAC	Social: -4774 € Sanitaria: -3176 €	0.02 AVAC	Dominante
		Cuidados usuales	Social: 22 801 € Sanitaria: 12 077 €	0.71 AVAC			

Tabla 27. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Muestras mixtas con depresión/ansiedad

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Lee 2021 (modelo)	AUD, 2019	MAE	NI	NI	62 millones \$	11 991 AVAD	Original: 5207 \$/AVAD
		Cuidados usuales	NI	NI			Ratio en € 2024: 2700 €/AVAD
Veer-Tazelaar 2010	Euros, 2007	MAE	2985 €	NI	563.42 € Diferencias no significativas	NI Diferencias significativas	Original: 4367 € por año de vida libre de trastorno (4912 € en € 2024)
		Cuidados usuales	2453 €	NI			

(a) Las muestras incluyen personas con ansiedad, depresión y/o con otros problemas de salud mental.
(b) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Katon et al. (2004) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad

AUD: Dólar de Australia; **AVAC:** Años de vida ajustados por calidad; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **NI:** No informado; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental.

IV.2.3.4. Enfermedad somática y depresión/ansiedad/estrés

Los seis estudios incluidos evaluaron la atención escalonada frente a cuidados usuales para seis poblaciones distintas. En cinco de ellos se obtuvo un coste menor y una mayor efectividad con la atención escalonada por lo que podría concluirse que la intervención es dominante. Solo un estudio, realizado en Países Bajos en población con enfermedad coronaria y depresión subclínica [150], obtuvo una RCEI por encima de los umbrales de coste-efectividad habitualmente considerados (Tabla 28).

Tabla 28. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Enfermedad somática y depresión / ansiedad / estrés

Estudio y población	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
El Alili 2020 – cáncer colorrectal metastático y estrés	Euros, 2016	MAE	32 112 €	0.63 AVAC	-1152 €	0.042 AVAC	Dominante
		Cuidados usuales	33 329 €	0.58 AVAC			
Davidson 2013 – síndrome coronario agudo y depresión (a)	USD, 2011	MAE	NI	(a)	-325 \$ Diferencias no significativas	(a)	Dominante
		Cuidados usuales	NI	(a)			
Dijk 2021 – DM2 y/o enfermedad coronaria y depresión subclínica (b)	Euros, 2014	MAE	17 236 €	0.709 AVAC	Social: 919 € Sanitaria: 1369 €	0.010 AVAC	Social: 88 898 €/AVAC (93 610 en euros de 2024) Sanitaria: NI, > social (b)
		Cuidados usuales	16 235 €	0.708 AVAC			
Jansen 2017 – cáncer de cabeza/cuello o de pulmón	Euros, 2011	MAE	9761 €	0.884 AVAC	-2499 €	0.076 AVAC	Dominante
		Cuidados usuales	13 711 €	0.768 AVAC			
Simon 2007 – diabetes y depresión (c)	USD, año NI	MAE	NI	NI	-314 \$	61 DLD (c)	Dominante
		Cuidados usuales	NI	NI			
van der Aa 2017 – mayores con discapacidad visual y depresión / ansiedad	Euros, 2013	MAE	Social: 21 931 € Sanitaria: 16 661 €	1.32 AVAC	Social: -877 € Sanitaria: -1154 €	0.03 AVAC	Dominante (d)
		Cuidados usuales	Social: 22 808 € Sanitaria: 17 815 €	1.28 AVAC			

(a) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Davidson al. (2013) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

(b) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Pols al. (2017) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

(c) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Katon al. (2004) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

(d) Los resultados desde la perspectiva social se corresponden con la estimación de las pérdidas de productividad por el método de costes de fricción. Adicionalmente los autores estimaron los costes por pérdida de productividad por el método del capital humano, resultando en un coste incremental social de +200 € y una RCEI superior de 66 667 €/AVAC.

AVAC: Años de vida ajustados por calidad; **DLD:** Días libres de enfermedad; **NI:** No informado; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental; **USD:** Dólar de EE. UU.

IV.2.3.5. Trastorno de estrés postraumático

En el estudio estadounidense realizado en militares con TEPT (o depresión) [153], no se obtuvieron diferencias significativas en costes ni en AVAC o días libres de síntomas entre la atención escalonada y los cuidados usuales. No obstante, los autores estimaron una RCEI cercana a 50 000 \$/AVAC. Para más información sobre los resultados clínicos, puede consultarse el artículo de Engel et al. (2016) [125].

Los otros dos estudios fueron realizados en niños, por el mismo grupo de autores, en EE. UU. [154,155]. En ambos estudios no se encontraron diferencias en efectos, pero sí se encontraron diferencias en costes a favor de la atención escalonada, que sería menos costosa que la TCC (ver Tabla 29).

Tabla 29. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastorno por estrés postraumático

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Lavelle 2018 (a)	USD, 2014	MAE	23 135 \$	0.6 AVAC 0.31 DLD 0.3 DLEP	987 \$ Diferencias no significativas	0.02 AVAC 0.02 DLD 0.03 DLEP Diferencias no significativas	Original: 49 346 \$/AVAC Ratio en € 2024: 40 970 €/AVAC
		Cuidados usuales	22 138 \$	0.59 AVAC 0.29 DLD 0.32 DLEP			
Salloum 2022 (b)	USD, 2020	MAE	1992.8 \$	(b)	Diferencias significativas	Diferencias no significativas (b)	Dominante
		TCC	2925.41	(b)			
Salloum 2016 (c)	USD, año NI	MAE	953.17	(c)	Diferencias significativas	Diferencias no significativas (c)	Dominante
		TCC	1957.19	(c)			

(a) Los resultados clínicos se recogen en Engel et al. (2016), ECA incluido en los metanálisis de la revisión sistemática de la efectividad.

(b) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Salloum et al. (2022) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

(c) Los resultados clínicos se recogen en Salloum et al. (2016), ECA incluido en los metanálisis de la revisión sistemática de la efectividad.

AVAC: Años de vida ajustados por calidad; **CAD:** Dólar de Canadá; **CLP:** Peso de Chile; **DLEP:** Días libres de estrés postraumático; **DLD:** Días libres de depresión; **MAE:** Modelo de atención escalonada; **NI:** No informado; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental; **TCC:** Terapia cognitivo-conductual; **USD:** Dólar de EE. UU.

IV.2.2.6. Trastorno obsesivo-compulsivo

Las dos evaluaciones económicas que evaluaban atención escalonada para el TOC consistían en ECA realizados en EE.UU. (también incluidos en la RS de la efectividad). En el estudio realizado en niños y adolescentes [156] se encontró que la intervención consistente en TCC dentro de un modelo de atención escalonada era menos costosa y también menos efectiva en AVAC (sin diferencias en otras variables clínicas, véase apartado de la RS de la efectividad), en comparación con TCC presencial. En el estudio realizado en adultos con TOC [161], no se encontraron diferencias significativas entre la TCC con EPR dentro de un modelo de atención escalonada y la TCC con EPR estándar, mientras que sí se encontraron diferencias en costes (ver Tabla 30).

Tabla 30. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastorno obsesivo compulsivo

Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Aspvall 2021 (a)	USD, 2020	TCC guiada por Internet dentro de modelo de atención escalonada	Social: 10 755 \$ Sanitario: 6081 \$	0.62 AVAC	Social: -1748 \$ Sanitario: -1530 \$	-0.029 AVAC Sin diferencias en otras variables clínicas (a)	NI (cuarto cuadrante)
		TCC presencial	Social: 13 592 \$ Sanitario: 7527 \$	0.636 AVAC			
Tolin 2011 (b)	USD, año NI	TCC con EPR dentro de modelo de atención escalonada	3121.65 \$	(b)	Diferencias significativas	No diferencias significativas (b)	Dominante
		TCC con EPR estándar	5222.8 \$	(b)			

(a) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Aspvall et al. (2021) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad. Atención escalonada es menos costosa y menos efectiva que TCC (cuarto cuadrante).

(b) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Tolin et al. (2011) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.

AVAC: Años de vida ajustados por calidad; **EPR:** Exposición y prevención de respuesta; **NI:** No informado; **RCEI:** Ratio coste-efectividad incremental; **TCC:** Terapia cognitivo-conductual; **USD:** Dólar de EEUU.

IV.2.3.7. Trastornos de la conducta alimentaria

Crow et al. (2013) [158] evaluaron la terapia escalonada frente a la TCC en mujeres con bulimia nerviosa en el marco de un ensayo clínico en EE.UU. El horizonte temporal fue de un año, solo se incluyeron CDS y se analizaron medidas de resultado como la abstinencia (y otras clínicas cuyos resultados detallados pueden verse en Mitchell et al. (2011) [90] (apartado de la RS de la efectividad). Según los resultados obtenidos por los autores, en un 81% de las simulaciones (casos del bootstrapping), la atención escalonada era menos costosa y más efectiva que la TCC (ver Tabla 31).

Tabla 31. Resultado de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática: Trastornos alimentarios							
Estudio	Moneda y año	Alternativa	Costes	Efectos	Coste incremental	Efecto incremental	RCEI
Crow 2013 (a)	USD, 2005	Atención escalonada	3158 \$	Abstinencia: 26%	NI	NI	Dominante
		TCC	3657 \$	Abstinencia: 18%			
NI: No informado; RCEI: Ratio coste-efectividad incremental; TCC: Terapia cognitivo-conductual; USD: Dólar de EE. UU. (a) La descripción detallada de la intervención y más resultados clínicos se recogen en Mitchell et al. (2011) en los apartados de la revisión sistemática de la efectividad.							

IV.3. Análisis económico

IV.3.1. Análisis de coste-utilidad

IV.3.1.1. Valores de los parámetros del modelo

Los parámetros utilizados en el modelo se pueden consultar en la Tabla 32, Tabla 33 y Tabla 34.

Tabla 32. Probabilidades de transición y utilidades			
Parámetro	Valor (DE)	Distribución	Fuente
Probabilidades de transición			
Remisión (MAE, 3 meses)	0.319 (0.034)	Beta	Aragonès et al [47]
Depresión (MAE, 3 meses)	0.681 (0.034)	Beta	

Tabla 32. Probabilidades de transición y utilidades			
Parámetro	Valor (DE)	Distribución	Fuente
Remisión (MAE, 6 meses)	0.452 (0.037)	Beta	
Depresión (MAE, 6 meses)	0.548 (0.037)	Beta	
Remisión (MAE, 12 meses)	0.488 (0.038)	Beta	
Depresión (MAE, 12 meses)	0.512 (0.038)	Beta	
Remisión (MAE, 36 meses)	0.577 (0.042)	Beta	
Depresión (MAE, 36 meses)	0.423 (0.042)	Beta	
Remisión (TH, 3 meses)	0.152 (0.03)	Beta	
Depresión (TH, 3 meses)	0.848 (0.03)	Beta	
Remisión (TH, 6 meses)	0.239 (0.037)	Beta	
Depresión (TH, 6 meses)	0.761 (0.037)	Beta	
Remisión (TH, 12 meses)	0.354 (0.042)	Beta	
Depresión (TH, 12 meses)	0.646 (0.042)	Beta	
Remisión (TH, 36 meses)	0.485 (0.05)	Beta	
Depresión (TH, 36 meses)	0.515 (0.05)	Beta	
Utilidades			
Remisión (3 meses)	0.68 (0.297)	Beta	García Pérez et al [49]
Depresión (3 meses)	0.557 (0.275)	Beta	
Remisión (6 meses)	0.682 (0.302)	Beta	
Depresión (6 meses)	0.594 (0.273)	Beta	
Remisión (12 meses)	0.682 (0.302)	Beta	Supuesto (igual a la utilidad de remisión a los 6 meses)
Depresión (12 meses)	0.594 (0.273)	Beta	Supuesto (igual a la utilidad de depresión a los 6 meses)
Remisión (36 meses)	0.682 (0.302)	Beta	Supuesto (igual a la utilidad de remisión a los 6 meses)
Depresión (36 meses)	0.594 (0.273)	Beta	Supuesto (igual a la utilidad de depresión a los 6 meses)
Las probabilidades del estado <i>depresión</i> para cada momento t (t = 3, 6, 12 o 36 meses) se calculan como 1- probabilidad de remisión en t.			
DE: desviación estándar; MAE: modelo de atención escalonada; TH: tratamiento habitual.			

Tabla 33. Uso de recursos				
Parámetro	Medida	Valor (DE)	Distribución	Fuente
Medicina general (MAE, 12 meses)	Visita	8.2 (7.1)	Gamma	Aragonès et al [46]
Medicina general (MAE, último año a los 36 meses)	Visita	1.1 (2.1)	Gamma	
Enfermería (MAE, 12 meses)	Visita	5 (4.9)	Gamma	
Enfermería (MAE, último año a los 36 meses)	Visita	0.9 (4.6)	Gamma	
Psiquiatría (MAE, 12 meses)	Visita	1.1 (4.1)	Gamma	
Psiquiatría (MAE, último año a los 36 meses)	Visita	0.2 (0.9)	Gamma	
Psicología (MAE, 12 meses)	Visita	2.3 (5.7)	Gamma	
Psicología (MAE, último año a los 36 meses)	Visita	0.7 (4.4)	Gamma	
Medicina general (TH, 12 meses)	Visita	8.2 (7.8)	Gamma	
Medicina general (TH, último año a los 36 meses)	Visita	1.1 (2.5)	Gamma	
Enfermería (TH, 12 meses)	Visita	1.9 (3.7)	Gamma	
Enfermería (TH, último año a los 36 meses)	Visita	0.3 (1.4)	Gamma	
Psiquiatría (TH, 12 meses)	Visita	0.6 (1.4)	Gamma	
Psiquiatría (TH, último año a los 36 meses)	Visita	0.1 (0.6)	Gamma	
Psicología (TH, 12 meses)	Visita	1.7 (3.9)	Gamma	
Psicología (TH, último año a los 36 meses)	Visita	0.3 (1)	Gamma	
Se asumió que el uso de recursos entre los meses 12 y 24 es el mismo que entre los meses 24 y 36 (es decir, el que se informa para el mes 36).				
DE: Desviación estándar; MAE: modelo de atención escalonada; TH: Tratamiento habitual.				

Tabla 34. Costes unitarios (EUR 2025)			
	Valor (DE)	Distribución	Fuente
Visita a medicina general	58.26 (17.59)	Gamma	Tarifas públicas de las CC.AA.
Visita a enfermería de AP	30.69 (10.90)	Gamma	
Visita a psiquiatría	119.74 (67.81)	Gamma	
Visita a psicología	50.62 (17.46)	Gamma	
Antidepresivos (MAE)	133.74 (-)*	Uniforme	Aragonès et al [23]
Antidepresivos (TH)	161.78 (-)*	Uniforme	
Material del programa	16.72 (-)*	Uniforme	

* Para el análisis de sensibilidad probabilístico se utilizó un ±20% del valor del caso base.

AP: atención primaria; **DE:** desviación estándar; **MAE:** modelo de atención escalonada; **TH:** Tratamiento habitual.

IV.3.1.2. Resultados sobre el caso base

La Tabla 35 recoge los resultados del análisis coste-utilidad en el caso base, desde la perspectiva del SNS. Los resultados muestran que el coste promedio del MAE es inferior al coste promedio del tratamiento habitual (con una diferencia de aproximadamente de 133.08€ por paciente). Los AVAC, por su parte, son superiores en el MAE en comparación con el tratamiento habitual (específicamente, 0.086 AVAC adicionales por paciente), lo que resulta en que la alternativa del MAE sea una estrategia dominante (es decir, menos costosa y más efectiva) frente a la práctica clínica habitual.

Tabla 35. Resultados caso base. Perspectiva del SNS		
	Coste	AVAC
Tratamiento habitual	835.60 €	1.844
Modelo atención escalonada	702.52 €	1.930
Diferencia (vs. tratamiento habitual)	- 133.08 €	0.086
RCEI (€/AVAC)	Dominante	
AVAC: años de vida ajustados por calidad; RCEI: ratio coste-efectividad incremental; SNS: Sistema Nacional de Salud.		

IV.3.1.3. Resultados del análisis de sensibilidad determinístico

Los resultados del análisis de sensibilidad determinístico (Tabla 36), en el que se han variado prácticamente la totalidad de los parámetros utilizados en el modelo, van en línea con los resultados del caso base, ya que, en todos los casos, el MAE se mantiene como estrategia dominante frente a la práctica clínica habitual.

Tabla 36. Resultados del análisis de sensibilidad determinístico			
RCEI (caso base)			Dominante
Parámetro	Valor del caso base	Valor ASD	RCEI
Probabilidades de transición			
Remisión (MAE, 3 meses)	0.319	0.256 [-20%]	Dominante
		0.383 [+20%]	Dominante
Remisión (MAE, 6 meses)	0.452	0.362 [-20%]	Dominante
		0.542 [+20%]	Dominante
Remisión (MAE, 12 meses)	0.488	0.390 [-20%]	Dominante
		0.586 [+20%]	Dominante
Remisión (MAE, 36 meses)	0.577	0.462 [-20%]	Dominante
		0.692 [+20%]	Dominante
Remisión (TH, 3 meses)	0.152	0.122 [-20%]	Dominante
		0.182 [+20%]	Dominante
Remisión (TH, 6 meses)	0.239	0.191 [-20%]	Dominante
		0.287 [+20%]	Dominante
Remisión (TH, 12 meses)	0.354	0.283 [-20%]	Dominante
		0.425 [+20%]	Dominante
Remisión (TH, 36 meses)	0.485	0.388 [-20%]	Dominante
		0.582 [+20%]	Dominante
Utilidades			
Remisión (3 meses)	0.680	0.544 [-20%]	Dominante
		0.816 [+20%]	Dominante
Depresión (3 meses)	0.557	0.446 [-20%]	Dominante
		0.668 [+20%]	Dominante
Remisión (6 meses)	0.682	0.546 [-20%]	Dominante
		0.818 [+20%]	Dominante
Depresión (6 meses)	0.594	0.475 [-20%]	Dominante
		0.713 [+20%]	Dominante

Tabla 36. Resultados del análisis de sensibilidad determinístico			
RCEI (caso base)			Dominante
Parámetro	Valor del caso base	Valor ASD	RCEI
Uso de recursos			
Medicina general (MAE, 12 meses)	8.2	6.56 [-20%]	Dominante
		9.84 [+20%]	Dominante
Enfermería (MAE, 12 meses)	5.0	4.0 [-20%]	Dominante
		6.0 [+20%]	Dominante
Psiquiatría (MAE, 12 meses)	1.1	0.88 [-20%]	Dominante
		1.32 [+20%]	Dominante
Psicología (MAE, 12 meses)	2.3	1.84 [-20%]	Dominante
		2.76 [+20%]	Dominante
Medicina general (TH, 12 meses)	8.2	6.56 [-20%]	Dominante
		9.84 [+20%]	Dominante
Enfermería (TH, 12 meses)	1.9	1.52 [-20%]	Dominante
		2.28 [+20%]	Dominante
Psiquiatría (TH, 12 meses)	0.6	0.48 [-20%]	Dominante
		0.72 [+20%]	Dominante
Psicología (TH, 12 meses)	1.7	1.36 [-20%]	Dominante
		2.04 [+20%]	Dominante
Costes unitarios			
Visita a medicina general	58.26	46.61 [-20%]	Dominante
		69.91 [+20%]	Dominante
Visita a enfermería de AP	30.69	24.55 [-20%]	Dominante
		36.83 [+20%]	Dominante
Visita a psiquiatría	119.74	95.79 [-20%]	Dominante
		143.69 [+20%]	Dominante
Visita a psicología	50.62	40.50 [-20%]	Dominante
		60.74 [+20%]	Dominante
Antidepresivos (MAE)	133.74	106.99 [-20%]	Dominante
		160.49 [+20%]	Dominante
Antidepresivos (TH)	161.78	129.42 [-20%]	Dominante
		194.14 [+20%]	Dominante
Material del programa	16.72	13.38 [-20%]	Dominante
		20.06 [+20%]	Dominante
AP: atención primaria; ASD: análisis de sensibilidad determinístico; DE: desviación estándar; MAE: modelo de atención escalonada; RCEI: Ratio coste-efectividad incremental; TH: Tratamiento habitual			

IV.3.1.4. Resultados del análisis de sensibilidad probabilístico

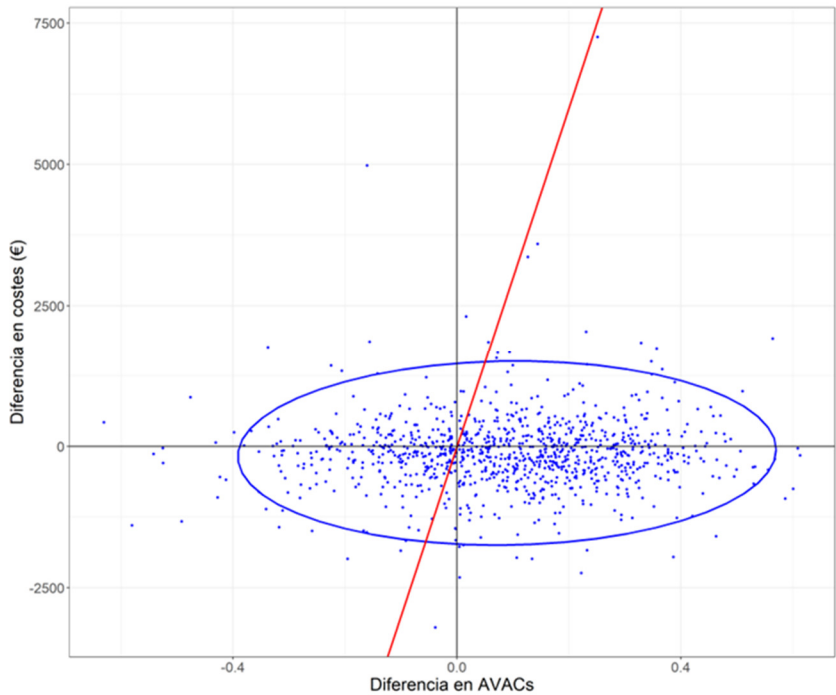
Los resultados del análisis de sensibilidad probabilístico, obtenidos a partir de las 1.000 iteraciones de Monte Carlo, concuerdan con los resultados estimados en el caso base, confirmando su robustez (Tabla 37). No obstante, este análisis pone de manifiesto la existencia de cierta variabilidad en la RCEI, al oscilar entre valores negativos y positivos.

Tabla 37. Resultados del análisis de sensibilidad probabilístico			
	Coste [IC 95%]	AVAC [IC 95%]	RCEI (€/AVAC)
Tratamiento habitual	715.49 € [309.64; 1956.46]	1.861 [1.177; 2.432]	Dominante [-27 556.25; 28 875.74]
Modelo atención escalonada	579.74 € [228.67; 1910.71]	1.965 [1.092; 2.587]	
AVAC: Años de vida ajustados por calidad; IC: Intervalo de confianza; RCEI: Ratio coste-efectividad incremental.			

Esta variabilidad en los resultados se puede observar también a través del plano de coste-efectividad incremental (Figura 27), donde se representan las 1000 simulaciones ejecutadas en el análisis probabilístico. Tal y como se recoge en la figura, las simulaciones se encuentran repartidas por los cuatro cuadrantes del plano, con una ligera mayor presencia en los cuadrantes de la derecha, lo que se traduce en una mayor probabilidad de que el MAE genere una mayor efectividad que el comparador. Además, una mayor cantidad de puntos se establecen bajo el umbral de coste oportunidad (establecido para este análisis en 30 000 €/AVAC), y, por tanto, suponiendo que el MAE puede ser una estrategia coste-efectiva.

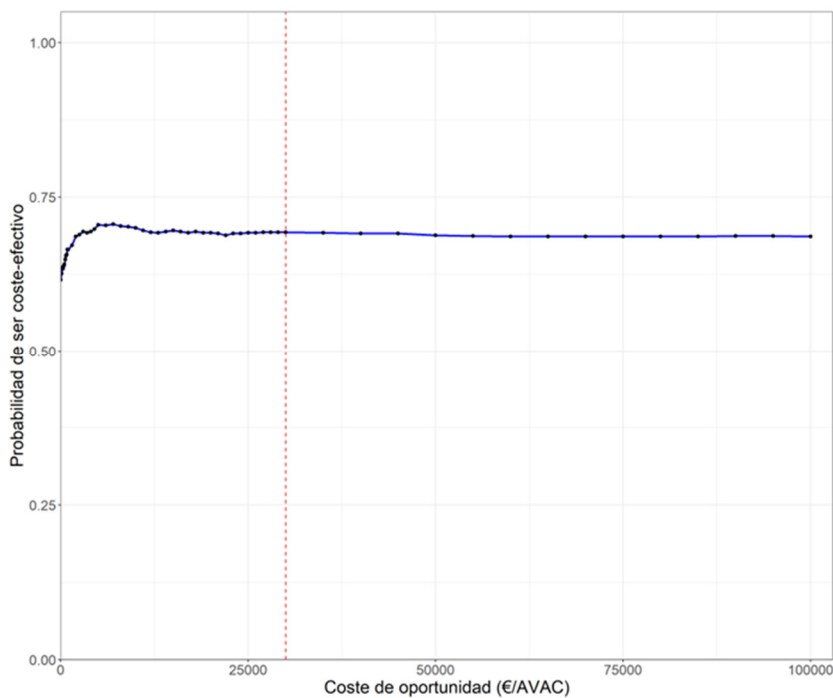
Por último, a partir de la curva de aceptabilidad se puede determinar que, para un coste de oportunidad de un AVAC de 30 000€, la probabilidad de que el MAE sea coste-efectivo se sitúa en un 69.3% (Figura 28).

Figura 27. Plano de coste-efectividad incremental



La elipse azul resume la dispersión de los puntos y ayuda a visualizar la región donde se concentra la mayor parte de los resultados. Mientras, la línea roja representa el umbral de coste de oportunidad (30 000 € por AVAC, en nuestro caso) que nos ayuda a identificar qué proporción de simulaciones podrían ser coste-efectivas.

Figura 28. Curva de aceptabilidad



La línea roja representa el umbral de coste de oportunidad (30 000 € por AVAC, en nuestro caso).

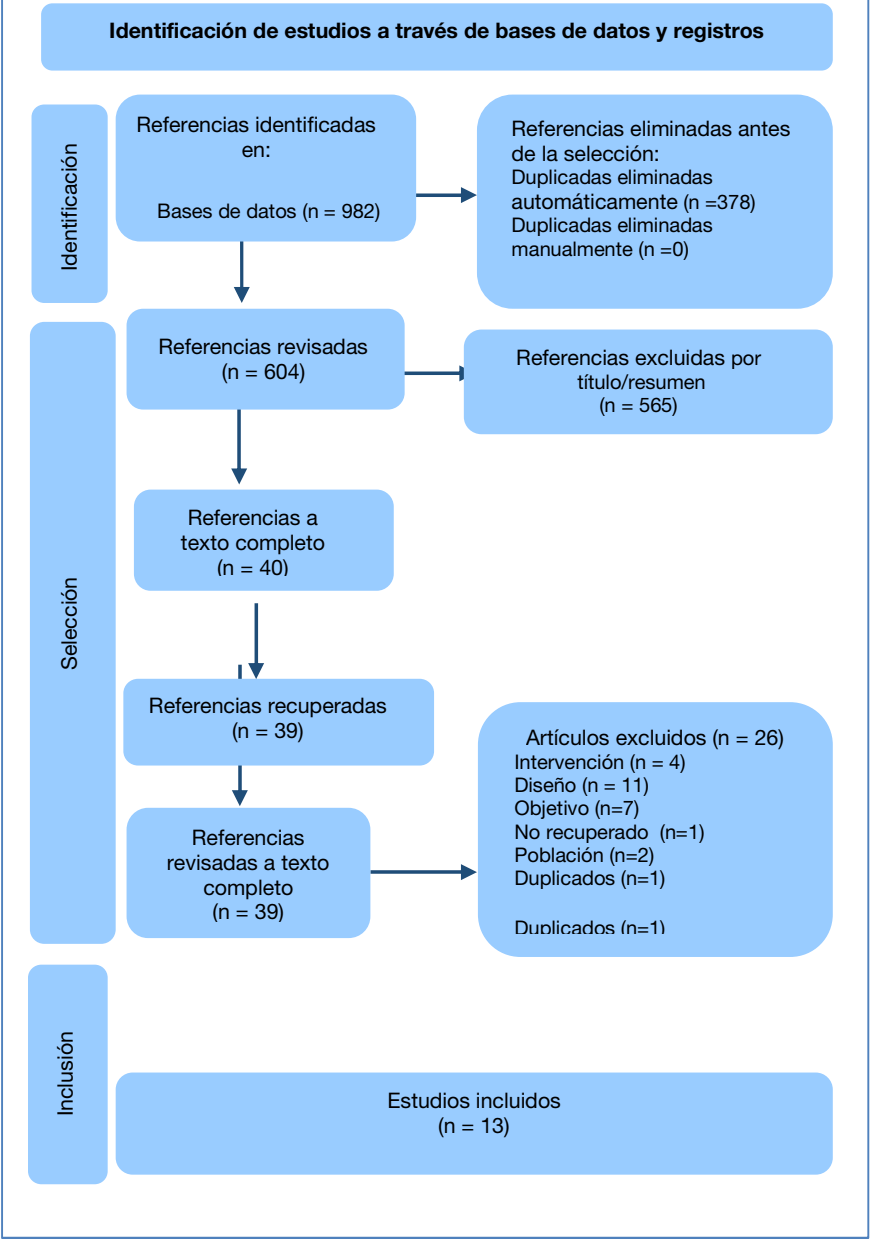
IV.4. Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales

IV.4.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

En la Tabla 38 se encuentran los resultados de la búsqueda bibliográfica y en la Figura 29 se detalla el proceso de identificación, selección e inclusión de los 13 estudios incluidos. La búsqueda de estudios sobre los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales identificó 604 referencias una vez eliminados duplicados. A partir de la lectura de títulos y resúmenes se seleccionaron 40 artículos para su lectura completa, de los cuales fueron incluidos finalmente un total de 13 estudios. El listado de las referencias excluidas se recoge en el Anexo 9.

Tabla 38. Resultados de la búsqueda bibliográfica de aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales				
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso	Nº de resultados
MEDLINE(R) ALL	Ovid	01/01/2015	29/08/2025	277
Embase	Elsevier	01/01/2015	01/09/2025	293
CINAHL Complete	EBSCOhost	01/01/2015	02/09/2025	145
APA PsycINFO	EBSCOhost	01/01/2015	02/09/2025	267
SUMA DE REFERENCIAS RECUPERADAS				982
DUPLICADOS detectados por software tras fusionar las búsquedas				378
DUPLICADOS detectados manualmente tras fusionar las búsquedas				
TOTAL SIN DUPLICADOS				604

Figura 29. Proceso de selección de estudios sobre aspectos éticos, legales, organizacionales y sociales



IV.4.2. Características de los estudios incluidos

En la revisión de los aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y de aceptabilidad relacionados con la implementación del MAE, se identificaron 13 estudios que cumplían con los criterios de selección. En la Tabla 39 se muestran sus características. Estos trabajos se desarrollaron en Australia (6) [162–167], Canadá (1) [168], Reino Unido (1) [169], Alemania (1) [170], España (1) [171], Jordania (1) [172], Estados Unidos (1) [173] y Hong Kong (1) [174].

De los 13 estudios incluidos, 9 estudios emplearon diseños cualitativos [162–165,167,175–178] y 4 estudios utilizaron métodos mixtos [166,179–181]. Los métodos de recogida de datos incluyeron entrevistas semiestructuradas, grupos focales, encuestas breves, y, en algunos casos, triangulación de fuentes. Se realizó un análisis temático con apoyo en algunos casos de marcos y modelos consolidados como CFIR [169], RE-AIM [174], el Theoretical Framework of Acceptability [168], la Normalisation Process Theory y el Modelo de Difusión de Innovaciones [170] y módulos estructurados como el modelo de Colaizzi [172].

En relación con las poblaciones estudiadas, la mayoría de las investigaciones se centraron en profesionales sanitarios, gestores, decisores o proveedores de servicios y/o psicólogos, psicoterapeutas o terapeutas familiares [163,165,167,177,179–181]. Otros estudios incorporaron explícitamente la perspectiva de usuarios del sistema de salud mental y de cuidadores:

- Pacientes adultos con malestar psicológico o sintomatología emocional [175].
- Pacientes de atención primaria y hospitalizado en salud mental [164,176].
- Usuarios de una plataforma digital dentro del MAE para promoción del bienestar [178].
- Cuidadores informales de personas atendidas bajo el MAE [164].
- Otro estudio incorporó la perspectiva de profesionales y adolescentes con trastorno de ansiedad [166].

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOS, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
Dardas, 2025. [172] Jordania	Evaluar la factibilidad, aceptabilidad y adaptación contextual del MAE aplicado a la salud mental de adultos en Jordania.	Cualitativo	Focus groups, entrevistas telefónicas	Análisis temático inductivo Modelo de Colaizzi (1978)	Adultos con malestar psicológico	44 participantes (Divididos en los roles y experiencias dentro del modelo escalonado (26: Adultos que participaron en la intervención Doing What Matters y en Problem management plus y aquellos que tuvieron mejoría, 12 facilitadores y 6 evaluadores)	Factibilidad y otros elementos relacionados con la aceptabilidad	Traducción del árabe al inglés puede haber afectado matices; generalización limitada a un país.	Los autores declaran no tener conflictos de intereses
Johnston, 2025. [169]	Explorar los factores contextuales, barreras y	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke)	Pacientes hospitalizados y profesionales de unidades	63 personas. 31 pacientes hospitalizados y 32 profesionales	Limitaciones percibidas en los roles de algunos profesionales,	Falta de participación directa de pacientes en validación temática	Los autores declaran no tener

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales									
1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
Reino Unido	facilitadores que influyen en la implementación del MAE (TULIPS) en unidades de hospitalización psiquiátrica			Marco CFIR	agudas del Reino Unido; enfermería, psicólogos y psiquiatras.	de salud mental (enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social).	necesidad de mayor apoyo para los equipos	y del personal de enfermería.	conflictos de intereses
King, 2023. [168] Canadá	Explorar las percepciones de profesionales de salud mental y adicciones sobre la implementación del MAE.2.0 y de la Terapia de Una Sola Sesión (OAT) en Canadá	Mixto	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke) Theoretical Framework of Acceptability (TFA), considerando siete dimensiones: actitud afectiva, carga, coherencia, efectividad percibida, ética, costo de	Profesionales sanitarios de salud mental	28 profesionales (Trabajadores sociales (57%), enfermeros (13%), psicólogos, consejeros y terapeutas ocupacionales.	Retos factibilidad: recursos insuficientes, desalineamiento interprofesional y organizacional, resistencia al cambio, inequidades de acceso.	Posible sesgo de autoselección, entrevistas hechas sobre percepciones tras la formación, algunos participantes del ámbito educativo,	Algunos autores (P. Cornish, A. Churchill, A. Jaouich y A. Bol) están vinculados a Stepped Care Solutions, la organización sin ánimo de lucro que desarrolló el modelo

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales									
1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOS, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
				oportunidad y autoeficacia.					Stepped Care 2.0 y los cursos asociados de Terapia de Una Sola Sesión. Estos autores no participaron en la recolección ni el análisis de los datos. Los demás autores declaran no tener conflictos de interés.

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOS, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
Kopelovich, 2022. [173] Estados Unidos	Evaluar la aceptabilidad, factibilidad del modelo de Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis – Stepped Care (CBTp-SC) en agencias comunitarias de salud mental de Estados Unidos desde la perspectiva de profesionales	Mixto	Grupos focales y entrevistas	Análisis temático (Braun & Clarke, 2006). Enfoque interpretativo centrado en la percepción de equivalencia, eficiencia y aceptabilidad del modelo	Profesionales sanitarios y administrativos	10 clínicos (mayoritariamente mujeres, máster en trabajo social o psicología) y 2 administradoras.	Retos a la factibilidad: tiempo limitado, carga laboral. Necesidad de apoyo organizativo en la coordinación del flujo de pacientes.	Muestra pequeña y homogénea (mayoría mujeres). No incluye usuarios/pacientes (sólo personal profesional y gestor)	Los autores declaran no tener conflictos de intereses
Maehder, 2021. [170] Alemania	Explorar cómo los diferentes profesionales de salud evaluaron	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis cualitativo de contenido estructurado, combinando	Profesionales sanitarios de atención primaria y salud	12 médicos de Atención Primaria (PCP)	Aceptabilidad: el modelo muestra mejoras en comparación	Sesgo de autoselección: los profesionales más motivados a	Los autores declaran no tener

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
	la colaboración interprofesional dentro del modelo de Collaborative and Stepped Care (CSC) implementado en el ensayo COMET, identificando barreras y facilitadores, así como percepciones sobre la utilidad y adecuación del modelo para la práctica clínica habitual.			enfoques deductivos e inductivos para construir categorías. Modelo de Difusión de Innovaciones (Greenhalgh), Guía MRC para evaluaciones de procesos en intervenciones complejas, Normalisation Process Theory (NPT)	mental: Médicos de atención primaria (PCPs) Psicoterapeutas registrados (psicólogos o psiquiatras) Psiquiatras Profesionales de salud mental en hospitales o clínicas de día	12 profesionales de la Salud Mental (PMS): (8 dentro de COMET + 4 fuera del ensayo)	con el sistema habitual, también mejoran la comunicación interpersonal y profesional, Percepción positiva del modelo de atención colaborativa, el sistema de citas online fue útil. Factibilidad: implementación limitada por falta de tiempo, carga asistencial elevada y poca disponibilidad de los profesionales de salud mental. Distancia geográfica y	colaborar fueron quienes aceptaron participar. Posible deseabilidad social en las respuestas. Potenciales sesgos de los investigadores por su rol dentro del estudio. Contexto local específico, lo que limita la transferibilidad completa a otros sistemas o regiones.	conflictos de interés.

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
							ausencia de incentivos Equidad: La calidad y continuidad del modelo dependieron del contexto y disponibilidad local		
Mareya, 2025. [182] Australia	Explorar las perspectivas de profesionales multidisciplinares sobre la implementación del MAE en la atención primaria de salud mental en Australia	Exploratorio cualitativo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke)	Profesionales del ámbito de salud mental primaria australiana con experiencia directa en programas del MAE	9 profesionales de salud mental (3 enfermeras, 2 psiquiatras, 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social, 1 coordinador de cuidados. 5	Aspectos organizacionales y elementos que afectan la factibilidad	Estudio realizado en un solo centro y con muestra pequeña. Riesgo de sesgo en los participantes por la autoselección de los participantes	Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales									
1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOS, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
						mujeres y 4 hombres)			
Mareya, 2025b. [183] Australia	Explorar las experiencias y percepciones de pacientes que recibieron atención bajo el MAE en servicios de salud mental de atención primaria en Australia	Exploratorio cualitativo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke)	Pacientes de salud mental	9 pacientes (8 mujeres, 1 persona no binaria) Edad: 35-54 años.	Aceptabilidad variable. Valoran apoyo multidisciplinar, pero cuestionan sistemas rígidos de sesiones y más apoyo en casos complejos.	Estudio en un contexto sanitario específico (Victoria, Australia) Tamaño muestral limitado con transferibilidad reducida. Sobre representación de usuarios con necesidades severas	Los autores declaran no tener conflictos de intereses
Mareya, 2025c. [184] Australia	Explorar las experiencias y percepciones de los cuidadores informales que brindan apoyo a personas que	Exploratorio cualitativo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke)	Cuidadores de pacientes que reciben el MAE	7 (6 mujeres, 1 hombre). Edad: 35-75). 6 cuidaban a hijos, 1 a un nieto).	Inequidad en el acceso, retos de factibilidad: derivación poco clara, baja alfabetización respecto del	Muestra reducida, menor representación de cuidadores de	Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
	reciben atención en salud mental bajo el MAE en los servicios de salud mental de atención primaria de Australia						modelo en profesionales.	usuarios en nivel moderado.	
Mareya, 2025d. [185] Australia	Explorar las experiencias y perspectivas de enfermeras/os de salud mental (MHNs) sobre la implementación del MAE atención primaria en Australia	Exploratorio cualitativo descriptivo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático reflexivo (Braun & Clarke)	Personal de enfermería de salud mental	8 enfermeras/os(3 mujeres, 5 hombres), >3 años trabajando en servicios de MAE	Retos organizacionales, aislamiento profesional, sesiones limitadas, falta de estandarización	Transferibilidad limitada, sesgo de autoselección (voluntarios), falta de otras perspectivas	Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodológicas	Conflictos de interés
Mediavilla, 2024. [171] España	Evaluar el proceso de implementación del programa de MAE (RESPOND- HCWs), diseñado para profesionales sanitarios con malestar psicológico.	Mixto	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático Las guías del Medical Research Council (MRC) para estructurar la evaluación del proceso, y el modelo de investigación en implementación de Proctor (2011)	Profesionales sanitarios	12 trabajadores/as sanitarios (enfermeras, médicos, técnicos de enfermería, residentes); 7 decisores en el sistema sanitario (directivos de hospitales y departamentos de salud); 7 proveedores de intervención (residentes de psiquiatría, psicología y enfermería en salud mental).Expuestos a altos niveles de estrés laboral durante y	Equidad: Estigma hacia la salud mental, baja intensidad de intervención, alfabetización digital limitada. Facilitadores: apoyo institucional	Posible sesgo positivo en percepciones. Desequilibrio de género (predominantemente mujeres).	Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
						después del COVID-19.			
Pigot, 2019. [186] Australia	Explorar los facilitadores y barreras para la implementación de una intervención basada en el MAE para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (BPD), dentro de servicios públicos de salud mental en Australia.	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático Enfoque fenomenológico interpretativo	Profesionales sanitarios	21 profesionales (13 clínicos (psicólogos, enfermeros, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales), 7 gestores, 1 con doble rol). 52% mujeres.	Factibilidad: Facilitadores: formación, apoyo de "champions", liderazgo de gestores, flexibilidad.	Posible sesgo de selección (participaron los más motivados), no aporta perspectiva de pacientes.	NI

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
Tsoi, 2022. [174] China	Explorar las percepciones y experiencias de usuarios y profesionales acerca de la implementación, y usabilidad de una plataforma dentro de un MAE, para promover el bienestar, prevenir trastornos mentales y tratar síntomas de ansiedad y depresión.	Cualitativo	Entrevistas semiestructuradas	Análisis temático híbrido (inductivo y deductivo) Modelo RE-AIM (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance)	Usuarios y proveedores de servicio dentro de la plataforma	27 usuarios (adultos); 22 proveedores de servicios. Proyecto Jockey Club TourHeart en Hong Kong, dentro de un marco de salud pública.	Aceptabilidad alta de plataforma entre usuarios (con síntomas subclínicos). Retos factibilidad: Carga administrativa, necesidad de mayor automatización, inequidad en casos de baja alfabetización digital.	Los autores reconocen que el programa se centró en el bienestar y la prevención, no en el tratamiento clínico formal, lo que limita la extrapolación a poblaciones con trastornos mentales diagnosticados.	Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodológicas	Conflictos de interés
Wuthrich, 2023 [187]. Australia	Evaluar la aceptabilidad y la factibilidad de un modelo de atención escalonada para adolescentes con trastornos de ansiedad atendidos en servicios comunitarios de salud mental	Mixto	Cuantitativo: - Adolescentes: breve encuesta vía mensaje de texto con ítems de satisfacción (0–10) y una pregunta abierta. - Clínicos: cuestionario anónimo de 22 ítems sobre barreras/beneficios + 3 preguntas abiertas. Cualitativo: - Grupo focal con 4 clínicos del sitio stepped-care.	El análisis cualitativo fue temático, orientado a identificar barreras y facilitadores reportados por usuarios y clínicos dentro del marco de implementación de modelos de atención.	Adolescentes (12–18 años) con ansiedad que asistían a Headspace, servicios comunitarios australianos de salud mental juvenil. Clínicos: psicólogos, psicoterapeutas, terapeutas familiares y provisional psychologists, con 1–14 años de experiencia.	53 adolescentes participaron en el ensayo 15 adolescentes proporcionaron datos de satisfacción. 10 clínicos completaron el cuestionario. 4 clínicos participaron en el grupo focal.	Aceptabilidad: Moderada. Adolescentes divididos entre preferir iCBT o atención presencial. Clínicos reportan bajo engagement, preferencia por terapia cara a cara y dificultades con el contacto telefónico. Factibilidad: Limitada. Barreras organizativas, alta carga administrativa, dificultades para	Tasa de respuesta muy baja entre los adolescentes; falta de grupos focales con adolescentes	

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOSA, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodológicas	Conflictos de interés
							contactar familias, baja adherencia al iCBT y necesidad de personal dedicado para sostener el modelo. Equidad: Potencial para mejorar equidad (acceso remoto), especialmente en jóvenes con barreras geográficas; sin evaluación explícita de desigualdades en el estudio.		

Tabla 39. Características de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

1er autor (año), país	Objetivo	Diseño	Método de recogida de datos (entrevista, grupo focal, etc.)	Método de análisis y, si aplica, enfoque/perspectiva teórica (p. ej., análisis temático, fenomenología, teoría fundamentada)	Población	Número total de participantes	Outcomes (ELOS, aceptabilidad, factibilidad equidad).	Limitaciones metodologías	Conflictos de interés
--------------------------	----------	--------	--	--	-----------	-------------------------------	---	---------------------------	-----------------------

BDP: Trastorno límite de la personalidad; **CBT:** Terapia cognitivo-conductual; **CBTp-SC:** Terapia cognitivo-conductual para la psicosis: atención escalonada; **CFIR:** Marco consolidado para la investigación en ciencias de la implementación; **iCBT:** Terapia cognitivo-conductual por internet; **MAE:** Modelo de Atención Escalonada; **MHNs:** Enfermeras de salud mental; **MRC:** Consejo de investigación médica; **Modelo RE-AIM:** Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación, Mantenimiento; **OAAT:** Terapia de Una Sola Sesión; **TFA:** Marco teórico de la aceptabilidad.

IV.4.3. Riesgo de sesgo de los estudios incluidos

La calidad metodológica de los 13 estudios incluidos en esta revisión fue evaluada mediante la lista de comprobación CASPe [56] para estudios cualitativos, observándose en conjunto una valoración positiva en la mayoría de los criterios, lo que indica un nivel adecuado de rigor, validez y utilidad de los hallazgos para la toma de decisiones. Todos los estudios cumplieron satisfactoriamente los criterios relativos a la claridad de los objetivos, la adecuación del diseño cualitativo, la estrategia de muestreo, la recogida y el análisis de los datos, la consideración de aspectos éticos y la relevancia de los resultados para la práctica y la política sanitaria. No obstante, se identificaron limitaciones parciales en el criterio 6, relativo a la reflexividad del equipo investigador, en los estudios de Mediavilla et al. (2024) [179], King et al. (2023) [180], Kopelovich et al. (2022) [181], Pigot et al. (2019) [167], Tsoi et al. (2022) [178] y Wuthrich et al. (2023) [166], donde la reflexión explícita sobre la relación investigador-participante y su posible influencia en la producción e interpretación de los datos fue limitada o insuficientemente desarrollada.

En el Anexo 10 se encuentran la valoración de la calidad de los estudios incluidos.

IV.4.4. Resultados de aceptabilidad

IV.4.4.1. La perspectiva de los profesionales sanitarios

Valor percibido del enfoque multidisciplinar

Algunos estudios señalan que, desde la perspectiva de profesionales, el MAE es aceptable porque permite integrar distintas disciplinas, repartir funciones clínicas y psicosociales y ofrecer una atención más completa que los modelos tradicionales. Por tanto, la aceptabilidad desde la perspectiva de los profesionales aumenta cuando el MAE se percibe como sistema de provisión integral, y no como una suma de intervenciones aisladas.[165,167,176,179,185].

De acuerdo a la perspectiva profesional, el modelo es intrínsecamente valioso por su capacidad de combinar saberes clínicos, sociales y comunitarios, y por facilitar respuestas diferenciadas según la complejidad del caso.

- *“En nuestro equipo multidisciplinar tenemos trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeras de salud mental y psicólogos... lo valioso son las distintas perspectivas.”*
(Mareya et al., 2025a – Trabajadora social)
- *“El psiquiatra se centra en el diagnóstico y la medicación, pero cuando entra la enfermería de salud mental se amplía mucho el alcance de la atención.”*
(Mareya et al., 2025a – Psiquiatra)

Flexibilidad clínica como elemento central de aceptabilidad

De acuerdo a la evidencia aportada por algunos estudios, los/as profesionales comparten la percepción de que el modelo permite adaptar duración, intensidad y ritmo del tratamiento a las necesidades de pacientes, incluyendo altas tempranas o extensiones justificadas. Los/as profesionales valoran especialmente la posibilidad de no imponer trayectorias rígidas, lo que puede favorecer su adhesión al modelo [163,165,167].

- *“Normalmente hablamos de entre 10 y 18 sesiones, pero el modelo es flexible: si alguien está bien puede darse de alta antes, o continuar si lo necesita.”*
(Mareya et al., 2025a – Terapeuta ocupacional)

Aceptabilidad condicionada por recursos y condiciones de implementación

Algunos estudios destacan la disminución de la aceptabilidad por parte de profesionales cuando el modelo no puede desplegarse conforme a sus principios debido a limitaciones estructurales (personal, financiación, tiempo) [163,165,167,176].

- *“El concepto del modelo multidisciplinar es excelente. El problema es la escasez de profesionales; esa es la realidad.”*
(Mareya et al., 2025a – Trabajadora social)
- *“Seis sesiones no son suficientes; para algunos pacientes puede ser incluso peligroso.”*
(Mareya et al., 2025d – Enfermera de salud mental)

IV.4.4.2. La perspectiva de pacientes

Sensación de ser escuchados y atendidos de forma más humana

Algunos estudios reportan la percepción de pacientes, respecto de que el MAE mejora la calidad relacional de la atención, promoviendo escucha activa, comprensión emocional y menor medicalización [175,176,179].

- *“Antes solo me daban medicación. Ahora alguien me pregunta cómo me siento y me explica lo que me pasa.”*
(Johnston et al., 2025 – Paciente)
- *“Hablar con él ya me ayudó muchísimo, me sentí comprendida.”*
(Mediavilla et al., 2024 – Paciente TP4)

Cambios en el clima terapéutico y sensación de seguridad

La evidencia destaca los efectos percibidos del modelo sobre el ambiente asistencial, especialmente en contextos hospitalarios, donde la presencia de intervenciones psicológicas reduce tensión y conflicto [176].

- *“Cuando el psicólogo entra en la sala, todo se calma, cambia el ambiente.”*
(Johnston et al., 2025 – Paciente)

IV.4.4.3. La perspectiva de cuidadores

Valoración positiva del apoyo estructurado y continuado

En su estudio con cuidadores, Mareya et al. (2025c), señalan el grado en el que los cuidadores consideran aceptable el modelo cuando ofrece continuidad, claridad en los pasos y reconocimiento de su rol [164].

- *“Recibimos mejor atención que nunca antes, fue un enfoque muy familiar.”*
(Mareya et al., 2025c – Cuidadora)

Frustración por la baja visibilidad y dificultad de acceso

Sin embargo, algunos estudios describen la experiencia negativa de los cuidadores cuando el MAE existe formalmente, pero es difícil de identificar o acceder [163,164].

- *“Nunca nos explicaron cómo acceder al servicio; tuvimos que buscar ayuda por nuestra cuenta.”*
(Mareya et al., 2025c – Cuidadora)

IV.4.5. Resultados de factibilidad

IV.4.5.1. Barreras para la implementación

Financiación, contratos y capacidad instalada insuficiente

Algunos estudios describen condiciones de financiación y contratación que generan inestabilidad, limitan la continuidad, reducen el número de sesiones o dificultan reclutamiento o la retención del personal, comprometiendo la sostenibilidad del modelo [163–165,167].

La inestabilidad presupuestaria se asocia a dificultad para reclutar y retener profesionales:

- *“Tenemos que trabajar muchísimo para contratar y retener personal... a mediados de junio aún esperamos confirmación de financiación... es increíblemente difícil contratar, pero aún más retener.”* (Mareya et al., 2025a – Enfermera de salud mental 3).
- *“Necesitan ofrecer contratos a largo plazo... sobre todo en zonas rurales y regionales... garantizarles cinco años frenaría mucho la rotación.”* (Mareya et al., 2025c – Participante 3).

En implementación en servicios, la falta de apoyo directivo y de recursos dificulta la implementación:

- *“Tuvimos que hacerlo a pesar de la dirección, no con ella.”* (Pigot et al., 2019 – [05_M]).

Carga administrativa y “trabajo invisible” no reconocido

Según algunos estudios, se produce un Incremento de tareas administrativas (documentación, reportes, indicadores de resultados) que consume tiempo clínico, genera desgaste y desincentiva permanencia en el modelo [163,167].

- *“La carga administrativa y los indicadores de desempeño... fueron algunos de los desafíos... la financiación solo cubre las sesiones presenciales... con reconocimiento mínimo del trabajo administrativo.”* (Mareya et al., 2025d).
- *“Los indicadores de desempeño me hicieron plantearme dejarlo.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 6).
- *“Había fricciones, malentendidos... ¿por qué traer formadores de fuera cuando teníamos a los nuestros?”* (Pigot et al., 2019 – [07_C]).

Falta de estandarización del triaje y derivación y de reglas claras de “escalado”

Algunos estudios describen ausencia de guías, instrumentos o procesos comunes para decidir quién entra en cada escalón y cómo se hace el stepping up/down, generando asignaciones inadecuadas, discontinuidad y “caer entre las fisuras” [163,165,178].

- *“No parece haber una guía clara sobre quién debería acceder a qué parte del modelo... algunos llegan con necesidades muy bajas... otros con necesidades altas y han sido asignados al servicio equivocado.”* (Mareya et al., 2025a – Terapeuta ocupacional).
- *“Un instrumento estandarizado para derivadores ayudaría.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 3).
- *“La falta de un mapa para guiar el curso del tratamiento... dificultó el uso global.”* (Tsoi et al., 2022).

Resistencia al formato, rigidez del primer escalón) y dificultades de adherencia

Algunos estudios describen el rechazo o abandono del escalón inicial (p. ej. versiones virtuales) por preferencia de presencialidad, incomodidad con seguimiento telefónico, o por rigidez del contenido a través de manuales; esto bloquea el flujo del MAE [166].

- *“Varios adolescentes rechazaron o abandonaron iCBT... por preferir terapia cara a cara.” (Wuthrich et al., 2023).*
- *“Los clínicos informaron incomodidad significativa con un enfoque que exige completar iCBT antes de terapia presencial.” (Wuthrich et al., 2023).*
- *“Intentos repetidos de contactar... consumía tiempo y no era parte de su carga de trabajo.” (Wuthrich et al., 2023).*

IV.4.5.2. Facilitadores para la implementación

Formación, supervisión y “campeones” como motores del cambio

En algunos de los estudios incluidos se describen estrategias organizativas internas que pueden aumentar la competencia, confianza y adherencia al MAE: formación estructurada, supervisión, así como la participación de figuras promotoras (*“clinical champions”*) [167,181].

- *“La intervención tuvo apoyo de clínicos con buena disposición para que algo ocurriera.” (Pigot et al., 2019 – [08_M]).*
- *“Tener esa formación especializada nos ha dado la justificación para trabajar así...” (Pigot et al., 2019 – [14_C]).*
- *“Mayor inversión en tiempo para formación y supervisión” y “rol de coordinador” (Kopelovich et al., 2022).*

Flexibilidad organizativa y adaptación local del modelo (equilibrio fidelidad–adaptación)

El estudio de Pigot et al. (2019) describe la capacidad que tienen algunos servicios para ajustar procesos internos sin perder los principios del MAE

(combinar pasos, simplificar, adaptar flujos), permitiendo encaje en la realidad asistencial [167].

- *“Nos apropiamos del modelo rápidamente y vimos cómo podía funcionar en nuestro equipo.”* (Pigot et al., 2019 – [16_M]).

Coordinación con recursos sociales y apoyos de continuidad (no solo clínicos)

Algunos estudios señalan facilitadores ligados a conectar a pacientes con otros apoyos (p. ej. prestaciones, redes familiares, servicios comunitarios), aumentando la “tracción” del modelo y la continuidad fuera de las sesiones [163].

- *“Uso de sesiones para educar a la familia, sumar apoyos y hacer mesas redondas.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 4).
- *“Muchos cumplían criterios para recibir otros apoyos... les apoyé para solicitar y conseguir apoyos adecuados.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 4).

Necesidad de “coaching” y apoyo humano

En el estudio de Tsoi et al (2022), que describe un MAE basado en plataformas digitales, señalan que la factibilidad de implementación y la escalabilidad real no dependen únicamente de la disponibilidad de contenidos de autoayuda en línea, sino de la integración sistemática de apoyos humanos breves, como el *coaching* o el acompañamiento técnico-clínico. Estos apoyos actúan como un puente funcional entre los distintos escalones del modelo, facilitando tanto la adherencia al primer nivel (autoayuda) como el escalado oportuno hacia niveles de mayor intensidad cuando fue necesario [178].

- *“Servicios de coaching... considerados ‘indispensables’.”* (Tsoi et al., 2022)
- *Beneficio del componente grupal/taller* (Tsoi et al., 2022):
 - *“En el taller me di cuenta de que no estaba sola. Todos estábamos pasando por cosas parecidas.”* (U21).

- *“Fue alentador escuchar a otros y aprender juntos... me motivó a seguir practicando.” (U04).*

IV.4.5.3. Aspectos organizacionales relacionados con la implementación

Visibilidad y comprensión del sistema como pre-requisito de implementación

La implementación efectiva del MAE depende de que el sistema sea visible y comprensible tanto para usuarios (pacientes y cuidadores) como para profesionales. Esto implica, por un lado, la existencia de vías claras de entrada y derivación al sistema (visibilidad externa con una señalización clara, información accesible y rutas explícitas de entrada y derivación) y, por otro, la disponibilidad de un “mapa del tratamiento” explícito que permita entender cómo funciona el escalonamiento, cuándo y por qué se produce. La ausencia de cualquiera de estos elementos compromete la factibilidad del modelo y genera inequidades en el acceso y uso [163,178,184].

- *“Nunca nos orientaron sobre cómo obtener ayuda... seguí con mis responsabilidades... hasta que hablé con una amiga...”*
(Mareya et al., 2025c – Participante 6).
- *“La falta de un mapa... y la introducción manual de datos fueron dos factores que obstaculizaron el uso.”* (Tsoi et al., 2022)
- *“No hay una forma universal acordada de operacionalizar el modelo.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 5).

Organización interna del servicio: agendas y carga asistencial

Algunos estudios destacan que el MAE exige rediseñar circuitos (agenda, distribución de casos, seguimiento) y asignar responsabilidades específicas (p. ej., personal dedicado). Wuthrich et al. (2023) propone cambios concretos: “rediseño de la lógica organizativa”, alternativas a llamadas, automatización para algunos casos. Kopelovich et al. (2022), por su parte, propone coordinación formal, protocolos, sistemas de seguimiento [166,167,181].

Aislamiento profesional en modelos “en solitario”

En el estudio de Mareya et al (2025) con personal de enfermería de salud mental, señalan que cuando el MAE se implementa con profesionales contratados de forma aislada, sin equipo cercano, disminuye la capacidad de manejar complejidad y se ve afectada la factibilidad [163].

- *“Estoy muy aislado/a...”* (Mareya et al., 2025d – Participante 2).
- *“Uno de los mayores desafíos... es que no cuento con un equipo que me apoye.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 1).

IV.4.5.4. Equidad en el acceso

Acceso inequitativo, por “suerte”

Algunos estudios destacan que el acceso se describe como dependiente de cupos/recursos, generando inequidad: quienes consiguen entrar reportan beneficios; quienes no, quedan fuera del circuito o reciben apoyo tardío [163,164].

- *“Entonces, ¿es útil el modelo...? Yo diría que sí... para quienes tienen la suerte de recibirlo.”* (Mareya et al., 2025d – Participante 8).
- *Cuidadores describen dificultades de acceso e información como “puerta oculta”* (Mareya et al., 2025c).

Ruralidad, transporte y costes

En el estudio de Mareya et al. (2025c) se destacan las inequidades geográficas y económicas que afectan a la asistencia regular, acceso a especialistas (p. ej., psiquiatría) y continuidad del MAE [164].

- *“Tuvimos que salir del servicio... cada quince días, dos horas de coche para 45 minutos de cita.”* (Mareya et al., 2025c – Participante 3).
- *“Intentan que vea a un psiquiatra, pero ha sido casi imposible, sobre todo sin dinero para pagarlo.”* (Mareya et al., 2025c – Participante 5).

Brecha digital

Algunos estudios describen que el formato digital puede ampliar el acceso, pero también generar exclusión por carencias de conectividad, habilidades digitales incluso por preferencias, lo que requiere ofrecer alternativas y apoyos [166,178].

- *“El formato digital amplió el acceso, pero se detectaron barreras para personas con baja alfabetización digital o menor conectividad”* (U23). (Tsoi et al. 2022)
- *“Me gustaría que los talleres fueran en línea también, así podríamos participar más personas.”* (U23). (Tsoi et al. 2022).

En adolescentes, la preferencia por lo presencial puede convertirse en una limitación si el sistema fuerza el contacto virtual (iCBT) primero:

- *“Varios adolescentes rechazaron o abandonaron iCBT... por preferir cara a cara.”* (Wuthrich et al., 2023).

Estigma de la enfermedad mental como barrera transversal de acceso

En el estudio de Mediavilla et al. (2024), el estigma aparece como un factor contextual que condiciona la búsqueda de ayuda y la disposición a participar en intervenciones psicológicas formales. Se señala que el estigma social y el autoestigma pueden retrasar el contacto con servicios de salud mental, lo que implica que las personas lleguen al sistema en

fases más avanzadas de malestar o con necesidades más complejas, afectando negativamente la lógica preventiva del MAE [179].

En Tsoi et al. (2022), el estigma se manifiesta de forma más específica en el funcionamiento interno del MAE especialmente en entornos digitales. Aunque los/las participantes valoraron positivamente la autonomía, privacidad y anonimato que ofrecía el primer escalón digital, algunos/as expresaron reticencia a “escalar” hacia atención presencial o de mayor intensidad debido al temor a ser identificados/as como personas con un problema de salud mental, o a ser juzgados por otras personas (familia, entorno laboral y social [178].

IV.5. Identificación de necesidades de investigación y medidas de resultado estándares

A continuación, se enumeran las diferentes necesidades de investigación y conjuntos de medidas de resultado estándares identificadas a través de las diferentes fuentes de información consultadas. Las necesidades están clasificadas según su temática y fuente de información.

IV.5.1. Necesidades de investigación identificadas en estudios específicos de necesidades de investigación

En la base de datos JLA no se localizó ningún estudio específico en el que se priorice las necesidades de investigación en relación al MAE en pacientes con problemas de salud mental. Solo se encontraron estudios sobre trastornos mentales concretos como bipolaridad y depresión, aunque en la priorización de necesidades de investigación no se hace mención a los modelos de atención. También se encontró un estudio que prioriza las preguntas de investigación centradas en la seguridad y eficacia de las intervenciones digitales en comparación con la atención presencial [188], y cómo optimizar la efectividad de las intervenciones digitales en combinación con el factor humano. Las principales características de estos estudios se muestran en la Tabla 40.

Tabla 40. Principales características de los estudios incluidos. Necesidades de investigación y medidas de resultado estándares, sobre atención escalonada

Autor principal (año)	Objetivo	Diseño / Tipo de Estudio	Población
James Lind Alliance (2018)	Identificar necesidades de investigación sobre el uso de tecnologías digitales en salud mental.	Metodología de priorización de la James Lind Alliance	Personas con experiencia en problemas de salud mental, familiares y cuidadores, y profesionales sanitarios
McPin Foundation et al. (2018)	Identificar necesidades de investigación sobre intervenciones y servicios de salud mental de niños y jóvenes.	Metodología de priorización de la James Lind Alliance	Jóvenes, familiares y cuidadores, profesorado y profesionales de la salud.
Jacobsen et al. (2024)	Desarrollar un conjunto estandarizado de medidas de resultado para evaluar para los ensayos clínicos de terapia psicológica realizados en servicios de hospitalización aguda.	Metodología para el desarrollo de medidas de resultado estándares, siguiendo las recomendaciones COS-STAD	Personas que reciben atención psicológica en unidades de hospitalización aguda.
Shiozawa et al. (2025)	Identificar medidas de resultado prioritarias para la investigación en salud mental comunitaria.	Metodología Delphi de 3 rondas.	Personas usuarias de servicios de salud mental comunitaria, cuidadores, responsables gubernamentales e investigadores.
Copenhagen Trial Unit, Centre for Clinical Intervention Research (en curso; 2024-2027)	Desarrollar un conjunto estandarizado de medidas de resultado transdiagnóstico aplicable a ensayos clínicos aleatorizados.	Revisión exploratoria/sistemática y metodología Delphi.	Personas adultas con algún problema de salud mental.
Monga et al. (2021)	Desarrollar un conjunto estandarizado de medidas de resultado para el trastorno depresivo mayor.	Metodología para el desarrollo de medidas de resultado estándares, siguiendo las recomendaciones COS-STAD.	Adolescentes de 12 a 18 años con diagnóstico de trastorno depresivo mayor.

Tabla 40. Principales características de los estudios incluidos. Necesidades de investigación y medidas de resultado estándares, sobre atención escalonada			
Autor principal (año)	Objetivo	Diseño / Tipo de Estudio	Población
Green et al. (2024)	Desarrollar un conjunto estandarizado de medidas de resultado para el trastorno de ansiedad generalizada perinatal	Metodología para el desarrollo de medidas de resultado estándares, siguiendo las recomendaciones COS-STAD.	Mujeres de 18 a 45 años, embarazadas o en periodo posparto, con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada perinatal. También incluye la aportación de familiares, clínicos e investigadores.
Giklich et al. (2020)	Desarrollar un conjunto mínimo de medidas de resultado armonizadas para la depresión	Estudio de consenso con panel multifactor	Adultos y adolescentes con depresión atendidos en práctica clínica y registrados en sistemas de salud
Obbarius et al (2017)	Desarrollar un conjunto estandarizado de medidas de resultado para la depresión y ansiedad aplicable tanto a la investigación como a la práctica asistencial.	Estudio de consenso con metodología Delphi, siguiendo el marco ICHOM	Pacientes de 14 a 100 años con depresión, ansiedad u obsesión-compulsión. Incluye participación de clínicos, investigadores y metodólogos.
COS-STAD: Core Outcome Set-STAndards for Development; ICHOM: International Consortium forHealth Outcomes Measurement.			

Este enfoque es relevante en el MAE, ya que los modelos sitúan las intervenciones digitales de baja intensidad en el primer escalón. A continuación, se muestran las preguntas, según su orden de priorización, que tienen relación con el objetivo de esta investigación:

- Pregunta 1: ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos de brindar atención de salud mental a través de la tecnología en lugar de la presencialidad y qué impacto tiene la eliminación de la interacción humana presencial?

- Pregunta 2: ¿Cómo afectan ciertas afecciones de salud mental (p. ej., la depresión) en la forma en que las personas interactúan con la tecnología?
- Pregunta 3: ¿Cómo se pueden maximizar los resultados del tratamiento combinando las opciones de tratamiento existentes (medicación, terapias psicológicas, etc.) con intervenciones digitales de salud mental?
- Pregunta 4: ¿En qué punto del proceso de atención (p. ej., intervención en crisis, prevención, involucramiento, tratamiento, mantenimiento y recuperación) son más seguras y efectivas las intervenciones digitales?
- Pregunta 5: ¿Cómo se deben evaluar y aprobar las aplicaciones para la salud mental?
- Pregunta 6: ¿Qué impacto tendrá la adopción de tecnología digital en los servicios de salud mental en la capacidad, el acceso a los servicios, los tiempos de espera y los horarios de cita preferentes?
- Pregunta 7: ¿Son las terapias (p. ej., la Terapia Cognitivo-Conductual) brindadas a través de tecnología digital tan efectivas como las brindadas presencialmente?
- Pregunta 8: ¿Es posible mantener los elementos comunes de la terapia (p. ej., empatía, gestos, señales no verbales) que surgen de las interacciones persona a persona con intervenciones tecnológicas digitales?
- Pregunta 9: ¿Aumentan las intervenciones de salud digital el alcance y el acceso a grupos y personas menos atendidos por los servicios tradicionales de salud mental (p. ej., minorías étnicas y afrodescendientes, hombres con depresión, personas en zonas rurales, etc.)?
- Pregunta 10: ¿Cómo se pueden utilizar las redes sociales de forma más eficaz para conectar a las personas con problemas de salud mental y ayudarlas a conectar, por ejemplo, en sus comunidades, en lugar de aislarlas en sus hogares?

Por último, se identificó un estudio sobre la salud mental en niños y jóvenes [189], que aunque no nombra explícitamente el MAE en la batería de 10 preguntas priorizadas, sí incluye preguntas relacionadas con los desafíos que el modelo busca resolver como son la pregunta 3: ¿Cómo pueden los servicios de salud mental infantil y adolescente, los proveedores de educación y los departamentos de salud y asistencia social colaborar de forma más eficaz para mejorar los resultados de salud mental de niños y jóvenes?, la pregunta 4: ¿Cuáles son las intervenciones tempranas o las estrategias de intervención temprana más eficaces para apoyar a niños y jóvenes y mejorar su resiliencia mental? y la pregunta 5: ¿Qué intervenciones son eficaces para apoyar a los jóvenes en listas de espera de los servicios de salud mental infantil y adolescente y prevenir un mayor deterioro de su salud mental?.

IV.5.2. Medidas de resultado estándares

En la base de datos COMET no se identificaron conjuntos de medidas de resultado específicos para el MAE, al no ser una intervención terapéutica sino un modelo de prestación de servicios, por lo que a continuación se ofrecen medidas de resultados estándares identificadas en las condiciones de salud que dicho modelo está diseñado para tratar.

Se identificó un conjunto de medidas de resultados estándares para terapias psicológicas en unidades de pacientes psiquiátricos agudos [190]. El listado final incluía las siguientes medidas: capacidad de afrontamiento, esperanza, calidad de vida, síntomas de psicosis, estado de ánimo y conductas autolesivas. Otro estudio cuyo objetivo es identificar el conjunto mínimo de medidas de resultado estandarizadas para su uso en registros de pacientes y la práctica clínica para la depresión [191] incluye muerte por suicidio, remisión, respuesta clínica, recurrencia, eventos adversos, ideación y comportamiento suicida, calidad de vida, uso de recursos y productividad laboral.

Un estudio desarrollado por la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ, por sus siglas en inglés), tuvo como objetivo armonizar los resultados utilizados en registros clínicos y estudios observacionales sobre depresión [192]. A través de un panel multicomponente, se definió un conjunto de diez medidas mínimas estructuradas en torno al marco *Outcome Measures Framework*. Estas medidas incluyen: remisión y respuesta de los síntomas depresivos (evaluadas mediante el *Patient Health Questionnaire-9*, (PHQ-9)), recurrencia, calidad de vida relacionada con la salud (medida con el *Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*, (Q-LES-Q)),

ideación suicida (evaluada inicialmente con el ítem 9 del PHQ-9 y, si procede, con instrumentos como la *Concise Health Risk Tracking Scale*), eventos adversos (registrados mediante escalas validadas como el *Frequency, Intensity, and Burden of Side Effects Rating Scale*), mortalidad (general y por suicidio), uso de recursos relacionados con la depresión, y productividad laboral (medida mediante el *Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire*, (WPAI)). Aunque el conjunto fue diseñado para su aplicación en depresión mayor en general, participaron en su elaboración registros centrados en pacientes con TRD, como el *Treatment-Resistant Depression Registry* (LivaNova).

También se localizó una propuesta realizada por el grupo de trabajo del ICHOM, centrada en la estandarización de medidas de resultado para personas con depresión y ansiedad [193]. Este conjunto de medidas de resultado fue elaborado mediante un proceso internacional de consenso utilizando metodología Delphi. Las medidas recomendadas abarcan múltiples dominios, incluyendo: síntomas (evaluados con el PHQ-9) y el *Generalized anxiety disorder 7-item scale (GAD-7)*), funcionamiento (*WHO Disability Assessment Schedule 2.0*), efectos adversos del tratamiento, episodios ansioso-depresivos recurrentes, absentismo (número de días de ausencia laboral en las últimas 4 semanas), tiempo hasta la recuperación, cambio del estado de salud mental (empleando el *reliable change index [RCI]*) y percepción global del éxito del tratamiento por parte del paciente.

Adicionalmente, hay varios estudios registrados y no publicados aún, que podrían aportar un conjunto de medidas de resultado de interés para este informe, aunque estén centrados en terapias psicológicas en unidades de pacientes psiquiátricos agudos [194] (previsto finalizar en 2027) o el trastorno de ansiedad generalizada en mujeres perinatales (actualmente en marcha) [195].

IV.6. Estudios en marcha o completados recientemente

La Tabla 41 presenta los estudios en curso identificados en [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov). Se localizaron 30 ECA que evalúan la efectividad y/o la seguridad del MAE en diversas condiciones de salud mental.

Tabla 41. Estudios en marcha

Nº de ensayo	Título	Fecha estimada de finalización
NCT02836080	Integrated Collaborative Care Teams for Youth With Mental Health and/or Addiction Challenges (YouthCan IMPACT)	2025-04 Estado desconocido
NCT03610750	Training Providers to Conduct PRIDES-sSA	30/8/25 Completado
NCT07066631	The Pregnancy and Postpartum Mental Health Optimization Virtual Intervention Network	31/03/29
NCT06456307	Integration of Stepped Care for Perinatal Mood and Anxiety Disorders Among Women Attending MCH Clinics	01/3/28
NCT04601064	Peer Supported Collaborative Care Mental Health and Substance Use Disorder Care	15/12/26
NCT06825507	Stepped Care Model of Lifestyle-based Mental Health Care for Depression	01/06/26
NCT07228143	Stepped Care Treatment for Anxiety Resilience	30/04/28
NCT05686512	Initial Evaluation of a Stepped Care Model for Treating Mild to Moderate Childhood Anxiety in Primary Care	31/12/25 Activo, no reclutando
NCT05497115	Testing a Scalable Model of Care to Improve Patients Access to Mental Health Services After Traumatic Injury	31/03/27
NCT06257095	Improving Adult Protective Services Client Outcomes: A Stepped-Care Social and Mental Health Engagement Program	01/06/25
NCT06894680	Integrating Depression Care Into HIV Services for Older People With HIV Using a Stepped Care, Task-Sharing Approach.	24/03/26
NCT06219408	CIH Stepped Care for Co-occurring Chronic Pain and PTSD	30/11/27
NCT06212362	Stepped Care Versus Group Cognitive Behaviour Therapy for Paediatric Anxiety in Primary Care	31/07/28
NCT04777006	Integrating a Stepped Care Model of Screening and Treatment for Depression Into Malawi's National HIV Care Delivery Platform	30/06/25 Activo, no reclutando
NCT07223346	Latinas Integrating Fitness and Therapy	01/05/27
NCT06659094	Reducing Maximal Support in OCD: Efficacy of Stepped-Care Online CBT	30/09/25 Reclutando
NCT06881342	Evaluating the Feasibility of a School-based Stepped Care Program for Internalizing Symptoms in Adolescents in Pakistan	31/08/25 Activo, no reclutando
NCT06947538	Stepped Care for Posttraumatic Stress Disorder Study	01/06/29

Tabla 41. Estudios en marcha

Nº de ensayo	Título	Fecha estimada de finalización
NCT05528224	Effect of SC-ICBT for Adults With OCD : A Three-Arm Randomized Controlled Trial	30/06/25
NCT04018391	Task Shifting to Treat Depression and HIV Medication Nonadherence in Low Resource Settings	31/03/25
NCT06569875	Feasibility Study: Self-guided iCBT for Mothers With Postpartum Depression.	30/10/25
NCT05734547	Stepping Together for Children After Trauma, Norway	01/12/28
NCT06856057	Improving Behavioral Health for Caregivers and Children After Pediatric Injury	31/08/28
NCT05086757	Evaluation of Trauma Center-Based Intervention for Adolescent Traumatic Injury Survivors	30/08/27
NCT06363266	A SMART Design to Optimize the Delivery of TEMPO for Men With Prostate Cancer and Their Caregivers	31/08/28
NCT06902649	Step-by-Step: Evaluation of a Stepped Care Model	31/08/27
NCT05632770	A Deployment Focused Pragmatic Trial of Optimal Stepped Care Intervention Targeting PTSD and Comorbidity for Acutely Hospitalized Injury Survivors Treated in US Trauma Care Systems	31/10/27
NCT06930729	Optimizing Care for Cancer Survivors With Depression: Project 3	15/05/26
NCT06383221	Study of the Intervention Effect of Stepped-care Models on Depression Symptoms During Pregnancy.	10/03/26
NCT04092010	Improving Preschool Outcomes by Addressing Maternal Depression in Head Start	30/04/28
NCT07113548	PERSONAE - a Personalized Online Treatment of Depression	01/02/27
NCT06759402	Family-based Telemedicine vs. Inpatient Anorexia Nervosa Treatment (FIAT)	31/12/27

V. Discusión

V.1 Efectividad y seguridad

La evidencia disponible sobre el MAE se restringe a poblaciones con síntomas subclínicos o trastorno mental probable o confirmado, y no se identificó ningún estudio que evaluase la aplicación de este modelo en el manejo de personas que presentan malestar psicológico como consecuencia de sus condiciones de vida. Por otra parte, la calidad de la evidencia disponible ha sido valorada como baja o muy baja en la mayoría de las variables y subpoblaciones incluidas. La mayoría de los estudios presenta un riesgo de sesgo alto o incierto, debido principalmente a un elevado número de abandonos del tratamiento y/o pérdidas en las evaluaciones post-intervención y seguimiento. En el caso de los abandonos, la falta de información sobre si sus causas pueden estar relacionadas con la (inevitable) ausencia de cegamiento implica un riesgo de sesgo por desviación de la intervención. En el caso de las pérdidas, la mayoría de las veces tampoco puede determinarse si podrían estar causadas por mejoría o empeoramiento de los participantes en las variables de resultado. Asimismo, la falta de información sobre ocultamiento de la asignación también ha penalizado un número considerable de estudios.

En cuanto a los resultados de los MA, los pequeños efectos observados en la gran mayoría de los casos implican intervalos de confianza cuyo límite inferior no supera el umbral de relevancia clínica preespecificado ($g = \pm 0.30$ para variables continuas, $RR = 0.80/1.20$ para las binarias). En el caso de la depresión, la calidad de la evidencia se ve afectada además por una alta heterogeneidad estadística en todos los análisis.

Los resultados en depresión, la condición con más estudios y participantes, muestran un efecto significativo pero pequeño en la reducción de síntomas evaluados de forma continua (al igual que en el componente mental de la calidad de vida). No obstante, se observan incrementos relativos y absolutos relevantes en la tasa de respuesta y remisión, a corto plazo (3-4 meses) y a los 12-15 meses. Tanto en los MA realizados por Rivero-Santana et al. (2021) [11] como en su actualización realizada para este informe, esta mejoría solo es significativa en el subgrupo de participantes con gravedad basal promedio moderadamente grave o grave, según el punto de corte establecido en el instrumento usado en cada estudio. Sin embargo, este resultado ha de interpretarse

con precaución debido a los diferentes instrumentos utilizados, el hecho de que varios estudios muestran puntuaciones medias iniciales ligeramente por debajo o por encima del umbral utilizado para definir los subgrupos, el bajo número de estudios en algunos de ellos o el riesgo de falacia ecológica. Como se comenta en la discusión de Rivero-Santana et al. [11], esta diferencia entre subgrupos se debe sobre todo a unos resultados subóptimos de los grupos de tratamiento habitual en las muestras de mayor gravedad basal y no tanto a un mejor rendimiento del MAE en dicho subgrupo. Por otra parte, el MA sobre el uso de medicación antidepressiva muestra un mayor uso en el MAE (de nuevo, solo en el subgrupo de mayor gravedad). Estos hechos podrían sugerir una indicación subóptima de los antidepressivos en el tratamiento habitual de las personas con mayor gravedad, lo cual en principio parece contradictorio con el aumento del uso de antidepressivos a nivel mundial [196], aunque también se ha reportado un infrauso no justificado en determinados contextos [197–199].

Los estudios con personas con enfermedad somática (principalmente cáncer y diabetes) muestran un patrón de resultados muy similar al descrito en depresión, con efectos pequeños en reducción de síntomas y componente mental de la calidad de vida (así como en calidad de vida específica de la enfermedad somática), pero incrementos relevantes en respuesta y remisión (aunque menores que en depresión). Aproximadamente la mitad de estos estudios incluyen a pacientes con síntomas de depresión, y la otra mitad a pacientes con síntomas de depresión y/o ansiedad. A diferencia de lo observado en depresión, sin embargo, la aplicación del MAE para prevenir la ocurrencia de trastorno clínico no mostró diferencias significativas frente a la atención habitual. En esta población, los posibles efectos secundarios de la medicación psiquiátrica requieren que la atención sea especialmente proactiva en el seguimiento físico, no solo en la ansiedad/depresión reactiva a la enfermedad somática.

En las muestras con personas con trastornos/síntomas de ansiedad (excluyendo TEPT y TOC) no se obtuvieron diferencias significativas y los efectos son muy pequeños, tanto en adultos como en menores de edad. Dos estudios con menores evaluaron un diseño sencillo de TCC por internet en dos fases, la primera no guiada (5 sesiones) y la segunda con guía terapéutica tras cada sesión (5 sesiones), frente a un programa de 10 sesiones guiadas. La intervención se mostró no inferior cuando la guía en ambos grupos se ofrecía por email, pero no pudo demostrar no-inferioridad cuando la guía se realizó mediante videoconferencia. Otro

estudio con menores no observó diferencias significativas tras la aplicación de un programa de tres fases.

En muestras mixtas con personas con síntomas de depresión y/o ansiedad tampoco se observaron diferencias frente a la atención habitual, considerándose evidencia de calidad moderada la ausencia de diferencias en reducción de síntomas y calidad de vida.

En personas con estrés, tres estudios aplicaron el mismo programa y usaron el mismo instrumento de cribado. Dos de ellos obtuvieron mejoras significativas en reducción de síntomas, con profesionales sanitarios españoles en un caso y con migrantes en Italia en el otro. El tercer estudio, con población adulta en Jordania y que usó un umbral de gravedad más alto para la inclusión de participantes, no obtuvo diferencias significativas. Un cuarto estudio con otro programa obtuvo efectos favorables al MAE en la mayoría de variables a los 6 meses, pero solo sostenidos a los 12 meses en ansiedad.

En adultos con TEPT, se observaron efectos significativos, pero de nuevo muy pequeños sobre la reducción de síntomas y la calidad de vida. En el primer caso, el efecto disminuye aún más cuando se excluye un estudio pequeño con efecto fuerte (que también obtuvo una reducción intensa en la incidencia de trastorno clínico durante el estudio).

La evidencia sobre TOC, trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad se reduce a uno o dos estudios en cada caso. En el caso de los trastornos de la personalidad, sin embargo, el único estudio identificado muestra una ausencia de diferencias en las hospitalizaciones psiquiátricas que se ha considerado evidencia de calidad moderada, mientras que la ventaja del MAE en la reducción de las visitas a urgencias psiquiátricas está en el límite de la calidad baja/moderada (el valor inferior del IC95% es de 17%, frente al 20% establecido como umbral de relevancia clínica). Este estudio implementó un programa psicoeducativo de 4 sesiones semanales con personas que habían sido dadas de alta de un internamiento hospitalario o visita a urgencias. En el caso del TOC, un estudio con adulto/as y otro con menores no observaron diferencias significativas en ninguna variable

En resumen, el MAE podría ser más efectivo que la atención habitual en la prevención de la incidencia de trastornos depresivos en personas mayores, así como en la mejoría clínica y del componente mental de la calidad de vida en personas adultas con síntomas depresivos, o en personas con cáncer, diabetes y otras enfermedades crónicas que además presentan síntomas de depresión y/o ansiedad. También podría ser efectivo en poblaciones adultas específicas con síntomas de estrés. En el resto de condiciones evaluadas no se observan diferencias

significativas frente a la atención habitual o terapia psicológica no escalonada, aunque la evidencia de no inferioridad sólo se evaluó en unos pocos estudios. En caso de resultar no inferior, la aplicación del MAE seguiría siendo recomendable si realmente implica un uso más eficiente de los recursos.

La seguridad del modelo ha sido evaluada por un número limitado de estudios, pero en ningún caso se han observado eventos adversos que pudieran estar relacionados con la intervención, ni tasas significativamente mayores con el MAE. Para maximizar la seguridad, es fundamental asegurar la calidad del proceso diagnóstico para asegurar una asignación equitativa de los recursos en función de la necesidad clínica, y por otra parte garantizar el acceso real a tratamiento especializado cuando este se requiere. La implementación del MAE debe garantizar que la gestión de la demanda sea compatible con la indicación clínica, asegurando que cada persona reciba la atención más adecuada a sus necesidades.

Por último, como se ha comentado, solo se identificaron estudios en poblaciones con trastornos mentales o cuadros subclínicos, por lo que es necesario plantear si el modelo actual adolece de un marco conceptual excesivamente biomédico, ignorando el peso crítico de los determinantes sociales como la precariedad, la soledad o la desigualdad. Esta visión tiende a individualizar el malestar, lo que puede derivar en una patologización innecesaria de respuestas que representan reacciones comprensibles a contextos de vida adversos. En este sentido, en la práctica habitual de la AP se gestiona una altísima complejidad clínica y social que el modelo lineal actual puede no alcanza a captar. Es necesario desarrollar una red de atención flexible y centrada en la persona, y el apoyo debe adaptarse a las necesidades, el contexto y las preferencias del individuo, integrando recursos comunitarios y decisiones compartidas en lugar de forzar una progresión mecánica por escalones asistenciales

V.2 Coste-efectividad

La RS de evaluaciones económicas sintetizó los resultados de 32 estudios que examinaron el coste-efectividad de la atención escalonada en diversas poblaciones con salud mental. Los hallazgos son notablemente heterogéneos, con resultados que muestran la atención escalonada como una intervención que puede ser desde dominante (menos costosa y más efectiva) hasta dominada (más costosa y menos efectiva). Esto es debido, entre otros motivos, a las diferencias en poblaciones, intervenciones, perspectivas, costes incluidos y medidas de

desenlace utilizadas (AVAC, DLD o AVAD, por ejemplo). Predominantemente, los estudios adoptaron horizontes temporales de corto plazo (6 o 12 meses), lo cual es su principal debilidad y limita el conocimiento de los efectos y costes a largo plazo.

De los 32 estudios incluidos en la RS de EE, 12 se enfocaron exclusivamente en la atención escalonada para personas con depresión. Los resultados de algunos estudios muestran que el coste-efectividad de la atención escalonada es sensible a la gravedad del trastorno depresivo [132,134], aunque la mayoría de los autores concluyen que es coste-efectiva.

Independientemente de los resultados obtenidos, la transferibilidad de los mismos no es directa en su mayoría (salvo por el estudio de Aragonés et al. [23]), de modo que no podemos concluir sobre el coste-efectividad de la atención escalonada en salud mental en nuestro país. Dado que la intervención está implementada en algún Servicio Regional de Salud, idealmente sería necesario realizar un análisis coste-efectividad con datos de vida real de nuestro país.

De forma complementaria a la RS de evaluaciones económicas, en este informe se ha diseñado un modelo matemático, basado en un árbol de decisión, para evaluar el coste-utilidad de una estrategia de tratamiento para la depresión, que consiste en un modelo de atención escalonada, frente a la práctica clínica habitual, desde la perspectiva del SNS.

Nuestra evaluación económica encontró que el MAE genera menos costes por paciente (133 € menos, aproximadamente) y más AVAC (0.086 AVAC más por paciente) que el tratamiento habitual, en un horizonte temporal de 3 años. Esto posiciona al MAE como una estrategia dominante, lo que va en línea con las conclusiones de varios estudios incluidos en la RS de evaluaciones económicas. Si lo comparamos con el análisis realizado por Aragonès et al [23], quienes concluyen que este modelo de atención es coste-efectivo en comparación con el cuidado habitual, podemos observar que las diferencias pueden explicarse por el horizonte temporal utilizado. Mientras que ellos utilizan un horizonte temporal de 12 meses, con probabilidades de remisión y costes asociados a dicho punto temporal, en el análisis de este informe se consideran las probabilidades de remisión de forma individual para distintos momentos en los primeros 12 meses, es decir, a los 3, 6 y 12 meses. Además, se consideraron probabilidades a los 24 y 36 meses de forma adicional, al extender el periodo del análisis hasta los 36 meses.

Aunque el diseño y ejecución del modelo económico siguió las recomendaciones metodológicas establecidas [42,43], el análisis cuenta

con algunas limitaciones. La primera de ellas, y común a todos los modelos matemáticos, es que se trata de una simplificación de la realidad que no hace posible representar toda la variabilidad de la práctica clínica en torno al tratamiento de la depresión en España. Dado que, en este caso, esta variabilidad es alta, en el análisis se han representado las estrategias terapéuticas evaluadas por un estudio previo en centros de atención primaria de una ciudad española (Tarragona), único estudio identificado para España. Esto conlleva que los datos utilizados en el modelo provengan de un único estudio, lo que representa la segunda limitación. Por otro lado, cabe señalar que el modelo de atención evaluado representa solo una de las distintas modalidades existentes de modelos de atención escalonada.

A pesar de estas limitaciones, el análisis de sensibilidad, en el que se variaron todos los parámetros simultáneamente o de forma univariada, si bien confirma los resultados del caso base, también pone de manifiesto la existencia de variabilidad en torno a ellos, ya que la nube representada en el plano de coste-efectividad incremental se reparte por los cuatro cuadrantes, lo que significa que el MAE tiene alguna probabilidad de generar tanto mayor y menor efectividad como más y menos costes que el tratamiento habitual. No obstante, si se establece un umbral de coste oportunidad de 27 000 – 34 000 €/AVAC, la probabilidad de que el MAE sea coste-efectivo está en torno al 70%.

V.3 Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales

En el caso de los trastornos mentales, la normativa española establece que solo el Médico Especialista en Psiquiatría y el Psicólogo Especialista en Psicología Clínica tienen plenas competencias para su diagnóstico y tratamiento en el SNS, independientemente de la “intensidad” del tratamiento (en el caso de las intervenciones psicológicas) o el nivel asistencial (AP o especializada). Por tanto, de cara a una implantación integrada del MAE, es necesario mantener una oferta adecuada de estos servicios, que actualmente es especialmente escasa en el caso de los psicólogos clínicos, y más aún en los centros de AP [200]. Pero además, dado que la aplicación del MAE afecta al conjunto de profesionales implicados en la atención a la salud mental, más allá de la psiquiatría y la psicología clínica, se requiere de una planificación integrada en todos los niveles asistenciales de los profesionales.

En relación con la aceptabilidad del modelo, los estudios incluidos coinciden en que el MAE resulta de interés para profesionales sanitarios cuando se percibe como un modelo integral y multidisciplinar, capaz de articular saberes clínicos, psicológicos y sociales y de ajustar la intensidad del cuidado a la complejidad de las necesidades [163,165,167,176,179]. La posibilidad de ofrecer trayectorias flexibles, evitando itinerarios rígidos y estandarizados, refuerza la adhesión profesional al modelo y se alinea con principios de atención centrada en la persona [165,167]. Sin embargo, esta aceptabilidad es condicional y disminuye de forma notable cuando los/as profesionales experimentan una brecha entre los principios del MAE y las condiciones reales de implementación, especialmente en contextos de escasez de personal, financiación inestable y limitaciones temporales (derivadas de la carga asistencial) [163,167,176].

Desde la perspectiva de pacientes, los resultados indican que el MAE es aceptado cuando contribuye a una experiencia asistencial más humana, comprensiva y relacional, reduciendo la percepción de medicalización excesiva y favoreciendo la escucha activa y la explicación compartida del malestar emocional [175,176,179]. En contextos hospitalarios, la integración de componentes psicológicos de baja intensidad se asocia además con mejoras percibidas en el clima terapéutico y la sensación de seguridad [176]. En el caso de cuidadores, la aceptabilidad se vincula estrechamente con la continuidad del cuidado y el reconocimiento explícito de su rol dentro del proceso asistencial [164]. No obstante, esta valoración positiva coexiste con experiencias de frustración cuando el modelo resulta poco visible o difícil de acceder, lo que obliga a cuidadores a asumir funciones de navegación del sistema sin apoyo institucional [163,164].

En cuanto a la factibilidad, los estudios muestran de forma consistente que los principales obstáculos para la implementación del MAE no se sitúan en el diseño clínico del modelo, sino en sus condiciones estructurales y organizativas. La financiación inestable, los contratos de corta duración, la dificultad para reclutar y retener profesionales y la limitada capacidad instalada comprometen la continuidad del modelo y reducen su sostenibilidad [163–165,167]. Asimismo, los límites rígidos en el número de sesiones, impuestos por criterios administrativos más que clínicos, se identifican como especialmente problemáticos para personas con necesidades complejas o traumas, planteando incluso riesgos percibidos para la seguridad del cuidado [163,167].

Otro hallazgo transversal es el impacto negativo de la carga administrativa y los indicadores de desempeño, que invisibilizan el trabajo

de coordinación de equipos inherente al MAE y generan desgaste profesional, llegando a cuestionar la permanencia en el modelo [163,167]. A ello se suma la falta de estandarización en los procesos de triaje, derivación y escalonamiento, que produce asignaciones inadecuadas, discontinuidades asistenciales y la percepción de que algunas personas “caen entre las fisuras” del sistema [163,165,178].

Pese a estas barreras, los estudios identifican facilitadores clave para la implementación del MAE, entre los que destacan la formación específica, la supervisión continuada y la presencia de figuras promotoras o *champions* clínicos [167,181], así como la flexibilidad organizativa y la capacidad de adaptación local del modelo sin perder sus principios fundamentales [167]. En modelos escalonados digitales, la evidencia subraya que la viabilidad depende de la integración de apoyos humanos breves, como el *coaching*, que facilitan la adherencia, la comprensión del sistema y el tránsito entre niveles [178].

Es necesario garantizar la continuidad de cuidados, evitando que el paso entre niveles (escalones) pueda ser un punto de ruptura. Deben aplicarse estrategias para evitar el abandono del paciente cuando mejora, como un acompañamiento preventivo para evitar recaídas que empeoren el pronóstico.

Finalmente, los resultados ponen de manifiesto implicaciones para la equidad en el acceso. En varios estudios, el acceso al MAE se describe como dependiente de la disponibilidad de recursos o incluso de la “suerte” de conseguir una plaza, lo que genera desigualdades [162–164]. Factores como la ruralidad, los costes de transporte, la dificultad de acceso a especialistas y la brecha digital limitan la continuidad del cuidado y afectan de manera desproporcionada a determinados grupos [164,166,178]. Además, el estigma asociado a la salud mental emerge como una barrera transversal que influye tanto en la búsqueda inicial de ayuda como en la disposición a escalar hacia niveles de atención más intensivos, incluso cuando estos serían clínicamente indicados [178,179].

VI. Conclusiones

Efectividad y seguridad

GENERAL

- La evidencia disponible sobre el MAE se restringe a poblaciones con síntomas subclínicos o trastorno mental probable o confirmado, y no se identificó ningún estudio que evaluase la aplicación de este modelo en la gestión del malestar psicológico consecuencia de los determinantes sociales de la salud mental (precariedad, desigualdad, género, etc).
- La calidad de la evidencia sobre la efectividad del MAE se ha valorado como baja o muy baja para la mayoría de las variables y subpoblaciones debido, principalmente, al riesgo de sesgo de los estudios individuales, a la imprecisión de las estimaciones y, en el caso de la depresión, a la alta heterogeneidad de los resultados.
- La seguridad del modelo ha sido evaluada en relativamente pocos estudios, sin observar eventos adversos relacionados con la intervención ni resultados significativamente peores para el MAE (calidad moderada).

DEPRESIÓN

- Un MAE aplicado a personas mayores con síntomas de depresión pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, previene significativamente la ocurrencia del trastorno en los 12 meses posteriores (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas evaluada de forma continua es pequeño y de significación clínica incierta (calidad muy baja).
- El MAE podría producir un incremento relativo y absoluto relevante de la tasa de respuesta al tratamiento (calidad baja) y la remisión del trastorno (calidad baja), efecto que podría ser aún mayor en poblaciones con mayor gravedad de síntomas en línea base.

- El efecto del MAE en la mejoría del componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud es pequeño y de significación clínica incierta (calidad baja).
- El MAE no muestra diferencias frente a la atención habitual en la tasa de las hospitalizaciones psiquiátricas (calidad baja).

ANSIEDAD

Personas adultas

- El MAE no muestra diferencias frente al tratamiento habitual en la reducción de la sintomatología ansiosa (calidad muy baja), ni en la tasa de remisión del trastorno (calidad baja).
- Los resultados sobre el efecto del MAE en la calidad de vida relacionada con la salud son escasos y contradictorios (calidad baja).
- El MAE no mostró diferencias en la tasa de hospitalizaciones psiquiátricas (calidad muy baja).

Menores

- Un programa escalonado de TCC por internet (primera mitad de las sesiones sin guía terapéutica) no se muestra inferior en reducción de síntomas y remisión del trastorno a un programa con guía por email tras cada sesión, pero sí resultó inferior si la guía se realiza por videoconferencia (calidad baja).
- Un MAE de tres fases (psicoeducación, TCC y tratamiento individualizado) no se diferenció de la atención habitual en reducción de síntomas, remisión y calidad de vida (calidad baja).

ESTRÉS

- En personas adultas con síntomas de estrés, un MAE de dos fases (auto-ayuda guiada y terapia de solución de problemas) frente a la atención habitual, podría mejorar los niveles de estrés (calidad baja), ansiedad (calidad muy baja) y depresión (calidad muy baja), mientras que no se observaron diferencias en calidad de vida (calidad baja).

MUESTRAS MIXTAS (ANSIEDAD/DEPRESIÓN)

- El MAE aplicado a personas con síntomas de depresión y/o ansiedad, pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, no previene significativamente la ocurrencia de trastorno clínico en los 24 meses posteriores, frente a la atención habitual (calidad muy baja).
- El MAE no mostró diferencias en la reducción del nivel de depresión (calidad moderada), ansiedad (calidad moderada), tasa de remisión del trastorno (calidad baja), tasa de hospitalizaciones psiquiátricas (calidad muy baja), ni en el nivel de calidad de vida (calidad moderada).

ENFERMEDAD SOMÁTICA Y DEPRESIÓN/ANSIEDAD/ESTRÉS

- El MAE aplicado a personas con síntomas de depresión y/o ansiedad, pero que no cumplen criterios de trastorno clínico, no previene significativamente la ocurrencia del trastorno en los 24 meses posteriores, frente a la atención habitual (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente, evaluada de forma continua, es pequeño y de significación clínica incierta (calidad baja).
- Sin embargo, el MAE produce un incremento relevante de la tasa de respuesta al tratamiento (calidad baja) y la remisión del trastorno (calidad baja).
- El efecto del MAE sobre la calidad de vida es pequeño y de dudosa significación clínica (calidad baja).

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Personas adultas

- En personas hospitalizadas por lesión física grave, el MAE podría reducir la incidencia de TEPT en el año posterior (calidad muy baja).
- El efecto del MAE sobre la reducción de síntomas y sobre el componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud fue significativo, pero de intensidad pequeña (calidad muy baja).

Menores

- El MAE no mostró diferencias frente al tratamiento habitual en incidencia de TEPT (calidad baja), reducción de síntomas (calidad moderada), respuesta (calidad baja) y remisión (calidad baja).

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Personas adultas

- Un MAE aplicado a personas con TOC no redujo la sintomatología (calidad muy baja) ni la remisión del trastorno (calidad muy baja).

Menores

- Un MAE aplicado a menores de edad con TOC no redujo la sintomatología, pero se mostró no inferior al tratamiento habitual (calidad moderada).
- Tampoco se observaron diferencias significativas en la respuesta al tratamiento (calidad baja) ni en la remisión del trastorno (calidad baja).

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

- En adultos/as con bulimia nerviosa, el MAE no se diferenció del tratamiento estándar en reducción de síntomas, abstinencia o remisión (calidad baja). Podría existir una interacción con el nivel de riesgo pronóstico, resultando mejor o igual que la atención habitual en pacientes de alto riesgo, pero peor en pacientes de bajo riesgo.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

- En personas con trastornos de la personalidad recientemente dadas de alta de un ingreso psiquiátrico o de visita a urgencias psiquiátricas, una intervención de baja intensidad (psicoeducación) antes de acceder eventualmente a tratamientos más intensivos incluidos en la atención habitual no reduce las hospitalizaciones posteriores (calidad moderada), pero sí los días de estancia hospitalaria (calidad baja), e incrementó la tasa de pacientes que redujeron sus visitas a urgencias psiquiátricas (calidad baja).

Evaluación Económica

- La evaluación económica realizada para este informe mostró que el MAE, basado en un programa multicomponente, puede ser una estrategia dominante frente a la atención habitual, es decir, más efectiva y menos costosa, para el tratamiento de los síntomas depresivos.

Aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

- El MAE en salud mental es aceptado por profesionales sanitarios, pacientes y cuidadores cuando se implementa como un sistema integral, flexible y multidisciplinar, capaz de ajustar la intensidad del cuidado a las necesidades reales de las personas y de promover una atención centrada en la persona.
- La factibilidad del MAE depende fundamentalmente de condiciones estructurales y organizativas, como la estabilidad de la financiación, la disponibilidad y continuidad del personal, la reducción de la carga administrativa, la claridad en los criterios de triaje y escalonamiento, y el acceso a formación y supervisión, más que del diseño clínico del modelo en sí.
- Sin estrategias explícitas orientadas a mejorar la visibilidad del sistema, la comprensibilidad del funcionamiento del modelo y la reducción de barreras estructurales y de estigma, el MAE corre el riesgo de reproducir inequidades en el acceso, beneficiando principalmente a las personas con mayores recursos, redes de apoyo o alfabetización sanitaria.

Necesidades de investigación

- No se han identificado estudios que aborden como objetivo las necesidades de investigación del MAE, aunque sí se han encontrado estudios que lo abordan parcialmente, especialmente en lo relacionado con la integración de intervenciones digitales, la coordinación entre servicios sanitarios y el apoyo a jóvenes en listas de espera. No existen medidas de resultado estandarizadas para evaluar el MAE como modelo de prestación de servicios. Se han encontrado conjuntos de referencia en depresión, ansiedad y terapias psicológicas que pueden orientar futuras evaluaciones, pero resulta necesaria la adaptación de métricas específicas para este modelo.

VII. Recomendaciones

- Se establece una **recomendación condicional favorable a la aplicación del MAE para el tratamiento de personas adultas con síntomas o trastornos depresivos, así como en personas con enfermedades somáticas crónicas que además presentan síntomas de depresión y/o ansiedad**. El sentido favorable de la recomendación se basa en la importancia del problema de salud, un balance riesgo/beneficio positivo, sin eventos adversos relacionados con la intervención, la no exigencia de importantes recursos adicionales a la atención habitual, el resultado favorable del análisis económico y la factibilidad potencial de aplicación. El carácter condicional (no fuerte) de la recomendación se debe principalmente a la baja calidad de la evidencia, pero también a una potencial variabilidad en la aceptación del modelo, si no se cumplen las condiciones contextuales adecuadas.
- **En el resto de condiciones evaluadas**, el similar balance riesgo/beneficio observado junto a la ausencia de datos en nuestro país sobre coste-efectividad hacen que no sea **posible establecer una recomendación a favor o en contra del MAE**. En el caso de los trastornos de la personalidad, la calidad de la evidencia sobre los beneficios obtenidos en la reducción de la duración de los ingresos psiquiátricos y las visitas a urgencias se ha considerado moderada y en el límite baja/moderada, respectivamente, pero se trata de un solo estudio que sólo evalúa esas variables y no se ha identificado evidencia para estos pacientes sobre las variables establecidas como críticas en el informe.

Contribución de los/as autores/as, colaboradores/as expertos/as, representantes de pacientes y revisores/as externos/as

Autores

- *Amado Rivero-Santana* ✉. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Coordinación del informe. Revisión de la literatura, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, participación en el proceso de formulación de recomendaciones, redacción del informe y revisión del borrador final del informe.
- *Vanesa Ramos-García*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Coordinación del informe. Revisión de la literatura, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos, participación en el proceso de formulación de recomendaciones, redacción del informe y revisión del borrador final del informe.
- *Aleandra Torres Castaño*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Revisión del protocolo del informe, revisión de la literatura, evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos y sociales (ELOS) relacionados con la tecnología evaluada, participación en el proceso de priorización para la evaluación de la calidad de la evidencia, formulación de recomendaciones, redacción parcial del informe y revisión del borrador final del informe.
- *Lidia García-Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria

de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Revisión del protocolo del informe, revisión de la literatura económica, participación en el proceso de formulación de recomendaciones, redacción parcial del informe y revisión del borrador final del informe.

- *Estefanía Herrera-Ramos*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Redacción de fuentes de información, revisión de la versión preliminar del informe y del borrador final.
- *Aránzazu Hernández-Yumar*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Dominio de Evaluación Económica (EE). Revisión de la literatura económica, diseño de la evaluación económica e interpretación de resultados, participación en el proceso de formulación de recomendaciones, redacción parcial del informe y revisión del borrador final del informe.
- *Renata Linertová*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Dominio de Evaluación Económica (EE). Revisión de la literatura económica, diseño de la evaluación económica e interpretación de resultados, participación en el proceso de formulación de recomendaciones, redacción parcial del informe y revisión del borrador final del informe.
- *Violeta Cazaña-Pérez*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), adscrito al Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad, seguridad y económica, extracción y síntesis de datos, y revisión del borrador final del informe.
- *Alicia Marina Gómez-Ramos*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.

- *Yolanda Álvarez-Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Revisión de la literatura sobre efectividad, seguridad y ELOS, lectura crítica de los estudios incluidos, revisión de la versión preliminar del informe y del borrador final del informe.
- *Francesca Favaro*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Selección de estudios, extracción de datos, valoración del riesgo de sesgo de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Anthea Santos Álvarez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Revisión de la literatura sobre aspectos ELOS, extracción, síntesis de datos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Andrea Duarte-Díaz*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, lectura crítica de los estudios incluidos, revisión de la versión preliminar del informe y del borrador final del informe.
- *Jaime Rodríguez-Drincourt de Elízaga*. Colaborador del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Juan Ignacio Capafons-Sosa*. Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC), adscrito al Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Identificación de necesidades de investigación y redacción de medidas de resultado estándares.
- *Yolanda Ramallo-Fariña*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Identificación

de necesidades de investigación y redacción de medidas de resultado estándares.

- *Elena Sirumal-Rodríguez*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Graciela Corujo-Boñalos*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Irene Alonso-Socas*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura sobre efectividad y seguridad, extracción y síntesis de datos, lectura crítica de los estudios incluidos y revisión de la versión preliminar del informe.
- *Benjamín Rodríguez-Díaz*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS), Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Implementación del modelo económico y revisión del borrador final del informe.
- *Alba Pérez-Celis*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Revisión de la literatura económica, extracción y síntesis de datos, y revisión del borrador final del informe.
- *Francisco Javier Acosta-Artiles*. Servicio de Salud Mental. Dirección General de Salud Mental y Adicciones. Servicio Canario de la Salud - Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Revisión del protocolo y del borrador final del informe.
- *Pedro Guillermo Serrano-Pérez*. Departamento de Psiquiatría y Medicina Forense, Hospital Álvaro Cunqueiro (Vigo), Servizo Galego de Saúde (SERGAS). Translational Neuroscience Research Group, Galicia Sur Health Research Institute (IIS-Galicia Sur). Centro de Investigación Biomédica en Red – Salud Mental (CIBERSAM). Revisión del protocolo y del borrador final del informe.
- *Luisa Baladon-Higueras*. Departamento de Psiquiatría en el Parc Sanitari Sant Joan De Déu. Revisión del borrador final del informe.

- *Juan Antonio López-Rodríguez*. Medicina Familiar. Servicio Madrileño de Salud. CS General Ricardos. Revisión del borrador final del informe.



amado.riverosantana@sescs.es

Responsable de Agencia

- *Lilisbeth Perestelo-Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). Supervisión del estudio, revisión interna del borrador del informe y de la versión final del informe.

Personal de Apoyo

- *Carlos González Rodríguez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Apoyo en las tareas de documentación y edición.
- *Carlos Díaz-González*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Apoyo en las tareas de documentación.

Revisores externos

- *Enma Motrico Martínez*. Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla (España). Revisión del informe final.

Representantes de asociaciones de pacientes y de sociedades científicas

Representantes de asociaciones de pacientes

- *Ana Iritia Artigas*. Presidenta de la Asociación Aragonesa ProSalud Mental (ASAPME). Revisión del informe final.

- *Víctor López Alcalde*. Miembro de ASAPME. Revisión del informe final.

Representantes de sociedades científicas

- *Roger Muñoz Navarro*. Representante del Consejo General de la Psicología de España (COP).
- *Esther Arjona Jiménez*. Presidenta de la Sociedad Española de Psicología Clínica (ANPIR).
- *Francisco del Olmo Romero-Nieva*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).

Declaración de intereses

Los autores del presente informe, representantes de las asociaciones de pacientes, sociedades científicas y revisores externos completaron un formulario de declaración de intereses, declarando no tener conflictos de intereses en relación con la intervención evaluada ni los comparadores considerados.

Referencias

1. Trastornos mentales [Internet]. [Accedido 4-04-2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Ministerio de Sanidad - Sanidad en datos - Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. [Accedido 4-04-2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental de los adolescentes [Internet]. [Accedido 4-04-2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S. y Salado, V. La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes. | UNICEF [Internet]. Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023-2024. UNICEF España.; 2024 [Accedido 4-04-2025]. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/barometro-infancia-adolescencia/salud-mental-cosa-de-ninos-ninas-y-adolescentes>
5. Nota de Prensa: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales. [Internet]. [Accedido 4-04-2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
6. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008 nov;372(9650):1661-9.
7. Naghavi M, Ong KL, Aali A, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet. 2024 may;403(10440):2100-32.
8. Clark DM. Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2018 may 7;14:159-83.
9. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Período 2022-2026) [Internet]. 2022. Disponible en: www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrat

- egia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
10. Comisionando de Salud Mental. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Plan de acción de Salud Mental 2025-2027 [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf
 11. Rivero-Santana A, Perestelo-Perez L, Alvarez-Perez Y, Ramos-Garcia V, Duarte-Diaz A, Linertova R, et al. Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2021 nov;294:391-409.
 12. Ho FY-Y, Yeung W-F, Ng TH-Y, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sci. Rep.* 2016 jul 5;6:29281.
 13. Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2022. 1 p.
 14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). 2014.
 15. Overview | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2022 [Accedido 5-04-2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
 16. Mareya S, Watts MC, Zhao L, Olasoji M. Exploring the Stepped Care Model in Delivering Primary Mental Health Services—A Scoping Review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2024 dic;33(6):2026-42.
 17. Heath A, Lim D, Lawn S. Qualitative Systematic Review and Meta-Aggregation of Stakeholders' Perspectives on Stepped Care in Facilitating Return to Community After Hospitalization for Anxiety and Depression. *Issues Ment. Health Nurs.* 2026 ene 2;47(1):24-39.
 18. Cobos-Campos R, Villullas S, García De Andoin S, Pérez I, Bermúdez-Ampudia C, López De Abechuco E. Approach to the increase of depression and its treatment. Role of primary care. An opinion article. *Front. Health Serv.* 2025 nov 10;5:1715754.
 19. Brennenstuhl S, Agard C, Ho R, Cleverley K. Stepped care, stepped care “lite” & matching intervention components to individual mental health needs: A rapid scoping review of mental health and substance use interventions for post-secondary students. *PLOS ONE.* 2025 mar 25;20(3):e0319473.

20. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement. Sci.* 2015 dic;11(1):114.
21. Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2024 ene 29;2024(1).
22. Reeves P, Szewczyk Z, Proudfoot J, Gale N, Nicholas J, Anderson J. Economic Evaluations of Stepped Models of Care for Depression and Anxiety and Associated Implementation Strategies: A Review of Empiric Studies. *Int. J. Integr. Care.* 2019 jun 21;19(2):8.
23. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol J-L, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J. Affect. Disord.* 2014 abr 20;159:85-93.
24. BOE-A-2003-21340 Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. [Accedido 7-03-2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>
25. BOE-A-2008-3176 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. [Internet]. [Accedido 7-03-2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-3176>
26. Ministerio de Sanidad - Áreas - Estrategia de Salud Mental [Internet]. [Accedido 4-12-2025]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>
27. Higgins JPT, Green S. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. *Cochrane.* 2011;(March):1-639.
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ.* 2021;372.
29. Database of Abstracts of Reviews of Effects. DARE Search Strategies [Internet]. [Internet]. [Accedido 10-10-2025]. Disponible en: <https://www.crd.york.ac.uk/crdweb/searchstrategies.asp>
30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Search filters [Internet]. [Internet]. [Accedido 10-10-2025]. Disponible en: <https://testing36.scot.nhs.uk>
31. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that

- include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 sep 21;4008.
32. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019 ago 28;4898.
 33. Higgins J, Green S, Higgins JPT GS, Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011.
 34. Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat. Med.* 2002 jun;21(11):1539-58.
 35. Pustejovsky JE, Rodgers MA. Testing for funnel plot asymmetry of standardized mean differences. *Res. Synth. Methods*. 2019 mar;10(1):57-71.
 36. Duval S, Tweedie R. Trim and Fill: A Simple Funnel-Plot-Based Method of Testing and Adjusting for Publication Bias in Meta-Analysis. *Biometrics*. 2000 jun;56(2):455-63.
 37. GRADE handbook [Internet]. [Accedido 10-07-2025]. Disponible en: <https://gdt.gradeapro.org/app/handbook/handbook.html>
 38. Craig D, Rice S, Aguiar-Ibanez R, Glanville J, Kleijnen J, Drummond M. NHS Economic Evaluation Database Handbook. Chapter III: Guidance for writing NHS EED abstracts. *CRD Rep*. 2007;
 39. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Third Edition. 3rd ed. Oxford University Press; 2005.
 40. Shemilt I, Thomas J, Morciano M. A web-based tool for adjusting costs to a specific target currency and price year. *Evid. Policy J. Res. Debate Pract*. 2010;6(1):51-9.
 41. López Bastida J, Oliva J, Antónanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac. Sanit*. 2010;24(2):154-70.
 42. Briggs A, Claxton K, Sculpher M. *Decision Modelling for Health Economic Evaluation*. 1st edition. Oxford: Oxford University Press; 2006. 256 p.
 43. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Third Edition. 3rd ed. Oxford University Press; 2005.
 44. Augustovski F, García Martí S, Espinoza MA, Palacios A, Husereau D, Pichon-Riviere A. Estándares Consolidados de Reporte de Evaluaciones Económicas Sanitarias: adaptación al español de la lista de comprobación CHEERS 2022. *Value Health Reg. Issues*. 2022 ene 1;27:110-4.

45. NICE. Depression in adults: treatment and management (NG222). NICE guideline [Internet]. UK: 2022. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>
46. Aragonès E, Caballero A, Piñol J-L, López-Cortacans G. Persistence in the long term of the effects of a collaborative care programme for depression in primary care. *J. Affect. Disord.* 2014 sep;166:36-40.
47. Aragonès E, Piñol JL, Caballero A, López-Cortacans G, Casaus P, Hernández JM, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster randomized trial. The INDI project. *J. Affect. Disord.* 2012 dic 15;142(1-3):297-305.
48. Vallejo-Torres L. Estimating the Incremental Cost Per QALY Produced by the Spanish NHS: A Fixed-Effect Econometric Approach. *PharmacoEconomics.* 2025 ene 1;43(1):109-22.
49. García Pérez, L et al. Caracterización de la salud autopercebida y estimación de utilidades a través de la nueva versión del cuestionario EQ-5D en pacientes con trastorno depresivo, o artrosis de cadera o rodilla (FIS PI13/00518) [Internet]. [Accedido 11-12-2025]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGene rico.jsp?idDocument=b439f3e9-7c67-11e4-a62a-758e414b4260&idCarpeta=993a9b1d-7aed-11e4-a62a-758e414b4260>
50. Ramos-Goñi JM, Craig BM, Oppe M, Ramallo-Fariña Y, Pinto-Prades JL, Luo N, et al. Handling Data Quality Issues to Estimate the Spanish EQ-5D-5L Value Set Using a Hybrid Interval Regression Approach. *Value Health J. Int. Soc. Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2018 may;21(5):596-604.
51. Valcárcel-Nazco C, Rodríguez-Díaz B, Guirado-Fuentes C, García-Pérez L, Estupiñan-Romero F. CONCEPT-COSTS. Compendium of Healthcare Costs in Spain (CONCEPT-COSTS Database) [Internet]. 2025 nov 12;
52. Facey K, Ørtenblad L, Lo Scalzo A. EUnetHTA HTA Core Model: Patient and Social Aspects. 2016 ene 26;
53. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res. Policy Syst.* 2018 may 29;16(1):45.
54. Oortwijn W, Sampietro-Colom L. The VALIDATE handbook: An approach on the integration of values in doing assessments of health technologies [Internet]. Radboud University Press; 2022 [Accedido

- 11-12-2025]. Disponible en: https://books.radbouduniversitypress.nl/index.php/rup/catalog/book/The_validate_handbook
55. Covidence - Better systematic review management [Internet]. [Accedido 11-12-2025]. Disponible en: <https://www.covidence.org/>
 56. Gonzalez-Gil T. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2010. Cuaderno III. p.3-8. 2019.
 57. EUnetHA Joint Action 2 Work Package 8. HTA Core Model ® Version 3.0 [Internet]. 2016. Disponible en: www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx
 58. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008 may;336(7652):1049-51.
 59. Roberts LN, Nixon RDV. Systematic Review and Meta-Analysis of Stepped Care Psychological Prevention and Treatment Approaches for Posttraumatic Stress Disorder. *Behav. Ther.* 2023 may;54(3):476-95.
 60. Apil SRA, Spinhoven P, Haffmans PMJ, Hoencamp E. Two-year follow-up of a randomized controlled trial of stepped care cognitive behavioral therapy to prevent recurrence of depression in an older population. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2014 mar;29(3):317-25.
 61. Apil SRA, Hoencamp E, Judith Haffmans PM, Spinhoven P. A stepped care relapse prevention program for depression in older people: a randomized controlled trial. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2012 jun;27(6):583-91.
 62. Aspvall K, Andersson E, Melin K, Norlin L, Eriksson V, Vigerland S, et al. Effect of an Internet-Delivered Stepped-Care Program vs In-Person Cognitive Behavioral Therapy on Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Children and Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021 may 11;325(18):1863.
 63. Bot M, Pouwer F, Ormel J, Slaets JPJ, De Jonge P. Predictors of incident major depression in diabetic outpatients with subthreshold depression. *Diabet. Med.* 2010 nov;27(11):1295-301.
 64. Curth NK, Brinck-Claussen UØ, Hjorthøj C, Davidsen AS, Mikkelsen JH, Lau ME, et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders: results and lessons learned from the Danish cluster-randomized Collabri trials. *BMC Fam. Pract.* 2020 dic;21(1):234.
 65. Danhauer SC, Brenes GA, Weaver KE, Dressler EV, Westcott G, Zhang Z, et al. A multi-site feasibility study of a stepped-care telehealth intervention for depression and anxiety in post-treatment

- cancer survivors at community cancer clinics (WF-30917CD). *J. Cancer Surviv.* 2025 ene 14;
66. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, Carney RM, Chaplin WF, Czajkowski S, et al. Centralized, Stepped, Patient Preference-Based Treatment for Patients With Post-Acute Coronary Syndrome Depression: CODIACS Vanguard Randomized Controlled Trial. *JAMA Intern. Med.* 2013 jun 10;173(11):997.
 67. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, et al. Enhanced Depression Care for Patients With Acute Coronary Syndrome and Persistent Depressive Symptoms: Coronary Psychosocial Evaluation Studies Randomized Controlled Trial. *Arch. Intern. Med.* 2010 abr 12;170(7).
 68. Dozeman E, Van Marwijk HWJ, Van Schaik DJF, Smit F, Stek ML, Van Der Horst HE, et al. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int. Psychogeriatr.* 2012 ago;24(8):1242-51.
 69. Ell K, Katon W, Xie B, Lee P-J, Kapetanovic S, Guterman J, et al. Collaborative Care Management of Major Depression Among Low-Income, Predominantly Hispanic Subjects With Diabetes. *Diabetes Care.* 2010 abr 1;33(4):706-13.
 70. Ell K, Xie B, Quon B, Quinn DI, Dwight-Johnson M, Lee P-J. Randomized Controlled Trial of Collaborative Care Management of Depression Among Low-Income Patients With Cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008 sep 20;26(27):4488-96.
 71. Fletcher S, Spittal MJ, Chondros P, Palmer VJ, Chatterton ML, Densley K, et al. Clinical efficacy of a Decision Support Tool (Link-me) to guide intensity of mental health care in primary practice: a pragmatic stratified randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry.* 2021 mar;8(3):202-14.
 72. Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. *PloS One.* 2018;13(11):e0206472.
 73. Hauffman A, Alphonsson S, Bill-Axelsson A, Bergkvist L, Forslund M, Mattsson S, et al. Cocreated internet-based stepped care for individuals with cancer and concurrent symptoms of anxiety and depression: Results from the U-CARE AdultCan randomized controlled trial. *Psychooncology.* 2020 dic;29(12):2012-8.
 74. Heddaeus D, Seeralan T, Maehder K, Porzelt S, Daubmann A, Dams J, et al. Collaborative and Stepped Care for Mental Disorders: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Outpatient Care

- (The COMET Study). *Dtsch. Arzteblatt Int.* 2025 mar 7;122(5):127-34.
75. Hoff A, Fisker J, Poulsen RM, Hjorthøj C, Rosenberg NK, Nordentoft M, et al. Integrating vocational rehabilitation and mental healthcare to improve the return-to-work process for people on sick leave with stress-related disorders: results from a randomized trial. *Scand. J. Work. Environ. Health.* 2022 jul 1;48(5):361-71.
 76. Hoff A, Poulsen RM, Fisker JP, Hjorthøj C, Nordentoft M, Bojesen AB, et al. Integrated mental healthcare and vocational rehabilitation for people on sick leave with stress-related disorders: 24-month follow-up of the randomized IBBIS trial. *Scand. J. Work. Environ. Health.* 2023 may 1;49(4):303-8.
 77. Hölzel LP, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, König H-H, et al. Coordinated Treatment of Depression in Elderly People in Primary Care. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2018 nov 2;
 78. Igelström H, Carlsson M, Hauffman A, von Essen L, Grönqvist H, Johansson B, et al. Long-term effects on depression and anxiety of an internet-based stepped care intervention for patients with cancer and symptoms of depression and anxiety. The U-CARE AdultCan trial. *Internet Interv.* 2023 abr;32:100625.
 79. Jagayat JK, Kumar A, Shao Y, Pannu A, Patel C, Shirazi A, et al. Incorporating a Stepped Care Approach Into Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment. Health.* 2024 feb 9;11:e51704.
 80. Kaaya S, Siril H, Fawzi MCS, Aloyce Z, Araya R, Kaale A, et al. A peer-facilitated psychological group intervention for perinatal women living with HIV and depression in Tanzania-Healthy Options: A cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2022 dic;19(12):e1004112.
 81. Kampman M, van Balkom AJLM, Broekman T, Verbraak M, Hendriks G-J. Stepped-care versus treatment as usual in panic disorder: A randomized controlled trial. *PloS One.* 2020;15(8):e0237061.
 82. Katon WJ, Von Korff M, Lin EHB, Simon G, Ludman E, Russo J, et al. The Pathways Study: A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2004 oct 1;61(10):1042.
 83. Keyan D, Habashneh R, El-Dardery H, Faroun M, Al-Johary F, Abualhaija A, et al. A stepped-care programme of brief psychological interventions for adults affected by adversity in Jordan: Lessons from a pilot randomised controlled trial in Jordan [Internet]. 2025 mar 3;

84. Kolbasovsky A, Reich L, Futterman R, Meyerkopf N. Reducing the number of emergency department visits and costs associated with anxiety: a randomized controlled study. *Am. J. Manag. Care.* 2007 feb;13(2):95-102.
85. Krebber AMH, Jansen F, Witte BI, Cuijpers P, de Bree R, Becker-Commissaris A, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: a randomized, controlled trial. *Ann. Oncol. Off. J. Eur. Soc. Med. Oncol.* 2016 sep;27(9):1754-60.
86. Lambert M, König H, Karow A, König H-H, Rohenkohl A, Luedecke D, et al. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). *Psychiatry Res.* 2024 sep;339:116007.
87. March S, Spence SH, Myers L, Ford M, Smith G, Donovan CL. Stepped-care versus therapist-guided, internet-based cognitive behaviour therapy for childhood and adolescent anxiety: A non-inferiority trial. *Internet Interv.* 2023 dic;34:100675.
88. March S, Spence SH, Myers L, Ford M, Smith G, Donovan CL. Integrating Videoconferencing Therapist Guidance Into Stepped Care Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Child and Adolescent Anxiety: Noninferiority Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment. Health.* 2025 ene 22;12:e57405.
89. Mediavilla R, Felez-Nobrega M, McGreevy KR, Monistrol-Mula A, Bravo-Ortiz M-F, Bayón C, et al. Effectiveness of a mental health stepped-care programme for healthcare workers with psychological distress in crisis settings: a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Ment. Health.* 2023 jun;26(1):e300697.
90. Mitchell JE, Agras S, Crow S, Halmi K, Fairburn CG, Bryson S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2011 may;198(5):391-7.
91. Mohr DC, Lattie EG, Tomasino KN, Kwasny MJ, Kaiser SM, Gray EL, et al. A randomized noninferiority trial evaluating remotely-delivered stepped care for depression using internet cognitive behavioral therapy (CBT) and telephone CBT. *Behav. Res. Ther.* 2019 dic;123:103485.
92. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother. Psychosom.* 2014;83(1):37-44.

93. Nordgreen T, Haug T, Öst L-G, Andersson G, Carlbring P, Kvale G, et al. Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. *Behav. Ther.* 2016 mar;47(2):166-83.
94. Oosterbaan DB, Verbraak MJPM, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 2013 ago;203(2):132-9.
95. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet.* 2010 dic;376(9758):2086-95.
96. Patel V, Weiss HA, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Lay health worker led intervention for depressive and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br. J. Psychiatry.* 2011 dic;199(6):459-66.
97. Pillai A, Keyes KM, Susser E. Antidepressant prescriptions and adherence in primary care in India: Insights from a cluster randomized control trial. *PloS One.* 2021;16(3):e0248641.
98. Pols AD, Van Dijk SE, Bosmans JE, Hoekstra T, Van Marwijk HWJ, Van Tulder MW, et al. Effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: A pragmatic cluster randomized controlled trial. *PLOS ONE.* 2017 ago 1;12(8):e0181023.
99. Pols AD, Adriaanse MC, van Tulder MW, Heymans MW, Bosmans JE, van Dijk SE, et al. Two-year effectiveness of a stepped-care depression prevention intervention and predictors of incident depression in primary care patients with diabetes type 2 and/or coronary heart disease and subthreshold depression: data from the Step-Dep cluster randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018 oct 28;8(10):e020412.
100. Purgato M, Tedeschi F, Turrini G, Cadorin C, Compri B, Muriago G, et al. Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial. *World Psychiatry Off. J. World Psychiatr. Assoc. WPA.* 2025 feb;24(1):120-30.
101. Rapee RM, Lyneham HJ, Wuthrich V, Chatterton ML, Hudson JL, Kangas M, et al. Comparison of Stepped Care Delivery

- Against a Single, Empirically Validated Cognitive-Behavioral Therapy Program for Youth With Anxiety: A Randomized Clinical Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2017 oct;56(10):841-8.
102. Salloum A, Boedeker P, Morris C, Storch EA. Suicidal Ideation, Clinical Worsening and Outcomes among Child Participants in Trauma-Focused Treatment. *Res. Child Adolesc. Psychopathol*. 2025 may;53(5):687-700.
 103. Salloum A, Lu Y, Chen H, Salomon K, Scheeringa MS, Cohen JA, et al. Child and parent secondary outcomes in stepped care versus standard care treatment for childhood trauma. *J. Affect. Disord*. 2022 jun 15;307:87-96.
 104. Salloum A, Lu Y, Chen H, Quast T, Cohen JA, Scheeringa MS, et al. Stepped Care Versus Standard Care for Children After Trauma: A Randomized Non-Inferiority Clinical Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2022 ago;61(8):1010-1022.e4.
 105. Scazufca M, Nakamura CA, Seward N, Moreno-Agostino D, Van De Ven P, Hollingworth W, et al. A task-shared, collaborative care psychosocial intervention for improving depressive symptomatology among older adults in a socioeconomically deprived area of Brazil (PROACTIVE): a pragmatic, two-arm, parallel-group, cluster-randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longev*. 2022 oct;3(10):e690-702.
 106. Schuurhuizen CSEW, Braamse AMJ, Beekman ATF, Cuijpers P, Van Der Linden MHM, Hoogendoorn AW, et al. Screening and Stepped Care Targeting Psychological Distress in Patients With Metastatic Colorectal Cancer: The TES Cluster Randomized Trial. *J. Natl. Compr. Canc. Netw*. 2019 ago;17(8):911-20.
 107. Seekles W, Van Straten A, Beekman A, Van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials*. 2011 dic;12(1):171.
 108. Stoop CH, Nefs G, Pommer AM, Pop VJM, Pouwer F. Effectiveness of a stepped care intervention for anxiety and depression in people with diabetes, asthma or COPD in primary care: A randomized controlled trial. *J. Affect. Disord*. 2015 sep;184:269-76.
 109. Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depress. Anxiety*. 2011 abr;28(4):314-23.
 110. Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Turnbull S. Sequential Treatment for Bulimia Nervosa Incorporating A Self-Care Manual. *Br. J. Psychiatry*. 1996 ene;168(1):94-8.

111. Van Der Aa HPA, Van Rens GHMB, Comijs HC, Margrain TH, Gallindo-Garre F, Twisk JWR, et al. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial. *BMJ*. 2015 nov 23;h6127.
112. Van Schaik DJF, Dozeman E, Van Marwijk HWJ, Stek ML, Smit F, Beekman ATF, et al. Preventing depression in homes for older adults: are effects sustained over 2 years? *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2014 feb;29(2):191-7.
113. Van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MCH. Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr. Scand*. 2006 jun;113(6):468-76.
114. Van Straten A, Seekles W, Van 't Veer-Tazelaar NJ, Beekman ATF, Cuijpers P. Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how? *Med. J. Aust*. 2010 jun;192(S11).
115. Van't Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HWJ, Van Oppen P, Van Hout HPJ, Van Der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life: A Randomized Controlled Trial. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2009 mar 1;66(3):297.
116. Zhang DX, Lewis G, Araya R, Tang WK, Mak WWS, Cheung FMC, et al. Prevention of anxiety and depression in Chinese: A randomized clinical trial testing the effectiveness of a stepped care program in primary care. *J. Affect. Disord*. 2014 dic;169:212-20.
117. Van't Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HWJ, Van Oppen P, Van Der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, et al. Prevention of Late-Life Anxiety and Depression Has Sustained Effects Over 24 Months: A Pragmatic Randomized Trial. *Am. J. Geriatr. Psychiatry*. 2011 mar;19(3):230-9.
118. Oladeji BD, Kola L, Abiona T, Montgomery AA, Araya R, Gureje O. A pilot randomized controlled trial of a stepped care intervention package for depression in primary care in Nigeria. *BMC Psychiatry*. 2015 dic;15(1):96.
119. Härter M, Watzke B, Daubmann A, Wegscheider K, König H-H, Bretschneider C, et al. Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. *Sci. Rep*. 2018 jun 20;8(1):9389.
120. Gureje O, Oladeji BD, Montgomery AA, Bello T, Kola L, Ojagbemi A, et al. Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob. Health*. 2019 jul;7(7):e951-60.
121. Adewuya AO, Ola BA, Coker O, Atilola O, Fasawe A, Ajomale T. A stepped care intervention for non-specialist health workers'

- management of depression in the Mental Health in Primary Care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria: A cluster randomised controlled trial. *Gen. Hosp. Psychiatry*. 2019 sep;60:76-82.
122. Van Der Weele GM, De Waal MWM, Van Den Hout WB, De Craen AJM, Spinhoven P, Stijnen T, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2012 jul;41(4):482-8.
 123. Lambert S, Moodie EEM, McCusker J, Lokhorst M, Harris C, Langmuir T, et al. Translating Evidence-Based Self-Management Interventions Using a Stepped-Care Approach for Patients With Cancer and Their Caregivers: A Pilot Sequential Multiple Assignment Randomized Trial Design. *Psychooncology*. 2025 ene;34(1):e70043.
 124. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, Holmes ACN, Ellen S, Judson R, et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. *J. Trauma. Stress*. 2012 abr;25(2):125-33.
 125. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, Bray RM, Brambilla D, Zatzick D, et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern. Med*. 2016 jul 1;176(7):948.
 126. Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne C, Bystritsky A, Rose RD, et al. Disorder-Specific Impact of Coordinated Anxiety Learning and Management Treatment for Anxiety Disorders in Primary Care. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011 abr 4;68(4):378.
 127. Zatzick D, Russo J, Thomas P, Darnell D, Teter H, Ingraham L, et al. Patient-Centered Care Transitions After Injury Hospitalization: A Comparative Effectiveness Trial. *Psychiatry*. 2018 may;81(2):141-57.
 128. Kassam-Adams N, Felipe García-España J, Marsac ML, Kohser KL, Baxt C, Nance M, et al. A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *J. Trauma. Stress*. 2011 jun;24(3):252-9.
 129. Salloum A, Wang W, Robst J, Murphy TK, Scheeringa MS, Cohen JA, et al. Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2016 may;57(5):614-22.
 130. Salloum A, Small BJ, Robst J, Scheeringa MS, Cohen JA, Storch EA. Stepped and Standard Care for Childhood Trauma: A Pilot

- Randomized Clinical Trial. Res. Soc. Work Pract. 2017 oct;27(6):653-63.
131. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am. J. Psychiatry*. 2006;163(8):1379-87.
 132. Brettschneider C, Heddaeus D, Steinmann M, Härter M, Watzke B, König H-H. Cost-effectiveness of guideline-based stepped and collaborative care versus treatment as usual for patients with depression - A cluster-randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1).
 133. Grochtdreis T, Brettschneider C, Bjerregaard F, Bleich C, Boczor S, Härter M, et al. Cost-effectiveness analysis of collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT). *Eur. Psychiatry*. 2019;57((Grochtdreis T., t.grochtdreis@uke.de; Brettschneider C.; König H.-H.) Department of Health Economics and Health Services Research, Hamburg Center for Health Economics, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany(Bjerregaard F.; Hölzel L):10-8.
 134. Meeuwissen JAC, Feenstra TL, Smit F, Blankers M, Spijker J, Bockting CLH, et al. The cost-utility of stepped-care algorithms according to depression guideline recommendations – Results of a state-transition model analysis. *J. Affect. Disord*. 2019;242((Meeuwissen J.A.C., jmeeuwissen@trimbos.nl; Smit F.; Blankers M.; Spijker J.) Trimbos Institute, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction, Utrecht, Netherlands(Feenstra T.L.; Buskens E.) Department of Epidemiology, Unit Health Technology Asses):244-54.
 135. Olgiati P, Bajo E, Bigelli M, Montgomery S, Serretti A. Challenging sequential approach to treatment resistant depression: Cost-utility analysis based on the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) trial. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2013;23(12):1739-46.
 136. Simon GE, Katon WJ, Lin EHB, Rutter C, Manning WG, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007;64(1):65-72.
 137. Siskind D. Cost-effectiveness of improved primary care treatment of depression in women in Chile. *Br J Psychiatry*. 2010;197.0(4.0):291-6.
 138. Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H. e-CBT (myCompass), Antidepressant Medication, and Face-to-Face

- Psychological Treatment for Depression in Australia: A Cost-Effectiveness Comparison. *J. Med. Internet Res.* 2015;17(11):e255.
139. Yan C, Rittenbach K, Souri S, Silverstone PH. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1).
 140. Chatterton ML, Rapee RM, Catchpool M, Lyneham HJ, Wuthrich V, Hudson JL, et al. Economic evaluation of stepped care for the management of childhood anxiety disorders: Results from a randomised trial. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2019;53(7):673-82.
 141. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H, Spinhoven P, Adèr H, van Balkom A, et al. Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *J. Psychosom. Res.* 2014;77(1):57-63.
 142. Stiles JA, Yun YH, Kang E, Park S, Koh S-J, Oh H-S, et al. The cost-effectiveness of stepped care for the treatment of anxiety disorders in adults: A model-based economic analysis for the Australian setting. *J Psychosom Res.* 2019;125.0(31442844):109812.
 143. Chatterton ML, Harris M, Burgess P, Fletcher S, Spittal MJ, Faller J, et al. Economic evaluation of a Decision Support Tool to guide intensity of mental health care in general practice: the Link-me pragmatic randomised controlled trial. *BMC Prim. Care.* 2022;23(1):236.
 144. Katon W, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. *J. Gen. Intern. Med.* 2002;17(10):741-8.
 145. Lambert M, König H, Karow A, König H-H, Rohenkohl A, Luedecke D, et al. Stepped, evidence-based and integrated care service model vs. usual care for mental disorders: A randomized controlled trial (RECOVER). *Psychiatry Res.* 2024;339((Lambert M.; Karow A., karow@uke.de; Rohenkohl A.; Luedecke D.; Schröter R.; Finter C.; Tlach L.; Schindler A.; Gallinat J.) Department of Psychiatry and Psychotherapy, Centre for Psychosocial Medicine, University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE), M).
 146. Lee YY, Harris MG, Whiteford HA, Davidson SK, Chatterton ML, Stockings EA, et al. Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2021;30((Lee Y.Y.; Chatterton M.L.; Mihalopoulos C.) Faculty of Health, Deakin University, Deakin Health Economics, Institute for

- Health Transformation, School for Health and Social Development, Geelong, Australia (Lee Y.Y.; Harris M.G.; Whiteford H.A.) School of).
147. Van't Veer-Tazelaar PJ, Cuijpers P, Beekman ATF, Van't Veer-Tazelaar N. Prevention of depression and anxiety in older people. *Tijdschr. Voor Psychiatr.* 2011;53(9):579-84.
 148. Alili ME, Schuurhuizen CSEW, Braamse AMJ, Beekman ATF, Linden MH van der, Konings IR, et al. Economic evaluation of a combined screening and stepped-care treatment program targeting psychological distress in patients with metastatic colorectal cancer: A cluster randomized controlled trial. *Palliat Med.* 2020;34.0(7.0):934-45.
 149. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, Carney RM, Chaplin WF, Czajkowski S, et al. Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with post-acute coronary syndrome depression: CODIACS vanguard randomized controlled trial. *JAMA Intern. Med.* 2013;173(11):997-1004.
 150. Dijk SEM van, Pols AD, Adriaanse MC, Marwijk HWJ van, Tulder MW van, Bosmans JE. Cost-effectiveness of a stepped care program to prevent depression among primary care patients with diabetes mellitus type 2 and/or coronary heart disease and subthreshold depression in comparison with usual care. *BMC Psychiatry.* 2021;21.0(1.0):402.
 151. Jansen F, Krebber AMH, Coupé VMH, Cuijpers P, De Bree R, Becker-Commissaris A, et al. Cost-utility of stepped care targeting psychological distress in patients with head and neck or lung cancer. *J. Clin. Oncol.* 2017;35(3):314-24.
 152. van der Aa HPA, van Rens GHMB, Bosmans JE, Comijs HC, van Nispen RMA. Economic evaluation of stepped-care versus usual care for depression and anxiety in older adults with vision impairment: Randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1).
 153. Lavelle TA, Kommareddi M, Jaycox LH, Belsher B, Freed MC, Engel CC. Cost-Effectiveness of Collaborative Care for Depression and PTSD in Military Personnel. *Am. J. Manag. Care.* 2018;24(2):91-8.
 154. Salloum A, Lu Y, Chen H, Quast T, Cohen JA, Scheeringa MS, et al. Stepped Care Versus Standard Care for Children After Trauma: A Randomized Non-Inferiority Clinical Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2022;61(8):1010-1022.e4.
 155. Salloum A, Wang W, Robst J, Murphy TK, Scheeringa MS, Cohen JA, et al. Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2016;57(5):614-22.

156. Aspvall K, Sampaio F, Lenhard F, Melin K, Norlin L, Serlachius E, et al. Cost-effectiveness of Internet-Delivered vs In-Person Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Netw. Open.* 2021;4(7).
157. Tolin DF, Diefenbach GJ, Maltby N, Hannan S. Stepped care for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Cogn. Behav. Pract.* 2005;12(4):403-14.
158. Crow SJ, Agras WS, Halmi. KA, Fairburn CG, Mitchell JE, Nyman JA. A cost effectiveness analysis of stepped care treatment for bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 2013;46(4):302-7.
159. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unützer J, Lin EHB, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am. J. Psychiatry.* 2001;158(10):1638-44.
160. Grochtdreis T, Brettschneider C, Shedden-Mora M, Piontek K, König H-H, Löwe B. Cost-effectiveness analysis of a stepped, collaborative and coordinated health care network for patients with somatoform disorders (Sofu-Net). *J. Ment. Health Policy Econ.* 2018;21(2):59-69.
161. Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A preliminary study of efficacy and costs. *Depress. Anxiety.* 2011;28(4):314-23.
162. Mareya S, Watts MC, Zhao L, Olasoji M. Consumer Experiences of the Australian Stepped Care Model in Primary Mental Health Care: A Qualitative Study. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2025 abr;34(2):e70022.
163. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olasoji M. Exploring Mental Health Nurses' Perspectives on the Australian Stepped Care Model in Primary Mental Health Services. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2025 feb;34(1):e70008.
164. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olasoji M. Insights Into the Australian Stepped Care Model in Primary Mental Health Care: A Qualitative Study With Informal Carers. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2025 jun;34(3):e70058.
165. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olasoji M. Working Together to Deliver Person-Centred Care Within the Stepped Care Model: An Australian Multidisciplinary Perspective. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2025 jul;34(4):e70111.
166. Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, Wignall A, Jagiello T, Norberg M, et al. Acceptability and Feasibility of Stepped-Care for Anxious

- Adolescents in Community Mental Health Services: A Secondary Analysis. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2023 jun;54(3):806-14.
167. Pigot M, Miller CE, Brockman R, Grenyer BFS. Barriers and facilitators to the implementation of a stepped care intervention for personality disorder in mental health services. *Personal. Ment. Health.* 2019 nov;13(4):230-8.
 168. King A, Harris-Lane LM, Bérubé S, Burke K, Churchill A, Cornish P, et al. Provider perceptions of the anticipated benefits, barriers, and facilitators associated with implementing a stepped care model for the delivery of addiction and mental health services in New Brunswick: a mixed-methods observational implementation study. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2023 nov 15;17(1):40.
 169. Johnston I, Edge D, Wilson P, Beinraviciute A, Bucci S, Drake R, et al. Increasing access to psychological therapy on acute mental health wards: staff and patient experiences of a stepped psychological intervention. *BMC Psychiatry.* 2025 mar 28;25(1):300.
 170. Maehder K, Werner S, Weigel A, Löwe B, Heddaeus D, Härter M, et al. How do care providers evaluate collaboration? - qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. *BMC Psychiatry.* 2021 dic;21(1):296.
 171. Mediavilla R, García-Vázquez B, McGreevy KR, Underhill J, Bayón C, Bravo-Ortiz M-F, et al. Beyond effectiveness in eHealth trials: Process evaluation of a stepped-care programme to support healthcare workers with psychological distress (RESPOND-HCWs). *Digit. Health.* 2024 ene;10:20552076241287678.
 172. Dardas LA, Habashneh R, Keyan D, Ali A, Saleh R, Aqel IS, et al. Successes and Challenges in Implementing Stepped Care for Mental Health in Jordan: A Qualitative Process Evaluation. *Nurs. Health Sci.* 2025 mar;27(1):e70054.
 173. Kopelovich SL, Maura J, Blank J, Lockwood G. Sequential mixed method evaluation of the acceptability, feasibility, and appropriateness of cognitive behavioral therapy for psychosis stepped care. *BMC Health Serv. Res.* 2022 nov 5;22(1):1322.
 174. Tsoi EWS, Mak WWS, Ho CY, Yeung GTY. A Web-Based Stratified Stepped Care Mental Health Platform (TourHeart): Semistructured Interviews With Stakeholders. *JMIR Hum. Factors.* 2022 may 13;9(2):e35057.
 175. Dardas LA, Habashneh R, Keyan D, Ali A, Saleh R, Aqel IS, et al. Successes and Challenges in Implementing Stepped Care for Mental Health in Jordan: A Qualitative Process Evaluation. *Nurs. Health Sci.* 2025 mar;27(1):e70054.

176. Johnston I, Edge D, Wilson P, Beinaraviciute A, Bucci S, Drake R, et al. Increasing access to psychological therapy on acute mental health wards: staff and patient experiences of a stepped psychological intervention. *BMC Psychiatry*. 2025 mar 28;25(1):300.
177. Maehder K, Werner S, Weigel A, Löwe B, Heddaeus D, Härter M, et al. How do care providers evaluate collaboration? - qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. *BMC Psychiatry*. 2021 dic;21(1):296.
178. Tsoi EWS, Mak WWS, Ho CY, Yeung GTY. A Web-Based Stratified Stepped Care Mental Health Platform (TourHeart): Semistructured Interviews With Stakeholders. *JMIR Hum. Factors*. 2022 may 13;9(2):e35057.
179. Mediavilla R, García-Vázquez B, McGreevy KR, Underhill J, Bayón C, Bravo-Ortiz M-F, et al. Beyond effectiveness in eHealth trials: Process evaluation of a stepped-care programme to support healthcare workers with psychological distress (RESPOND-HCWs). *Digit. Health*. 2024 ene;10:20552076241287678.
180. King A, Harris-Lane LM, Bérubé S, Burke K, Churchill A, Cornish P, et al. Provider perceptions of the anticipated benefits, barriers, and facilitators associated with implementing a stepped care model for the delivery of addiction and mental health services in New Brunswick: a mixed-methods observational implementation study. *Int. J. Ment. Health Syst*. 2023 nov 15;17(1):40.
181. Kopelovich SL, Maura J, Blank J, Lockwood G. Sequential mixed method evaluation of the acceptability, feasibility, and appropriateness of cognitive behavioral therapy for psychosis stepped care. *BMC Health Serv. Res*. 2022 nov 5;22(1):1322.
182. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olosoji M. Working Together to Deliver Person-Centred Care Within the Stepped Care Model: An Australian Multidisciplinary Perspective. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2025 jul;34(4):e70111.
183. Mareya S, Watts MC, Zhao L, Olosoji M. Consumer Experiences of the Australian Stepped Care Model in Primary Mental Health Care: A Qualitative Study. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2025 abr;34(2):e70022.
184. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olosoji M. Insights Into the Australian Stepped Care Model in Primary Mental Health Care: A Qualitative Study With Informal Carers. *Int. J. Ment. Health Nurs*. 2025 jun;34(3):e70058.
185. Mareya S, Zhao L, Watts MC, Olosoji M. Exploring Mental Health Nurses' Perspectives on the Australian Stepped Care Model in

- Primary Mental Health Services. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2025 feb;34(1):e70008.
186. Pigot M, Miller CE, Brockman R, Grenyer BFS. Barriers and facilitators to the implementation of a stepped care intervention for personality disorder in mental health services. *Personal. Ment. Health.* 2019 nov;13(4):230-8.
 187. Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, Wignall A, Jagiello T, Norberg M, et al. Acceptability and Feasibility of Stepped-Care for Anxious Adolescents in Community Mental Health Services: A Secondary Analysis. *Child Psychiatry Hum. Dev.* 2023 jun;54(3):806-14.
 188. Digital Technology for Mental Health | NIHR JLA [Internet]. [Accedido 4-12-2025]. Disponible en: <https://www.jla.nihr.ac.uk/priority-setting-partnerships/digital-technology-for-mental-health>
 189. Mental Health in Children and Young People | NIHR JLA [Internet]. [Accedido 4-12-2025]. Disponible en: <https://www.jla.nihr.ac.uk/priority-setting-partnerships/Mental-health-in-children-and-young-people/index>
 190. Jacobsen P, Berry K, Clarkson L, Hiscocks R, Hopkins I, Morgan C, et al. Development of a core outcome set for psychological therapy trials on acute psychiatric inpatient wards. *BMC Psychiatry.* 2024 nov 19;24(1):821.
 191. Shiozawa T, Yamaguchi S, Ogawa M, Abe M, Kawaguchi T, Igarashi M, et al. Consensus development of priority outcome domains for community mental health cares by multiple stakeholders: Protocol for an online Delphi study in Japan. *Neuropsychopharmacol. Rep.* 2021 dic;41(4):554-61.
 192. Gliklich RE, Leavy MB, Cosgrove L, Simon GE, Gaynes BN, Peterson LE, et al. Harmonized Outcome Measures for Use in Depression Patient Registries and Clinical Practice. *Ann. Intern. Med.* 2020 jun 16;172(12):803-9.
 193. Obbarius A, Van Maasakkers L, Baer L, Clark DM, Crocker AG, De Beurs E, et al. Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Qual. Life Res.* 2017 dic;26(12):3211-25.
 194. COMET Initiative | Patient Important Outcomes in Psychiatry (PIO-Psych) Initiative: the development of a transdiagnostic core outcome set for mental health disorders in adults [Internet]. [Accedido 4-12-2025]. Disponible en: <https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/3125>
 195. COMET Initiative | Developing a Core Outcome Set for Perinatal Women with Generalized Anxiety Disorder (GAD): Standardizing

- Reported Outcomes in Clinical Research [Internet]. [Accedido 4-12-2025]. Disponible en: <https://www.comet-initiative.org/Studies/Details/1823>
196. Peano A, Calabrese F, Pechlivanidis K, Mimmo R, Politano G, Martella M, et al. International Trends in Antidepressant Consumption: a 10-year Comparative Analysis (2010–2020). *Psychiatr. Q.* 2025 jun;96(2):241–55.
 197. Harris MG, Hobbs MJ, Burgess PM, Pirkis JE, Diminic S, Siskind DJ, et al. Frequency and quality of mental health treatment for affective and anxiety disorders among Australian adults. *Med. J. Aust.* 2015 mar;202(4):185–9.
 198. Davidson SK, Romaniuk H, Chondros P, Dowrick C, Pirkis J, Herrman H, et al. Antidepressant treatment for primary care patients with depressive symptoms: Data from the diamond longitudinal cohort study. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2020 abr;54(4):367–81.
 199. Boehlen FH, Freigofas J, Herzog W, Meid AD, Saum K, Schoettker B, et al. Evidence for underuse and overuse of antidepressants in older adults: Results of a large population-based study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2019 abr;34(4):539–47.
 200. Prado-Abril J, Fernández-García X, Barber P, De La Vega I, Vilagrà R, Fernández-Jiménez E. How many specialists and residents in Clinical Psychology are required in the Spanish National Health System? A needs-based study. *Hum. Resour. Health.* 2025 ago 26;23(1):46.

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

Búsqueda preliminar

International HTA Database (INAHTA) – Fecha de acceso:16/05/2025	
("waiting lists")[mh] OR (waiting* OR wait* OR waitlist* OR waitinglist* [Title]) NOT ((TRANSPLANT*)[Title] NOT (watch-and-wait)[Title])	7
BRISA (PAHO) – Fecha de acceso:16/05/2025	
waiting* OR wait* OR waitlist* OR waitinglist* OR (mj:("Listas de Espera"))	0
NICE– Fecha de acceso:16/05/2025	
((stepped* OR tier* OR sequential* OR match* OR staged OR adjunctive) and care)	30
CDSR (Wiley) – Fecha de acceso:28/05/2025	
((step* OR tier* OR sequential* OR match* OR staged OR adaptive) and (care OR model or treatment* OR therap* Or intervent*)):ti	2
Trip Database - all secondary evidence – Fecha de acceso:16/05/2025	
stepped-care model OR stepped-care treatment OR stepped-care therapy OR ((title:stepped OR title:matching* OR title:graded* OR title:staged* OR title:phased* OR title:adapti*) AND (title:care OR title:model* OR title:treatment* OR title:therap* OR title:selfcare OR title:"self care")) OR title:step-care	154

Efectividad y seguridad

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 31, 2025>		
1	*Mental Disorders/	149274
2	Emotions/ or exp Anxiety Disorders/	188399
3	Mood Disorders/ or exp Depressive Disorder/	143906
4	Mental Health/ or Psychotherapy/	132733
5	(mental or depress* or anxiet*).ti,kw,kf.	530084
6	(mental adj (health* or diseas*)).ti,ab,kw,kf.	291604
7	("abnormal mental state" or "disease, mental" or "diseased mental state" or "disorder, mental" or "disordered mental state" or "disturbed mental state" or "illness, mental" or "insanity" or "mental abnormality" or "mental change" or "mental confusion" or "mental defect" or "mental disease" or "mental disorder" or "mental disorders" or "mental disorders diagnosed in childhood" or "mental disturbance" or "mental health condition" or "mental health disease" or "mental health disorder" or "mental health issue" or "mental health problem" or "mental illness" or "mental insufficiency" or "mental symptom" or "mentally ill" or "neuropsychiatric disease" or "neuropsychiatric diseases" or "neuropsychiatric disorder" or "neuropsychiatric disorders" or "psychiatric disease" or "psychiatric disorder" or "psychiatric illness" or "psychiatric symptom" or "psychic disease" or "psychic disorder" or "psychic disturbance" or "psychologic disorder" or "psychologic disturbance" or "psychological disorder" or "psychological disturbance").ti,ab,kw,kf. or "psychopathology".ti,ab,kw.	199374
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	1028236
9	(stepcare* or "stepped-care").ti,ab,kw,kf.	1975
10	(steps adj3 (progressive* or sequential)).ti,ab,kw,kf.	3169
11	(stepp* adj5 (care* or healthcare* or "health care" or model* or framework or approach* or pathway* or program* or therap* or treatment* or intervention* or psych* or collaborat*)).ti,ab,kw,kf.	4850
12	((stepp* or matched* or gradual* or phased or "adaptive" or "sequential" or "stage based") adj1 (care or approach*)).ti,kw,kf.	1066
13	((stepp* or matched* or graded* or phased or "adaptive" or "sequential" or "stage based") adj1 (care or "models of care" or "model of care" or "care model*" or "models of treatment" or "model of treatment" or "treatment model*" or "decision rules*" or "step-up, step-down" or susd)).ti,ab.	2139
14	(stepped* adj5 ("self help" or "selfhelp")).ti,ab.	14
15	primary health care/ or "primary care".ti,ab,kw,kf. or "primary health".ti,ab,kw,kf. or "health" center".ti,ab,kw,kf. or "health" centre".ti,ab,kw,kf. or "general practic*".ti,ab,kw,kf.	276672
16	((step* or match* or tier* or sequen*) adj2 (care* or healthcare* or "health care" or model* or approach* or program* or therap* or treatment* or intervention* or psych* or collaborat*)).ti,kw.	12356
17	15 and 16	341
18	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 17	8772
19	8 and 18	1375
20	systematic\$ review\$.ti,ab.	400369
21	meta-analysis as topic/	26076
22	meta-analytic\$.ti,ab.	11566
23	meta-analysis.ti,ab,pt.	332745

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 31, 2025>		
24	metanalysis.ti,ab.	806
25	metaanalysis.ti,ab.	1986
26	meta analysis.ti,ab.	304205
27	meta-synthesis.ti,ab.	2098
28	metasynthesis.ti,ab.	517
29	meta synthesis.ti,ab.	2098
30	meta-regression.ti,ab.	17089
31	metaregression.ti,ab.	1054
32	meta regression.ti,ab.	17089
33	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	8291
34	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	24479
35	integrative review.ti,ab.	5970
36	data synthesis.ti,ab.	16564
37	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	10251
38	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	16912
39	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	5481
40	evidence based review.ti,ab.	2611
41	comprehensive review.ti,ab.	41234
42	critical review.ti,ab.	21739
43	quantitative review.ti,ab.	918
44	structured review.ti,ab.	1155
45	realist review.ti,ab.	827
46	realist synthesis.ti,ab.	458
47	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46	671465
48	review.pt.	3376367
49	medline.ab.	199374
50	pubmed.ab.	287133
51	cochrane.ab.	175963
52	embase.ab.	205379
53	cinahl.ab.	59204
54	psyc?lit.ab.	919
55	psyc?info.ab.	75162
56	(literature adj3 search\$).ab.	116896
57	(database\$ adj3 search\$).ab.	124467
58	(bibliographic adj3 search\$).ab.	4495
59	(electronic adj3 search\$).ab.	40541
60	(electronic adj3 database\$).ab.	59052
61	(computeri?ed adj3 search\$).ab.	4240
62	(internet adj3 search\$).ab.	4845
63	included studies.ab.	61397
64	(inclusion adj3 studies).ab.	33483
65	inclusion criteria.ab.	165550
66	selection criteria.ab.	40532
67	predefined criteria.ab.	3208
68	predetermined criteria.ab.	1502
69	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	142671
70	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	109304
71	(data adj3 extract\$).ab.	126879
72	extracted data.ab.	25821

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 31, 2025>		
73	(data adj2 abstracted).ab.	7154
74	(data adj3 abstraction).ab.	2650
75	published intervention\$.ab.	284
76	((study or studies) adj2 evaluat\$).ab.	302983
77	(intervention\$ adj2 evaluat\$).ab.	18878
78	confidence interval\$.ab.	655737
79	heterogeneity.ab.	289788
80	pooled.ab.	154240
81	pooling.ab.	19347
82	odds ratio\$.ab.	428735
83	(Jadad or coding).ab.	260891
84	or/49-83	2394871
85	48 and 84	290017
86	review.ti.	866244
87	84 and 86	367485
88	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti,ab.	307172
89	47 or 85 or 87 or 88	1034904
90	letter.pt.	1304330
91	editorial.pt.	732926
92	comment.pt.	1054126
93	90 or 91 or 92	2343715
94	89 not 93	1012865
95	exp animals/ not humans/	5361785
96	94 not 95	991119
97	19 and 96	163
98	Randomized Controlled Trials as Topic/	185673
99	randomized controlled trial/	642909
100	Random Allocation/	108698
101	Double Blind Method/	185240
102	Single Blind Method/	35310
103	clinical trial/	537425
104	clinical trial, phase i.pt.	27796
105	clinical trial, phase ii.pt.	44143
106	clinical trial, phase iii.pt.	25125
107	clinical trial, phase iv.pt.	2774
108	controlled clinical trial.pt.	95727
109	randomized controlled trial.pt.	642909
110	multicenter study.pt.	376376
111	clinical trial.pt.	537425
112	exp Clinical Trials as topic/	412180
113	or/98-112	1685622
114	(clinical adj trial\$).tw.	565331
115	((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.	216034
116	PLACEBOS/	36128
117	placebo\$.tw.	269440
118	random*.tw.	1655402
119	(allocated adj2 random\$).tw.	45861
120	or/114-119	2121405
121	113 or 120	2925394
122	case report.tw.	470580

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to July 31, 2025>

123	letter/	1304330
124	historical article/	374950
125	or/122-124	2128397
126	121 not 125	2873040
127	19 and 126	617
128	97 or 127	714

Embase / Clinicaltrials.gov (Elsevier)

#1	'mental disease'/mj	150121
#2	'emotional disorder'/exp OR 'anxiety disorder'/exp	413663
#3	'mood disorder'/exp OR 'depression'/exp	828353
#4	'mental health care'/exp OR 'psychotherapy'/exp	526919
#5	'mental':ti,kw OR 'depress*':ti,kw OR 'anxiety':ti,kw	673392
#6	(mental NEAR/1 (health* OR disease*)):ti,ab,kw	365009
#7	'abnormal mental state':ti,ab,kw OR 'disease, mental':ti,ab,kw OR 'diseased mental state':ti,ab,kw OR 'disorder, mental':ti,ab,kw OR 'disordered mental state':ti,ab,kw OR 'disturbed mental state':ti,ab,kw OR 'illness, mental':ti,ab,kw OR 'insanity':ti,ab,kw OR 'mental abnormality':ti,ab,kw OR 'mental change':ti,ab,kw OR 'mental confusion':ti,ab,kw OR 'mental defect':ti,ab,kw OR 'mental disease':ti,ab,kw OR 'mental disorder':ti,ab,kw OR 'mental disorders':ti,ab,kw OR 'mental disorders diagnosed in childhood':ti,ab,kw OR 'mental disturbance':ti,ab,kw OR 'mental health condition':ti,ab,kw OR 'mental health disease':ti,ab,kw OR 'mental health disorder':ti,ab,kw OR 'mental health issue':ti,ab,kw OR 'mental health problem':ti,ab,kw OR 'mental illness':ti,ab,kw OR 'mental insufficiency':ti,ab,kw OR 'mental symptom':ti,ab,kw OR 'mentally ill':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disease':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric diseases':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorders':ti,ab,kw OR 'psychiatric disease':ti,ab,kw OR 'psychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'psychiatric illness':ti,ab,kw OR 'psychiatric symptom':ti,ab,kw OR 'psychic disease':ti,ab,kw OR 'psychic disorder':ti,ab,kw OR 'psychic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychologic disorder':ti,ab,kw OR 'psychologic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychological disorder':ti,ab,kw OR 'psychological disturbance':ti,ab,kw OR 'psychopathology':ti,ab,kw	264920
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	3210622
#9	'stepped care'/de OR 'stepcare':ti,ab,kw OR 'stepped-care':ti,ab,kw	2983
#10	(steps NEAR/3 (progressive* OR sequential)):ti,ab,kw	3749
#11	(stepp* NEAR/5 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR framework OR approach* OR pathway* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,ab,kw	6984
#12	((stepp* OR matched* OR gradual* OR phased OR 'adaptive' OR 'sequential' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR approach*)):ti,kw	1515
#13	((stepp* OR matched* OR graded* OR phased OR 'adaptive' OR 'sequential' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR 'models of care' OR 'model of care' OR 'care model' OR 'models of treatment' OR	3138

Embase / Clinicaltrials.gov (Elsevier)		
	'model of treatment' OR 'treatment model*' OR 'decision rules*' OR 'step-up, step-down' OR susd):ti,ab	
#14	(stepped* NEAR/5 ('self help' OR 'selfhelp')):ti,ab	21
#15	primary health care'/de OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'primary health':ti,ab,kw OR 'health* center':ti,ab,kw OR 'health* centre':ti,ab,kw OR 'general practic*':ti,ab,kw	375230
#16	((step* OR match* OR tier* OR sequen*) NEAR/2 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR approach* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,kw	19040
#17	#15 AND #16	517
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #17	12329
#19	#8 AND #18	3465
#20	'systematic review':ti,ab	366957
#21	'systematic* literature review*':ti,ab	28609
#22	'systematic review'	589182
#23	'systematic review (topic)'	35166
#24	'meta analysis'	453892
#25	'meta analysis (topic)'	56308
#26	'meta analytic*':ti,ab	12281
#27	'meta analysis':ti,ab	333244
#28	metanalysis:ti,ab	1556
#29	metaanalysis:ti,ab	334197
#30	'meta analysis':ti,ab	333244
#31	'meta synthesis':ti,ab	1905
#32	metasynthesis:ti,ab	2380
#33	'meta synthesis':ti,ab	1905
#34	'meta regression':ti,ab	17835
#35	metaregression:ti,ab	18778
#36	'meta regression':ti,ab	17835
#37	(synthes* NEAR/3 literature):ti,ab	7559
#38	(synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab	22202
#39	(synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab	7565
#40	'integrative review':ti,ab	5427
#41	'data synthesis':ti,ab	17466
#42	'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab	9285
#43	'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab	17297
#44	'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab	5551
#45	(systematic NEAR/2 search*):ti,ab	62550
#46	'systematic* literature research*':ti,ab	542
#47	(review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab	2898
#48	('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab	26
#49	('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab	10
#50	('literature review' NEAR/2 'adverse event*'):ti,ab	3
#51	('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab	4945
#52	'comprehensive review':ti,ab	34071
#53	'critical review':ti,ab	22991
#54	'critical analisys':ti,ab OR 'critical analysis':ti,ab	11211
#55	'quantitative review':ti,ab	1001
#56	'structured review':ti,ab	1447
#57	'realist review':ti,ab	760

Embase / Clinicaltrials.gov (Elsevier)		
#58	'realist synthesis':ti,ab	404
#59	(pooled NEAR/2 analysis):ti,ab	33483
#60	('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab	4327
#61	medline:ti,ab AND (inclusion NEAR/3 criteria):ti,ab	41797
#62	(search NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab	60321
#63	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62	938635
#64	medline:ab	222499
#65	pubmed:ab	297362
#66	cochrane:ab	191381
#67	embase:ab	217490
#68	cinahl:ab	58517
#69	psyc*lit:ab	1016
#70	psyc*info:ab	62577
#71	'lilacs':ab	12489
#72	(literature NEAR/3 search*):ab	128552
#73	(database* NEAR/3 search*):ab	133938
#74	(bibliographic NEAR/3 search*):ab	4955
#75	(electronic NEAR/3 search*):ab	43966
#76	(electronic NEAR/3 database*):ab	68208
#77	(computer*ed NEAR/3 search*):ab	5024
#78	('internet' NEAR/3 search*):ab	6084
#79	'included studies':ab	62225
#80	(inclusion NEAR/3 studies):ab	40212
#81	'inclusion criteria':ab	244140
#82	'selection criteria':ab	47226
#83	'predefined criteria':ab	3707
#84	'predetermined criteria':ab	1717
#85	(assess* NEAR/3 (quality OR validity)):ab	163307
#86	(select* NEAR/3 (study OR studies)):ab	128866
#87	(data NEAR/3 extract*):ab	148478
#88	'extracted data':ab	29986
#89	(data NEAR/2 abstracted):ab	12206
#90	(data NEAR/3 abstraction):ab	3721
#91	'published intervention*':ab	333
#92	((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab	383780
#93	(intervention* NEAR/2 evaluat*):ab	23257
#94	'confidence interval*':ab	739855
#95	heterogeneity:ab	332223
#96	pooled:ab	194963
#97	pooling:ab	23684
#98	'odds ratio*':ab	498178
#99	jadad:ab OR coding:ab	289817
#100	'evidence based':ti,ab	213272

Embase / Clinicaltrials.gov (Elsevier)		
#101	#64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76 OR #77 OR #78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100	3397337
#102	review:it	3449384
#103	#101 AND #102	465190
#104	review:ti	991892
#105	#101 AND #104	429707
#106	(review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	913525
#107	(retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	51534
#108	#63 OR #103 OR #105 OR #106 OR #107	1771820
#109	animal OR nonhuman NOT 'human'/exp	7852371
#110	#19 AND #108	451
#111	'clinical trial'/de	1649836
#112	'randomized controlled trial'/de	1087102
#113	'controlled clinical trial'/de	459757
#114	'multicenter study'/de	504841
#115	'phase 3 clinical trial'/de	112221
#116	'phase 4 clinical trial'/de	15593
#117	'randomization'/exp	101519
#118	'single blind procedure'/de	81117
#119	'double blind procedure'/de	305667
#120	'crossover procedure'/de	103592
#121	'placebo'/de	507010
#122	random*:ti,ab	2457230
#123	rct:ti,ab	75174
#124	(random* NEAR/2 allocat*):ti,ab	69674
#125	'single blind*':ti,ab	44522
#126	'double blind*':ti,ab	325162
#127	((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab	3322
#128	placebo*:ti,ab	463312
#129	'prospective study'/de	995360
#130	#111 OR #112 OR #113 OR #114 OR #115 OR #116 OR #117 OR #118 OR #119 OR #120 OR #121 OR #122 OR #123 OR #124 OR #125 OR #126 OR #127 OR #128 OR #129	4818201
#131	#19 AND #130	1674
#132	'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'tombstone'/it OR 'abstract report'/de OR 'conference abstract'/it OR preprint/it OR 'case study'/de	9146531
#133	('animal'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp	8281500
#134	'animal'/de OR 'animal experiment'/exp OR rat:ti,ab,lnk OR rats:ti,ab,lnk OR mouse:ti,ab,lnk OR mice:ti,ab,lnk OR hamster:ti,ab,lnk OR hamsters:ti,ab,lnk OR animal:ti,ab,lnk OR animals:ti,ab,lnk OR dog:ti,ab,lnk OR dogs:ti,ab,lnk OR cat:ti,ab,lnk OR cats:ti,ab,lnk OR bovine:ti,ab,lnk OR sheep:ti,ab,lnk OR parrot:ti,ab,lnk	7775656

Embase / Clinicaltrials.gov (Elsevier)		
#135	#132 OR #133 OR #134	1845394 5
#136	#110 OR #131	1672
#137	#136 NOT #135	1417
#138	#137 AND 'clinical trial':dtype	360
#139	#137 AND ([embase]/lim OR [medline]/lim)	1056

Cochrane (Wiley)		
#1	[mh ^"Mental Disorders"]	5635
#2	[mh ^Emotions] OR [mh ^Anxiety Disorders]	15964
#3	[mh ^"Mood Disorders"] OR [mh ^Depressive Disorder]	18117
#4	[mh ^"Mental Health"] OR [mh ^Psychotherapy]	7230
#5	(mental:ti,kw OR depress*:ti,kw OR anxiet*:ti,kw)	141375
#6	(mental:ti,ab NEXT (health*:ti,ab OR diseases*:ti,ab))	31633
	("abnormal mental state":ti,ab OR "disease, mental":ti,ab OR "diseased mental state":ti,ab OR "disorder, mental":ti,ab OR "disordered mental state":ti,ab OR "disturbed mental state":ti,ab OR "illness, mental":ti,ab OR insanity:ti,ab OR "mental abnormality":ti,ab OR "mental change":ti,ab OR "mental confusion":ti,ab OR "mental defect":ti,ab OR "mental disease":ti,ab OR "mental disorder":ti,ab OR "mental disorders":ti,ab OR "mental disorders diagnosed in childhood":ti,ab OR "mental disturbance":ti,ab OR "mental health condition":ti,ab OR "mental health disease":ti,ab OR "mental health disorder":ti,ab OR "mental health issue":ti,ab OR "mental health problem":ti,ab OR "mental illness":ti,ab OR "mental insufficiency":ti,ab OR "mental symptom":ti,ab OR "mentally ill":ti,ab OR "neuropsychiatric disease":ti,ab OR "neuropsychiatric diseases":ti,ab OR "neuropsychiatric disorder":ti,ab OR "neuropsychiatric disorders":ti,ab OR "psychiatric disease":ti,ab OR "psychiatric disorder":ti,ab OR "psychiatric illness":ti,ab OR "psychiatric symptom":ti,ab OR "psychic disease":ti,ab OR "psychic disorder":ti,ab OR "psychic disturbance":ti,ab OR "psychologic disorder":ti,ab OR "psychologic disturbance":ti,ab OR "psychological disorder":ti,ab OR "psychological disturbance":ti,ab OR psychopathology:ti,ab)	
#7	OR psychopathology:ti,ab)	21585
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	170310
#9	(stepcare*:ti,ab OR stepped-care:ti,ab)	1182
#10	(steps:ti,ab NEAR/3 (progressive*:ti,ab OR sequential:ti,ab))	102
	(stepp*:ti,ab NEAR/5 (care*:ti,ab OR healthcare*:ti,ab OR "health care":ti,ab OR model*:ti,ab OR framework:ti,ab OR approach*:ti,ab OR pathway*:ti,ab OR program*:ti,ab OR therap*:ti,ab OR treatment*:ti,ab OR intervention*:ti,ab OR psych*:ti,ab OR collaborat*:ti,ab))	
#11	((stepp*:ti OR matched*:ti OR gradual*:ti OR phased:ti OR adaptive:ti OR sequential:ti OR "stage based":ti) NEAR/1 (care:ti OR approach*:ti))	2643
#12	((stepp*:ti,ab OR matched*:ti,ab OR graded*:ti,ab OR phased:ti,ab OR adaptive:ti,ab OR sequential:ti,ab OR "stage based":ti,ab) NEAR/1 (care:ti,ab OR "models of care":ti,ab OR "model of care":ti,ab OR ("care" NEXT model):ti,ab OR "models of	461
#13	care":ti,ab OR ("care" NEXT model):ti,ab OR "models of	1232

Cochrane (Wiley)		
	treatment":ti,ab OR "model of treatment":ti,ab OR ("treatment" NEXT model"):ti,ab OR ("decision" NEXT rules"):ti,ab OR "step-up, step-down":ti,ab OR susd:ti,ab))	
#14	(stepped*:ti,ab NEAR/5 ("self help":ti,ab OR selfhelp:ti,ab))	13
#15	[mh ^"primary health care"] OR "primary care":ti,ab OR "primary health":ti,ab OR "health center":ti,ab OR "health centre":ti,ab OR (general NEXT practic*):ti,ab	34063
#16	((step*:ti OR match*:ti OR tier*:ti OR sequen*:ti) NEAR/2 (care*:ti OR healthcare*:ti OR "health care":ti OR model*:ti OR approach*:ti OR program*:ti OR therap*:ti OR treatment*:ti OR intervention*:ti OR psych*:ti OR collaborat*:ti))	2674
#17	#15 AND #16	167
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #17	2888
#19	#8 AND #18	938
#20	CENTRAL	933
#21	CDSR	5

PsycINFO (EBSCOhost)		
S1	(DE "Mental Disorders")	153079
S2	(DE Emotions) OR (DE "Anxiety Disorders+")	94260
S3	(DE "Affective Disorders") OR (DE "Major Depression")	185039
S4	(DE "Mental Health") OR (DE "psychotherapy")	192475
S5	((TI mental) OR (TI depress*) OR (TI anxiet*))	343271
S6	((TI mental OR AB mental) W1 ((TI health* OR AB health*) OR (TI diseas* OR AB diseas*)))	271675
S7	((TI "abnormal mental state" OR AB "abnormal mental state") OR (TI "disease, mental" OR AB "disease, mental") OR (TI "diseased mental state" OR AB "diseased mental state") OR (TI "disorder, mental" OR AB "disorder, mental") OR (TI "disordered mental state" OR AB "disordered mental state") OR (TI "disturbed mental state" OR AB "disturbed mental state") OR (TI "illness, mental" OR AB "illness, mental") OR (TI insanity OR AB insanity) OR (TI "mental abnormality" OR AB "mental abnormality") OR (TI "mental change" OR AB "mental change") OR (TI "mental confusion" OR AB "mental confusion") OR (TI "mental defect" OR AB "mental defect") OR (TI "mental disease" OR AB "mental disease") OR (TI "mental disorder" OR AB "mental disorder") OR (TI "mental disorders" OR AB "mental disorders") OR (TI "mental disorders diagnosed in childhood" OR AB "mental disorders diagnosed in childhood") OR (TI "mental disturbance" OR AB "mental disturbance") OR (TI "mental health condition" OR AB "mental health condition") OR (TI "mental health disease" OR AB "mental health disease") OR (TI "mental health disorder" OR AB "mental health disorder") OR (TI "mental health issue" OR AB "mental health issue") OR (TI "mental health problem" OR AB "mental health problem") OR (TI "mental illness" OR AB "mental illness") OR (TI "mental insufficiency" OR AB "mental insufficiency") OR (TI "mental symptom" OR AB "mental symptom") OR (TI "mentally ill" OR AB "mentally ill") OR (TI "neuropsychiatric disease" OR AB "neuropsychiatric disease") OR (TI	203294

PsycINFO (EBSCOhost)		
	"neuropsychiatric diseases" OR AB "neuropsychiatric diseases") OR (TI "neuropsychiatric disorder" OR AB "neuropsychiatric disorder") OR (TI "neuropsychiatric disorders" OR AB "neuropsychiatric disorders") OR (TI "psychiatric disease" OR AB "psychiatric disease") OR (TI "psychiatric disorder" OR AB "psychiatric disorder") OR (TI "psychiatric illness" OR AB "psychiatric illness") OR (TI "psychiatric symptom" OR AB "psychiatric symptom") OR (TI "psychic disease" OR AB "psychic disease") OR (TI "psychic disorder" OR AB "psychic disorder") OR (TI "psychic disturbance" OR AB "psychic disturbance") OR (TI "psychologic disorder" OR AB "psychologic disorder") OR (TI "psychologic disturbance" OR AB "psychologic disturbance") OR (TI "psychological disorder" OR AB "psychological disorder") OR (TI "psychological disturbance" OR AB "psychological disturbance")) OR (TI psychopathology OR AB psychopathology)	
S8	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	877455
S9	((TI stepcare* OR AB stepcare*) OR (TI stepped-care OR AB stepped-care))	1226
S10	((TI steps OR AB steps) N3 ((TI progressive* OR AB progressive*) OR (TI sequential OR AB sequential)))	522
S11	((TI stepp* OR AB stepp*) N5 ((TI care* OR AB care*) OR (TI healthcare* OR AB healthcare*) OR (TI "health care" OR AB "health care") OR (TI model* OR AB model*) OR (TI framework OR AB framework) OR (TI approach* OR AB approach*) OR (TI pathway* OR AB pathway*) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI therap* OR AB therap*) OR (TI treatment* OR AB treatment*) OR (TI intervention* OR AB intervention*) OR (TI psych* OR AB psych*) OR (TI collaborat* OR AB collaborat*)))	2246
S12	((((TI stepp*) OR (TI matched*) OR (TI gradual*) OR (TI phased) OR (TI adaptive) OR (TI sequential) OR (TI "stage based")) N1 ((TI care) OR (TI approach*))	523
S13	((((TI stepp* OR AB stepp*) OR (TI matched* OR AB matched*) OR (TI graded* OR AB graded*) OR (TI phased OR AB phased) OR (TI adaptive OR AB adaptive) OR (TI sequential OR AB sequential) OR (TI "stage based" OR AB "stage based")) N1 ((TI care OR AB care) OR (TI "models of care" OR AB "models of care") OR (TI "model of care" OR AB "model of care") OR (TI "care model*" OR AB "care model*") OR (TI "models of treatment" OR AB "models of treatment") OR (TI "model of treatment" OR AB "model of treatment") OR (TI "treatment model*" OR AB "treatment model*") OR (TI "decision rules*" OR AB "decision rules*") OR (TI "step-up, step-down" OR AB "step-up, step-down") OR (TI susd OR AB susd)))	1517
S14	((TI stepped* OR AB stepped*) N5 ((TI "self help" OR AB "self help") OR (TI selfhelp OR AB selfhelp)))	18
S15	(DE "primary health care") OR (TI "primary care" OR AB "primary care") OR (TI "primary health" OR AB "primary health") OR (TI "health* center" OR AB "health* center") OR (TI "health* centre" OR AB "health* centre") OR (TI "general practic*" OR AB "general practic*")	57089
S16	((((TI step*) OR (TI match*) OR (TI tier*) OR (TI sequen*)) N2 ((TI care*) OR (TI healthcare*) OR (TI "health care") OR (TI model*) OR (TI approach*) OR (TI program*) OR (TI therap*) OR (TI treatment*) OR (TI intervention*) OR (TI psych*) OR (TI collaborat*)))	3669

PsycINFO (EBSCOhost)		
S17	S15 AND S16	130
S18	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S17	3211
S19	S8 AND S18	1141
S20	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S17	3211
S21	DE "Meta Analysis"	5585
S22	TI metaanaly* or AB metaanaly*	938
S23	TI meta-analy* or AB meta-analy*	60769
S24	AB cochrane or TI cochrane	13740
S25	TI review* or TI overview*	211919
S26	DE "Literature Review"	23082
S27	TX synthes* N3 literature* or TX synthes* N3 research or TX synthes* N3 studies or TX synthes* N3 data	20943
S28	TX pooled analy* or TX data N2 pool*	7268
S29	TX hand N2 search* or TX manual N2 search* or TX database* N2 search* or TX computer* N2 search*	25154
S30	TX electronic* N2 database* or TX electronic* N2 data base* or TX bibliographic* N2 database* or TX bibliographic* N2 data base*	11931
S31	"Systematic Review"	61242
S32	AB systematic* N10 review* or AB methodologic* N10 review* or AB quantitative* N10 review* or AB research* N10 review* or AB literature* N10 review* or AB studies N10 review* or AB trial* N10 review* or AB effective* N10 review*	283670
S33	AB systematic* N10 overview* or AB methodologic* N10 overview* or AB quantitative* N10 overview* or AB research* N10 overview* or AB literature* N10 overview* or AB studies N10 overview* or AB trial* N10 overview* or AB effective* N10 overview*	23982
S34	S33 OR S32 OR S31 OR S30 OR S29 OR S28 OR S27 OR S26 OR S25 OR S24 OR S23 OR S22 OR S21	474672
S35	S34 AND S19	171
S36	DE "Placebo" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Clinical Trials" OR DE "Experiment Controls"	9581
S37	TI ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR AB ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR SU ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies") OR KW ("random*" OR "sham" OR "placebo*" OR "Nonrandom*" OR "non random*" OR "non-random*" OR "quasi-random*" OR "quasirandom*" OR "pragmatic study" OR "pragmatic studies")	316242
S38	TI (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR AB (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR SU (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR KW (((("singl*" OR "doubl*" OR "tripl*" OR "trebl*" OR "dumm*" OR "mask*")) OR "blind*" OR "dumm*" OR "mask*"))))	38988
S39	TI ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*")) OR AB ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*")) OR KW ("control*" N2 ("study" OR "studies" OR "trial*" OR "group*"))	219712

PsycINFO (EBSCOhost)		
S40	TI "allocated" OR AB "allocated" OR SU "allocated"	14414
S41	TI (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR AB (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (((("open label" OR "open-label") N4 ("study" OR "studies" OR "trial*"))	5721
S42	TI (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR AB (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (((("equivalence" OR "superiority" OR "non-inferiority" OR "noninferiority" OR "quasiexperimental" OR "quasi-experimental") N2 ("study" OR "studies" OR "trial*"))	9774
S43	TI (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR AB (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR SU (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*") OR KW (("pragmatic" OR "practical") N2 "trial*")	1366
S44	TI (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR SU (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*")) OR KW (("phase" N2 ("III" OR "3")) N2 ("study" OR "studies" OR "trial*"))	572
S45	S44 OR S43 OR S42 OR S41 OR S40 OR S39 OR S38 OR S37 OR S36	452031
S46	S19 AND S45	345
S47	S35 OR S46	460

CINAHL Complete (EBSCOhost)		
S1	(MH "primary health care") OR (TI "primary care" OR AB "primary care") OR (TI "primary health" OR AB "primary health") OR (TI "health* center" OR AB "health* center") OR (TI "health* centre" OR AB "health* centre") OR (TI "general practic*" OR AB "general practic*")	152626
S2	((("TI step*" OR (TI match*) OR (TI tier*) OR (TI sequen*)) N2 ((TI care*) OR (TI healthcare*) OR (TI "health care") OR (TI model*) OR (TI approach*) OR (TI program*) OR (TI therap*) OR (TI treatment*) OR (TI intervention*) OR (TI psych*) OR (TI collaborat*)))kw.	1726
S3	S1 AND S2	4
S4	((TI stepped* OR AB stepped*) N5 ((TI "self help" OR AB "self help") OR (TI selfhelp OR AB selfhelp)))	17
S5	((("TI stepp* OR AB stepp*) OR (TI matched* OR AB matched*) OR (TI graded* OR AB graded*) OR (TI phased OR AB phased) OR (TI adaptive OR AB adaptive) OR (TI sequential OR AB sequential) OR (TI "stage based" OR AB "stage based")) N1 ((TI care OR AB care) OR (TI "models of care" OR AB "models of care") OR (TI "model of care" OR AB "model of care") OR (TI "care model*" OR AB "care model*") OR (TI "models of treatment" OR AB "models of treatment") OR (TI "model of treatment" OR AB "model of treatment") OR (TI	1293

CINAHL Complete (EBSCOhost)		
	"treatment model*" OR AB "treatment model*") OR (TI "decision rules*" OR AB "decision rules*") OR (TI "step-up, step-down" OR AB "step-up, step-down") OR (TI susd OR AB susd)))	
S6	((((TI stepp*) OR (TI matched*) OR (TI gradual*) OR (TI phased) OR (TI adaptive) OR (TI sequential) OR (TI "stage based")) N1 ((TI care) OR (TI approach*))	599
S7	((TI stepp* OR AB stepp*) N5 ((TI care* OR AB care*) OR (TI healthcare* OR AB healthcare*) OR (TI "health care" OR AB "health care") OR (TI model* OR AB model*) OR (TI framework OR AB framework) OR (TI approach* OR AB approach*) OR (TI pathway* OR AB pathway*) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI therap* OR AB therap*) OR (TI treatment* OR AB treatment*) OR (TI intervention* OR AB intervention*) OR (TI psych* OR AB psych*) OR (TI collaborat* OR AB collaborat*))	2228
S8	((TI steps OR AB steps) N3 ((TI progressive* OR AB progressive*) OR (TI sequential OR AB sequential)))	457
S9	((TI stepcare* OR AB stepcare*) OR (TI stepped-care OR AB stepped-care))	870
S10	((TI "abnormal mental state" OR AB "abnormal mental state") OR (TI "disease, mental" OR AB "disease, mental") OR (TI "diseased mental state" OR AB "diseased mental state") OR (TI "disorder, mental" OR AB "disorder, mental") OR (TI "disordered mental state" OR AB "disordered mental state") OR (TI "disturbed mental state" OR AB "disturbed mental state") OR (TI "illness, mental" OR AB "illness, mental") OR (TI insanity OR AB insanity) OR (TI "mental abnormality" OR AB "mental abnormality") OR (TI "mental change" OR AB "mental change") OR (TI "mental confusion" OR AB "mental confusion") OR (TI "mental defect" OR AB "mental defect") OR (TI "mental disease" OR AB "mental disease") OR (TI "mental disorder" OR AB "mental disorder") OR (TI "mental disorders" OR AB "mental disorders") OR (TI "mental disorders diagnosed in childhood" OR AB "mental disorders diagnosed in childhood") OR (TI "mental disturbance" OR AB "mental disturbance") OR (TI "mental health condition" OR AB "mental health condition") OR (TI "mental health disease" OR AB "mental health disease") OR (TI "mental health disorder" OR AB "mental health disorder") OR (TI "mental health issue" OR AB "mental health issue") OR (TI "mental health problem" OR AB "mental health problem") OR (TI "mental illness" OR AB "mental illness") OR (TI "mental insufficiency" OR AB "mental insufficiency") OR (TI "mental symptom" OR AB "mental symptom") OR (TI "mentally ill" OR AB "mentally ill") OR (TI "neuropsychiatric disease" OR AB "neuropsychiatric disease") OR (TI "neuropsychiatric diseases" OR AB "neuropsychiatric diseases") OR (TI "neuropsychiatric disorder" OR AB "neuropsychiatric disorder") OR (TI "neuropsychiatric disorders" OR AB "neuropsychiatric disorders") OR (TI "psychiatric disease" OR AB "psychiatric disease") OR (TI "psychiatric disorder" OR AB "psychiatric disorder") OR (TI "psychiatric illness" OR AB "psychiatric illness") OR (TI "psychiatric symptom" OR AB "psychiatric symptom") OR (TI "psychic disease" OR AB "psychic disease") OR (TI "psychic disorder" OR AB "psychic disorder") OR (TI "psychic disturbance" OR AB "psychic disturbance") OR (TI "psychologic disorder" OR AB "psychologic disorder") OR (TI "psychologic disturbance" OR AB "psychologic disturbance")	64948

CINAHL Complete (EBSCOhost)		
	"psychologic disturbance") OR (TI "psychological disorder" OR AB "psychological disorder") OR (TI "psychological disturbance" OR AB "psychological disturbance")) OR (TI psychopathology OR AB psychopathology)	
S11	((TI mental OR AB mental) W1 ((TI health* OR AB health*) OR (TI diseas* OR AB diseas*)))	158864
S12	((TI mental) OR (TI depress*) OR (TI anxiet*))	126800
S13	(MH "Affective Disorders") OR (MH "Depression+")	85304
S14	(MH Emotions) OR (MH "Anxiety Disorders+")	66103
S15	(MM "Mental Disorders")	51764
S16	(MH "Randomized Clinical Trials")	
S17	PT Randomized Clinical Trials	
S18	TX clinic* N1 trial*	
S19	TX ((trebl* N1 blind*) OR (trebl* N1 mask*))	
S20	TX ((tripl* N1 blind*) OR (tripl* N1 mask*))	
S21	TX ((doubl* N1 blind*) OR (doubl* N1 mask*))	
S22	TX ((singl* N1 blind*) OR (singl* N1 mask*))	
S23	TX randomi* control* trial*	
S24	(MH "Random Assignment")	
S25	TX random* allocat*	
S26	TX placebo*	
S27	(MH "Placebos")	
S28	(MH "Quantitative Studies")	
S29	TX allocat* random*	
S30	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	3197
S31	S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15	366667
S32	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29	2062771
S33	S30 AND S31	578
S34	S32 AND S33	337

Evaluación Económica

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to August 29, 2025>		
1	*Mental Disorders/	149497
2	*Emotions/ or *Anxiety Disorders/	72284
3	*Mood Disorders/ or *Depressive Disorder/	66510
4	*Mental Health/ or *Psychotherapy/	77473
5	(mental or depress* or anxiet*).ti,kw,kf.	531776
6	(mental adj (health* or disease*)).ti,ab,kw,kf.	293095
7	("abnormal mental state" or "disease, mental" or "diseased mental state" or "disorder, mental" or "disordered mental state" or "disturbed mental state" or "illness, mental" or "insanity" or "mental abnormality" or "mental change" or "mental confusion" or "mental defect" or "mental disease" or "mental disorder" or "mental disorders" or "mental disorders diagnosed in childhood" or "mental disturbance" or "mental health condition" or "mental health disease" or "mental health disorder" or "mental health issue" or "mental health problem" or "mental illness" or "mental insufficiency" or "mental symptom" or "mentally ill" or "neuropsychiatric disease" or "neuropsychiatric diseases" or "neuropsychiatric disorder" or "neuropsychiatric disorders" or "psychiatric disease" or "psychiatric disorder" or "psychiatric illness" or "psychiatric symptom" or "psychic disease" or "psychic disorder" or "psychic disturbance" or "psychologic disorder" or "psychologic disturbance" or "psychological disorder" or "psychological disturbance").ti,ab,kw,kf. or "psychopathology".ti,ab,kw.	199802
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	910722
9	(stepcare* or "stepped-care").ti,ab,kw,kf. not "stepped-wedge".ti.	1980
10	(steps adj3 (progressive* or sequential)).ti,ab,kw,kf.	3171
11	(stepp* adj5 (care* or healthcare* or "health care" or model* or framework or approach* or pathway* or program* or therap* or treatment* or intervention* or psych* or collaborat*)).ti,ab,kw,kf.	4870
12	((stepp* or matched* or gradual* or phased or "adaptive" or "stage based") adj1 (care or approach*)).ti,kw,kf.	933
13	((stepp* or matched* or graded* or phased or "adaptive" or "stage based") adj1 (care or "models of care" or "model of care" or "care model*" or "models of treatment" or "model of treatment" or "treatment model*" or "decision rules*" or "step-up, step-down" or susd)).ti,ab.	2087
14	(stepped* adj5 ("self help" or "selfhelp")).ti,ab.	14
15	primary health care/ or "primary care".ti,ab,kw,kf,kf. or "primary health".ti,ab,kw,kf,kf. or "health* center".ti,ab,kw,kf,kf. or "health* centre".ti,ab,kw,kf,kf. or "general practic*".ti,ab,kw,kf.	277284
16	((step* or match* or tier*) adj2 (care* or healthcare* or "health care" or model* or approach* or program* or therap* or treatment* or intervention* or psych* or collaborat*)).ti,kw.	7006
17	15 and 16	320
18	9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 17	8578
19	8 and 18	1279

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to August 29, 2025>		
20	Economics/	27554
21	exp "costs and cost analysis"/	281285
22	Economics, Dental/	1922
23	exp economics, hospital/	26276
24	Economics, Medical/	9310
25	Economics, Nursing/	4013
26	Economics, Pharmaceutical/	3168
27	(economic\$ or cost or costs or costly or costing or price or prices or pricing or pharmacoeconomic\$).ti,ab.	1237571
28	(expenditure\$ not energy).ti,ab.	41737
29	value for money.ti,ab.	2424
30	budget\$.ti,ab.	40345
31	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30	1411104
32	((energy or oxygen) adj cost).ti,ab.	5182
33	(metabolic adj cost).ti,ab.	1915
34	((energy or oxygen) adj expenditure).ti,ab.	31693
35	32 or 33 or 34	37666
36	31 not 35	1402324
37	letter.pt.	1306476
38	editorial.pt.	734310
39	historical article.pt.	375119
40	37 or 38 or 39	2392849
41	36 not 40	1359883
42	exp animals/ not humans/	5368937
43	41 not 42	1272346
44	bmj.jn.	93672
45	cochrane database of systematic reviews.jn.	17157
46	health technology assessment winchester england.jn.	1686
47	44 or 45 or 46	112515
48	43 not 47	1265182
49	19 and 48	311

Embase (Elsevier)		
#1	'mental disease'/mj	150121
#2	'emotional disorder'/exp OR 'anxiety disorder'/exp	413663
#3	'mood disorder'/exp OR 'depression'/exp	828353
#4	'mental health care'/exp OR 'psychotherapy'/exp	526919
#5	'mental':ti,kw OR 'depress*':ti,kw OR 'anxiety*':ti,kw	673392
#6	(mental NEAR/1 (health* OR disease*)):ti,ab,kw	365009
#7	'abnormal mental state':ti,ab,kw OR 'disease, mental':ti,ab,kw OR 'diseased mental state':ti,ab,kw OR 'disorder, mental':ti,ab,kw OR	264920

Embase (Elsevier)		
	'disordered mental state':ti,ab,kw OR 'disturbed mental state':ti,ab,kw OR 'illness, mental':ti,ab,kw OR 'insanity':ti,ab,kw OR 'mental abnormality':ti,ab,kw OR 'mental change':ti,ab,kw OR 'mental confusion':ti,ab,kw OR 'mental defect':ti,ab,kw OR 'mental disease':ti,ab,kw OR 'mental disorder':ti,ab,kw OR 'mental disorders':ti,ab,kw OR 'mental disorders diagnosed in childhood':ti,ab,kw OR 'mental disturbance':ti,ab,kw OR 'mental health condition':ti,ab,kw OR 'mental health disease':ti,ab,kw OR 'mental health disorder':ti,ab,kw OR 'mental health issue':ti,ab,kw OR 'mental health problem':ti,ab,kw OR 'mental illness':ti,ab,kw OR 'mental insufficiency':ti,ab,kw OR 'mental symptom':ti,ab,kw OR 'mentally ill':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disease':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric diseases':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorders':ti,ab,kw OR 'psychiatric disease':ti,ab,kw OR 'psychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'psychiatric illness':ti,ab,kw OR 'psychiatric symptom':ti,ab,kw OR 'psychic disease':ti,ab,kw OR 'psychic disorder':ti,ab,kw OR 'psychic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychologic disorder':ti,ab,kw OR 'psychologic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychological disorder':ti,ab,kw OR 'psychological disturbance':ti,ab,kw OR 'psychopathology':ti,ab,kw	
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	3210622
#9	'stepped care'/de OR stepcare*:ti,ab,kw OR 'stepped-care':ti,ab,kw	2983
#10	(steps NEAR/3 (progressive* OR sequential)):ti,ab,kw	3749
#11	(stepp* NEAR/5 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR framework OR approach* OR pathway* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,ab,kw	6984
#12	((stepp* OR matched* OR gradual* OR phased OR 'adaptive' OR 'sequential' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR approach)):ti,kw	1515
#13	((stepp* OR matched* OR graded* OR phased OR 'adaptive' OR 'sequential' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR 'models of care' OR 'model of care' OR 'care model*' OR 'models of treatment' OR 'model of treatment' OR 'treatment model*' OR 'decision rules*' OR 'step-up, step-down' OR susd)):ti,ab	3138
#14	(stepped* NEAR/5 ('self help' OR 'selfhelp')):ti,ab	21
#15	'primary health care'/de OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'primary health':ti,ab,kw OR 'health* center':ti,ab,kw OR 'health* centre':ti,ab,kw OR 'general practic*':ti,ab,kw	375230
#16	((step* OR match* OR tier* OR sequen*) NEAR/2 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR approach* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,kw	19040
#17	#15 AND #16	517
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #17	12329
#19	#8 AND #18	2860
#20	'health economics'/de	44208
#21	'economic evaluation'/exp	386765
#22	'health care cost'/exp	369739
#23	'pharmacoeconomics'	123927

Embase (Elsevier)		
#24	#20 OR #21 OR #22 OR #23	717930
#25	econom*:ti,ab OR cost:ti,ab OR costs:ti,ab OR costly:ti,ab OR costing:ti,ab OR price:ti,ab OR prices:ti,ab OR pricing:ti,ab OR pharmacoeconomic*:ti,ab	1589036
#26	expenditure*:ti,ab NOT energy:ti,ab	55925
#27	(value NEAR/2 money):ti,ab	3265
#28	budget*:ti,ab	52550
#29	#25 OR #26 OR #27 OR #28	1638908
#30	#24 OR #29	1930860
#31	letter:it	1358750
#32	editorial:it	835845
#33	note:it	1007861
#34	#31 OR #32 OR #33	3202456
#35	#30 NOT #34	1803447
#36	(metabolic NEAR/1 cost):ti,ab	2074
#37	((energy OR oxygen) NEAR/1 cost):ti,ab	5908
#38	((energy OR oxygen) NEAR/1 expenditure):ti,ab	40645
#39	#36 OR #37 OR #38	47324
#40	#35 NOT #39	1793434
#41	'animal'/de	2191911
#42	'animal experiment'/exp	3350380
#43	'nonhuman'/de	8125793
#44	rat:ti,ab,lnk OR rats:ti,ab,lnk OR mouse:ti,ab,lnk OR mice:ti,ab,lnk OR hamster:ti,ab,lnk OR hamsters:ti,ab,lnk OR animal:ti,ab,lnk OR animals:ti,ab,lnk OR dog:ti,ab,lnk OR dogs:ti,ab,lnk OR cat:ti,ab,lnk OR cats:ti,ab,lnk OR bovine:ti,ab,lnk OR sheep:ti,ab,lnk	5382061
#45	#41 OR #42 OR #43 OR #44	11678828
#46	'human'/exp	29148914
#47	'human experiment'	694828
#48	#46 OR #47	29152269
#49	#45 NOT (#45 AND #48)	8214331
#50	#40 NOT #49	1686276
#51	#19 AND #50	720
#52	#51 NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'erratum'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'preprint'/it OR 'clinical trial':dtype)	465

CEA Registry (Tufts Medical Center)	
ICD Tier 1: Mental and behavioural disorders (F00-F99) [ICD-10]	26
stepped care	

EconLit (EBSCOhost)	
stepped care model or stepped care or stepped-care	2

Aspectos éticos, legales, organizativos y sociales

Embase (Elsevier)		
#1	'mental disease'/mj	150805
#2	'emotional disorder'/mj OR 'anxiety disorder'/mj	40345
#3	'mood disorder'/mj OR 'depression'/mj	238576
#4	'mental health care'/mj OR 'psychotherapy'/mj	69511
#5	'mental':ti,kw OR 'depress*':ti,kw OR 'anxiety*':ti,kw	677191
#6	(mental NEAR/1 (health* OR disease*)):ti,ab,kw	368218
#7	'abnormal mental state':ti,ab,kw OR 'disease, mental':ti,ab,kw OR 'diseased mental state':ti,ab,kw OR 'disorder, mental':ti,ab,kw OR 'disordered mental state':ti,ab,kw OR 'disturbed mental state':ti,ab,kw OR 'illness, mental':ti,ab,kw OR 'insanity':ti,ab,kw OR 'mental abnormality':ti,ab,kw OR 'mental change':ti,ab,kw OR 'mental confusion':ti,ab,kw OR 'mental defect':ti,ab,kw OR 'mental disease':ti,ab,kw OR 'mental disorder':ti,ab,kw OR 'mental disorders':ti,ab,kw OR 'mental disorders diagnosed in childhood':ti,ab,kw OR 'mental disturbance':ti,ab,kw OR 'mental health condition':ti,ab,kw OR 'mental health disease':ti,ab,kw OR 'mental health disorder':ti,ab,kw OR 'mental health issue':ti,ab,kw OR 'mental health problem':ti,ab,kw OR 'mental illness':ti,ab,kw OR 'mental insufficiency':ti,ab,kw OR 'mental symptom':ti,ab,kw OR 'mentally ill':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disease':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric diseases':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'neuropsychiatric disorders':ti,ab,kw OR 'psychiatric disease':ti,ab,kw OR 'psychiatric disorder':ti,ab,kw OR 'psychiatric illness':ti,ab,kw OR 'psychiatric symptom':ti,ab,kw OR 'psychic disease':ti,ab,kw OR 'psychic disorder':ti,ab,kw OR 'psychic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychologic disorder':ti,ab,kw OR 'psychologic disturbance':ti,ab,kw OR 'psychological disorder':ti,ab,kw OR 'psychological disturbance':ti,ab,kw OR 'psychopathology':ti,ab,kw	266105
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7	1154568
#9	'stepped care'/de OR 'stepcare':ti,ab,kw OR 'stepped-care':ti,ab,kw	3003
#10	(steps NEAR/3 (progressive* OR sequential)):ti,ab,kw	3761
#11	(stepp* NEAR/5 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR framework OR approach* OR pathway* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,ab,kw	7026
#12	((stepp* OR matched* OR gradual* OR phased OR 'adaptive' OR 'sequential' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR approach)):ti,kw	1533
#13	((stepp* OR matched* OR graded* OR phased OR 'adaptive' OR 'stage based') NEAR/1 (care OR 'models of care' OR 'model of care' OR 'care model*' OR 'models of treatment' OR 'model of treatment' OR 'treatment model*' OR 'decision rules*' OR 'step-up, step-down' OR susd)):ti,ab	3078
#14	(stepped* NEAR/5 ('self help' OR 'selfhelp')):ti,ab	21
#15	'primary health care'/de OR 'primary care':ti,ab,kw OR 'primary health':ti,ab,kw OR 'health* center':ti,ab,kw OR 'health* centre':ti,ab,kw OR 'general practic*':ti,ab,kw	376902
#16	((step* OR match* OR tier*) NEAR/2 (care* OR healthcare* OR 'health care' OR model* OR approach* OR program* OR therap* OR treatment* OR intervention* OR psych* OR collaborat*)):ti,kw	10144

Embase (Elsevier)		
#17	#15 AND #16	479
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #17	11858
#19	#8 AND #18	1857
#20	'qualitative research'/mj OR 'focus group'/mj OR 'verbal communication'/mj OR 'grounded theory'/mj OR 'focus group*':ti,ab OR qualitative:ti,ab OR ethnograph*:ti,ab OR fieldwork:ti,ab OR 'field work':ti,ab OR 'key informant':ti,ab OR metasyntes*:ti,ab OR 'meta syntes*':ti,ab OR metasummar*:ti,ab OR 'meta summar*':ti,ab OR metastud*:ti,ab OR 'meta stud*':ti,ab OR metathem*:ti,ab OR 'meta them*':ti,ab OR 'meta ethno*':ti,ab OR emic:ti,ab OR etic:ti,ab OR phenomenolog*:ti,ab OR 'grounded theory':ti,ab OR 'constant compar*':ti,ab OR ((thematic* NEAR/3 analys*):ti,ab) OR 'theoretical sampl*':ti,ab OR 'purposive sampl*':ti,ab OR hermeneutic*:ti,ab OR 'mixed-method*':ti,ab	661617
#21	'interview'/mj OR (((('semi-structured' OR semistructured OR unstructured OR informal OR 'in-depth' OR indepth OR 'face-to-face' OR structured OR guide) NEAR/3 (interview* OR discussion* OR questionnaire*)):ti,ab)	290900
#22	'health personnel attitude'/mj OR 'patient attitude'/mj OR (((user* OR 'service-user' OR professional* OR expert* OR physician* OR patient* OR personal* OR peopl* OR woman* OR women* OR famil* OR stakeholder* OR man OR men OR carers OR caregiver*) NEAR/5 (view* OR voice* OR satisfaction* OR feedback OR experienc* OR right* OR choice* OR perspecti* OR prefer* OR priori* OR hope* OR access* OR barrier* OR facilitator* OR value* OR interview*)):ti,kw)	307939
#23	'patient satisfaction'/mj OR 'patient preference'/mj OR 'point of view':ti,ab OR view*:ti,kw OR views:ti,kw OR choice*:ti,kw OR 'user-centered':ti,kw OR 'user-focused':ti,kw OR 'attitud*':ti,kw OR belief*:ti,kw OR privacy:ti,kw OR concern*:ti,kw OR worr*:ti,kw OR trouble*:ti,kw OR acceptability:ti,kw OR feasib*:ti,ab OR perception*:ti,kw OR organizational:ti,kw OR preferen*:ti,kw OR prefer*:ti,kw OR 'informed choice*':ti,kw OR counsel*:ti,kw OR 'information need*':ti,kw OR (((motivat* OR facilit*) NEAR/3 barrier*):ti,ab)	1557941
#24	'health disparity'/mj OR 'stigma'/mj OR equit*:ti,kw OR equalit*:ti,kw OR inequit*:ti,kw OR fairness:ti,kw OR unfair*:ti,kw OR prejudice*:ti,ab OR disparit*:ti,kw OR controver*:ti,kw OR discriminat*:ti,kw OR stigma*:ti,kw OR 'access to care':ti,kw	245763
#25	'ethics'/mj OR 'bioethics'/de OR 'medical ethics'/de OR 'ethical dilemma'/de OR 'professional ethics'/de OR ethical*:ti,kw OR ((ethic* NEAR/5 (issue* OR dilemma* OR problem* OR challenge* OR concern* OR worr*)):ti,ab) OR ((elsi OR ethic* OR legal OR social*) NEAR/5 (implication* OR issue* OR aspect*)):ti,ab,kw)	256349
#26	#20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25	2806176
#27	#19 AND #26	584
#28	#27 NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it OR 'preprint'/it OR 'conference review'/it OR 'clinical trial':dtype)	369
#29	#28 AND (2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py OR 2022:py OR 2023:py OR 2024:py OR 2025:py)	293

CINAHL Complete (EBSCOhost)		
S1	(MM "Mental Disorders")	51950
S2	(MH Emotions) OR (MH "Anxiety Disorders+")	109749
S3	(MH "Affective Disorders") OR (MH "Depression+")	158020
S4	((TI mental) OR (TI depress*) OR (TI anxiet*))	210803
S5	((TI mental OR AB mental) W1 ((TI health* OR AB health*) OR (TI diseases* OR AB diseases*)))	159974
S6	((TI "abnormal mental state" OR AB "abnormal mental state") OR (TI "disease, mental" OR AB "disease, mental") OR (TI "diseased mental state" OR AB "diseased mental state") OR (TI "disorder, mental" OR AB "disorder, mental") OR (TI "disordered mental state" OR AB "disordered mental state") OR (TI "disturbed mental state" OR AB "disturbed mental state") OR (TI "illness, mental" OR AB "illness, mental") OR (TI insanity OR AB insanity) OR (TI "mental abnormality" OR AB "mental abnormality") OR (TI "mental change" OR AB "mental change") OR (TI "mental confusion" OR AB "mental confusion") OR (TI "mental defect" OR AB "mental defect") OR (TI "mental disease" OR AB "mental disease") OR (TI "mental disorder" OR AB "mental disorder") OR (TI "mental disorders" OR AB "mental disorders") OR (TI "mental disorders diagnosed in childhood" OR AB "mental disorders diagnosed in childhood") OR (TI "mental disturbance" OR AB "mental disturbance") OR (TI "mental health condition" OR AB "mental health condition") OR (TI "mental health disease" OR AB "mental health disease") OR (TI "mental health disorder" OR AB "mental health disorder") OR (TI "mental health issue" OR AB "mental health issue") OR (TI "mental health problem" OR AB "mental health problem") OR (TI "mental illness" OR AB "mental illness") OR (TI "mental insufficiency" OR AB "mental insufficiency") OR (TI "mental symptom" OR AB "mental symptom") OR (TI "mentally ill" OR AB "mentally ill") OR (TI "neuropsychiatric disease" OR AB "neuropsychiatric disease") OR (TI "neuropsychiatric diseases" OR AB "neuropsychiatric diseases") OR (TI "neuropsychiatric disorder" OR AB "neuropsychiatric disorder") OR (TI "neuropsychiatric disorders" OR AB "neuropsychiatric disorders") OR (TI "psychiatric disease" OR AB "psychiatric disease") OR (TI "psychiatric disorder" OR AB "psychiatric disorder") OR (TI "psychiatric illness" OR AB "psychiatric illness") OR (TI "psychiatric symptom" OR AB "psychiatric symptom") OR (TI "psychic disease" OR AB "psychic disease") OR (TI "psychic disorder" OR AB "psychic disorder") OR (TI "psychic disturbance" OR AB "psychic disturbance") OR (TI "psychologic disorder" OR AB "psychologic disorder") OR (TI "psychologic disturbance" OR AB "psychologic disturbance") OR (TI "psychological disorder" OR AB "psychological disorder") OR (TI "psychological disturbance" OR AB "psychological disturbance")) OR (TI psychopathology OR AB psychopathology)	65178
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	469666
S8	((TI stepcare* OR AB stepcare*) OR (TI stepped-care OR AB stepped-care))	876
S9	((TI steps OR AB steps) N3 ((TI progressive* OR AB progressive*) OR (TI sequential OR AB sequential)))	463
S10	((TI stepp* OR AB stepp*) N5 ((TI care* OR AB care*) OR (TI healthcare* OR AB healthcare*) OR (TI "health care" OR AB "health care") OR (TI model* OR AB model*) OR (TI framework OR AB	2247

CINAHL Complete (EBSCOhost)

	framework) OR (TI approach* OR AB approach*) OR (TI pathway* OR AB pathway*) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI therap* OR AB therap*) OR (TI treatment* OR AB treatment*) OR (TI intervention* OR AB intervention*) OR (TI psych* OR AB psych*) OR (TI collaborat* OR AB collaborat*))	
S11	((((TI stepp*) OR (TI matched*) OR (TI gradual*) OR (TI phased) OR (TI adaptive) OR (TI sequential) OR (TI "stage based")) N1 ((TI care) OR (TI approach*))	604
S12	((((TI stepp* OR AB stepp*) OR (TI matched* OR AB matched*) OR (TI graded* OR AB graded*) OR (TI phased OR AB phased) OR (TI adaptive OR AB adaptive) OR (TI sequential OR AB sequential) OR (TI "stage based" OR AB "stage based")) N1 ((TI care OR AB care) OR (TI "models of care" OR AB "models of care") OR (TI "model of care" OR AB "model of care") OR (TI "care model*" OR AB "care model*") OR (TI "models of treatment" OR AB "models of treatment") OR (TI "model of treatment" OR AB "model of treatment") OR (TI "treatment model*" OR AB "treatment model*") OR (TI "decision rules*" OR AB "decision rules*") OR (TI "step-up, step-down" OR AB "step-up, step-down") OR (TI susd OR AB susd)))	1303
S13	((TI stepped* OR AB stepped*) N5 ((TI "self help" OR AB "self help") OR (TI selfhelp OR AB selfhelp)))	17
S14	(MH "primary health care") OR (TI "primary care" OR AB "primary care") OR (TI "primary health" OR AB "primary health") OR (TI "health* center" OR AB "health* center") OR (TI "health* centre" OR AB "health* centre") OR (TI "general practic*" OR AB "general practic*")	153639
S15	((((TI step*) OR (TI match*) OR (TI tier*) OR (TI sequen*)) N2 ((TI care*) OR (TI healthcare*) OR (TI "health care") OR (TI model*) OR (TI approach*) OR (TI program*) OR (TI therap*) OR (TI treatment*) OR (TI intervention*) OR (TI psych*) OR (TI collaborat*))	5199
S16	S14 AND S15	253
S17	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S16	3359
S18	S17 AND S7	755
S19	(MH "Qualitative Studies") OR (MH "Focus Groups") OR (MH Narratives) OR (MH "Grounded Theory") OR ((TI "focus group*" OR AB "focus group*") OR (TI qualitative OR AB qualitative) OR (TI ethnograph* OR AB ethnograph*) OR (TI fieldwork OR AB fieldwork) OR (TI "field work" OR AB "field work") OR (TI "key informant" OR AB "key informant") OR (TI metasynthes* OR AB metasynthes*) OR (TI meta-synthes* OR AB meta-synthes*) OR (TI metasummar* OR AB metasummar*) OR (TI meta-summar* OR AB meta-summar*) OR (TI metastud* OR AB metastud*) OR (TI meta-stud* OR AB meta-stud*) OR (TI metathem* OR AB metathem*) OR (TI meta-them* OR AB meta-them*) OR (TI meta-ethno* OR AB meta-ethno*) OR (TI emic OR AB emic) OR (TI etic OR AB etic) OR (TI phenomenolog* OR AB phenomenolog*) OR (TI "grounded theory" OR AB "grounded theory") OR (TI "constant compar*" OR AB "constant compar*") OR ((TI thematic* OR AB thematic*) N3 (TI analys* OR AB analys*)) OR (TI "theoretical sampl*" OR AB "theoretical sampl*") OR (TI "purposive sampl*" OR AB "purposive sampl*") OR (TI hermeneutic* OR AB hermeneutic*) OR (TI mixed-method* OR AB mixed-method*))	363233

CINAHL Complete (EBSCOhost)		
S20	(MM "Attitude of Health Personnel") OR (MM "Attitude to Health") OR (((TI user*) OR (TI service-user) OR (TI professional*) OR (TI physician*) OR (TI patient*) OR (TI personal*) OR (TI peopl*) OR (TI woman*) OR (TI women*) OR (TI famil*) OR (TI stakeholder*) OR (TI man) OR (TI men) OR (TI carers) OR (TI caregiver*)) N5 ((TI view*) OR (TI voice*) OR (TI satisfaction*) OR (TI feedback) OR (TI experienc*) OR (TI right*) OR (TI choice*) OR (TI perspecti*) OR (TI prefer*) OR (TI priori*) OR (TI hope*) OR (TI access*) OR (TI barrier*) OR (TI facilitator*) OR (TI value*) OR (TI interview*)))	172418
S21	(MM "patient satisfaction") OR (MM "Patient preference") OR ((TI "point of view") OR (TI view*) OR (TI views) OR (TI choice*) OR (TI user-centered) OR (TI user-focused) OR (TI attitud*) OR (TI belief*) OR (TI privacy) OR (TI concern*) OR (TI worr*) OR (TI trouble*) OR (TI acceptability)) OR (TI feasibl* OR AB feasibl*) OR (TI perception*) OR (TI organizational) OR (TI preferen*) OR (TI prefer*) OR (TI "informed choice*") OR (TI counsel*) OR (TI "information need*") OR (((TI motivat*) OR (TI facilitat*) N3 (TI barrier*))	338380
S22	(MH "Health Inequities") OR (MH Stigma) OR ((TI equity) OR (TI equality) OR (TI inequit*) OR (TI fairness) OR (TI unfair*)) OR (TI prejudice* OR AB prejudice*) OR (TI disparit*) OR (TI conflic*) OR (TI controver*) OR (TI discriminat*) OR (TI stigma*) OR (TI "access to care" OR AB "access to care")	108714
S23	(MM ethics) OR (MH bioethics+) OR (MH "ethics, medical") OR (TI ethical*) OR ((TI ethic* OR AB ethic*) N5 ((TI issue* OR AB issue*) OR (TI dilemma* OR AB dilemma*) OR (TI problem* OR AB problem*) OR (TI challenge* OR AB challenge*) OR (TI concern* OR AB concern*) OR (TI worr* OR AB worr*)) OR (((TI elsi OR AB elsi) OR (TI ethic* OR AB ethic*) OR (TI legal OR AB legal) OR (TI social* OR AB social*)) N5 ((TI implication* OR AB implication*) OR (TI issue* OR AB issue*) OR (TI aspect* OR AB aspect*)))	77855
S24	S23 OR S22 OR S21 OR S20 OR S19	878447
S25	S24 AND S18	184
S25	S24 AND S18 (01/01/2015-02/09/2025)	145

APA PsycINFO (EBSCOhost)		
S1	(DE "Mental Disorders")	153385
S2	(DE Emotions) OR (DE "Anxiety Disorders")	131327
S3	(DE "Affective Disorders") OR (DE "Major Depression")	185833
S4	(DE "Mental Health") OR (DE "psychotherapy")	193176
S5	((TI mental) OR (TI depress*) OR (TI anxiet*))	344670
S6	((TI mental OR AB mental) W1 ((TI health* OR AB health*) OR (TI diseas* OR AB diseas*)))	273399
S7	((TI "abnormal mental state" OR AB "abnormal mental state") OR (TI "disease, mental" OR AB "disease, mental") OR (TI "diseased mental state" OR AB "diseased mental state") OR (TI "disorder, mental" OR AB "disorder, mental") OR (TI "disordered mental state" OR AB "disordered mental state") OR (TI "disturbed mental state" OR AB "disturbed mental state") OR (TI "illness, mental" OR AB "illness, mental") OR (TI insanity OR AB insanity) OR (TI "mental abnormality" OR AB "mental abnormality") OR (TI "mental change"	203813

APA PsycINFO (EBSCOhost)

	OR AB "mental change") OR (TI "mental confusion" OR AB "mental confusion") OR (TI "mental defect" OR AB "mental defect") OR (TI "mental disease" OR AB "mental disease") OR (TI "mental disorder" OR AB "mental disorder") OR (TI "mental disorders" OR AB "mental disorders") OR (TI "mental disorders diagnosed in childhood" OR AB "mental disorders diagnosed in childhood") OR (TI "mental disturbance" OR AB "mental disturbance") OR (TI "mental health condition" OR AB "mental health condition") OR (TI "mental health disease" OR AB "mental health disease") OR (TI "mental health disorder" OR AB "mental health disorder") OR (TI "mental health issue" OR AB "mental health issue") OR (TI "mental health problem" OR AB "mental health problem") OR (TI "mental illness" OR AB "mental illness") OR (TI "mental insufficiency" OR AB "mental insufficiency") OR (TI "mental symptom" OR AB "mental symptom") OR (TI "mentally ill" OR AB "mentally ill") OR (TI "neuropsychiatric disease" OR AB "neuropsychiatric disease") OR (TI "neuropsychiatric diseases" OR AB "neuropsychiatric diseases") OR (TI "neuropsychiatric disorder" OR AB "neuropsychiatric disorder") OR (TI "neuropsychiatric disorders" OR AB "neuropsychiatric disorders") OR (TI "psychiatric disease" OR AB "psychiatric disease") OR (TI "psychiatric disorder" OR AB "psychiatric disorder") OR (TI "psychiatric illness" OR AB "psychiatric illness") OR (TI "psychiatric symptom" OR AB "psychiatric symptom") OR (TI "psychic disease" OR AB "psychic disease") OR (TI "psychic disorder" OR AB "psychic disorder") OR (TI "psychic disturbance" OR AB "psychic disturbance") OR (TI "psychologic disorder" OR AB "psychologic disorder") OR (TI "psychologic disturbance" OR AB "psychologic disturbance") OR (TI "psychological disorder" OR AB "psychological disorder") OR (TI "psychological disturbance" OR AB "psychological disturbance")) OR (TI psychopathology OR AB psychopathology)	
S8	((TI stepcare* OR AB stepcare*) OR (TI stepped-care OR AB stepped-care))	1232
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7	862860
S10	((TI steps OR AB steps) N3 ((TI progressive* OR AB progressive*) OR (TI sequential OR AB sequential)))	523
S11	((TI stepp* OR AB stepp*) N5 ((TI care* OR AB care*) OR (TI healthcare* OR AB healthcare*) OR (TI "health care" OR AB "health care") OR (TI model* OR AB model*) OR (TI framework OR AB framework) OR (TI approach* OR AB approach*) OR (TI pathway* OR AB pathway*) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI therap* OR AB therap*) OR (TI treatment* OR AB treatment*) OR (TI intervention* OR AB intervention*) OR (TI psych* OR AB psych*) OR (TI collaborat* OR AB collaborat*)))	2256
S12	((((TI stepp*) OR (TI matched*) OR (TI gradual*) OR (TI phased) OR (TI adaptive) OR (TI sequential) OR (TI "stage based")) N1 ((TI care) OR (TI approach*)))	525
S13	((((TI stepp* OR AB stepp*) OR (TI matched* OR AB matched*) OR (TI graded* OR AB graded*) OR (TI phased OR AB phased) OR (TI adaptive OR AB adaptive) OR (TI sequential OR AB sequential) OR (TI "stage based" OR AB "stage based")) N1 ((TI care OR AB care) OR (TI "models of care" OR AB "models of care") OR (TI "model of care" OR AB "model of care") OR (TI "care model*" OR AB "care	1523

APA PsycINFO (EBSCOhost)		
	model*") OR (TI "models of treatment" OR AB "models of treatment") OR (TI "model of treatment" OR AB "model of treatment") OR (TI "treatment model*" OR AB "treatment model*") OR (TI "decision rules*" OR AB "decision rules*") OR (TI "step-up, step-down" OR AB "step-up, step-down") OR (TI susd OR AB susd)))	
S14	((TI stepped* OR AB stepped*) N5 ((TI "self help" OR AB "self help") OR (TI selfhelp OR AB selfhelp)))	18
S15	(DE "primary health care") OR (TI "primary care" OR AB "primary care") OR (TI "primary health" OR AB "primary health") OR (TI "health* center" OR AB "health* center") OR (TI "health* centre" OR AB "health* centre") OR (TI "general practic*" OR AB "general practic*")	57213
S16	((TI step*) OR (TI match*) OR (TI tier*) OR (TI sequen*)) N2 ((TI care*) OR (TI healthcare*) OR (TI "health care") OR (TI model*) OR (TI approach*) OR (TI program*) OR (TI therap*) OR (TI treatment*) OR (TI intervention*) OR (TI psych*) OR (TI collaborat*))	3676
S17	S15 AND S16	130
S18	S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S17	836711
S19	S8 AND S18	1232
S20	DE "Qualitative Methods" OR DE "Focus Group" OR DE "Narrative Analysis" OR DE "Grounded Theory" OR ((TI "focus group*" OR AB "focus group*") OR (TI qualitative OR AB qualitative) OR (TI ethnograph* OR AB ethnograph*) OR (TI fieldwork OR AB fieldwork) OR (TI "field work" OR AB "field work") OR (TI "key informant" OR AB "key informant") OR (TI metasynthes* OR AB metasynthes*) OR (TI meta-synthes* OR AB meta-synthes*) OR (TI metasummar* OR AB metasummar*) OR (TI meta-summar* OR AB meta-summar*) OR (TI metastud* OR AB metastud*) OR (TI meta-stud* OR AB meta-stud*) OR (TI metathem* OR AB metathem*) OR (TI meta-them* OR AB meta-them*) OR (TI meta-ethno* OR AB meta-ethno*) OR (TI emic OR AB emic) OR (TI etic OR AB etic) OR (TI phenomenolog* OR AB phenomenolog*) OR (TI "grounded theory" OR AB "grounded theory") OR (TI "constant compar*" OR AB "constant compar*") OR ((TI thematic* OR AB thematic*) N3 (TI analys* OR AB analys*)) OR (TI "theoretical sampl*" OR AB "theoretical sampl*") OR (TI "purposive sampl*" OR AB "purposive sampl*") OR (TI hermeneutic* OR AB hermeneutic*) OR (TI mixed-method* OR AB mixed-method*))	409468
S21	DE "Interviews" OR (TI semi-structured OR AB semi-structured) OR (TI semistructured OR AB semistructured) OR (TI unstructured OR AB unstructured) OR (TI informal OR AB informal) OR (TI in-depth OR AB in-depth) OR (TI indepth OR AB indepth) OR (TI face-to-face OR AB face-to-face) OR (TI structured OR AB structured) OR (TI guide OR AB guide)) N3 ((TI interview* OR AB interview*) OR (TI discussion* OR AB discussion*) OR (TI questionnaire* OR AB questionnaire*))	867866
S22	DE "Health Personnel Attitudes" OR DE "Client Attitudes" OR ((TI user*) OR (TI service-user) OR (TI professional*) OR (TI physician*) OR (TI patient*) OR (TI personal*) OR (TI peopl*) OR (TI woman*) OR (TI women*) OR (TI famil*) OR (TI stakeholder*) OR (TI man) OR (TI men) OR (TI carers) OR (TI caregiver*)) N5 ((TI view*) OR (TI voice*) OR (TI satisfaction*) OR (TI feedback) OR (TI experienc*) OR (TI	110788

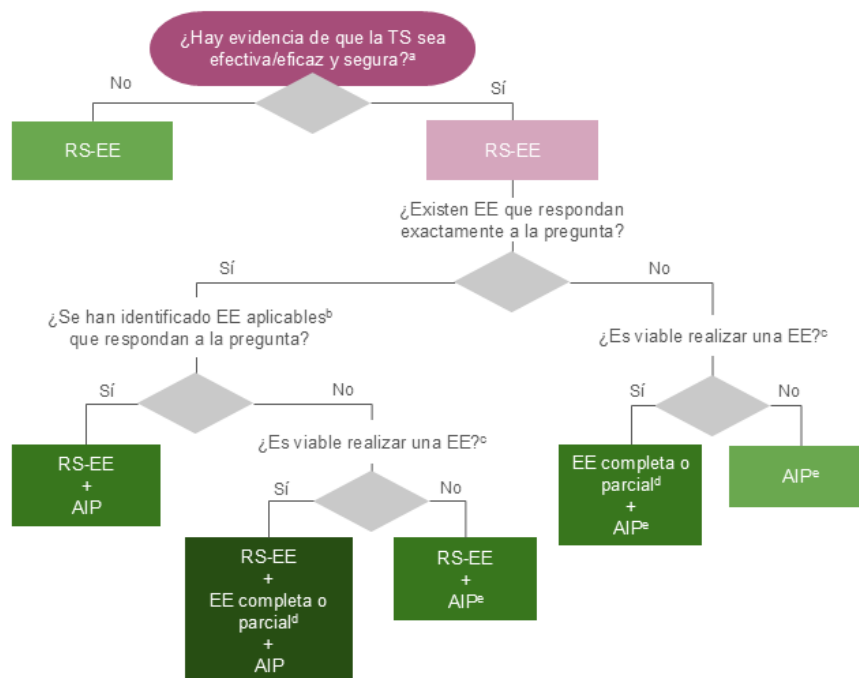
APA PsycINFO (EBSCOhost)		
	right*) OR (TI choice*) OR (TI perspecti*) OR (TI prefer*) OR (TI priori*) OR (TI hope*) OR (TI access*) OR (TI barrier*) OR (TI facilitator*) OR (TI value*) OR (TI interview*))	
S23	DE "Client satisfaction" OR DE "preference" OR ((TI "point of view") OR (TI view*) OR (TI views) OR (TI choice*) OR (TI user-centered) OR (TI user-focused) OR (TI attitud*) OR (TI belief*) OR (TI privacy) OR (TI concern*) OR (TI worr*) OR (TI trouble*) OR (TI acceptability)) OR (TI feasibl* OR AB feasibl*) OR (TI perception*) OR (TI organizational) OR (TI preferen*) OR (TI prefer*) OR (TI "informed choice") OR (TI counsel*) OR (TI "information need") OR (((TI motivat*) OR (TI facilitat*)) N3 (TI barrier*))	447182
S24	DE "Prejudice" OR DE Stigma OR ((TI equity) OR (TI equality) OR (TI inequit*) OR (TI fairness) OR (TI unfair*)) OR (TI prejudice* OR AB prejudice*) OR (TI disparit*) OR (TI conflic*) OR (TI controver*) OR (TI discriminat*) OR (TI stigma*) OR (TI "access to care" OR AB "access to care"))	133434
S25	DE "Ethics" OR DE "Bioethics" OR DE "Consumer Ethics" OR DE "Business Ethics" OR DE "Experimental Ethics" OR DE "Professional Ethics" OR DE "Ethical Decision Making" OR (TI ethical*) OR ((TI ethic* OR AB ethic*) N5 ((TI issue* OR AB issue*) OR (TI dilemma* OR AB dilemma*) OR (TI problem* OR AB problem*) OR (TI challenge* OR AB challenge*) OR (TI concern* OR AB concern*) OR (TI worr* OR AB worr*))) OR (((TI elsi OR AB elsi) OR (TI ethic* OR AB ethic*) OR (TI legal OR AB legal) OR (TI social* OR AB social*)) N5 ((TI implication* OR AB implication*) OR (TI issue* OR AB issue*) OR (TI aspect* OR AB aspect*)))	141751
S26	S25 OR S24 OR S23 OR S22 OR S21 OR S20	1654274
S27	S26 AND S19	446
S30	S26 AND S19 (01/01/2015-02/09/2025)	267

Anexo 2. Algoritmo para la realización de evaluaciones económicas en ETS

Algoritmo para la realización de EE en ETS

AIP: análisis de impacto presupuestario
 EE: evaluación económica
 ETS: evaluación de tecnologías sanitarias
 RS-EE: revisión sistemática de evaluaciones económicas
 TS: tecnología sanitaria

(a) ¿La TS es, al menos, no inferior al comparador?
 (b) EE aplicable: EE realizada en España, reciente, independiente y de calidad (valorar con escala de aplicabilidad, ej. NICE)
 (c) La viabilidad toma en cuenta la disponibilidad de información mínima y de recursos humanos, informáticos, etc.
 (d) EE:
 - EE completa - análisis de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-minimización
 - EE parcial - estudio de costes
 (e) Su realización vendrá determinada por la calidad de los datos y los recursos disponibles en el momento de elaboración del informe

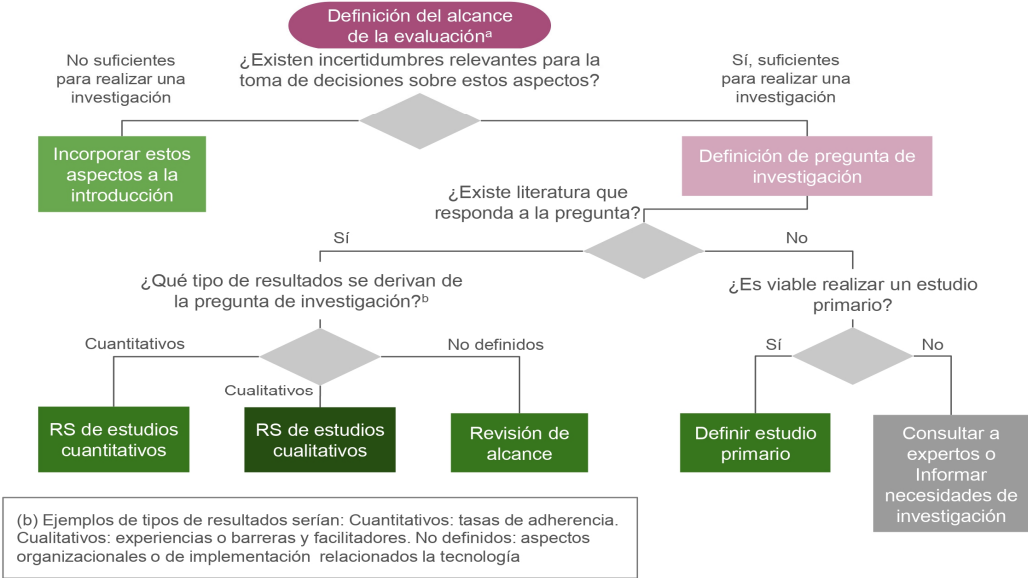


Anexo 3. Algoritmo para la evaluación de los aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

ALGORITMO PARA LA EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS, LEGALES, ORGANIZATIVOS, DE PACIENTES, SOCIALES, Y AMBIENTALES

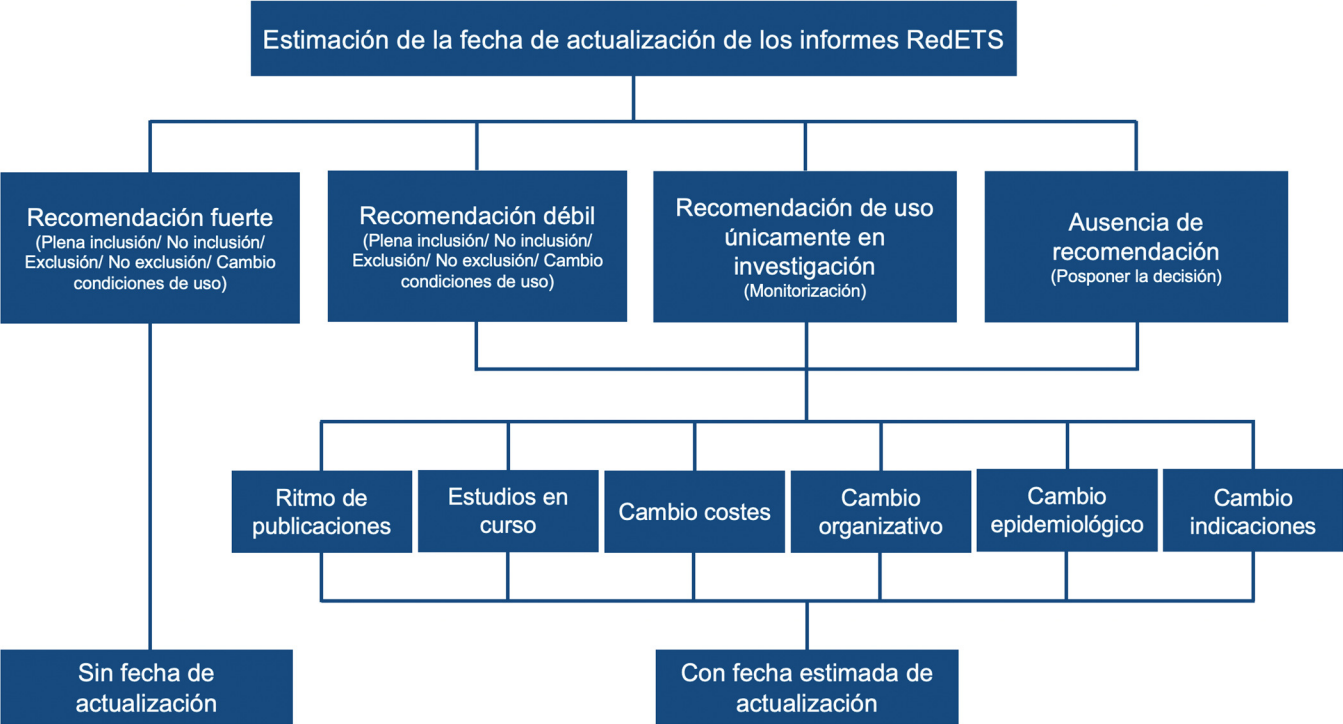
(a) Para esta valoración del alcance se realizará una búsqueda iterativa adoptando categorías analíticas del marco evaluativo del Core Model 3.0. de EUnetHTA [1], del marco GRADE Evidence to Decision (EtD) para la toma de decisiones sobre sistemas sanitarios y salud pública [2] y del marco "VALues In Doing Assessments of healthcare TEchnologies" (VALIDATE) [3]

RS: Revisión sistemática



[1] EUnetHTA Joint Action 2 Work Package 8. HTA Core Model © Version 3.0. 2016.
[2] Moher J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. Health Res. Policy Syst. 2018 may 29;16(1):45.
[3] The VALIDATE handbook: An approach on the integration of values in doing assessments of health technologies. Radboud University Press; 2022

Anexo 4. Estimación de la fecha de actualización del informe



Anexo 5. Estudios excluidos de la RS de efectividad y seguridad

Referencia	Motivo de exclusión
1. Abu K, Bedard-Gilligan M, Moodliar R, et al. Can stepped collaborative care interventions improve post-traumatic stress disorder symptoms for racial and ethnic minority injury survivors?. Trauma Surg Acute Care Open. 2024;9(1):e001232. Published 2024 Jan 24. doi:10.1136/tsaco-2023-001232	Análisis secundario / muestra solapada
2. Haug T, Nordgreen T, Öst LG, et al. Stepped care versus face-to-face cognitive behavior therapy for panic disorder and social anxiety disorder: Predictors and moderators of outcome. Behav Res Ther. 2015;71:76-89. doi:10.1016/j.brat.2015.06.002	Análisis secundario / muestra solapada
3. Jansen F, Lissenberg-Witte BI, Krebber AMH, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck cancer and lung cancer patients: which groups specifically benefit? Secondary analyses of a randomized controlled trial. Support Care Cancer. 2019;27(12):4543-4553. doi:10.1007/s00520-019-04714-3	Análisis secundario / muestra solapada
4. Krampe H, Salz AL, Kerper LF, et al. Readiness to change and therapy outcomes of an innovative psychotherapy program for surgical patients: results from a randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2017;17(1):417. doi:10.1186/s12888-017-1579-5	Análisis secundario / muestra solapada
5. Schutte LER, Melissant HC, Jansen F, et al. Effect of Stepped Care on Sexual Interest and Enjoyment in Distressed Patients with Head and Neck Cancer: A Randomized Controlled Trial. Sex Med. 2021;9(1):100304. doi:10.1016/j.esxm.2020.100304.	Análisis secundario / muestra solapada
6. Seward N, Peters T, Loh WW, et al. Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil: the mediating roles of reduced loneliness and stepped care. J Affect Disord. 2025;372:191-199. doi:10.1016/j.jad.2024.12.024.	Análisis secundario / muestra solapada
7. Walker EA, Katon WJ, Russo J, et al. Predictors of outcome in a primary care depression trial. J Gen Intern Med. 2000;15(12):859-867. doi:10.1046/j.1525-1497.2000.91142.x	Análisis secundario / muestra solapada
8. Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, Daubmann A, Wegscheider K, Härter M. Does symptom severity matter in stepped and collaborative care for depression?. J Affect Disord. 2020;277:287-295. doi:10.1016/j.jad.2020.07.079.	Análisis secundario / muestra solapada
9. Grilo CM, White MA, Ivezaj V, Gueorguieva R. Randomized Controlled Trial of Behavioral Weight Loss and Stepped Care for Binge-Eating Disorder: 12-Month Follow-up.	Comparador

Referencia	Motivo de exclusión
Obesity (Silver Spring). 2020;28(11):2116-2124. doi:10.1002/oby.22975.	
10. Grilo CM, White MA, Masheb RM, Ivezaj V, Morgan PT, Gueorguieva R. Randomized controlled trial testing the effectiveness of adaptive “SMART” stepped-care treatment for adults with binge-eating disorder comorbid with obesity. <i>Am Psychol</i> . 2020;75(2):204-218. doi:10.1037/amp0000534.	Comparador
11. Delgadillo J, Ali S, Fleck K, et al. Stratified Care vs Stepped Care for Depression: A Cluster Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Psychiatry</i> . 2022;79(2):101-108. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.3539	Comparador
12. Lambert S, Moodie EEM, McCusker J, Lokhorst M, Harris C, Langmuir T, et al. Translating Evidence-Based Self-Management Interventions Using a Stepped-Care Approach for Patients With Cancer and Their Caregivers: A Pilot Sequential Multiple Assignment Randomized Trial Design. <i>Psychooncology</i> . 2025 Jan 6. doi:10.1002/pon.70043	Comparador
13. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. <i>Am J Psychiatry</i> . 2006;163(8):1379-1387. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1379	Diseño
14. Arving C, Thormodsen I, Brekke G, Mella O, Berntsen S, Nordin K. Early rehabilitation of cancer patients: a randomized controlled intervention study. <i>BMC Cancer</i> . 2013;13:9. doi:10.1186/1471-2407-13-9	Diseño
15. Aspvall K, Sampaio F, Lenhard F, et al. Cost-effectiveness of internet-delivered vs in-person cognitive behavioral therapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. <i>JAMA Netw Open</i> . 2021;4(7):e2118516. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.18516	Diseño
16. Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HW, et al. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for older people: a randomised controlled trial. <i>Int J Geriatr Psychiatry</i> . 2014;29(2):182-190. doi:10.1002/gps.3987	Diseño
17. Brettschneider C, Heddaeus D, Steinmann M, Härter M, Watzke B, König HH. Cost-effectiveness of guideline-based stepped and collaborative care versus treatment as usual for patients with depression: a cluster-randomized trial. <i>BMC Psychiatry</i> . 2020;20(1):427. doi:10.1186/s12888-020-02829-0	Diseño
18. Chatterton M, Harris M, Burgess P, Fletcher S, Spittal M, Faller J, et al. Economic evaluation of a decision support tool to guide intensity of mental health care in general practice: the Link-me pragmatic randomised controlled trial. <i>BMC Prim Care</i> . 2022;23(1).	Diseño
19. Chatterton ML, Rapee RM, Catchpool M, et al. Economic evaluation of stepped care for the management of childhood anxiety disorders: results from a randomised trial.	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
Aust N Z J Psychiatry. 2019;53(7):673-682. doi:10.1177/0004867418823272	
20. Crow SJ, Agras WS, Halmi KA, Fairburn CG, Mitchell JE, Nyman JA. A cost-effectiveness analysis of stepped care treatment for bulimia nervosa. <i>Int J Eat Disord</i> . 2013;46(4):302-307. doi:10.1002/eat.22087	Diseño
21. El Alili M, Schuurhuizen CSEW, Braamse AMJ, et al. Economic evaluation of a combined screening and stepped-care treatment program targeting psychological distress in patients with metastatic colorectal cancer: a cluster randomized controlled trial. <i>Palliat Med</i> . 2020;34(7):934-945. doi:10.1177/0269216320913463	Diseño
22. Goorden M, Muntingh A, van Balkom AJ, van Marwijk HW, Spinhoven P, de Waal MW, Assendelft PJ, van der Feltz-Cornelis CM, Hakkaart-van Roijen L. Cost effectiveness of a collaborative care stepped intervention for anxiety disorders in the primary care setting. <i>Value Health</i> . 2011;14(7):A293. doi:10.1016/j.jval.2011.08.339	Diseño
23. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H, et al. Cost-utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. <i>J Psychosom Res</i> . 2014;77(1):57-63. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.04.005	Diseño
24. Grochtdreis T, Brettschneider C, Bjerregaard F, et al. Cost-effectiveness analysis of collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT). <i>Eur Psychiatry</i> . 2019;57:10-18. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.007	Diseño
25. Jansen F, Krebber AM, Coupé VM, et al. Cost-Utility of Stepped Care Targeting Psychological Distress in Patients With Head and Neck or Lung Cancer. <i>J Clin Oncol</i> . 2017;35(3):314-324. doi:10.1200/JCO.2016.68.8739.	Diseño
26. Jensen S, Hybel KA, Højgaard DRMA, et al. Quality of life in pediatric patients with obsessive-compulsive disorder during and 3 years after stepped-care treatment. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . 2022;31(9):1377-1389. doi:10.1007/s00787-021-01775-w.	Diseño
27. Jolstedt M, Vigerland S, Mataix-Cols D, et al. Long-term outcomes of internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric anxiety disorders: towards a stepped care model of health care delivery. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . 2021;30(11):1723-1732. doi:10.1007/s00787-020-01645-x.	Diseño
28. Langhammer T, Hilbert K, Wasenmueller R, et al. Evaluation of a CBT-based program for mental health in the general population during the COVID-19 pandemic: a stepped-care approach using a chatbot and digitized group intervention. <i>Depress Anxiety</i> . 2024;2024:8950388. doi:10.1155/2024/8950388.	Diseño
29. Lavelle TA, Kommareddi M, Jaycox LH, Belsher B, Freed MC, Engel CC. Cost-effectiveness of collaborative care for depression and PTSD in military personnel. <i>Am J Manag Care</i> . 2018;24(2):91-98.	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
30. Le Grange D, Pradel M, Pogos D, et al. Family-based treatment for adolescent anorexia nervosa: Outcomes of a stepped-care model. <i>Int J Eat Disord.</i> 2021;54(11):1989-1997. doi:10.1002/eat.23629	Diseño
31. Lee YY, Harris MG, Whiteford HA, Davidson SK, Chatterton ML, Stockings EA, et al. Exploring the cost-effectiveness of a Dutch collaborative stepped care intervention for the treatment of depression and/or anxiety when adapted to the Australian context: a model-based cost-utility analysis. <i>Epidemiol Psychiatr Sci.</i> 2021;30:e58. doi:10.1017/S2045796021000470.	Diseño
32. Löwe B, Piontek K, Daubmann A, et al. Effectiveness of a Stepped, Collaborative, and Coordinated Health Care Network for Somatoform Disorders (Sofu-Net): A Controlled Cluster Cohort Study. <i>Psychosom Med.</i> 2017;79(9):1016-1024. doi:10.1097/PSY.0000000000000491	Diseño
33. Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, Scherer M, Weigel A. Management of comorbid mental and somatic disorders in stepped care approaches in primary care: a systematic review. <i>Fam Pract.</i> 2019;36(1):38-52. doi:10.1093/fampra/cmy122	Diseño
34. Martínez P, Rojas G. Interventions for adult depression in primary health-care clinics. In: Martínez V, Miranda-Castillo C, editors. <i>Prevention and early treatment of depression through the life course.</i> Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2023. p. 123-140. doi:10.1007/978-3-031-13029-8_7.	Diseño
35. McBain R, Okunogbe A, Gwokyalya V, Wanyenze RK, Wagner G. Economic evaluation of maternal depression treatment in HIV (M-DEPTH) for perinatal depression among women living with HIV in Uganda: a cost-effectiveness analysis. <i>BMJ Public Health.</i> 2024;2(1):e000754. doi:10.1136/bmjph-2023-000754.	Diseño
36. McIntosh S. Stepped care model and depression in primary care. <i>Prim Health Care.</i> 2021;31(2). doi:10.7748/phc.2020.e1685.	Diseño
37. McMillan D, Gilbody S. A stepped care intervention is effective for elderly people with subthreshold depression or anxiety. <i>Evid Based Ment Health.</i> 2009;12(4):115. doi:10.1136/ebmh.12.4.115	Diseño
38. Melin K, Skarphedinsson G, Thomsen PH, Weidle B, Torp NC, Valderhaug R, et al. Treatment gains are sustainable in pediatric obsessive-compulsive disorder: three-year follow-up from the NordLOTS. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.</i> 2020;59(2):244-253. doi:10.1016/j.jaac.2019.01.010.	Diseño
39. Meuldijk D, Wuthrich VM. Stepped-care treatment of anxiety and depression in older adults: a narrative review. <i>Aust J Rural Health.</i> 2019;27(4):275-280. doi:10.1111/ajr.12524.	Diseño
40. Molosankwe I, Patel A, José Gagliardino J, Knapp M, McDaid D. Economic aspects of the association between diabetes and depression: a systematic review. <i>J Affect</i>	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
Disord. 2012;142 Suppl:S42-S55. doi:10.1016/S0165-0327(12)70008-3.	
41. Nollett CL, Bray N, Bunce C, et al. Depression in Visual Impairment Trial (DEPVIT): a randomized clinical trial of depression treatments in people with low vision. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2016;57(10):4247-4254. doi:10.1167/iov.16-19345.	Diseño
42. Oser M, Szigethy E, Wallace ML, Weaver EK, Culp A, Kogan J, et al. Randomized adaptive trial of digital behavioral program for anxiety and depression in IBD patient-centered medical home. Gastroenterology. 2018;154(6 Suppl):S153. doi:10.1016/S0016-5085(18)30927-2.	Diseño
43. Painter JT, Fortney JC, Gifford AL, et al. Cost-effectiveness of collaborative care for depression in HIV clinics. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;70(4):377-385. doi:10.1097/QAI.0000000000000732.	Diseño
44. Patel VH, Kirkwood BR, Pednekar S, et al. Improving the outcomes of primary care attenders with common mental disorders in developing countries: a cluster randomized controlled trial of a collaborative stepped care intervention in Goa, India. Trials. 2008;9:4. doi:10.1186/1745-6215-9-4.	Diseño
45. Pehlivan MJ, Miskovic-Wheatley J, Le A, et al. Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. J Eat Disord. 2022;10(1):166. doi:10.1186/s40337-022-00671-1.	Diseño
46. Pyne JM, Fortney JC, Tripathi SP, Maciejewski ML, Edlund MJ, Williams DK. Cost-effectiveness analysis of a rural telemedicine collaborative care intervention for depression. Arch Gen Psychiatry. 2010;67(8):812-821. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.82	Diseño
47. Rebergen DS, Bruinvels DJ, van der Beek AJ, van Mechelen W. Design of a randomized controlled trial on the effects of counseling of mental health problems by occupational physicians on return to work: the CO-OP-study. BMC Public Health. 2007;7:183. doi:10.1186/1471-2458-7-183.	Diseño
48. Reeves P, Szewczyk Z, Proudfoot J, Gale N, Nicholas J, Anderson J. Economic evaluations of stepped models of care for depression and anxiety and associated implementation strategies: a review of empiric studies. Int J Integr Care. 2019;19(2):8. doi:10.5334/ijic.4157.	Diseño
49. Rex L. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: a systematic review of quantitative studies exploring effectiveness, concomitant findings, and mediating and moderating variables [dissertation]. Malibu (CA): Pepperdine University; 2022. Available from: https://digitalcommons.pepperdine.edu/etd/1253	Diseño
50. Richards D, Enrique A, Eilert N, et al. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. NPJ Digit Med. 2020;3:85. doi:10.1038/s41746-020-0293-8.	Diseño
51. Riehm KE, Davidson KW, Moise N, et al. Effectiveness of stepped depression care among patients with screen-identified depression after acute coronary syndromes: a	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
secondary analysis of the CODIACS-QoL randomized clinical trial. <i>Gen Hosp Psychiatry</i> . 2022;78:126-127. doi:10.1016/j.genhosppsych.2022.04.003.	
52. Rissanen R, Nordin K, Ahlgren J, Arving C. A stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer patients—a randomized study in group vs individual setting. <i>Psychooncology</i> . 2015;24(9):1028-1035. doi:10.1002/pon.3763.	Diseño
53. Rogers K, Banis M, Falkenstein MJ, et al. Stepped care in the treatment of trichotillomania. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2014;82(2):361-367. doi:10.1037/a0035744.	Diseño
54. Calderon J, Rojas G. Integration of mental health into primary care: a Chilean perspective on a global challenge. <i>BJPsych International</i> . 2016;13(1):20-21. doi:10.1192/S2056474000000945.	Diseño
55. Salomonsson S, Santoft F, Lindsäter E, et al. Stepped care in primary care—guided self-help and face-to-face cognitive behavioural therapy for common mental disorders: a randomized controlled trial. <i>Psychol Med</i> . 2018;48(10):1644-1654. doi:10.1017/S0033291717003129.	Diseño
56. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2007;64(1):65-72. doi:10.1001/archpsyc.64.1.65	Diseño
57. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. <i>Am J Psychiatry</i> . 2001;158(10):1638-1644. doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1638	Diseño
58. Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H. e-CBT (myCompass), antidepressant medication, and face-to-face psychological treatment for depression in Australia: a cost-effectiveness comparison. <i>J Med Internet Res</i> . 2015;17(11):e255. doi:10.2196/jmir.4207.	Diseño
59. Stiles JA, Chatterton ML, Le LK, Lee YY, Whiteford H, Mihalopoulos C. The cost-effectiveness of stepped care for the treatment of anxiety disorders in adults: a model-based economic analysis for the Australian setting. <i>J Psychosom Res</i> . 2019;125:109812. doi:10.1016/j.jpsychores.2019.109812.	Diseño
60. Tylee A. Identifying and managing depression in primary care in the United Kingdom. <i>J Clin Psychiatry</i> . 2006;67 Suppl 6:41-45.	Diseño
61. van der Aa HPA, van Rens GHMB, Bosmans JE, Comijs HC, van Nispen RMA. Economic evaluation of stepped-care versus usual care for depression and anxiety in older adults with vision impairment: randomized controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> . 2017;17(1):280. doi:10.1186/s12888-017-1437-5..	Diseño
62. van Dijk SEM, Pols AD, Adriaanse MC, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, Bosmans JE. Cost-effectiveness of a stepped care program to prevent depression among primary care patients with diabetes mellitus type 2 and/or	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
coronary heart disease and subthreshold depression in comparison with usual care. BMC Psychiatry. 2021;21(1):402. doi:10.1186/s12888-021-03367-z.	
63. van Straten A, Seekles W, van 't Veer-Tazelaar NJ, Beekman AT, Cuijpers P. Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how? Med J Aust. 2010;192(S11):S36-S39. doi:10.5694/j.1326-5377.2010.tb03691.x.	Diseño
64. van 't Veer-Tazelaar PJ, Cuijpers P, Beekman AJ. Preventie van depressie en angst bij ouderen [Prevention of depression and anxiety in older people]. Tijdschr Psychiatr. 2011;53(9):579-584.	Diseño
65. Van't Veer-Tazelaar P, Smit F, van Hout H, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. Br J Psychiatry. 2010;196(4):319-325. doi:10.1192/bjp.bp.109.069617.	Diseño
66. van 't Veer-Tazelaar PJ, Cuijpers P, Beekman AJ. Preventie van depressie en angst bij ouderen. Tijdschr Psychiatr. 2011;53(9):579-584.	Diseño
67. Verdonck-de Leeuw IM, de Bree R, Keizer AL, et al. Computerized prospective screening for high levels of emotional distress in head and neck cancer patients and referral rate to psychosocial care. Oral Oncol. 2009;45(10):e129-e133. doi:10.1016/j.oraloncology.2009.01.012.	Diseño
68. Versloot J, Ali A, Minotti SC, et al. All together: Integrated care for youth with type 1 diabetes. Pediatr Diabetes. 2021;22(6):889-899. doi:10.1111/pedi.13242	Diseño
69. Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, et al. Psychological stepped care for anxious adolescents in community mental health services: A pilot effectiveness trial. Psychiatry Res. 2021;303:114066. doi:10.1016/j.psychres.2021.114066	Diseño
70. Yan C, Rittenbach K, Souri S, Silverstone PH. Cost-effectiveness analysis of a randomized study of depression treatment options in primary care suggests stepped-care treatment may have economic benefits. BMC Psychiatry. 2019;19(1):240. doi:10.1186/s12888-019-2223-3.	Diseño
71. Jeitani A, Fahey PP, Gascoigne M, Darnal A, Lim D. Effectiveness of stepped care for mental health disorders: an umbrella review of meta-analyses. Personalized Med Psychiatry. 2024;47-48:100140. doi:10.1016/j.pmip.2024.100140	Diseño
72. Heddaeus D, Seeralan T, Maehder K, et al. Collaborative and Stepped Care for Mental Disorders: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Outpatient Care (The COMET Study). Dtsch Arztebl Int. 2025;122(5):127-134. doi:10.3238/arztebl.m2025.0011	Duplicado
73. Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, Scherer M, Weigel A. Management of comorbid mental and somatic disorders in stepped care approaches in primary care: a systematic review. Fam Pract. 2019;36(1):38-52. doi:10.1093/fampra/cmy122.	Duplicado

Referencia	Motivo de exclusión
74. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. <i>Psychother Psychosom.</i> 2014;83(1):37-44. doi:10.1159/000353682	Duplicado
75. Oosterbaan DB, Verbraak MJ, Terluin B, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. <i>Br J Psychiatry.</i> 2013;203(2):132-139. doi:10.1192/bjp.bp.112.125211	Duplicado
76. Patel VH, Kirkwood BR, Pednekar S, et al. Improving the outcomes of primary care attenders with common mental disorders in developing countries: a cluster randomized controlled trial of a collaborative stepped care intervention in Goa, India. <i>Trials.</i> 2008;9:4. doi:10.1186/1745-6215-9-4.	Duplicado
77. Pols AD, Adriaanse MC, van Tulder MW, et al. Two-year effectiveness of a stepped-care depression prevention intervention and predictors of incident depression in primary care patients with diabetes type 2 and/or coronary heart disease and subthreshold depression: data from the Step-Dep cluster randomised controlled trial. <i>BMJ Open.</i> 2018;8(10):e020412. doi:10.1136/bmjopen-2017-020412.	Duplicado
78. Wong SYS, Tang WK, Mak WWS, et al. Stepped care programme in primary care to prevent anxiety and depression: a randomised clinical trial. <i>Hong Kong Med J.</i> 2019;25(Suppl 3):9-10.	Duplicado
79. Adewuya AO, Ola BA, Coker O, Atilola O, Fasawe A, Ajomale T. A stepped care intervention for non-specialist health workers' management of depression in the Mental Health in Primary Care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria: a cluster randomised controlled trial. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2019;60:76-82. doi:10.1016/j.genhosppsych.2019.07.012.	Incluido en RS
80. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. <i>Lancet.</i> 2003;361(9362):995-1000. doi:10.1016/S0140-6736(03)12825-5	Incluido en RS
81. Belsher BE, Jaycox LH, Freed MC, Evatt DP, Liu X, Novak LA, et al. Mental health utilization patterns during a stepped, collaborative care effectiveness trial for PTSD and depression in the military health system. <i>Med Care.</i> 2016;54(7):706-713. doi:10.1097/MLR.0000000000000545.	Incluido en RS
82. Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B. Stepped care treatment of postpartum depression: impact on treatment, health, and work outcomes. <i>J Am Board Fam Med.</i> 2009;22(5):473-482. doi:10.3122/jabfm.2009.05.080192	Incluido en RS
83. Gureje O, Oladeji BD, Montgomery AA, et al. Effect of a stepped-care intervention delivered by lay health workers on major depressive disorder among primary care patients in Nigeria (STEP CARE): a cluster-randomised controlled trial. <i>Lancet Glob Health.</i> 2019;7(7):e951-e960. doi:10.1016/S2214-109X(19)30148-2	Incluido en RS

Referencia	Motivo de exclusión
84. Härter M, Watzke B, Daubmann A, et al. Guideline-based stepped and collaborative care for patients with depression in a cluster-randomised trial. <i>Sci Rep.</i> 2018;8(1):9389. doi:10.1038/s41598-018-27470-6.	Incluido en RS
85. Katon W, Russo J, Von Korff M, et al. Long-term effects of a collaborative care intervention in persistently depressed primary care patients. <i>J Gen Intern Med.</i> 2002;17(10):741-748. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.11051.x	Incluido en RS
86. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 1999;56(12):1109-1115. doi:10.1001/archpsyc.56.12.1109	Incluido en RS
87. Lin EH, VonKorff M, Russo J, et al. Can depression treatment in primary care reduce disability? A stepped care approach. <i>Arch Fam Med.</i> 2000;9(10):1052-1058. doi:10.1001/archfami.9.10.1052	Incluido en RS
88. Menchetti M, Sighinolfi C, Di Michele V, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in Italy. A randomized controlled trial. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2013;35(6):579-586. doi:10.1016/j.genhosppsy.2013.07.009	Incluido en RS
89. O'Donnell ML, Lau W, Tipping S, et al. Stepped early psychological intervention for posttraumatic stress disorder, other anxiety disorders, and depression following serious injury. <i>J Trauma Stress.</i> 2012;25(2):125-133. doi:10.1002/jts.21677	Incluido en RS
90. Oladeji BD, Kola L, Abiona T, Montgomery AA, Araya R, Gureje O. A pilot randomized controlled trial of a stepped care intervention package for depression in primary care in Nigeria. <i>BMC Psychiatry.</i> 2015;15:96. doi:10.1186/s12888-015-0483-0.	Incluido en RS
91. Salloum A, Wang W, Robst J, et al. Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. <i>J Child Psychol Psychiatry.</i> 2016;57(5):614-622. doi:10.1111/jcpp.12471	Incluido en RS
92. Salloum A, Small BJ, Robst J, Scheeringa MS, Cohen JA, Storch EA. Stepped and standard care for childhood trauma: a pilot randomized clinical trial. <i>Res Soc Work Pract.</i> 2017;27(6):653-663. doi:10.1177/1049731515601898.	Incluido en RS
93. Silverstone PH, Rittenbach K, Suen VY, et al. Depression outcomes in adults attending family practice were not improved by screening, stepped-care, or online CBT during a 12-week study when compared to controls in a randomized trial. <i>Front Psychiatry.</i> 2017;8:32. doi:10.3389/fpsy.2017.00032.	Incluido en RS
94. van Beljouw IM, van Exel E, van de Ven PM, et al. Does an outreaching stepped care program reduce depressive symptoms in community-dwelling older adults? A randomized implementation trial. <i>Am J Geriatr Psychiatry.</i> 2015;23(8):807-817. doi:10.1016/j.jagp.2014.09.012	Incluido en RS
95. van der Weele GM, de Waal MW, van den Hout WB, et al. Effects of a stepped-care intervention programme among older subjects who screened positive for depressive	Incluido en RS

Referencia	Motivo de exclusión
symptoms in general practice: the PROMODE randomised controlled trial. <i>Age Ageing</i> . 2012;41(4):482-488. doi:10.1093/ageing/afs027	
96. Zatzick D, Jurkovich G, Heagerty P, et al. Stepped collaborative care targeting posttraumatic stress disorder symptoms and comorbidity for US trauma care systems: a randomized clinical trial. <i>JAMA Surg</i> . 2021;156(5):430-474. doi:10.1001/jamasurg.2021.0131.	Incluido en RS
97. Zatzick D, Jurkovich G, Rivara FP, et al. A randomized stepped care intervention trial targeting posttraumatic stress disorder for surgically hospitalized injury survivors. <i>Ann Surg</i> . 2013;257(3):390-399. doi:10.1097/SLA.0b013e31826bc313.	Incluido en RS
98. Zatzick D, O'Connor SS, Russo J, et al. Technology-Enhanced Stepped Collaborative Care Targeting Posttraumatic Stress Disorder and Comorbidity After Injury: A Randomized Controlled Trial. <i>J Trauma Stress</i> . 2015;28(5):391-400. doi:10.1002/jts.22041	Incluido en RS
99. Zatzick D, Roy-Byrne P, Russo J, et al. A randomized effectiveness trial of stepped collaborative care for acutely injured trauma survivors. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2004;61(5):498-506. doi:10.1001/archpsyc.61.5.498	incluido en RS
100. Adewuya AO, Momodu O, Olibamoyo O, Adegba A, Adesoji O, Adegbokun A. The effectiveness and acceptability of mobile telephone adherence support for management of depression in the Mental Health in Primary Care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria: a pilot cluster randomised controlled trial. <i>J Affect Disord</i> . 2019;253:118-125. doi:10.1016/j.jad.2019.04.056.	Intervención
101. Andrews B, Klein B, Van Nguyen H, Corboy D, McLaren S, Watson S. Efficacy of a digital mental health biopsychosocial transdiagnostic intervention with or without therapist assistance for adults with anxiety and depression: adaptive randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res</i> . 2023;25:e45135. doi:10.2196/45135.	Intervención
102. Benjet C, Albor Y, Alvis-Barranco L, et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy versus treatment as usual for anxiety and depression among Latin American university students: A randomized clinical trial. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2023;91(12):694-707. doi:10.1037/ccp0000846	Intervención
103. Blader JC, Pliszka SR, Kafantaris V, et al. Stepped Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Aggressive Behavior: A Randomized, Controlled Trial of Adjunctive Risperidone, Divalproex Sodium, or Placebo After Stimulant Medication Optimization. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2021;60(2):236-251. doi:10.1016/j.jaac.2019.12.009	Intervención
104. Capriola-Hall NN, Brewster AM, Golt J, White SW. Anxiety and Depression Reduction as Distal Outcomes of a College Transition Readiness Program for Adults with Autism. <i>J Autism Dev Disord</i> . 2021;51(1):298-306. doi:10.1007/s10803-020-04549-6	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
105. Engel CC, Jaycox LH, Freed MC, et al. Centrally Assisted Collaborative Telecare for Posttraumatic Stress Disorder and Depression Among Military Personnel Attending Primary Care: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA Intern Med.</i> 2016;176(7):948-956. doi:10.1001/jamainternmed.2016.2402	Intervención
106. Fann JR, Fan MY, Unützer J. Improving primary care for older adults with cancer and depression. <i>J Gen Intern Med.</i> 2009;24 Suppl 2:S417-S424. doi:10.1007/s11606-009-0999-4.	Intervención
107. Fitzgibbon KP, Plett D, Chan BCF, Hancock-Howard R, Coyte PC, Blumberger DM. Cost-Utility Analysis of Electroconvulsive Therapy and Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Treatment-Resistant Depression in Ontario. <i>Can J Psychiatry.</i> 2020;65(3):164-173. doi:10.1177/0706743719890167	Intervención
108. García-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Cost-effectiveness of interventions to enhance medication adherence in psychiatric patients: a systematic review. <i>Curr Clin Pharmacol.</i> 2011;6(2):115-124. doi:10.2174/157488411796151147	Intervención
109. Giummarra MJ, Lennox A, Dali G, Costa B, Gabbe BJ. Early psychological interventions for posttraumatic stress, depression and anxiety after traumatic injury: A systematic review and meta-analysis. <i>Clin Psychol Rev.</i> 2018;62:11-36. doi:10.1016/j.cpr.2018.05.001	Intervención
110. Grote NK, Katon WJ, Russo JE, et al. A Randomized Trial of Collaborative Care for Perinatal Depression in Socioeconomically Disadvantaged Women: The Impact of Comorbid Posttraumatic Stress Disorder. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2016;77(11):1527-1537. doi:10.4088/JCP.15m10477	Intervención
111. Guidi J, Fava GA. Sequential Combination of Pharmacotherapy and Psychotherapy in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. <i>JAMA Psychiatry.</i> 2021;78(3):261-269. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.3650	Intervención
112. Huffman JC, Mastromauro CA, Beach SR, et al. Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) randomized clinical trial. <i>JAMA Intern Med.</i> 2014;174(6):927-935. doi:10.1001/jamainternmed.2014.739	Intervención
113. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, et al. Centralized, Stepped, Patient Preference-Based Treatment for Patients With Post-Acute Coronary Syndrome Depression: CODIACS Vanguard Randomized Controlled Trial. <i>JAMA Intern Med.</i> 2013;173(11):997-1004. doi:10.1001/jamainternmed.2013.915	Intervención
114. Kauer SD, Reid SC, Crooke AH, et al. Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res.</i> 2012;14(3):e67. doi:10.2196/jmir.1858.	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
115. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. JAMA. 2009;301(20):2099-2110. doi:10.1001/jama.2009.723	Intervención
116. Kroenke K, Wu J, Bair MJ, Krebs EE, Damush TM, Tu W. Reciprocal relationship between pain and depression: a 12-month longitudinal analysis in primary care. J Pain. 2011;12(9):964-973. doi:10.1016/j.jpain.2011.03.003	Intervención
117. Kronish IM, Moise N, Cheung YK, et al. Effect of Depression Screening After Acute Coronary Syndromes on Quality of Life: The CODIACS-QoL Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2020;180(1):45-53. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4518	Intervención
118. Kronish IM, Rieckmann N, Burg MM, Edmondson D, Schwartz JE, Davidson KW. The effect of enhanced depression care on adherence to risk-reducing behaviors after acute coronary syndromes: findings from the COPES trial. Am Heart J. 2012;164(4):524-529. doi:10.1016/j.ahj.2012.07.024	Intervención
119. Lorenzo-Luaces L, Dierckman C, Lind C, et al. A pragmatic randomized controlled trial of stepped care cognitive-behavioral therapy for internalizing distress in adults. Cogn Ther Res. 2024;48:998-1013. doi:10.1007/s10608-024-10489-7.	Intervención
120. Lorenzo-Luaces, L., Dierckman, C., Lind, C. et al. A Pragmatic Randomized Controlled Trial of Stepped Care Cognitive-behavioral Therapy for Internalizing Distress in Adults. Cogn Ther Res 48, 998–1013 (2024). https://doi.org/10.1007/s10608-024-10489-7	Intervención
121. Lovell K, Bower P, Gellatly J, et al. Low-intensity cognitive-behaviour therapy interventions for obsessive-compulsive disorder compared to waiting list for therapist-led cognitive-behaviour therapy: 3-arm randomised controlled trial of clinical effectiveness. PLoS Med. 2017;14(6):e1002337. doi:10.1371/journal.pmed.1002337.	Intervención
122. Mathews L, Miller ER 3rd, Cooper LA, et al. Remote collaborative specialist panel deployment to address health disparities in the RICH LIFE Project. Qual Manag Health Care. 2024;():. doi:10.1097/QMH.0000000000000500.	Intervención
123. McBain RK, Mwale O, Mpinga K, et al. Effectiveness, cost-effectiveness, and positive externalities of integrated chronic care for adults with major depressive disorder in Malawi (IC3D): a stepped-wedge, cluster-randomised, controlled trial. Lancet. 2024;404(10465):1823-1834. doi:10.1016/S0140-6736(24)01809-9	Intervención
124. Miller CJ, Grogan-Kaylor A, Perron BE, Kilbourne AM, Woltmann E, Bauer MS. Collaborative chronic care models for mental health conditions: cumulative meta-analysis and metaregression to guide future research and implementation. Med Care. 2013;51(10):922-930. doi:10.1097/MLR.0b013e3182a3e4c4	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
125. van Orden M, Leone S, Haffmans J, Spinhoven P, Hoencamp E. Prediction of Mental Health Services Use One Year After Regular Referral to Specialized Care Versus Referral to Stepped Collaborative Care. <i>Community Ment Health J.</i> 2017;53(3):316-323. doi:10.1007/s10597-016-0046-y	Intervención
126. Palmer RL, Birchall H, McGrain L, Sullivan V. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. <i>Br J Psychiatry.</i> 2002;181:230-235. doi:10.1192/bjp.181.3.230	Intervención
127. Patel KH, Chrisinger B. Effectiveness of primary care interventions in conjointly treating comorbid chronic pain and depression: a systematic review and meta-analysis. <i>Fam Pract.</i> 2024;41(3):234-245. doi:10.1093/fampra/cmada061	Intervención
128. Plappert H, Byng R, Reilly ST, et al. Collaborative care intervention for individuals with severe mental illness: the PARTNERS2 programme including complex intervention development and cluster RCT. Southampton (UK): National Institute for Health and Care Research; 2024.	Intervención
129. Rapee RM, Lyneham HJ, Wuthrich V, et al. Low intensity treatment for clinically anxious youth: a randomised controlled comparison against face-to-face intervention. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry.</i> 2021;30(7):1071-1079. doi:10.1007/s00787-020-01596-3	Intervención
130. Rollman BL, Belnap BH, Mazumdar S, et al. Telephone-Delivered Stepped Collaborative Care for Treating Anxiety in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. <i>J Gen Intern Med.</i> 2017;32(3):245-255. doi:10.1007/s11606-016-3873-1	Intervención
131. Smith SM, Cousins G, Clyne B, Allwright S, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long-term conditions. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017;2:CD004910. doi:10.1002/14651858.CD004910.pub3.	Intervención
132. Tasca GA, Koszycki D, Brugnera A, et al. Testing a stepped care model for binge-eating disorder: a two-step randomized controlled trial. <i>Psychol Med.</i> 2019;49(4):598-606. doi:10.1017/S0033291718001277	Intervención
133. Tönnies J, Hartmann M, Wensing M, et al. Mental health specialist video consultations versus treatment-as-usual for patients with depression or anxiety disorders in primary care: randomized controlled feasibility trial. <i>JMIR Ment Health.</i> 2021;8(3):e22569. doi:10.2196/22569.	Intervención
134. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. <i>Gen Hosp Psychiatry.</i> 2010;32(4):380-395. doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.03.011	Intervención
135. van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MC. Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. <i>Acta</i>	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
Psychiatr Scand. 2006;113(6):468-476. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00731.x	
136. Zhu B, Hou Y, Yu X, et al. A hybrid effectiveness-implementation trial of application-based tiered care (Mom's Good Mood) in treating perinatal anxiety within a primary health care system in China. BMJ Glob Health. 2024;9(1):e013604. doi:10.1136/bmjgh-2023-013604.	Intervención
137. Jeitani A, Fahey PP, Gascoigne M, Darnal A, Lim D. Effectiveness of stepped care for mental health disorders: an umbrella review of meta-analyses. Pers Med Psychiatry. 2024;47-48:100140. doi:10.1016/j.pmip.2024.100140.	Meta-review
138. Hsiao CF, Chao SL, Tsai TC, Chuang P. Effects of stepped counseling intervention on quality of life among newly diagnosed HIV-positive patients. 2004.	No se encuentra
139. Adewuya AO, Adewumi T, Momodu O, et al. Development and feasibility assessment of a collaborative stepped care intervention for management of depression in the mental health in primary care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria. Psychol Med. 2019;49(13):2149-2157. doi:10.1017/S0033291718002970	Outcomes
140. Asarnow JR, Clarke GN, Miranda JM, et al. Zero Suicide Quality Improvement: Developmental and Pandemic-Related Patterns in Youth at Risk for Suicide Attempts. Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health. 2024;9(1):1-14. doi:10.1080/23794925.2023.2208382	Outcomes
141. Candlish J, Teare MD, Cohen J, Bywater T. Statistical design and analysis in trials of proportionate interventions: a systematic review. Trials. 2019;20(1):151. doi:10.1186/s13063-019-3206-x.	Outcomes
142. Firth N, Barkham M, Kellett S. The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working-age adults: a systematic review. J Affect Disord. 2015;170:119-130. doi:10.1016/j.jad.2014.08.030	Outcomes
143. Härter M, Heddaeus D, Steinmann M, et al. Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen: Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de) [Collaborative and stepped care for depression: Development of a model project within the Hamburg Network for Mental Health (psychnet.de)]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2015;58(4-5):420-429. doi:10.1007/s00103-015-2124-7.	Outcomes
144. Ho FY, Yeung WF, Ng TH, Chan CS. The efficacy and cost-effectiveness of stepped care prevention and treatment for depressive and/or anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2016;6:29281. doi:10.1038/srep29281	Outcomes
145. Kallem CJ, Alghwiri AA, Yabes JG, et al. Association of Symptoms and Collaborative Care Intervention with Systemic Inflammation Biomarkers in ESKD. Kidney360. 2024;5(9):1299-1310. doi:10.34067/KID.0000000000000512	Outcomes
146. Karp JF, Rollman BL, Reynolds CF 3rd, et al. Addressing both depression and pain in late life: the methodology of	Outcomes

Referencia	Motivo de exclusión
the ADAPT study. <i>Pain Med.</i> 2012;13(3):405-418. doi:10.1111/j.1526-4637.2011.01322.x	
147. Singer S, Danker H, Meixensberger J, et al. Structured multi-disciplinary psychosocial care for cancer patients and the perceived quality of care from the patient perspective: a cluster-randomized trial. <i>J Cancer Res Clin Oncol.</i> 2019;145(11):2845-2854. doi:10.1007/s00432-019-03018-7.	Outcomes
148. Steel J, Geller DA, Tsung A, et al. Randomized controlled trial of a collaborative care intervention to manage cancer-related symptoms: lessons learned. <i>Clin Trials.</i> 2011;8(3):298-310. doi:10.1177/1740774511402368	Outcomes
149. Whang W, Burg MM, Carney RM, et al. Design and baseline data from the vanguard of the Comparison of Depression Interventions after Acute Coronary Syndrome (CODIACS) randomized controlled trial. <i>Contemp Clin Trials.</i> 2012;33(5):1003-1010. doi:10.1016/j.cct.2012.05.005	Outcomes
150. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. <i>Psychol Med.</i> 2015;45(2):231-246. doi:10.1017/S0033291714000701	Outcomes
151. Wong SYS, Tang WK, Mak WWS, et al. Stepped care programme in primary care to prevent anxiety and depression: a randomised clinical trial. <i>Hong Kong Med J.</i> 2019;25(Suppl 3):9-10.	Outcomes
152. Abdalla T, Singh GK, Pourali Roudbaneh S, Serwaa D, Peate M. Stepped-care models for cancer symptom management: a systematic review of efficacy and cost-effectiveness. <i>J Natl Cancer Inst.</i> 2025;():djaf153. doi:10.1093/jnci/djaf153.	Población
153. Arving C, Assmus J, Thormodsen I, Berntsen S, Nordin K. Early rehabilitation of cancer patients-An individual randomized stepped-care stress-management intervention. <i>Psychooncology.</i> 2019;28(2):301-308. doi:10.1002/pon.4940	Población
154. Böge K, Karnouk C, Hoell A, et al. Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: a multi-centred randomized controlled trial. <i>Lancet Reg Health Eur.</i> 2022;19:100413. doi:10.1016/j.lanepe.2022.100413.	Población
155. Borrayo EA, Juarez-Colunga E, Kilbourn K, et al. Stepped-care to improve mental health outcomes among underserved patients with lung and head and neck cancer. <i>Psychooncology.</i> 2023;32(11):1718-1726. doi:10.1002/pon.6223	Población
156. Braamse AMJ, van Meijel B, Visser OJ, et al. A randomized clinical trial on the effectiveness of an intervention to treat psychological distress and improve quality of life after autologous stem cell transplantation. <i>Ann Hematol.</i> 2016;95(1):105-114. doi:10.1007/s00277-015-2509-6	Población
157. Flix-Valle A, Medina JC, Souto-Sampera A, et al. Therapeutic alliance in a stepped digital psychosocial intervention for breast cancer patients: findings from a	Población

Referencia	Motivo de exclusión
multicentre randomised controlled trial. BJPsych Open. 2025;11(1):e23. doi:10.1192/bjo.2024.844.	
158. Garneau J, Savard J, Dang-Vu TT, Gouin JP. Predicting response to stepped-care cognitive behavioral therapy for insomnia using pre-treatment heart rate variability in cancer patients. Sleep Med. 2024;121:160-170. doi:10.1016/j.sleep.2024.06.021	Población
159. Gessler S, King M, Lemma A, et al. Stepped approach to improving sexual function after gynaecological cancer: the SAFFRON feasibility RCT. Health Technol Assess. 2019;23(6):1-92. doi:10.3310/hta23060	Población
160. Giummarra MJ, Reeder S, Williams S, et al. Stepped collaborative care for pain and posttraumatic stress disorder after major trauma: a randomized controlled feasibility trial. Disabil Rehabil. 2024;46(16):3643-3659. doi:10.1080/09638288.2023.2254235	Población
161. Hilliard ME, Tully C, Monaghan M, et al. First STEPS: Primary Outcomes of a Randomized, Stepped-Care Behavioral Clinical Trial for Parents of Young Children With New-Onset Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2022;45(10):2238-2246. doi:10.2337/dc21-2704	Población
162. Höhne E, Böge K, Karnouk C, et al. Culturally sensitive stepped care for adolescent refugees: efficacy and cost-utility of a multicentric randomized controlled trial. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2024;33(2):581-593. doi:10.1007/s00787-023-02179-8	Población
163. Jhamb M, Steel JL, Yabes JG, et al. Effects of Technology Assisted Stepped Collaborative Care Intervention to Improve Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis: The T Ccare Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2023;183(8):795-805. doi:10.1001/jamainternmed.2023.2215	Población
164. Joseph AP, Wallman M, Scott E, et al. A proof-of-concept randomized controlled trial of follow-up mental health care for traumatic injury patients following hospital discharge. Injury. 2023;54(5):1362-1368. doi:10.1016/j.injury.2023.01.003	Población
165. Kallem CJ, Tevar AA, Bradley T, et al. A phase II pilot randomized controlled trial of an integrated stepped collaborative care intervention for patients awaiting kidney transplantation (CARES-transplant). J Behav Med. 2025;48(5):731-744. doi:10.1007/s10865-025-00574-x	Población
166. Kemna S, Bringmann M, Karnouk C, et al. Characterizing dropouts in the mental health of refugees and asylum seekers (MEHIRA) study examining the effects of a stepped and collaborative care model: a multicentered rater-blinded randomized controlled trial. Psychol Med. 2025;():. doi:10.1017/S0033291724003179.	Población
167. Kerper LF, Spies CD, Salz AL, et al. Effects of an Innovative Psychotherapy Program for Surgical Patients: Bridging Intervention in Anesthesiology--A Randomized Controlled Trial. Anesthesiology. 2015;123(1):148-159. doi:10.1097/ALN.0000000000000685	Población

Referencia	Motivo de exclusión
168. Roddy MK, Pfammatter AF, Mayberry LS. Optimizing adaptive stepped-care interventions to change adults' health behaviors: a systematic review. J Clin Transl Sci. 2023;7(1):e190. doi:10.1017/cts.2023.618	Población
169. Sauer N, Eich W. Somatoform and functional disorders. Dtsch Arztebl. 2007;104(1-2):45-53.	Población
170. Savard J, Ivers H, Savard MH, et al. Efficacy of a stepped care approach to deliver cognitive-behavioral therapy for insomnia in cancer patients: a noninferiority randomized controlled trial. Sleep. 2021;44(11):zsab166. doi:10.1093/sleep/zsab166	Población
171. Singer S, Danker H, Roick J, et al. Effects of stepped psychooncological care on referral to psychosocial services and emotional well-being in cancer patients: A cluster-randomized phase III trial. Psychooncology. 2017;26(10):1675-1683. doi:10.1002/pon.4492	Población
172. Steel JL, George CJ, Terhorst L, et al. Patient, family caregiver, and economic outcomes of an integrated screening and novel stepped collaborative care intervention in the oncology setting in the USA (CARES): a randomised, parallel, phase 3 trial. Lancet. 2024;403(10434):1351-1361. doi:10.1016/S0140-6736(24)00015-1	Población
173. Thompson JR, Gomes L, Kouvelis G, et al. Short-Term Effectiveness of a Stepped-Care Model to Address Fear of Cancer Recurrence in Patients With Early-Stage Melanoma. Psychooncology. 2024;33(12):e70041. doi:10.1002/pon.70041	Población
174. Worm-Smeitink M, van Dam A, van Es S, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for chronic fatigue syndrome integrated in routine clinical care: implementation study. J Med Internet Res. 2019;21(10):e14037. doi:10.2196/14037.	Población
175. Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, et al. Acceptability and Feasibility of Stepped-Care for Anxious Adolescents in Community Mental Health Services: A Secondary Analysis. Child Psychiatry Hum Dev. 2023;54(3):806-814. doi:10.1007/s10578-021-01291-7	Población
176. Zatzick D, Russo J, Lord SP, et al. Collaborative care intervention targeting violence risk behaviors, substance use, and posttraumatic stress and depressive symptoms in injured adolescents: a randomized clinical trial. JAMA Pediatr. 2014;168(6):532-539. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4784	Población
177. Alavi N, Omrani M, Jagayat J, Shirazi A, Kumar A, Pannu A, et al. Investigating the effectiveness of incorporating a stepped care approach into electronically delivered CBT for depression. 2023. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.1030.	Tipo publicación
178. Anonymous. Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: multicentre randomised controlled trial. 2016. doi:10.1136/bmj.i1995.	Tipo publicación
179. Arving C, Rissanen R, Ahlgren J, Nordin K. Effects of a stepped care stress management intervention on cancer-related traumatic stress symptoms among breast cancer	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
patients: a randomized study of group versus individual setting. 2014. Identificador: CN-01054355.	
180. Aspvall K. Novel treatment approaches for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder [tesis doctoral]. Stockholm: Karolinska Institutet; 2020. Disponible en: https://hdl.handle.net/10616/47375	Tipo publicación
181. Braamse AM, van Meijel B, Visser O, et al. Distress and quality of life after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial to evaluate the outcome of a web-based stepped care intervention. BMC Cancer. 2010;10:361. doi:10.1186/1471-2407-10-361.	Tipo publicación
182. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, et al. The STRATOB study: design of a randomized controlled clinical trial of cognitive behavioral therapy and brief strategic therapy with telecare in patients with obesity and binge-eating disorder referred to residential nutritional rehabilitation. Trials. 2011;12:114. doi:10.1186/1745-6215-12-114.	Tipo publicación
183. Cheng P, Fellman-Couture C, Atkinson R, Tonnu C, Singh M, Drake CL. Comparative efficacy of digital CBT-I versus stepped-care CBT-I to reduce comorbid depression. Sleep. 2019;42(Suppl 1):A146-A147.	Tipo publicación
184. Cheng P, Kalmbach D, Sagong C, Fellman-Couture C, Drake C. Digital CBT-I versus stepped-care CBT-I to prevent depression one year later. Eur Psychiatry. 2023;66(Suppl 1):S110. doi:10.1192/j.eurpsy.2023.303.	Tipo publicación
185. Use of mobile phone app to improve depression in women. 2020. CTRI/2020/12/029844; CN-02242165.	Tipo publicación
186. Davidson K, Rieckmann N, Kronish I, Schwartz J, Burg M. Coronary psychosocial evaluation studies (COPES) randomized controlled trial: long-term depression and prognosis results.	Tipo publicación
187. Davidson KW, Bigger JT, Burg MM, et al. Centralized, Stepped, Patient Preference–Based Treatment for Patients With Post–Acute Coronary Syndrome Depression: CODIACS Vanguard Randomized Controlled Trial. JAMA Intern Med. 2013;173(11):997–1004. doi:10.1001/jamainternmed.2013.915	Tipo publicación
188. Davidson KW. Centralized, stepped, patient preference-based treatment for patients with post-acute coronary syndrome depression: CODIACS vanguard randomized controlled trial. 2013. doi:10.1159/000354059	Tipo publicación
189. De Lourdes M, Conceicao E, Machado P, Ribeiro A, Ribeiro I, Gomes C. Long-term support following bariatric surgery: 18-month outcomes of a stepped care intervention program using social media. 2024. Available from: https://portaberta.uminho.pt/display/cv-t-5e5c7276e1103b50f3257c2310b3bed6 .	Tipo publicación
190. Viadukt – webbased aftercare for men suffering from depression. 2016. DRKS00008847; CN-01872855.	Tipo publicación
191. Evidence-Based, Stepped Care in Late Adolescents and Young Adults with ADHD. DRKS00008975, 2015. CN-01873134.	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
192. Relieving Distressed Caregivers: a Pragmatic Trial. DRKS00014593, 2018. CN-01899388.	Tipo publicación
193. Depression in the nursing home: using a stepped collaborative care model to improve treatment. DRKS00015686, 2018. CN-01949425.	Tipo publicación
194. Improving mental health care for unaccompanied young refugees through a stepped care approach. 2019. DRKS00017453; CN-02067296.	Tipo publicación
195. A pilot study to treat anxiety, depression and somatizations in Spanish primary care services with psychological techniques in seven group sessions: comparison of results using psychological treatment versus usual primary care treatment, with follow-up. 2014. EUCTR2013-001955-11-ES.	Tipo publicación
196. Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Development and evaluation of a stepped model of care for people with personality disorder: findings from a cluster randomised controlled trial. 2021. CN-02286079.	Tipo publicación
197. Grilo C. Cardiovascular disease risk reduction in patients with binge eating disorder and obesity: randomized controlled trial of stepped-care versus standard behavioral weight loss. 2015. CN-01091977.	Tipo publicación
198. Hambidge BB, Cummings DM, Lutes L, Carraway M, Patil S, Adams A, et al. Insulin-using patients experience comparable reductions in regimen-related distress from behavioral interventions. 2017. CN-01709033.	Tipo publicación
199. Heddaeus D, Dirmaier J, Daubmann A, Grochtdreis T, König H-H, Löwe B, et al. Clinical trial of a stepped and collaborative care model for mental illnesses and comorbidities in the Hamburg Network for Health Services Research. 2019.	Tipo publicación
200. Jansen F, Krebber A-M, Witte B, Coupe V, Cuijpers P, Becker-Commissaris A, et al. Efficacy and cost-utility of stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients. 2016. CN-01727781.	Tipo publicación
201. Johansson BBK, Hauffman A, Bill-Axelsson A, Alfnsson S, Von Essen L, Nygren HP, et al. Internet-based stepped care for individuals with cancer and concurrent anxiety or depression symptoms: results from a randomized controlled trial. 2019. CN-02073603. doi:10.1093/annonc/mdz262.002.	Tipo publicación
202. Konnopka A, König H, Gallinat J, Lambert M, Karow A, Peth J, et al. Cost-effectiveness analysis of evidence-based, stepped and coordinated care versus treatment as usual for individuals with mental disorders. 2023. CN-02579937.	Tipo publicación
203. Krebber A-MH, Leemans CR, de Bree R, van Straten A, Smit F, Smit EF, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients: a randomized clinical trial. 2012. doi:10.1186/1471-2407-12-173.	Tipo publicación
204. Lettinga HAM, van Oostrom SH, Zijlstra HP, Anema JR, Proper KI. RESTART: a stepped-care approach to facilitate return to work for employees with psychological distress:	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
design of a randomized controlled trial. 2024. doi:10.1186/s12889-024-19773-3.	
205. Lorenzo-Luaces L. Heterogeneity in major depression: influence on treatment outcomes and processes–outcome relations. 2018. 2017-54455-021.	Tipo publicación
206. Menchetti M, Sighinolfi C, Nespeca C, Di Michele V, Peloso P, Levantesi P, et al. Italian study on a collaborative care program for primary care attenders with depressive disorders. CN-01000486. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.03.063.	Tipo publicación
207. Meuldijk D, Carlier IVE, van Vliet IM, van den Akker-Marle ME, Zitman FG. A randomized controlled trial of the efficacy and cost-effectiveness of a brief intensified cognitive behavioral therapy and/or pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: design and methods. 2012. doi:10.1016/j.cct.2012.05.002.	Tipo publicación
208. Muntingh AD, Feltz-Cornelis CMVD, van Marwijk HW, Spinhoven P, Assendelft WJ, de Waal MW, et al. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. 2019. doi:10.1186/1472-6963-9-159.	Tipo publicación
209. Treatment for depression and anxiety in visually impaired older adults. 2012. NL-OMON22928; CN-02711283.	Tipo publicación
210. Effectiveness of a Breakthrough Collaborative aimed at the implementation of depression guidelines in primary and secondary care. 2007. NL-OMON23202; CN-02723131.	Tipo publicación
211. Stepped care in depression and anxiety: from primary to secondary care. 2006. NL-OMON24367; CN-02723200.	Tipo publicación
212. RESPOND: improving mental healthcare for labour migrants in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. 2021. NL-OMON27052; CN-02438286.	Tipo publicación
213. Cost-effectiveness of a stepped care strategy to improve symptoms of depression or anxiety in patients treated for head and neck cancer or lung cancer. 2009. NL-OMON39087; CN-02715229.	Tipo publicación
214. Stepped-care to reduce depression and anxiety in visually impaired older adults: a randomised controlled trial. 2012. NL-OMON39321; CN-02715298.	Tipo publicación
215. Cost-effectiveness of a stepped-care program for depression among primary care patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression. 2012. NL-OMON39877; CN-02715005.	Tipo publicación
216. Economic evaluation of an e-mental health intervention for patients with retinal exudative diseases (E-PsEYE) who receive intra-ocular anti-VEGF injections: randomized controlled trial. 2017. NL-OMON45657; CN-02718207.	Tipo publicación
217. Nordin K, Rissanen R, Ahlgren J, Burell G, Fjällskog ML, Börjesson S, et al. How can health care help female breast cancer patients reduce their stress symptoms? A randomized intervention study with stepped care: study design. 2012. doi:10.1186/1471-2407-12-167.	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
218. Transmural Collaborative Care: depression and anxiety disorders with concomitant physical symptoms. 2011. NTR3023; CN-01869361.	Tipo publicación
219. Depression prevention in primary care: stepped care for patients with type 2 diabetes and/or coronary heart disease. 2012. NTR3715; CN-01868777.	Tipo publicación
220. Stepped Collaborative Care Approach in the Management of Common Mental Disorders in Kenyan Adolescents using group Interpersonal Therapy (gIPT-A) and antidepressant (Ushirikiano Treatment Model): a randomized controlled trial. 2024. PACTR202503728947243; CN-02829965.	Tipo publicación
221. Passalacqua R, Iezzi E, Annunziata MA, Verusio C, Pinto C, Airolidi M, et al. Integrating psychosocial care into routine cancer care: a stepped-wedge design cluster randomized controlled trial to evaluate effectiveness of the HuCare Quality Improvement Strategy (HQIS) on health-related quality of life. 2019. CN-01986462. doi:10.1200/jco.2019.37.15_suppl.6515.	Tipo publicación
222. Richards D. Models of stepped care: evidence from the first UK trials of collaborative care for depression and stepped care for common mental health problems. 2006. CN-00595113.	Tipo publicación
223. Richards G, Steel JL, Geller DA, Billiar T, Procopio J, Kucinski B, et al. Efficacy of a stepped collaborative care intervention for comorbid cancer and depression: health care utilization and costs. 2019. CN-01988471. doi:10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.e18348.	Tipo publicación
224. Savard J, Ivers H, Caplette-Gingras A, Morin CM, Bouchard S, Lauzon G, et al. Efficacy of a stepped care approach to offer cognitive-behavioral therapy for insomnia in cancer patients. 2019. CN-02049843. doi:10.1016/j.sleep.2019.11.941.	Tipo publicación
225. Schmidt U, Cooper PJ, Essers H, Freeman CPL, Holland RL, Palmer RL, et al. Fluvoxamine and graded psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of short-term and long-term pharmacotherapy combined with a stepped care approach to psychotherapy. 2004. 2004-18897-014. doi:10.1097/01.jcp.0000138776.32891.3e.	Tipo publicación
226. Schmitt A, Kulzer B, Reimer A, Herder C, Roden M, Haak T, et al. Evaluation of a stepped care approach to manage depression and diabetes distress in patients with type 1 diabetes and type 2 diabetes: results of a randomized controlled trial (ECCE HOMO study). 2022. doi:10.1159/000520319.	Tipo publicación
227. Schuurhuizen C, Braamse A, Beekman A, Bomhof-Roordink HH, Bosmans J, Cuijpers P, et al. Screening and treatment of psychological distress in patients with metastatic colorectal cancer: the TES trial. 2015. CN-01107978. doi:10.1002/pon.3874.	Tipo publicación
228. Schuurhuizen C, Braamse A, Beekman A, Cuijpers P, van der Linden M, Hoogendoorn A, et al. Screening and	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
stepped care targeting psychological distress in patients with metastatic colorectal cancer: the TES cluster randomized trial. 2018. CN-01789125. doi:10.1200/JCO.2018.36.15_suppl.3560..	
229. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care. A randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. 2009. doi:10.1186/1472-6963-9-90.	Tipo publicación
230. Sinnema H, Franx G, Volker D, Majo C, Terluin B, Wensing M, et al. Randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of anxiety and depressive disorders in primary care. 2011..	Tipo publicación
231. Integrating mental health into primary care for post-conflict populations in Northern Sri Lanka (COMGAP-S). 2018. SLCTR/2018/008; CN-01899469.	Tipo publicación
232. Steel JL, Kim KH, Butterfield L, Spring M, Grady J, Brower D, et al. Web-based stepped collaborative care intervention in the context of advanced cancer. 2014. CN-01055979.	Tipo publicación
233. Steel JL, Miceli J, Hecht CL, Tsung A, Marsh W, Antoni M, et al. Interim analyses of the efficacy of a collaborative care intervention for patients diagnosed with comorbid cancer and depression. 2019. CN-01988943. doi:10.1200/JCO.2019.37.15_suppl.11599.	Tipo publicación
234. Steel JL, Reyes VE, Terhorst L, George CJ, Johnson JT, Krauze M, et al. A phase III randomized controlled trial of a stepped collaborative care intervention versus standard of care. 2023. CN-02777098. doi:10.1200/jco.2023.41.16_suppl.e24191.	Tipo publicación
235. van 't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, van Hout H, van der Horst H, Cuijpers P, et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care [ISRCTN26474556]. BMC Public Health. 2006;6:186. doi:10.1186/1471-2458-6-186.	Tipo publicación
236. van der Aa HPA, van Rens GHMB, Comijs HC, Bosmans JE, Margrain TH, van Nispen RMA. Stepped-care to prevent depression and anxiety in visually impaired older adults: design of a randomised controlled trial. 2013. doi:10.1186/1471-244X-13-209.	Tipo publicación
237. van der Feltz-Cornelis C, Huijbregts K, de Jong S, van Marwijk HWJ, Beekman AT. The depression initiative: a webbased supported stepped collaborative care treatment algorithm for depressive disorder in primary care. 2010. doi:10.1016/S0924-9338(10)70040-7.	Tipo publicación
238. van Dijk SEM, Pols AD, Adriaanse MC, Bosmans JE, Elders PJM, van Marwijk HWJ, van Tulder MW. Cost-effectiveness of a stepped-care intervention to prevent major depression	Tipo publicación

Referencia	Motivo de exclusión
in patients with type 2 diabetes mellitus and/or coronary heart disease and subthreshold depression: design of a cluster-randomized controlled trial. 2013. doi:10.1186/1471-244X-13-128.	
239. van Nispen RMA, van der Aa HPA, van Rens G. Cost-effectiveness of stepped-care implemented in low vision rehabilitation to reduce depression and anxiety in vision impaired older adults. 2016. CN-01377219.	Tipo publicación
240. Verdonck-de Leeuw I, Krebber AM, Smit HFE, Witte BI, de Bree R, Cuijpers P, et al. Efficacy and cost-evaluation of web-based guided self-help targeting psychological distress in cancer survivors. 2013. CN-01064881. doi:10.1007/s00520-013-1798-3.	Tipo publicación
241. Wong SY, Zhang D. Effectiveness of stepped care programme for depression and anxiety prevention among Hong Kong Chinese: a randomized controlled trial. 2014. CN-01010652. doi:10.1097/PSY.0000000000000057.	Tipo publicación
242. Zhang D. Feasibility and effectiveness of stepped care programme for depression and anxiety. 2015. 2015-99040-017.	Tipo publicación

Anexo 6. Análisis de subgrupos y gráficos de embudo

Figura A1. MA del nivel de depresión en el seguimiento (9-15 meses) en personas con depresión

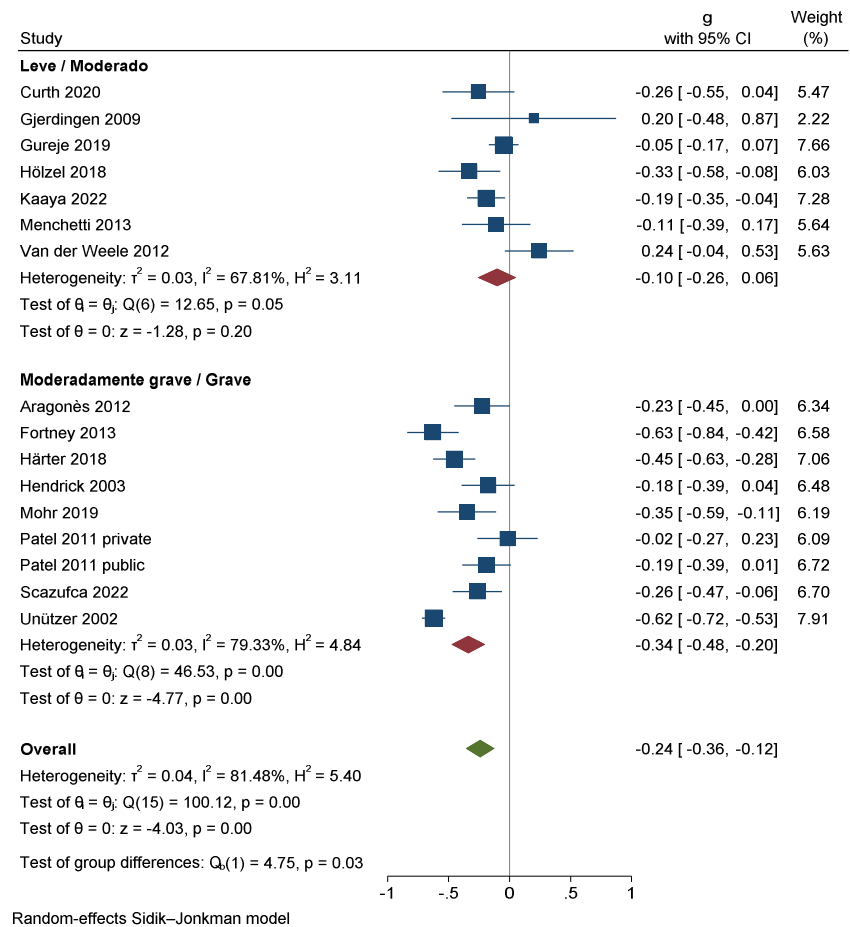


Figura A2. Gráfico de embudo del MA sobre la tasa de remisión a los 4-6 meses en personas con depresión

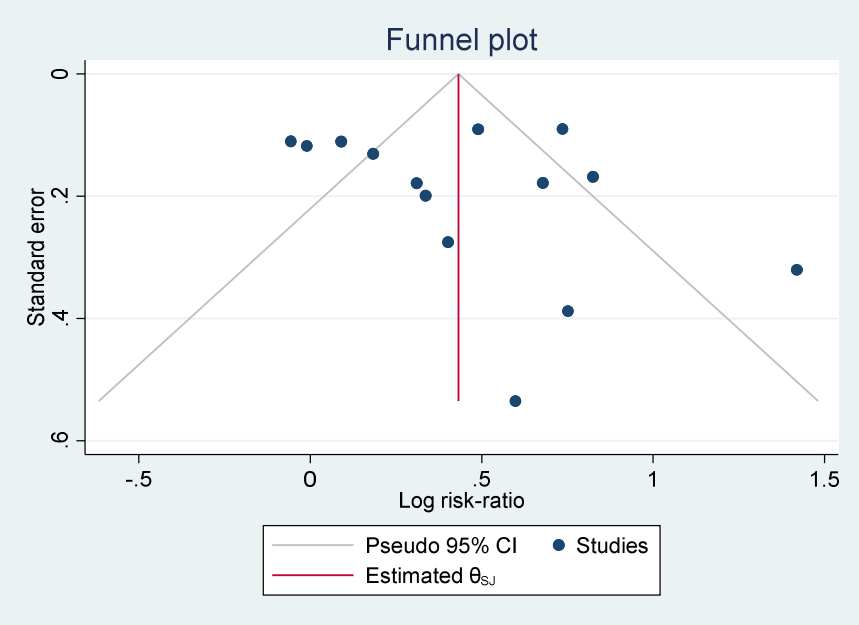


Figura A3. MA de la tasa de remisión en el seguimiento (12 meses) en personas con depresión

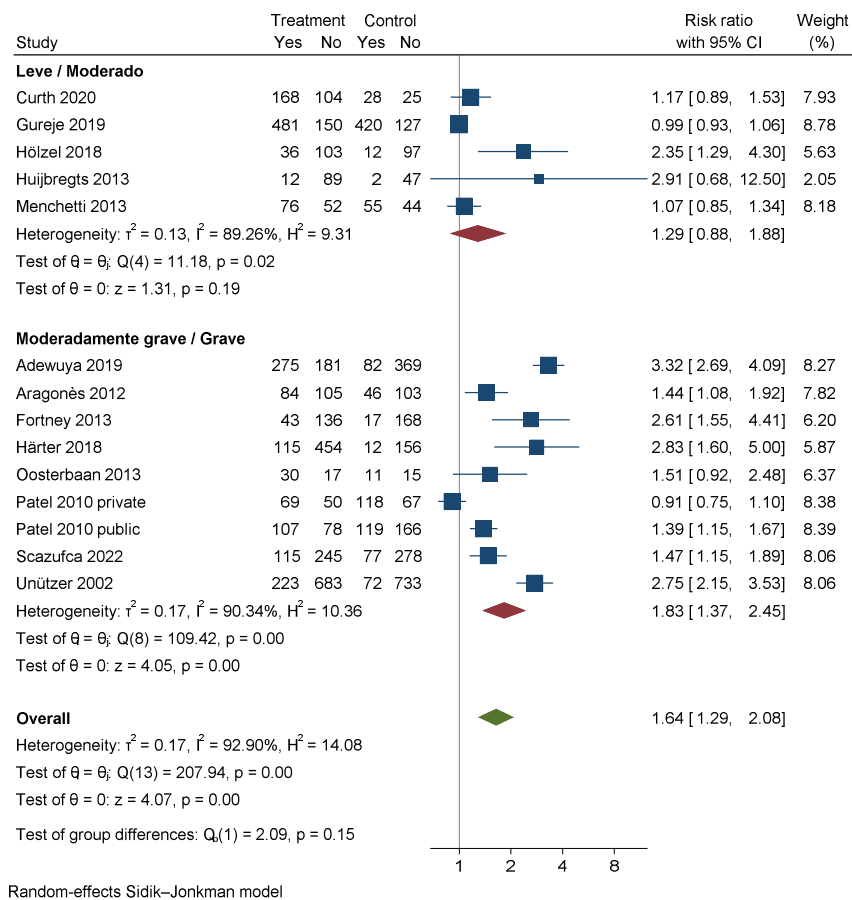
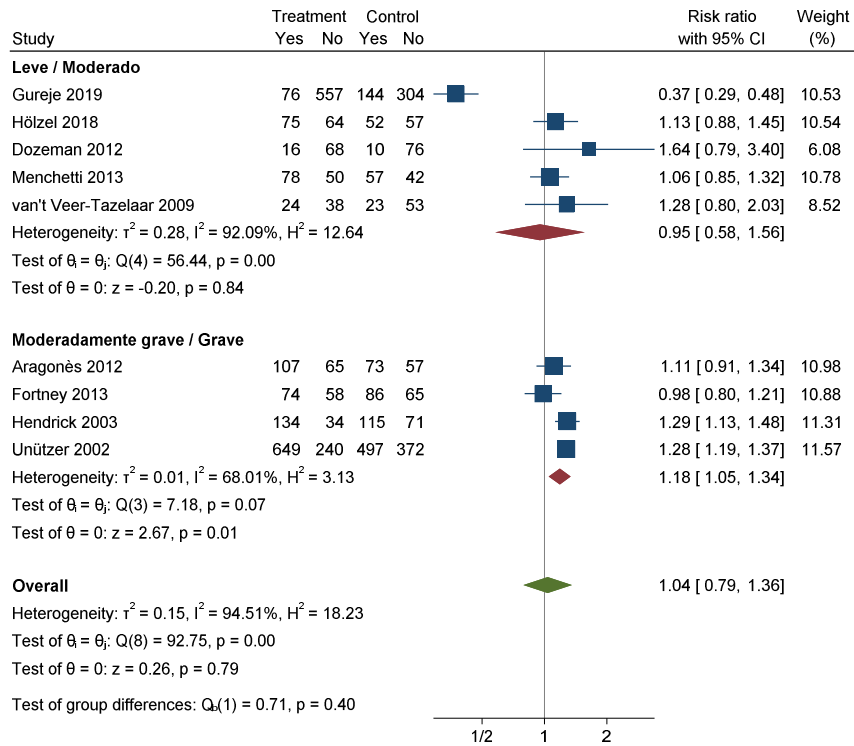


Figura A4. MA del uso de medicación antidepresiva en el seguimiento (12 meses) en personas con depresión



Random-effects Sidik-Jonkman model

Figura A5. MA de ansiedad en el seguimiento (12-15 meses) en personas con ansiedad.

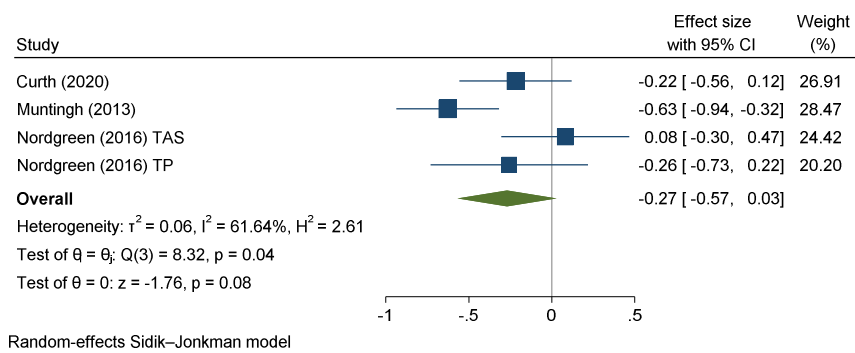


Figura A6. MA de estrés post-intervención en personas con estrés

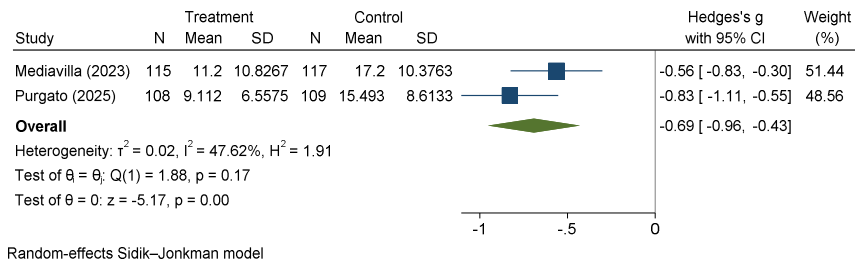


Figura A7. MA de estrés en el seguimiento en personas con estrés

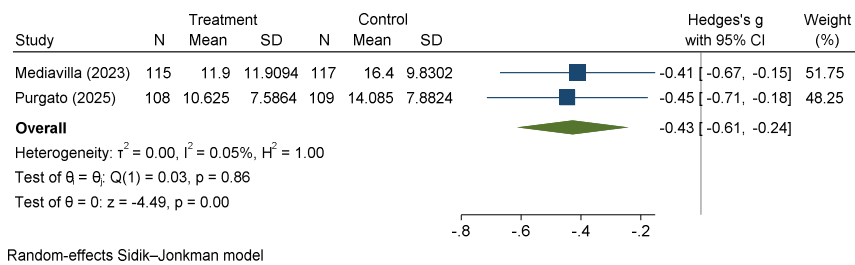


Figura A8. MA de ansiedad post-intervención en personas con estrés

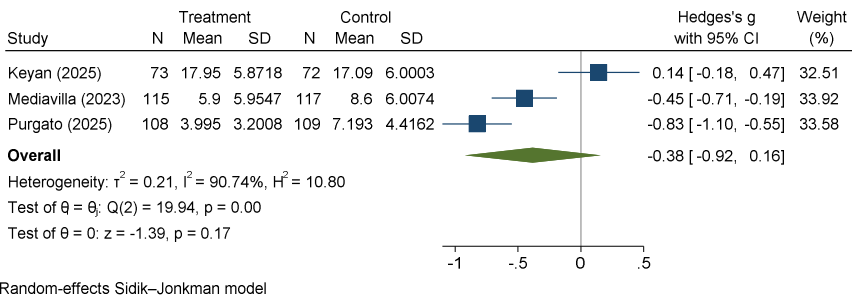


Figura A9. MA de ansiedad en el seguimiento en personas con estrés

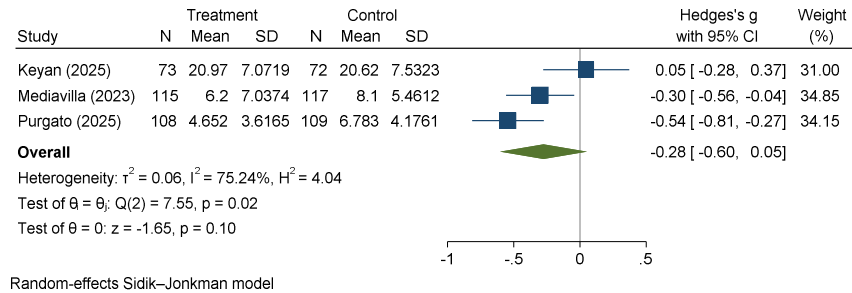


Figura A10. MA de depresión post-intervención en personas con estrés

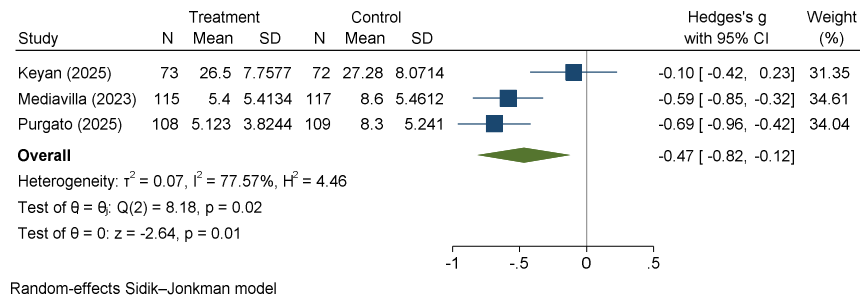


Figura A11. MA de depresión en el seguimiento en personas con estrés

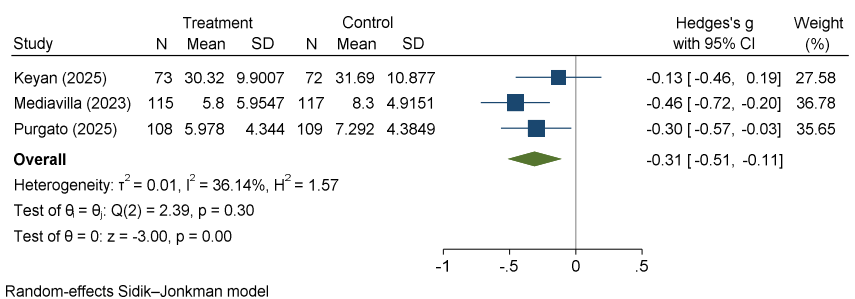


Figura A12. MA del nivel de depresión a los 12 meses en muestras mixtas

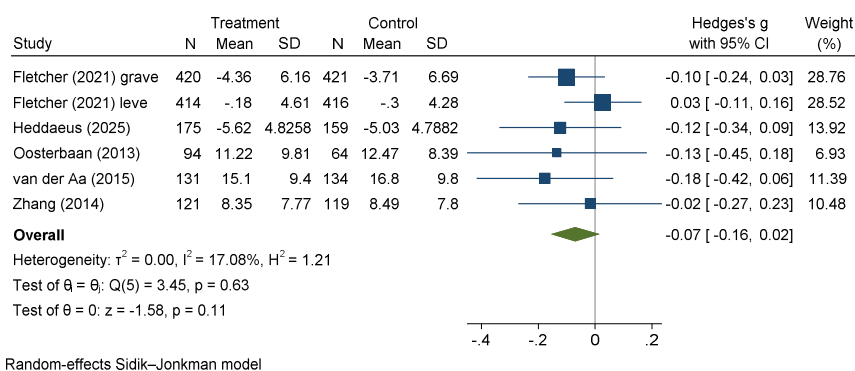


Figura A13. MA del nivel de ansiedad a los 12 meses en muestras mixtas

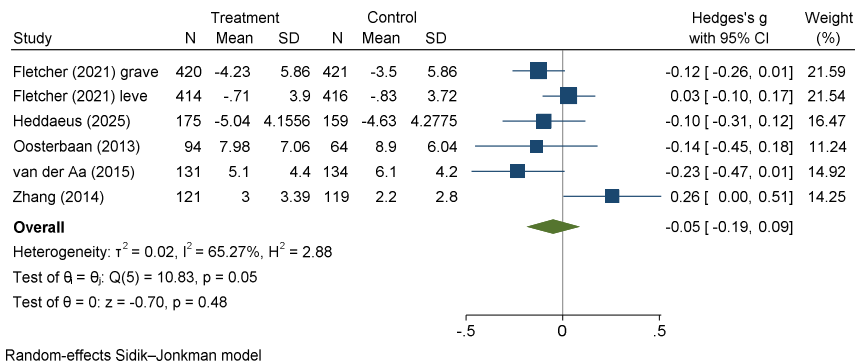
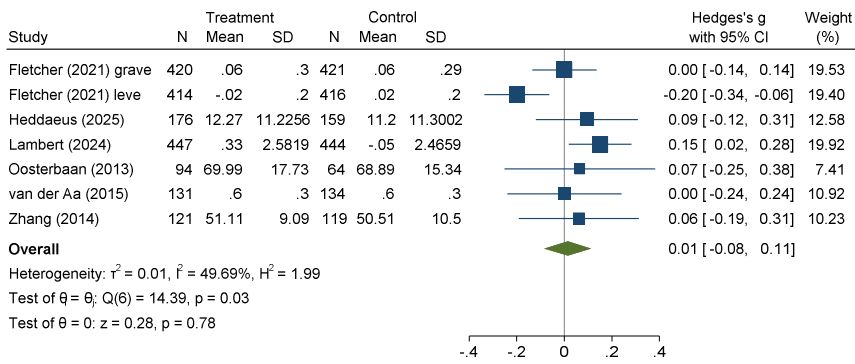
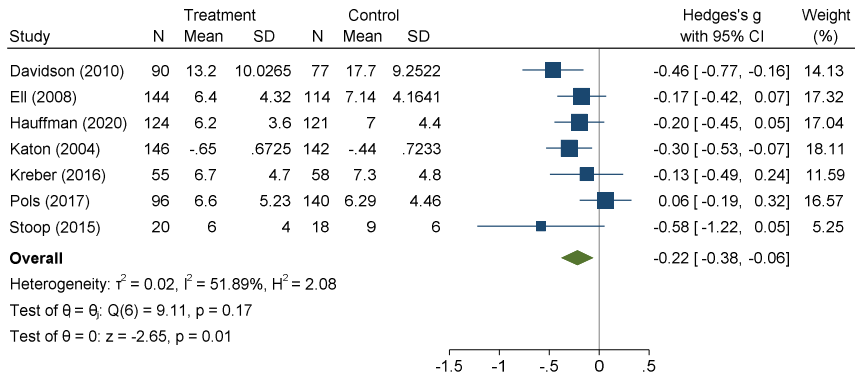


Figura A14. MA de calidad de vida general a los 12 meses en muestras mixtas



Random-effects Sidik-Jonkman model

Figura A15. MA del nivel de depresión a los 9-12 meses en muestras con enfermedad somática



Random-effects Sidik-Jonkman model

Figura A16. MA del nivel de depresión a los 16-24 meses en muestras con enfermedad somática

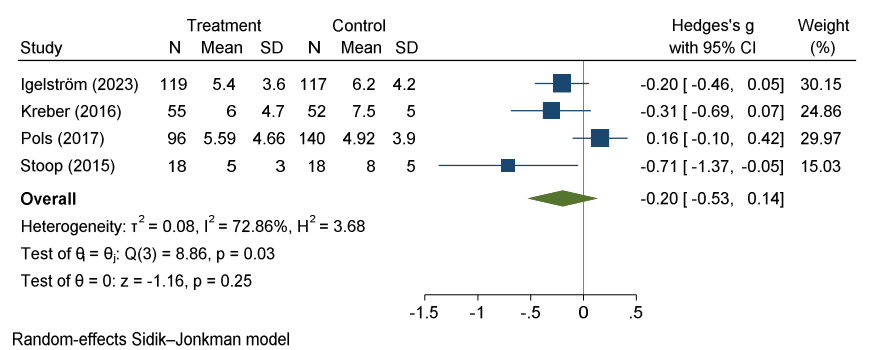


Figura A17. MA del nivel de ansiedad a los 12 meses en muestras con enfermedad somática

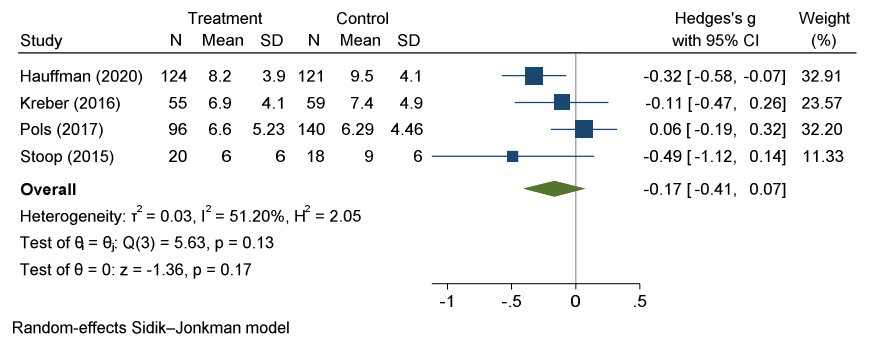


Figura A18. MA del nivel de ansiedad a los 16-24 meses en muestras con enfermedad somática

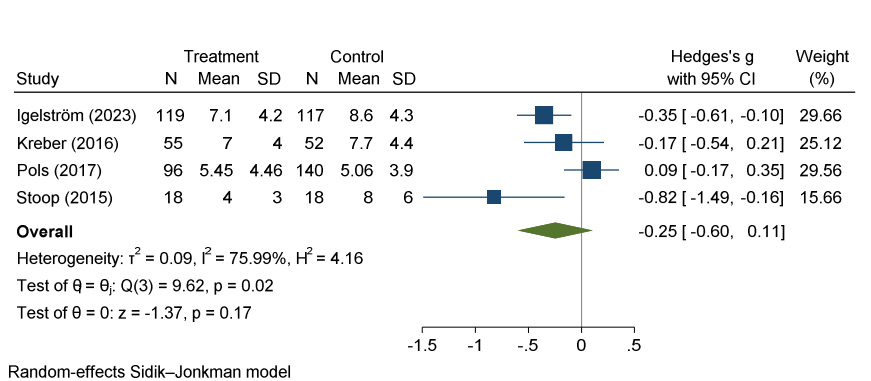


Figura A19. MA de la tasa de respuesta (depresión) a los 12 meses en muestras con enfermedad somática

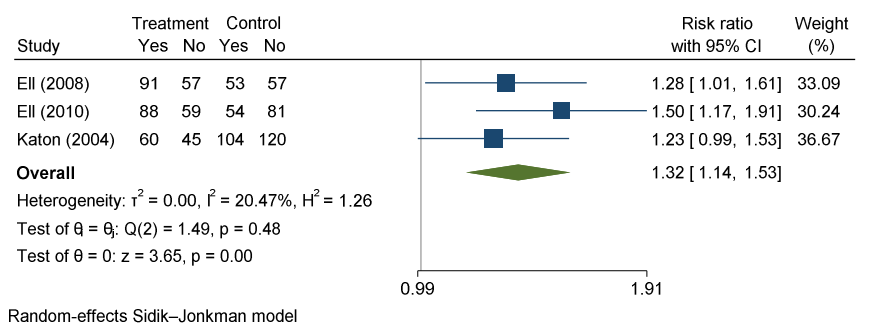


Figura A20. MA de la tasa de remisión de depresión (y ansiedad en Kreber et al.) a los 10-16 meses en muestras con enfermedad somática

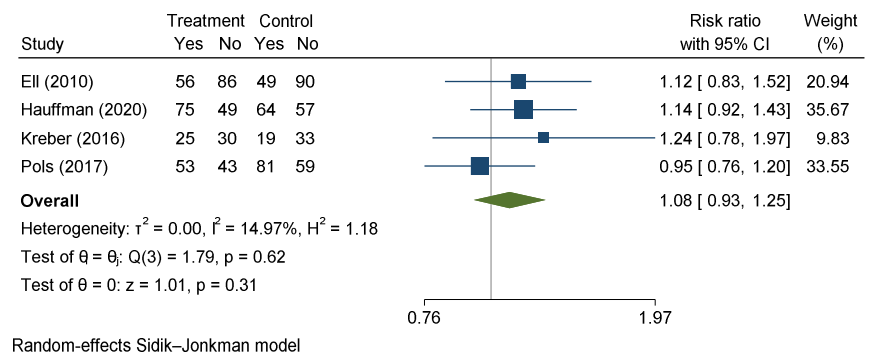


Figura A21. MA del componente mental de calidad de vida general a los 12 meses en muestras con enfermedad somática

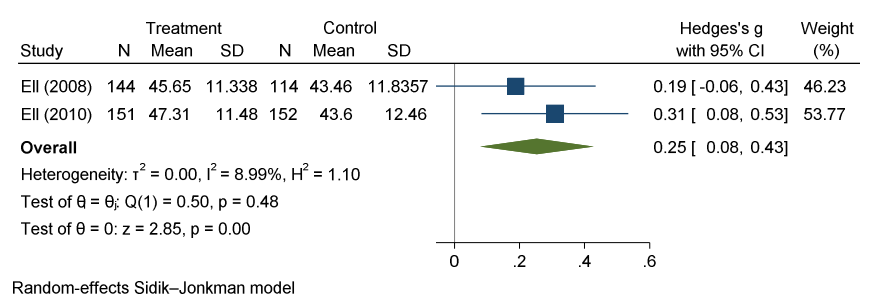
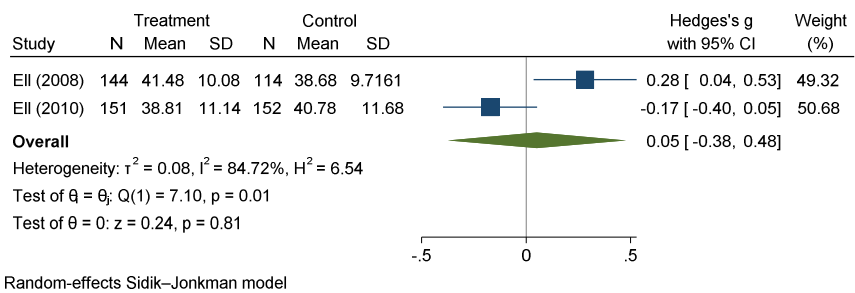


Figura A22. MA del componente físico de calidad de vida general a los 12 meses en muestras con enfermedad somática



Anexo 7. Estudios excluidos de la RS de EE

Referencia	Motivo de exclusión
Abdalla SM, Cohen GH, Tamrakar S, Sampson L, Moreland A, Kilpatrick DG, et al. Mitigating the mental health consequences of mass shootings: An in-silico experiment. eClinicalMedicine [Internet]. 2022;51	Relevancia
Boge K, Karnouk C, Hoell A, Tschorn M, Kamp-Becker I, Padberg F, et al. Effectiveness and cost-effectiveness for the treatment of depressive symptoms in refugees and asylum seekers: A multi-centred randomized controlled trial. Lancet Reg Health Eur. 2022;19(101777707):100413.	Población
Bosmans JE, Dozeman E, van Marwijk HW, van Schaik DJ, Stek ML, Beekman AT, van der Horst HE. Cost-effectiveness of a stepped care programme to prevent depression and anxiety in residents in homes for the older people: a randomised controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry. 2014 Feb;29(2):182-90.	Población
Delgadillo J, Ali S, Fleck K, Agnew C, Southgate A, Parkhouse L, Cohen ZD, DeRubeis RJ, Barkham M. Stratified Care vs Stepped Care for Depression: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2022 Feb 1;79(2):101-108.	Diseño
Dickinson KC, Sharma R, Duckart JP, Corson K, Gerrity MS, Dobscha SK. VA healthcare costs of a collaborative intervention for chronic pain in primary care. Medical Care. 2010;48(1):38-44.	Población
Farooq S. Collaborative care for depression: A literature review and a model for implementation in developing countries. International Health. 2013;5(1):24-8.	Diseño
Gilliam CM, Diefenbach GJ, Whiting SE, Tolin DF. Stepped care for obsessive-compulsive disorder: An open trial. Behaviour Research and Therapy. 2010;48(11):1144-9.	Diseño
Grenyer BFS, Lewis KL, Fanaian M, Kotze B. Treatment of personality disorder using a whole of service stepped care approach: A cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2018 Nov 6;13(11):e0206472.	Diseño
Herbert KL, Brennan JMM. Use of Mobile Apps & Stepped-Care Model for Treating Depression in Primary Care. Primary Care - Clinics in Office Practice. 2023;50(1):11-9.	Diseño
Ho FYY, Yeung WF, Ng THY, Chan CS. The Efficacy and Cost-Effectiveness of Stepped Care Prevention and Treatment for Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Scientific reports. 2016;6:29281.	Diseño

Referencia	Motivo de exclusión
Höhne E, Böge K, Karnouk C, Tschorn M, Banaschewski T, Hoell A, et al. Culturally sensitive stepped care for adolescent refugees: efficacy and cost–utility of a multicentric randomized controlled trial. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i> . 2024;33(2):581–93.	Población
Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverly C, et al. Computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety update: A systematic review and economic evaluation. <i>Health Technology Assessment</i> . 2006;10(33):1–70.	Intervención
Kanuri N, Taylor CB, Cohen JM, Newman MG. Classification models for subthreshold generalized anxiety disorder in a college population: Implications for prevention. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> . 2015;34:43–52.	Diseño
Kolbasovsky A, Reich L, Futterman R, Meyerkopf N. Reducing the number of emergency department visits and costs associated with anxiety: A randomized controlled study. <i>American Journal of Managed Care</i> . 2007;13(2):95–102.	Diseño
McBain RK, Mwale O, Mpinga K, Kamwiyo M, Kayira W, Ruderman T, et al. Effectiveness, cost-effectiveness, and positive externalities of integrated chronic care for adults with major depressive disorder in Malawi (IC3D): a stepped-wedge, cluster-randomised, controlled trial. <i>The Lancet</i> . 2024;404(10465):1823–34.	Relevancia
McBain R, Okunogbe A, Gwokyalya V, Wanyenze RK, Wagner G. Economic evaluation of Maternal Depression Treatment in HIV (M-DEPTH) for perinatal depression among women living with HIV in Uganda: a cost-effectiveness analysis. <i>BMJ Public Health</i> . 2024;2(1):e000754.	Relevancia
McHugh P, Martin N, Hennessy M, Collins P, Byrne M. An evaluation of access to psychological services Ireland: Year one outcomes. <i>Irish Journal of Psychological Medicine</i> . 2016;33(4):225–33.	Comparador
Mohr DC, Lattie EG, Tomasino KN, Kwasny MJ, Kaiser SM, Gray EL, Alam N, Jordan N, Schueller SM. A randomized noninferiority trial evaluating remotely-delivered stepped care for depression using internet cognitive behavioral therapy (CBT) and telephone CBT. <i>Behav Res Ther</i> . 2019 Dec;123:103485.	Diseño
Nollett CL, Bray N, Bunce C, Casten RJ, Edwards RT, Hegel MT, et al. Depression in visual impairment trial (Depvit): A randomized clinical trial of depression treatments in people with low vision. <i>Investigative Ophthalmology and Visual Science</i> . 2016;57(10):4247–54.	Intervención
Painter JT, Fortney JC, Gifford AL, Rimland D, Monson T, Rodriguez-Barradas MC, et al. Cost-effectiveness of Collaborative Care for	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
Depression in Human Immunodeficiency Virus Clinics. J Artif Organs. 2015;(26102447).	
Petrou S. A stepped care programme for depressive or anxiety disorders offers good value for money . Evid Based Ment Health. 2010;13(3):87.	Tipo de publicación
Plappert H, Byng R, Reilly ST, Hobson-Merrett C, Allard J, Baker E, et al. Collaborative care intervention for individuals with severe mental illness: the PARTNERS2 programme including complex intervention development and cluster RCT. 2024;	Intervención
Pyne JM, Fortney JC, Tripathi SP, Maciejewski ML, Edlund MJ, Williams DK. Cost-effectiveness analysis of a rural telemedicine collaborative care intervention for depression. Archives of General Psychiatry. 2010;67(8):812–21.	Intervención
Radhakrishnan M, Hammond G, Jones PB, Watson A, McMillan-Shields F, Lafortune L. Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. Behaviour Research and Therapy. 2013;51(1):37–45.	Diseño
Reeves P, Szweczyk Z, Proudfoot J, Gale N, Nicholas J, Anderson J. Economic Evaluations of Stepped Models of Care for Depression and Anxiety and Associated Implementation Strategies: A Review of Empiric Studies. Int J Integr Care. 2019;19(2):8.	Diseño
Richards D, Enrique A, Eilert N, Franklin M, Palacios J, Duffy D, et al. A pragmatic randomized waitlist-controlled effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and anxiety. npj Digital Medicine [Internet]. 2020;3(1).	Intervención
Sayal K, Taylor JA, Valentine A, Guo B, Sampson CJ, Sellman E, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a brief school-based group programme for parents of children at risk of ADHD: a cluster randomised controlled trial. Child Care Health Dev. 2016;42(4):521–33.	Intervención
Schindler A, Warkentin HF, Bierbrodt J, König H, Konnopka A, Pepic A, et al. Dialectical behavior therapy (DBT) in an assertive community treatment structure (ACT): testing integrated care borderline (ICB) in a randomized controlled trial (RECOVER). Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2024;11(1):18.	Medidas de resultado
Steel JL, George CJ, Terhorst L, Yabes JG, Reyes V, Zandberg DP, et al. Patient, family caregiver, and economic outcomes of an integrated screening and novel stepped collaborative care intervention in the oncology setting in the USA (CARES): a randomised, parallel, phase 3 trial. The Lancet. 2024;403(10434):1351–61.	Intervención

Referencia	Motivo de exclusión
Steel JL, Reyes V, Zandberg DP, Nilsen M, Terhorst L, Richards G, et al. The next generation of collaborative care: The design of a novel web-based stepped collaborative care intervention delivered via telemedicine for people diagnosed with cancer. <i>Contemporary Clinical Trials</i> [Internet]. 2021;105.	Diseño
Strupf M, Hoell A, Bajbouj M, Böge K, Wiechers M, Karnouk C, et al. Shared sorrow, shared costs: Cost-effectiveness analysis of the Empowerment group therapy approach to treat affective disorders in refugee populations. <i>BJPsych Open</i> [Internet]. 2023;9(4).	Población
Tolin DF, Diefenbach GJ, Maltby N, Hannan S. Stepped care for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. <i>Cognitive and Behavioral Practice</i> . 2005;12(4):403–14.	Diseño
van 't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of d. <i>BMC Public Health</i> . 2006;6(100968562):186.	Protocolo
Van't Veer-Tazelaar PJ, Cuijpers P, Beekman ATF, Van't Veer-Tazelaar N. Prevention of depression and anxiety in older people. <i>Tijdschrift voor Psychiatrie</i> . 2011;53(9):579–84.	Idioma
Wuthrich VM, Rapee RM, McLellan L, Wignall A, Jagiello T, Norberg M, et al. Psychological stepped care for anxious adolescents in community mental health services: A pilot effectiveness trial. <i>Psychiatry Research</i> [Internet]. 2021;303.	Medidas de resultado

Anexo 8. Calidad metodológica de las evaluaciones económicas incluidas en la revisión sistemática

Preguntas de Drummond et al.	Aragón 2014	Araya 2006	Brettschneider 2020	Grochtdreis 2019	Meeuwissen 2019	Olgiati 2013	Health Quality Ontario 2019	Simon 2001	Siskind 2010	Solomon 2015	Van der Weele 2012	Yan 2019
1. ¿Hubo una pregunta bien definida que pudiera responderse?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2. ¿Se aportó una descripción global de las alternativas?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	En parte	Sí	En parte	En parte
3. ¿Se estableció la efectividad de los programas o servicios?	Sí	Sí	Sí	Sí	En parte	En parte	Sí	Sí	Sí	En parte	Sí	Sí
4. ¿Se identificaron todos los costes y consecuencias relevantes?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	En parte	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

5. ¿Se midieron con exactitud los costes y consecuencias en unidades físicas adecuadas?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	¿?	Sí	Sí	Sí	En parte
6. ¿Se valoraron de forma creíble los costes y consecuencias?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	¿?	Sí	Sí	¿?	En parte
7. ¿Se ajustaron los costes y consecuencias según la distribución temporal?	NA	NA	NA	NA	Sí	NA	Sí	NA	Sí	NA	NA	NA
8. ¿Se efectuó un análisis incremental de los costes y consecuencias?	Sí	Sí	Sí	En parte	En parte	En parte	Sí	En parte	Sí	En parte	En parte	En parte
9. ¿Se tomó en cuenta la incertidumbre en las estimaciones?	En parte	En parte	En parte	Sí	Sí	Sí	Sí	En parte	En parte	Sí	En parte	Sí
10. ¿Incluyó la presentación y discusión de los resultados del estudio en salud todos los temas de interés para los usuarios?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	En parte	En parte	Sí	Sí	Sí	En parte	Sí

Anexo 9. Estudios excluidos de la RS de aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

Excluidos por duplicidad (n=1)
Maehder K, Löwe B, Härter M, Heddaeus D, von dem Knesebeck O, Weigel A. Psychotherapists' perspectives on collaboration and stepped care in outpatient psychotherapy: A qualitative study. <i>PLoS One</i> . 2020;15(2):e0228748.
Excluidos por diseño (n= 11)
Adewuya AO, Adewumi T, Momodu O, et al. Development and feasibility assessment of a collaborative stepped care intervention for management of depression in the mental health in primary care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria. <i>Psychol Med</i> . 2019;49(13):2149-57.
Anderson J, O'Moore K, Faraj M, Proudfoot J. Stepped care mental health service in Australian primary care: Codesign and feasibility study. <i>Aust Health Rev</i> . 2020;44(6):873-9.
Austern DJ. Written exposure therapy as step one in reducing the burden of PTSD: The composite cases of "Alex," "Bruno," and "Charles." <i>Pragmatic Case Studies Psychother</i> . 2017;13(2):82-141.
Collins P, Walsh Z, Walsh A, et al. A 360° evaluation of stepped-care psychotherapy: APSI yrs 4-5. <i>Ment Health Rev J</i> . 2020;25(2):127-38.
Grenyer BFS, Bailey RC. Implementing a whole-of-service stepped care approach to personality disorder treatment: Impact of training and service redesign on clinician attitudes and skills. <i>Personal Ment Health</i> . 2024;18(2):93-106.
Hawks JL, Wojcieszak ZK, Kennedy SM. Transdiagnostic, stepped-care approach to treating youth mental health concerns. <i>Psychiatr Clin North Am</i> . 2025;48(4):665-77
Lucy CA, Orkopoulou E, Arble E, Waltz TJ, Maragakis A. Stepping in the right direction? Exploring mental health providers' beliefs about stepped-care practices. <i>Prof Psychol Res Pract</i> . 2025;56(4):324-35.
Mughal S, Salmon A, Churchill A, et al. Guiding principles for implementing stepped care in mental health: Alignment on the bigger picture. <i>Community Ment Health J</i> . 2023;59(6):1035-42.
Proudfoot J, Gale N, O'Moore K, et al. Implementation of an augmented stepped mental health care service in Australian primary care: A mixed method study. <i>Adv Ment Health</i> . 2019;19(1):75-93.
Sheehan KA, Schulz-Quach C, Ruttan LA, et al. Implementing and evaluating a modified stepped-care model for health care worker mental health during COVID-19. <i>Can J Psychiatry</i> . 2023;68(1):43-53.
Wolf RT, Puggaard LB, Pedersen MMA, et al. Systematic identification and stratification of help-seeking school-aged youth with mental health problems: A novel approach to stage-based stepped care. <i>Eur Child Adolesc Psychiatry</i> . 2022;31(5):781-93.
Excluidos por objetivo (n = 7)
Hopkins L, Lee S, Collister L, Smart P, Birks S. How the experience of different non-acute bed-based mental health services reinforces the need for tailored stepped care. <i>Aust Health Rev</i> . 2022;46(5):537-43.
Kingstone T, Burroughs H, Bartlam B, et al. Developing a community-based psychosocial intervention with older people for anxiety and depression: A qualitative study. <i>BMC Fam Pract</i> . 2017;18(1):77.

Kukreti P, Ransing R, Raghuveer P, et al. Stepped care model for developing pathways of screening, referral, and brief intervention for depression in pregnancy: A mixed-method study. *Indian J Soc Psychiatry*. 2022;38(1):12-20.

Magor-Blatch LE, Ingham L. Youth with mental illness: Attitudes towards and therapeutic benefits of residential stepped care. *Community Ment Health J*. 2015;51(3):338-46.

Næss A, Haabrekke KJ, Päivärinte HM, et al. The therapist role in parent-led CBT for children after trauma. *Cogn Behav Ther*. 2024;53(6):621-41.

Shah K, Corter A, Bird A, Goodyear-Smith F. A primary care programme to improve identification and stepped-care support of Asians with mental health and lifestyle issues. *J Prim Health Care*. 2019;11(1):39-46.

Waterman S, Cole CL, Greenberg N, Rubin GJ, Beck A. Feasibility of implementing group CBT-based intervention in Sierra Leone. *BJPsych Int*. 2019;16(2):31-4.

Excluidos por no poder recuperar (n = 1)

Mitchell TB, Barnett JE, Bailey-Gray W, et al. Lessons learned from implementing a transdiagnostic, stepped-care, day treatment program for adolescents. *Evid Based Pract Child Adolesc Ment Health*. 2025;1-19.

Excluidos por intervención (n = 4)

Aebi NJ, Baenteli I, Fink G, et al. Facilitators and barriers of routine psychosocial distress assessment within a stepped and collaborative care model in Switzerland. *PLoS One*. 2023;18(6):e0285395.

Batka C, Tanielian T, Woldetsadik MA, Farmer C, Jaycox LH. Stakeholder experiences in a stepped collaborative care study within U.S. Army clinics. *Psychosomatics*. 2016;57(6):586-97.

Henrique MG, de Paula Couto MCP, Araya R, et al. Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in Brazil: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2278.

Shedden-Mora MC, Kubly A, Tönnies J, Piontek K, Löwe B. Stepped, collaborative, coordinated care for somatic symptom disorders (Sofu-Net): Mixed-methods evaluation among professionals. *Z Psychol*. 2020;228(2):119-29.

Excluidos por población (n = 2)

Gellatly R, Boustani M, Nair P, et al. Adolescent engagement in a stepped-care, transdiagnostic mental health intervention in Indian schools. *Discov Psychol*. 2024;4(1):43.

Williams TS, Deotto A, Greenblatt A, et al. Scaling up: Facilitators and barriers for implementing a stepped-care early parenting program (I-InTERACT-North). *Implement Res Pract*. 2025;6:26334895251346816.

Anexo 10. Calidad metodológica de aspectos éticos, legales, organizativos y sociales

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales										
PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
Dardas, 2025	Sí,	Sí.	Sí.	Sí.	Sí.	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación y se ha utilizado una estrategia de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores	Sí	Sí.	Sí.	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura y se explicitan sus limitaciones de generalización de resultados por dependencia del contexto

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
										socio-político específico del país de estudio
Johnston, 2025	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. Se especifica claramente y se justifica la técnica de recogida de datos (entrevistas semiestructuradas)	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación y se ha utilizado una estrategia de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura
Maehder, 2021	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí: Las autoras describen su rol, formación y posible influencia en el campo, y	Sí	Sí	Sí	Sí. Aporta evidencia de alto valor para la implementación del MAE como

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						explicitan estrategias para mitigar sesgos (discusión en equipo, validación con participantes, reflexividad).				sistema, identificando barreras organizativas, culturales y estructurales clave en contextos sanitarios reales.
Mareya, 2025a	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación (uso de critical friends; Cowan and Taylor 2016; Smith and McGannon 2018) y se ha	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura y se explicitan sus limitaciones de generalización de resultados

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						utilizado una estrategia de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores				
Mareya, 2025b	Sí.	Sí	Sí	Sí.	Sí.	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación y se ha utilizado una estrategia de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores.	Sí	Sí	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura y se explicitan sus limitaciones de generalización de resultados

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
Mareya, 2025c	Sí.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación y se ha utilizado una estrategia de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores	Sí.	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura y se explicitan sus limitaciones de generalización de resultados
Mareya, 2025d	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí. Se ha examinado de forma crítica el propio rol de los investigadores en el proceso de investigación y se ha utilizado una estrategia	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura y se

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						de codificación por pares para minimizar el sesgo de los investigadores		derivaron de los datos		explicitan sus limitaciones de generalización de resultados
Mediavilla, 2024	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. no se profundiza en supuestos, posicionamiento o influencia interpretativa por parte de autores	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura
King, 2023	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. Se describe quién realizó las entrevistas y su formación, pero hay reflexión limitada sobre	Sí	Sí	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						posibles influencias.				conocimiento existente en la literatura
Kopelovich, 2022	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. No se ha examinado de forma crítica el rol ni la subjetividad de los investigadores en el proceso de investigación	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos.	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura
Pigot, 2019	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. No se ha examinado de forma crítica el rol ni la subjetividad de los investigadores	Sí	Sí. Hay una descripción detallada del tipo de análisis y queda claro cómo las categorías o temas	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						en el proceso de investigación		emergentes derivaron de los datos.		existente en la literatura
Tsoi, 2022.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. No se ha examinado de forma crítica el rol ni la subjetividad de los investigadores en el proceso de investigación	Sí	Sí	Sí	Sí. Se explicita la contribución que los resultados encontrados aportan al conocimiento existente en la literatura
Wuthrich, 2023	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No. Se describe quién realizó el análisis, pero hay reflexividad limitada, especialmente relevante dado que el modelo evaluado fue desarrollado y	Sí	Sí	Sí	Sí. Aporta evidencia directa sobre barreras reales de implementación del MAE en servicios comunitarios de salud mental

Tabla 42. Valoración de las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos sobre aspectos éticos, legales, organizativos, sociales y ambientales

PREGUNTAS	1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación	2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexibilidad)?	7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?
						promovido en el mismo entorno académico.				para adolescentes, con implicaciones claras para planificación y toma de decisiones.

Anexo 11. Costes unitarios de las consultas médicas desglosados por comunidades autónomas

Tabla 43. Costes unitarios de las consultas médicas		
CCAA	Fecha dato	Coste (€)
Consulta médica (primera visita)		
Andalucía	2024	53.51
Aragón	2012	72.53
Asturias	2023	66.69
Baleares	2023	84.00
Canarias	2025	71.99
Cantabria	2018	54.00
Castilla La Mancha	2014	62.70
Castilla y León	2014	73.75
Cataluña	2025	65.00
Extremadura	2025	65.10
Galicia	2024	69.24
La Rioja	2025	83.00
Madrid	2024	50.00
Murcia	2024	92.75
Navarra	2025	46.88
País Vasco	2025	68.00
Valencia	2018	56.95
Consulta médica (sucesivas)		
Aragón	2012	36.25
Asturias	2023	33.35
Baleares	2023	43.00
Canarias	2025	31.17
Castilla y León	2014	66.57

Tabla 43. Costes unitarios de las consultas médicas		
CCAA	Fecha dato	Coste (€)
Galicia	2024	34.62
Murcia	2024	46.37
Valencia	2018	29.05
Consulta enfermería (primera visita)		
Andalucía	2024	53.51
Aragón	2012	33.46
Asturias	2023	13.36
Baleares	2023	30.00
Canarias	2025	28.83
Cantabria	2018	24.00
Castilla La Mancha	2014	28.38
Castilla y León	2014	46.09
Cataluña	2025	45.00
Extremadura	2025	18.98
Galicia	2024	14.52
La Rioja	2025	41.00
Madrid	2024	21.00
Murcia	2024	25.94
Navarra	2025	30.36
País Vasco	2025	29.00
Valencia	2018	30.30
Consulta enfermería (sucesivas)		
Castilla y León	2014	38.92
Consulta psiquiatría (primera visita)		
Andalucía	2024	62.40
Castilla La Mancha	2017	171.00
Castilla y León	2011	199.77
Galicia	2024	145.94
País Vasco	2024	197.00

Tabla 43. Costes unitarios de las consultas médicas		
CCAA	Fecha dato	Coste (€)
Consulta psiquiatría (sucesivas)		
Andalucía	2024	31.20
Galicia	2024	48.64
País Vasco	2025	102.00
Consulta psicología (primera visita)		
Galicia	2024	69.24
Madrid	2024	48.00
Consulta psicología (sucesivas)		
Galicia	2024	34.62

Anexo 12. Revisiones al informe

Revisores externos (RE)

Sección informe	del	Comentarios	Respuestas autores
Revisora: Enma Motrico Martínez. Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Sevilla (España).			
General		Conformidad con el informe.	
44/ 931		Sugiero incluir este texto o similar: Un ejemplo de ello es el MAE que incluye la 'Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno infantil' de la OMS donde se organiza las intervenciones a la salud mental perinatal (e.g. depresión y ansiedad perinatal) de forma eficaz y adaptada a las necesidades de cada mujer. CITA: World Health Organization. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services (ISBN 978-92-4-005714-2). World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142?utm_source	Se ha incluido la referencia.

Representantes de sociedades científicas

Sección informe	del	Comentarios	Respuestas autores
Revisora: Esther Arjona Jiménez. Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR.			
General		El Psicólogo clínico es el único con la capacitación necesaria para atender en el Sistema Nacional de Salud, ya sea en el contexto de la atención primaria o en la atención especializada. Desde la Sociedad Española de Psicología Clínica, reclamamos que se incluya explícitamente que esta atención (cuando se habla del sistema nacional de salud) se hace por psicólogos clínicos. Por mucho que en atención primaria se puedan realizar intervenciones breves de menor intensidad, esta adecuación e idoneidad tiene que ser valorada y la intervención (si fuera necesaria) llevada a cabo por un psicólogo clínico, para evitar el riesgo de iatrogenia. Las guías clínicas internacionales que sustentan el uso de modelos escalonados de atención (stepped care) para los trastornos mentales comunes describen la necesidad de intervenciones psicológicas estructuradas basadas en la evidencia, como las terapias cognitivo conductuales y otras intervenciones psicológicas recomendadas, y recomiendan que estas terapias se ofrezcan dentro de modelos de atención que incluyan formación específica, entrenamiento y supervisión clínica. En particular, las guías actuales de NICE, como Depression in adults: treatment and management (NICE guideline NG222, 2022), promueven la organización de la atención mediante modelos que favorecen ofrecer primero los tratamientos menos intrusivos y más eficaces según las necesidades clínicas (por ejemplo, autoayuda guiada y terapias estructuradas como la terapia cognitivo conductual), así como asegurar acceso, coordinación y continuidad en la provisión de cuidados psicológicos fundamentados en la mejor evidencia disponible. En el contexto de nuestro Sistema Nacional de Salud, el único profesional que está habilitado para ejercer cuestiones de coordinación, tratamiento y evaluación dentro del SNS y que se le forma específicamente para ello, es el	En el apartado sobre el marco legal se han incluido la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias y el Real decreto 183/2008 que regula la especialidad en psicología clínica, señalando que solo los Médicos Especialistas en Psiquiatría y los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica están facultados para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. En la discusión también se ha incluido un párrafo señalando esta circunstancia, así como una referencia que documenta el escaso número de psicólogos clínicos el SNS español.

Sección informe	del	Comentarios	Respuestas autores
		psicólogo especialista en Clínica. Esta constituye una especialidad sanitaria regulada. Garantizar que estas intervenciones sean realizadas y supervisadas por Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica con competencia avanzada en evaluación diagnóstica y manejo clínico es coherente con el enfoque de calidad, seguridad y eficacia asistencial descrito en los modelos de terapia psicológica basados en evidencia recomendados por las guías actuales y que, se quiere alcanzar desde las instituciones en la atención a la población.	
18/19.34		Cuando se describen las intervenciones de “baja intensidad”, el texto puede inducir a interpretar que son suficientes en un número elevado de casos sin subrayar suficientemente los riesgos de infratratamiento. Sugerencia de reformulación, añadir: “Estas intervenciones pueden ser adecuadas en determinados casos y momentos evolutivos del problema, siempre que exista evaluación clínica, seguimiento y posibilidad de acceso rápido a intervenciones psicológicas especializadas cuando la evolución no sea favorable”.	Se ha incluido la frase sugerida por la revisora.
64/1433-1441		Se establecen criterios de toma de decisiones protocolizados. Sin embargo, este cribado (al igual que ocurre en las demás áreas de salud) se tiene que realizar aplicando el razonamiento clínico al protocolo que marca la evidencia científica. Esto no se menciona en ningún momento en este apartado.	
270/1340-1414		Subrayar el riesgo de que el MAE cronifique el sufrimiento psicológico si no se garantiza el acceso real a tratamiento especializado. La implementación del MAE debe evitar que la contención de la demanda sustituya al tratamiento clínicamente indicado, y caer en la ley de cuidados inversos (Tudor, 1971), lo que supone un gran riesgo para los pacientes graves que ven mermados los recursos para su atención por una mala gestión de los recursos existentes. https://www.fmc.es/es-como-combatir-la-ley-de-cuidados-inverso-articulo-S1134207224000756	Se ha incluido un párrafo en la discusión, al comentar la seguridad del modelo, señalando los aspectos comentados por la revisora.

Sección del informe	Comentarios	Respuestas autores
Revisor: Roger Muñoz Navarro. Representante del Consejo General de la Psicología de España (COP)		
General	Conformidad con el informe.	
Revisor: Francisco del Olmo. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).		
General	Conformidad con el informe.	

Representantes de pacientes

Sección del informe	Comentarios	Respuestas autores
Revisora: Ana Iritia Artigas. Presidenta de la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).		
General	Perspectiva de la recuperación integral. El informe se centra mayoritariamente en la reducción de síntomas clínicos. Como paciente con trastorno esquizoafectivo, sugiero que el modelo de atención escalonada (MAE) incorpore explícitamente objetivos de recuperación funcional y social (empleo, autonomía, redes de apoyo) desde los niveles más bajos de intervención. La recuperación no es solo la ausencia de síntomas, sino la capacidad de llevar una vida con propósito a pesar de ellos.	Dada la amplitud del informe en cuanto a población incluida, las variables de resultados se restringieron a las calificadas como de importancia “crítica”. Entre estas se encuentra la calidad de vida general relacionada con la salud, que incluye algunas de las dimensiones mencionadas por la revisora, como la funcional o el ámbito social, aunque no todas, ciertamente. En cualquier caso, se ha incluido un párrafo en el resumen en lenguaje sencillo, indicando que la atención debe

Sección del informe	Comentarios	Respuestas autores
		ser integral y no solo dirigida a la reducción de síntomas.
18/19-26	Revalorización de la Psicoeducación y Rehabilitación Psicosocial. El texto califica la psicoeducación y el consejo psicológico como intervenciones de "menor intensidad", lo cual infravalora su impacto clínico y social en el abordaje integral de las personas con Trastorno Mental Grave. Estas intervenciones no son meramente complementarias, sino nucleares en los programas de rehabilitación psicosocial para garantizar la adherencia terapéutica y la autonomía del paciente. Sugerencia: Reformular para evitar el término "baja intensidad" y sustituirlo por "intervenciones de soporte psicopedagógico y rehabilitación". Se sugiere la siguiente redacción: "Junto a la farmacoterapia, el abordaje integral incluye intervenciones fundamentales de rehabilitación psicosocial y psicoeducación, esenciales para el empoderamiento del paciente y la prevención de recaídas en todos los niveles de gravedad." .	En relación con lo anterior, las intervenciones llamadas "de baja intensidad" también están dirigidas exclusivamente a la reducción de síntomas, por lo que no deben confundirse con las de rehabilitación psicosocial y laboral mencionadas por la revisora (sobre las que coincidimos en que son complementarias y necesarias en todos los niveles de gravedad, pero no fueron objeto del informe). Respecto a la expresión "baja intensidad" es la usada en la literatura en inglés. Aunque ciertamente se consideran menos efectivas en promedio que la medicación o psicoterapia, la expresión se refiere más a la facilidad y bajo coste de aplicación que a su impacto. De hecho, lo que propone el MAE es aprovechar estas intervenciones para personas que podrían beneficiarse con ellas. Se han realizado cambios en el resumen en lenguaje sencillo para reflejar mejor esta diferenciación.

Sección informe	del	Comentarios	Respuestas autores
18/26-28		Riesgo de infradetección en diagnósticos complejos. El MAE propone empezar por intervenciones de "baja intensidad". En trastornos como el esquizoafectivo o la psicosis, la fase inicial es crítica. Sugiero añadir una nota que indique: "En pacientes con antecedentes de síntomas psicóticos o descompensaciones graves, la escalada debe ser inmediata para evitar el deterioro del pronóstico a largo plazo".	Se ha modificado el texto para expresar más claramente que en personas con síntomas/trastornos graves o antecedentes de crisis grave debe comenzarse directamente con los tratamientos más intensos
19/48-50		Interacción con enfermedad somática. El informe destaca la efectividad del MAE en personas con cáncer o diabetes. Desde mi experiencia, los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica (síndrome metabólico, riesgo cardiovascular) requieren que el MAE en Atención Primaria sea especialmente proactivo en el seguimiento físico, no solo en la ansiedad/depresión reactiva a la enfermedad somática.	Se ha incluido la sugerencia de la revisora en la discusión.
19/74-77		Barreras, estigma y accesibilidad. Se menciona el riesgo de que solo se beneficien quienes tienen más recursos. Es fundamental enfatizar que, para una paciente con un trastorno grave, el "laberinto" burocrático del sistema escalonado puede ser una barrera insalvable. Sugerencia: "El modelo debe garantizar la figura del 'gestor de casos' para evitar que el paciente abandone el proceso por falta de energía o por el estigma percibido en los puntos de acceso".	Se ha incluido en el texto la sugerencia de la revisora.
267/1200-1205		Calidad de vida y cronicidad. El informe indica que el efecto sobre la calidad de vida es "pequeño". Esto puede deberse a que las escalas usadas no miden la estabilidad vital. Sugiero que en futuras investigaciones o en la aplicación del modelo en España, se utilicen medidas de resultado reportadas por los pacientes (PROMs) que valoren la estabilidad en el entorno comunitario.	Las escalas usadas en los estudios suelen ser escalas ampliamente validadas, aunque los seguimientos en general son menores a un año. Pero en cualquier caso, hay que tener en cuenta que: 1) aunque un efecto estandarizado sea pequeño en promedio , un número no despreciable de personas puede haber experimentado mejoras significativas, 2) aunque el MAE no produzca mejoras en comparación con la atención habitual, aun así sería recomendable si implica un menor uso

Sección del informe	Comentarios	Respuestas autores
		de recursos, como se comenta en la discusión.
General	Continuidad de cuidados. Como presidenta de una asociación, observo que el paso entre niveles (escalones) suele ser un punto de ruptura. El informe debe recomendar mecanismos de "escalado descendente" que no supongan el abandono del paciente cuando mejora, sino un acompañamiento preventivo para evitar recaídas que empeoren el pronóstico.	Se ha incluido la sugerencia de la revisora en la discusión.
General	Accesibilidad cognitiva y Lectura Fácil. El informe técnico presenta una densidad terminológica y estructural que supone una barrera insalvable para pacientes con deterioro cognitivo o dificultades de comprensión. Sugerencia: Siguiendo los principios de equidad de la ETS (HTA) y los derechos de los pacientes, el modelo debe contemplar la elaboración de una versión en Lectura Fácil. Esto garantizará que el paciente sea parte activa del proceso de evaluación, permitiéndole comprender el valor de la tecnología sanitaria y participar de forma informada en las decisiones que afectan a su salud. Derecho a la Información: La Ley 6/2022 de accesibilidad cognitiva en España obliga a que los textos de interés público sean comprensibles	El informe, como todos los redactados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) incluyen un resumen en lenguaje no técnico.

