



Psicoeducación en trastornos de ansiedad: una revisión sistemática de alcance

Autor:

Valentina Quintero Caicedo

Director

Juan Fernando Cano

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Especialista en Psiquiatría

Bogotá, Colombia

2025

Psicoeducación en trastornos de ansiedad: una revisión sistemática de alcance

Autor

Valentina Quintero Caicedo

Tutores

Juan Fernando Cano

Milton Murillo Pinto

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Programa de psiquiatría

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

2025

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de medicina y ciencias de la salud

Título de la investigación: Psicoeducación en trastornos de ansiedad: una revisión sistemática de alcance

Instituciones participantes: Clínica Nuestra Señora de la Paz

Tipo de investigación: Revisión sistemática de alcance

Investigador principal: Valentina Quintero Caicedo

Investigadores asociados: Bibiana Briceño Patiño, Daniel Flórez Niño, Estefanía Garizabal Morales, Daniela Meléndez Bustos

Asesor clínico o temático: Milton Murillo Pinto

Asesor metodológico: Juan Fernando Cano

Contenido

1. Introducción	7
1.1. Antecedentes	7
1.1.1. Psicoeducación en ansiedad	8
1.2. Marco teórico	9
1.2.1. Fisiopatología de los trastornos de ansiedad	9
1.2.2. Categorías de los trastornos de ansiedad	10
1.2.2.1. Trastorno de pánico	10
1.2.2.2. Trastorno de Ansiedad Generalizado	10
1.2.2.3. Fobias específicas	10
1.2.2.4. Ansiedad social	11
1.2.2.5. Agorafobia	11
2. Hipótesis	12
3. Objetivos	12
4. Metodología	13
4.1. Tipo y diseño de estudio	13
4.2. Pregunta de investigación	13
4.3. Criterios de Inclusión	14
4.3.1. Tipo de estudios	14
4.3.2. Concepto	14
4.3.3. Contexto	15
5. Tipos de fuentes	15
5.1. Estrategia de búsqueda	15
5.2. Extracción de resultados	15
5.3. Análisis estadístico	17
7. Resultados	18
7.1. Proceso de selección	18
7.2. Estrategia de búsqueda	19
7.3. Características de los estudios	20
7.4. Características de la población	22
7.5. Características de las intervenciones	24
8. Discusión	29
9. Conclusiones	33
9.1. Implicaciones para investigación	34
9.2. Implicaciones para la práctica	34
11. Referencias	35
12. Anexos	39
Anexo 1. Estrategias de búsqueda	39
Anexo 2. Tabla de extracción de datos	39
Anexo 3. Tabla de variables	40
Material complementario: Guías PRISMA -ScR (22)	41

Resumen

Introducción: Los trastornos de ansiedad son frecuentes y discapacitantes; la psicoeducación es un componente central del abordaje integral y requiere un mapeo actualizado de sus formatos, alcances y resultados.

Objetivo: Describir la evidencia disponible sobre las diferentes estrategias de psicoeducación aplicadas a pacientes/familiares con trastornos de ansiedad.

Metodología: Revisión de alcance. Búsquedas en MEDLINE, Scopus y LILACS usando términos MeSH y palabras clave relacionadas con trastornos de ansiedad y psicoeducación; se incluyeron diseños experimentales y observacionales, idiomas inglés/español, sin restricción por edad ni región. La selección se realizó en dos fases (título/resumen y texto completo) con criterios predefinidos; se gestionaron duplicados y se documentó el flujo de estudios en diagrama PRISMA. El data charting siguió un formulario preespecificado y la síntesis fue narrativa/temática. No se efectuó evaluación crítica de calidad.

Resultados: Se incluyeron 17 estudios, mayormente publicados 2022–2023, con predominio de América del Norte y Europa. Las intervenciones, principalmente ambulatorias y dirigidas a adultos (predominio femenino), abarcaron 1–8 sesiones con componentes educativos, cognitivos y conductuales. Predominaron los ensayos aleatorizados, centrados en ansiedad generalizada y ansiedad social. El 82,3% informó resultados favorables, destacando la modalidad digital. Persisten heterogeneidad de formatos, dosificación y medidas de resultado, y escasa inclusión familiar.

Conclusiones: La psicoeducación en ansiedad tiende a formatos digitales y breves con resultados favorables; se requieren estandarización de contenidos/dosis, mayor participación familiar y evaluaciones longitudinales con resultados clínicos y funcionales.

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are frequent and disabling conditions; psychoeducation constitutes a central component of comprehensive management and requires an updated mapping of its formats, scope, and outcomes.

Objective: To describe the available evidence on the different psychoeducation strategies applied to patients and/or family members with anxiety disorders.

Methodology: A scoping review was conducted. Searches were performed in MEDLINE, Scopus, and LILACS using MeSH terms and keywords related to anxiety disorders and psychoeducation. Experimental and observational designs were included, in English and Spanish, with no restrictions on age or region. Study selection was conducted in two phases (title/abstract and full text) using predefined criteria; duplicates were managed and the study flow was documented using a PRISMA diagram. Data charting followed a prespecified form, and synthesis was narrative/thematic. No critical appraisal of methodological quality was performed.

Results: Seventeen studies were included, mostly published between 2022 and 2023, predominantly from North America and Europe. Interventions were mainly delivered in outpatient settings and targeted adults (with a predominance of women), comprising 1–8 sessions with educational, cognitive, and behavioral components. Randomized controlled trials predominated, primarily focusing on generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. Favorable outcomes were reported in 82.3% of studies, with digital modalities standing out. Heterogeneity persists in formats, dosage, and outcome measures, along with limited family inclusion.

Conclusions: Psychoeducation for anxiety is trending toward brief, digital formats with favorable outcomes; however, standardization of content and dosage, greater family involvement, and longitudinal evaluations with clinical and functional outcomes are still needed.

1. Introducción

1.1. Antecedentes

Los trastornos de ansiedad (TA) son patologías mentales frecuentes, representando uno de los grupos de enfermedades mentales más prevalentes y discapacitantes en el mundo (1). Estos se caracterizan por la presencia persistente de miedo, preocupación excesiva y síntomas físicos de hiperactivación autonómica que pueden manifestarse en diversos contextos clínicos, de modo que estas alteraciones comprometen de manera significativa la calidad de vida de quienes las padecen, generando un impacto considerable en los sistemas de salud y en el funcionamiento social, académico y laboral de la población.

Actualmente, contamos con estadísticas provenientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) donde se evidencia que los trastornos de ansiedad son actualmente el segundo grupo de trastornos mentales más incapacitantes en la Región de las Américas (2,3).

Estas patologías se agrupan en diferentes entidades clínicas, donde podemos resaltar: el trastorno de pánico (TP), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la fobia específica (FE), la fobia social o trastorno de ansiedad social (TAS) y la agorafobia (AG). Aunque comparten un núcleo común de hipervigilancia y respuesta de miedo desproporcionada, difieren en sus desencadenantes, curso clínico, mecanismos neurobiológicos y patrones de afrontamiento, lo que, de manera transversal, ha dificultado un abordaje diagnóstico y terapéutico unificado (4–7).

Entre el 5 y el 12 % de la población mundial presenta un miedo excesivo a determinadas situaciones, problemas o eventos, según la literatura disponible. Definida técnicamente como fobia específica, este trastorno se trata de un miedo intenso y agudo hacia un objeto o condición particular, y constituye un tipo de trastorno de ansiedad. Dentro de los trastornos mentales, la fobia es el trastorno de ansiedad más común (8).

En términos epidemiológicos, la prevalencia global de los trastornos de ansiedad oscila entre el 10% y el 25% de la población general, con mayor incidencia en mujeres y en edades tempranas de la vida. Su curso prolongado, la alta comorbilidad psiquiátrica y su

asociación con condiciones médicas crónicas los convierten en un importante problema de salud pública (6,7).

El tratamiento de los trastornos de ansiedad se basa en un enfoque multimodal que combina farmacoterapia y psicoterapia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y de serotonina-norepinefrina (IRSN) constituyen las opciones farmacológicas de primera línea, mientras que la terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado la mayor evidencia de eficacia entre las intervenciones psicoterapéuticas (9) Dentro de la TCC, las estrategias de exposición, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento se adaptan a las particularidades de cada subtipo de trastorno (10,11).

1.1.1. Psicoeducación en ansiedad

Específicamente, en los trastornos de ansiedad se utiliza la psicoeducación y la metodología más utilizada se basa en el tratamiento conductual, acompañado de información al paciente sobre la naturaleza del trastorno que presenta. Adicionalmente, debe tener un alcance multidimensional, incluyendo las esferas familiar, social, biológica y la posibilidad de intervención farmacológica. Entre las herramientas más novedosas para el manejo de los trastornos de ansiedad, están todas aquellas que utilizan como soporte las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (12,13).

Por ello, resulta fundamental llevar a cabo una revisión sistemática de alcance, que recopile, organice y sintetice la información disponible sobre la psicoeducación en los distintos trastornos de ansiedad. Este análisis permitirá identificar cuáles estrategias han demostrado ser más efectivas, reconocer los vacíos de información y descubrir oportunidades para innovar en las características e implementación de programas psicoeducativos.

De esta manera, se busca contribuir a mejorar las prácticas clínicas y fortalecer un abordaje integral de los pacientes con ansiedad, siempre desde un enfoque basado en la evidencia y centrado en la persona.

1.2. *Marco teórico*

1.2.1. *Fisiopatología de los trastornos de ansiedad*

Con respecto a la fisiopatología de los trastornos de ansiedad, recientes estudios denotan que los mecanismos patológicos de ansiedad son diversos y que no siempre debemos asumir similitudes entre los trastornos. Se han postulado teorías para una comprensión más profunda de los circuitos neuronales distribuidos que subyacen al miedo y la ansiedad extremos, a partir de lo cual se discute cuántas regiones cerebrales necesitamos para comprender el miedo y la ansiedad (14).

En la actualidad, se ha evidenciado que la sintomatología generada por paradigmas de amenaza impredecible activa múltiples regiones cerebrales involucradas en el procesamiento emocional, la toma de decisiones y los circuitos de recompensa. Entre ellas se encuentran la amígdala, la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal medial, el núcleo del lecho de la estría terminal (BNST), la ínsula y el cuerpo estriado. Asimismo, diversos estudios han señalado una hiperactivación de la corteza cingulada anterior dorsal y de las ínsula anterior derecha e izquierda (12,15).

En cuanto a los elementos mencionados que median las emociones como la ansiedad, se encuentra la amígdala, la cual se piensa que es una estructura importante para la ansiedad (16). La amígdala central extendida juega un papel crucial en la evaluación y respuesta a un amplio espectro de señales y contextos relacionados con amenazas. El núcleo central de la amígdala (Ce) y la base núcleo de la estría terminal (BST) muestran patrones similares de conectividad, composición celular, neuroquímica, y expresión genética, a su vez ambos son sensibles a amenazas inciertas o temporalmente remotas; ambos varían con cambios de comportamiento provocados por amenazas. Trabajos en roedores indican que ambas regiones desempeñan un papel fundamental en la organización de respuestas defensivas sostenidas ante una gama de señales y contextos potencialmente amenazantes (17).

A su vez la amígdala envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo accumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo

y tálamo; además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabraquiales (regulación de la respiración), el locus cerúleos, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Por lo que se entiende que las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y músculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo (13).

1.2.2. Categorías de los trastornos de ansiedad

1.2.2.1. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición recurrente e inesperada de crisis súbitas de ansiedad intensa, acompañadas de síntomas como palpitaciones, sensación de ahogo, mareo, despersonalización y miedo a morir o perder el control. Se manifiesta a través de cambios cognitivos y conductuales desadaptativos, que se presentan posterior a los ataques de pánico recurrentes. A menudo este trastorno es denominado “el más físico de los trastornos mentales” (18). Este trastorno se asocia con múltiples comorbilidades psiquiátricas, especialmente depresión, otros trastornos de ansiedad y consumo de sustancias, así como con un elevado riesgo suicida y deterioro funcional (4).

1.2.2.2. Trastorno de Ansiedad Generalizado

El trastorno de ansiedad generalizada se manifiesta como una preocupación constante y abrumadora que resulta difícil de controlar, afectando diversos aspectos de la vida diaria y generando una sensación de tensión o inquietud. Se acompaña de tensión muscular, insomnio, irritabilidad, dificultad para concentrarse y fatiga. Su curso tiende a ser prolongado y fluctuante, y su prevalencia a lo largo de la vida se ha estimado entre el 4% y el 6,2%, con una mayor frecuencia en mujeres y en contextos de estrés psicosocial sostenido (6,7).

1.2.2.3. Fobias específicas

En la actualidad, las subcategorías de las fobias específicas no se encuentran completamente definidas. El miedo intenso y las conductas de evitación constituyen

elementos centrales de este trastorno. Con el propósito de disminuir la intensidad del malestar o prevenir un daño percibido, las personas que lo padecen suelen evitar de manera sistemática las situaciones temidas (8).

No obstante, el inicio temprano y la persistencia prolongada de los síntomas hacen que estas fobias adquieran una relevancia clínica considerable. A nivel mundial, su prevalencia a lo largo de la vida se estima entre el 3 % y el 15 %, una cifra que evidencia su impacto en la salud mental global. Dentro de sus categorías, la agorafobia y la zoofobia se destacan como las más comunes (8).

1.2.2.4. Ansiedad social

La ansiedad social se caracteriza, en general, por el miedo a la evaluación negativa en situaciones sociales, la anticipación de dicha evaluación y el malestar en situaciones sociales. El trastorno de ansiedad social (TAS) se define como miedo o ansiedad persistentes e intensos con respecto a situaciones sociales en las que un individuo puede tener que afrontar el escrutinio o la vergüenza potencial. Las interacciones sociales, como conversar, conocer gente nueva, ser observado o actuar delante de los demás, son, a menudo, los desencadenantes de este miedo o ansiedad (19).

Es importante destacar que un número considerable de personas experimenta síntomas asociados con la ansiedad social, aunque no cumplan plenamente con los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-5-TR (14). Quienes padecen este trastorno suelen temer mostrar signos visibles de ansiedad que puedan provocar una evaluación negativa por parte de los demás. La presencia persistente de emociones negativas interfiere significativamente en las relaciones interpersonales y favorece un funcionamiento social desadaptativo (20).

1.2.2.5. Agorafobia

La agorafobia se caracteriza por la ansiedad o el miedo en diversas situaciones, que surgen de la idea de que escapar puede ser difícil o que la ayuda puede no estar fácilmente disponible en ciertas situaciones. Este miedo a menudo se centra en la posibilidad de

experimentar síntomas similares al pánico u otros episodios embarazosos o incapacitantes. Las personas con agorafobia tienden a evitar estas situaciones o necesitan un acompañante para recibir apoyo (21).

En casos graves de agorafobia, las personas pueden quedar confinadas en casa o depender de otros para sus necesidades básicas, lo que aumenta el riesgo de depresión. Las estimaciones de la prevalencia de la agorafobia varían, ya que solo recientemente se reconoció como un trastorno distinto del trastorno de pánico. La prevalencia de la agorafobia a 12 meses se estima en el 1,7%, observándose la tasa más alta en el grupo de edad de 13 a 17 años (2,0%), y una disminución al 0,4% en las personas de 65 años o más (22).

2. Hipótesis

Este estudio no tiene hipótesis de prueba.

3. Objetivos

Describir la evidencia sobre las distintas estrategias de psicoeducación dirigidas a pacientes con trastornos de ansiedad y a sus familiares/cuidadores.

Objetivos específicos:

- Identificar y clasificar las estrategias de psicoeducación descritas para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad y sus familiares/cuidadores.

- Reconocer las estrategias de psicoeducación más frecuentes para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad y sus familiares/cuidadores.
- Caracterizar las estrategias identificadas en términos de componentes, duración, número de sesiones, profesional a cargo, contexto de aplicación y población objetivo, para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad y sus familiares/cuidadores.

4. Metodología

Esta revisión de alcance se desarrolló conforme a las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI) para scoping reviews, incluyendo su Manual para Revisiones de Alcance y las recomendaciones para la formulación del enfoque PCC (23). Adicionalmente, el proceso y los resultados se reportaron siguiendo la extensión PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews) (Material suplementario 1) (24). Este estudio utilizó datos de acceso público sin información individual, por lo que no requirió aprobación de un comité de ética institucional.

4.1. Tipo y diseño de estudio

Revisión sistemática de alcance.

4.2. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las estrategias de psicoeducación que cuentan con evidencia disponible para ser empleadas en pacientes con trastornos de ansiedad?

P: Pacientes con trastornos de ansiedad (Trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno de pánico, Trastorno de ansiedad social, agorafobia, fobia específica), y/o sus familiares/cuidadores.

C: Estrategias de psicoeducación (definidas como acciones estructuradas para informar, entrenar o desarrollar habilidades sobre la ansiedad: contenidos educativos, componentes

cognitivos/conductuales, materiales de apoyo, formato presencial/digital, individual/grupal).

C: Cualquier ámbito asistencial o comunitario, sin restricción geográfica.

4.3. Criterios de Inclusión

4.3.1. Tipo de estudios

Estudios experimentales (ECA, cuasi-experimentales), observacionales (cohortes, casos y controles, series de casos), estudios cualitativos y mixtos, guías/informes relevantes y literatura gris (tesis, reportes técnicos, protocolos con metodología explícita), en inglés o español y se excluirán revisiones sistemáticas o narrativas, metaanálisis. La fecha de publicación establecida es en los últimos 10 años, dada la transición digital y conceptual que ha caracterizado las intervenciones psicoeducativas en la última década, permitiendo así captar evidencia más actualizada, además de incluir diagnósticos con clasificaciones actualizadas. Deben incluir pacientes con trastornos de ansiedad (según criterios diagnósticos reportados por cada estudio) y/o sus familiares/cuidadores, sin restricción de edad o sexo, en miras de obtener una visión mas amplia de la psicoeducación en ansiedad disponible. Se incluyen estudios con o sin comparador.

Los expertos en el tema, en calidad de tutores del proyecto, participaron activamente en la formulación de la pregunta de investigación, la identificación de los conceptos centrales y la selección de la estrategia de búsqueda óptima. Además, su conocimiento especializado aseguró la pertinencia y la exhaustividad del proceso de revisión.

4.3.2. Concepto

Estrategias de psicoeducación utilizadas en pacientes o familiares de pacientes con diagnóstico de trastornos de ansiedad.

4.3.3. Contexto

Pacientes o familiares de pacientes, de cualquier edad, raza, género y localización geográfica con diagnóstico de trastorno de ansiedad, en quienes se hayan aplicado estrategias de psicoeducación.

5. Tipos de fuentes

5.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Scopus y la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), seleccionadas por su amplia cobertura de literatura biomédica relevante para psicoeducación en trastornos de ansiedad.

Se tuvieron en cuenta artículos tanto en Open Access como aquellos que requirieron de suscripción a revistas. Los que requirieron suscripción, se revisaron de acuerdo a su disponibilidad en las bases de datos disponibles de la Universidad del Rosario.

Se emplearon términos MESH y palabras claves, que fueron combinados en estrategias de búsqueda de artículos relacionados con los siguientes conceptos: trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad, estrategias psicoeducativas, psicoeducativo. Se incluyó literatura gris. Ver **anexo 1**, donde se especifican estrategias de búsqueda.

5.2. Extracción de resultados

Los estudios obtenidos de las estrategias de búsqueda en las bases de datos se exportaron a la herramienta Rayyan - SYSTEMATIC REVIEWS QCRI (<https://rayyan.qcri.org/welcome>), donde se hizo la revisión de títulos y resúmenes, para la selección inicial de los estudios. Utilizando esta herramienta se removieron los estudios duplicados. Los datos se extrajeron individualmente, sin proceso de confirmación. Se identificó la presencia de la pregunta PCC y de las fuentes de financiación de cada estudio.

Se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos incluidos para identificar posibles referencias adicionales que no hubieran sido encontradas en la búsqueda inicial.

Se activó la opción de cegamiento para realizar la selección de estudios de forma paralela para los cinco investigadores (VQ, BB, DF, EG, DM). La selección de estudios se realizó en tres etapas: primero dos investigadores (DF, EG) revisaron los títulos, y otros dos investigadores (BB,DM) los resúmenes, para clasificarlos como incluidos o excluidos, y al final de la revisión los estudios que presentaron conflicto se consultaron con un quinto revisor (VQ) y los que presentaron duda, se pasaron para lectura de texto completo. Posteriormente, se evaluó el contenido completo de los artículos para identificar que cumplan en totalidad los criterios de selección; un sexto evaluador (JFC) resolvió los desacuerdos en la selección. Finalmente, los investigadores de forma independiente y paralela (VQ, DF) extrajeron la información de los artículos seleccionados de acuerdo con el formato de recolección preestablecido en el programa Excel. Es importante aclarar que no se realizó una evaluación crítica de cada artículo incluido, ya que la orientación del presente estudio es exploratoria, más no evaluativa.

Para la extracción y síntesis de los datos se contemplaron diversas variables relacionadas con las características metodológicas y descriptivas de los estudios. Entre ellas se incluyeron: año de publicación, autores, país de procedencia, objetivo del estudio, tipo de población, trastorno(s) incluido(s), número de participantes, distribución por sexo y edad de pacientes y familiares/cuidadores, ámbito y diseño del estudio, así como la escala utilizada para medir los desenlaces. También se registraron aspectos específicos de las intervenciones psicoeducativas, tales como el número y duración de las sesiones, el profesional a cargo de la intervención, las temáticas abordadas y los materiales o estrategias de apoyo empleados, además del comparador, las limitaciones señaladas por los autores y la fuente de financiación (ver tabla de variables en el **Anexo 2**). Las variables cualitativas se analizaron mediante procesos de categorización y descripción temática, mientras que las variables cuantitativas se resumieron utilizando medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo con su distribución. Se puede consultar tabla de extracción de datos en **anexo 3**.

5.3. *Análisis estadístico*

Se realizó un análisis descriptivo de las variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, con el fin de determinar si cumplen los supuestos de normalidad. En caso de obtener valores de $p \leq 0.05$, se consideró que los datos no siguieron una distribución normal, y se reportaron la mediana y el rango intercuartílico (RIC) como estimadores principales. Si la distribución fue normal ($p > 0.05$), se emplearon la media y la desviación estándar. Este procedimiento permite garantizar la adecuada interpretación estadística y la transparencia metodológica en la caracterización de las variables, conforme a las directrices PRISMA-ScR.

6. Aspectos éticos

6.1. *Equipo de investigación*

- Valentina Quintero MD, Residente de psiquiatría, Universidad del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Bibiana Briceño MD, Psiquiatra Universidad del Rosario, MSc. Epidemiología Universidad del CES. Residente de Psiquiatría Infantil, Universidad Javeriana.
- Daniel Flórez MD, Residente de psiquiatría, Universidad Del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Estefanía Garizabal Morales, Estudiante de Medicina, Universidad del Rosario. Miembro Semillero de Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Daniela Meléndez MD, Residente de psiquiatría, Universidad del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Juan F. Cano MD, Psiquiatra Universidad de Antioquia, MSc. Epidemiología Clínica Pontificia Universidad Javeriana, Candidato a PhD en Investigación Clínica Universidad del Rosario. Director Semillero Investigación en Salud Mental

Universidad del Rosario (SOMA), Director Centro Rosarista de Salud Mental (CeRSaMe), Profesor asistente de carrera, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Universidad del Rosario.

6.2. Categoría de la investigación

Este protocolo de investigación se acoge a las normas internacionales y nacionales de ética en investigación. Dentro de la normativa colombiana, resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo al tratarse de un estudio meramente documental, sin implicar el contacto con seres humanos, ni especies biológicas y no incluir información explícita ni delicada de ningún participante individual.

6.3. Riesgos y beneficios

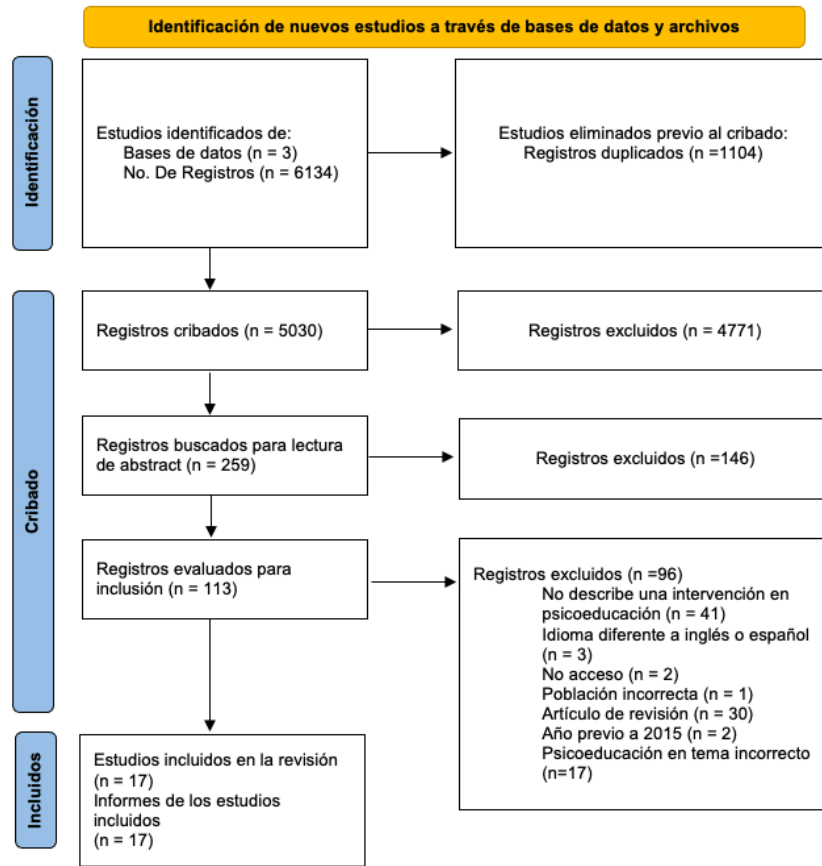
El presente estudio no entraña riesgos para el equipo investigador ni para el desarrollo del estudio

7. Resultados

7.1. Proceso de selección

El proceso de identificación, selección e inclusión/exclusión de artículos se ilustra utilizando el diagrama de flujo PRISMA (figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo de identificación, selección, elegibilidad e inclusión de estudios (25).



La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en tres bases de datos, siendo estas MEDLINE (vía PubMed), Scopus y LILACS, para lo cual se utilizaron los términos y estrategias de búsqueda descritos en el apartado “7.2 Estrategia de búsqueda”.

7.2. Estrategia de búsqueda

Toda la información recuperada fue exportada e incorporada a la plataforma Rayyan para su organización y proceso de selección. En total, se importaron 6,134 referencias a la herramienta: 1,948 de MEDLINE/PubMed, 4,029 de Scopus y 157 provenientes de LILACS. Tras la eliminación de 1,104 registros duplicados, se obtuvo un total de 5,030 artículos únicos para la revisión.

El proceso de selección comenzó con una revisión inicial basada en los títulos, durante la cual los autores coincidieron en excluir 4,771 registros e incluir 259 para evaluación

posterior. A continuación, se llevó a cabo un segundo cribado a partir de los resúmenes de estos 259 artículos preseleccionados, lo que condujo a la exclusión de 146 y la retención de 113 trabajos. Finalmente, tras la lectura completa de los textos, se determinaron 17 estudios que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos y presentaban la información requerida para realizar esta revisión sistemática de alcance. Además, se efectuó una búsqueda manual complementaria en las referencias de los artículos seleccionados, sin identificarse nuevos estudios relevantes para incorporar.

7.3. Características de los estudios

Respecto al año de publicación, se observó que la mayor proporción de estudios se concentró en 2022 y 2023, con un 23.5% del total en cada año (k=4). Les siguieron los trabajos publicados en 2024, los cuales representan el 17.6% de los estudios (k=3), mientras que los años 2015 y 2016 corresponden cada uno a un 11.8% de los estudios (k=2). Finalmente, los años 2017 y 2018 representaron el 5.9% de los estudios cada uno (k=1).

En relación con la procedencia geográfica, se evidenció que la mayor proporción de estudios se desarrolló en América, siendo estos el 35.3% de los estudios (k=6), principalmente Estados Unidos y Canadá, seguida por Europa con el 29.4% de los estudios (k=5) y Asia siendo el 23.5% de los estudios (k=4). En menor medida, se identificaron investigaciones provenientes de Oceanía en el 11.8% de los estudios (k=2).

Tabla 1. Distribución de estudios por año de publicación y región

<i>Dominio</i>	<i>Categoría</i>	<i>k(%)</i>
<i>Año</i>	2015	2 (11.8)
	2016	2 (11.8)
	2017	1 (5.9)
	2018	1 (5.9)
	2019	4 (23.5)

	2020	0 (0)
	2021	0 (0)
	2022	4 (23.5)
	2023	4 (23.5)
	2024	3 (17.6)
Región	América	6 (35.3)
	Europa	5 (29.4)
	Asia	4 (23.5)
	Oceanía	2 (11.8)

Nota: porcentajes calculados sobre N=17.

En cuanto a los diseños metodológicos, la mayoría correspondió a ensayos clínicos aleatorizados, siendo el 52.9% de los estudios (k=9), seguidos por otros tipos de diseño en el 23.5% de los estudios (k=4). Asimismo, se identificaron estudios cuasiexperimentales en el 11.8% de los estudios (k=2) y cohortes en el 11.8% de los estudios (k=2).

En relación con el escenario de implementación, la mayoría de los estudios se llevaron a cabo en el ámbito ambulatorio, siendo el 94.1% de los estudios (k=16), mientras que un 5.9% de los estudios (k=1) no especificó el contexto en el que se desarrolló la intervención. No se obtuvieron estudios que reportaran la intervención en el ámbito hospitalario, ni que combinaran escenarios ambulatorios y hospitalarios.

Tabla 2. Diseños y ámbitos de implementación

Dominio	Categoría	k(%)
Diseño	Ensayo clínico aleatorizado	9 (52.9)
	Cuasiexperimental	2 (11.8)
	Cohorte	2 (11.8)
	Otros diseños	4 (23.5)

Escenario	Ambulatorio	16 (94.1)
	No especificado	1 (5.9)

Nota: porcentajes calculados sobre N=17.

Nota: No se identificaron implementaciones reportadas en ámbito hospitalario dentro de los estudios incluidos.

En cuanto a los trastornos de ansiedad abordados, se observó una distribución heterogénea entre los estudios incluidos. La mayoría se enfocó en trastorno de ansiedad generalizada (k=4) y ansiedad social (k=4), seguidos por artículos que evaluaron síntomas de ansiedad inespecíficos (k=3) o múltiples trastornos de ansiedad dentro de una misma intervención (k=2). En menor proporción, se identificaron estudios centrados en trastorno de pánico (k=1), ansiedad posparto (k=1) y ansiedad por la salud, asociada al trastorno de ansiedad por enfermedad (k=1). Esta distribución evidencia una predominancia de estudios relacionados con el trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de ansiedad social.

Tabla 3. Trastorno de ansiedad por estudio

Categoría clínica	k
Trastorno de ansiedad generalizada	4
Ansiedad/fobia social	4
Ansiedad inespecífica (síntomas)	3
Múltiples trastornos en una intervención	2
Trastorno de pánico	1
Ansiedad posparto	1
Ansiedad por la salud	1

7.4. Características de la población

Las poblaciones objetivo de los estudios incluidos correspondieron principalmente a personas adultas diagnosticadas con trastornos de ansiedad y, en algunos casos, a sus cuidadores o familiares. En total, se analizaron 6,499 participantes, todos ellos con

diagnóstico confirmado de trastorno de ansiedad (n=6,499). Cabe destacar que uno de los estudios incorporó también familiares, aunque no especificó el número de participantes en esta categoría, motivo por el cual no fueron contabilizados en el total general.

El tamaño muestral de los estudios incluidos presentó una amplia variabilidad, con un rango entre 1 y 3,384 participantes por estudio. De acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk, los datos no siguieron una distribución normal, por lo que se expresaron mediante la mediana, que fue de 86 (RIC: 40–173). La media, de 382.3 participantes, no refleja adecuadamente la tendencia central de la muestra. Esta amplia dispersión en el tamaño muestral evidencia heterogeneidad en las investigaciones.

En relación con el perfil sociodemográfico, se observó un predominio femenino entre los participantes, con un total de 3,949 mujeres dentro de los estudios analizados. La mayoría de ellas pertenecían a los grupos de intervención, mientras que en los grupos control se registraron únicamente 12 participantes masculinos. En cuanto a los cuidadores, solo un estudio los incluyó, sin especificar la distribución por sexo. Este patrón refleja una mayor participación de mujeres en las investigaciones sobre psicoeducación en ansiedad.

El análisis de la edad promedio evidenció diferencias entre los grupos de participantes con trastornos de ansiedad. En el grupo con una única intervención, la mediana fue de 29 (RIC: 18,3–37), mientras que en el grupo comparativo la media fue de 32,4 años, con una mediana de 28 (RIC: 24,4-35,4). En el grupo control, solo se reportó un valor (48 años), lo que impidió calcular medidas de tendencia central y dispersión. La prueba de Shapiro-Wilk indicó que la variable edad no difería significativamente de una distribución normal, tanto en el grupo de intervención (p=0,297) como en el grupo comparativo (p=0,249). Por lo tanto, los datos se expresaron como promedio \pm desviación estándar, siendo $29,6 \pm 13,7$ años para el primer grupo y $32,4 \pm 13,3$ años para el segundo. Estos resultados reflejan una población predominantemente joven en los estudios incluidos. (Tabla 4)

Tabla 4. Características de los participantes

<i>Variable</i>	<i>Resumen</i>
-----------------	----------------

Número total de participantes (N)	6,499
Rango de tamaño muestral por estudio	1-3,384
Tamaño muestral por estudio, mediana (RIC)	86 (RIC: 40–173)
Sexo femenino (n)	3,949
Edad grupo intervención	29,6 ± 13,7 años
Edad grupo comparativo	32,4 ± 13,3 años
Edad grupo control - único valor	48 años

7.5. Características de las intervenciones

Al explorar el número de sesiones de psicoeducación, los participantes asistieron entre 1 a 8 sesiones, con un promedio de $4,5 \pm 2,3$, una mediana de 5 (RIC: 3-6). La variable mostró una distribución normal ($p = 0,166$). La frecuencia más común fue de cinco sesiones, reportada en el 23,5% de los artículos ($k=4$). Le siguieron las intervenciones de única sesión, cuatro sesiones y ocho sesiones, cada una representando el 17,6% de los estudios ($k=3$). Finalmente, los programas que contemplaron tres o seis sesiones se registraron en el 11,8% de los artículos, respectivamente ($k=2$). Lo anterior, evidencia poca estandarización en el número de intervenciones psicoeducativas, lo que dificulta establecer un número óptimo de sesiones para alcanzar objetivos que llegan a plantearse en un programa de psicoeducación de trastornos de ansiedad.

En relación con la estructuración de las intervenciones psicoeducativas, la duración de las sesiones varió entre 15 y 120 minutos, con una mediana de 90 (RIC: 67,5-105). La prueba de Shapiro-Wilk arrojó un valor de $p=0,035$, indicando que esta variable no sigue una distribución normal.

En cuanto a los temas abordados durante las sesiones de psicoeducación, se evidenció una amplia variedad temática, que va desde la transmisión de conocimientos sobre la enfermedad hasta intervenciones centradas en aspectos cognitivos, conductuales y fisiológicos relacionados con la ansiedad. El conocimiento sobre la enfermedad fue el contenido más frecuente, presente en el 58.8% de los estudios ($k=10$), seguido por las

estrategias cognitivas en el 52.9% de los estudios (k=9), las estrategias conductuales y la regulación fisiológica en el 41.1% de los estudios (k=7) cada una. Otras temáticas incluyeron atención plena, psicoeducación sobre el tratamiento y modelos terapéuticos, prevención de recaídas y mantenimiento de logros, y psicoeducación en temas específicos relacionados con la ansiedad, cada una abordada en el 23.5% de los estudios (k=4). Por su parte, las habilidades de afrontamiento fueron el contenido menos tratado, presente en solo el 17.6% de los estudios (k=3). Cabe resaltar que una proporción significativa de estas intervenciones se desarrolló mediante plataformas digitales, incluyendo videoconferencias e incluso videojuegos.

Tabla 5. Intervenciones de psicoeducación: dosificación y componentes

Dominio	Medida/Categoría	Valor
Número de sesiones	Rango	1-8
	Mediana (RIC)	5 (3-6)
	Media \pm DE	4.5 \pm 2.3
Duración por sesión (min)	Rango	15-120
	Mediana (RIC)	90 (67.5–105)
Componentes de la intervención (k=17)	Conocimiento sobre la enfermedad	10 (58,8%)
	Estrategias cognitivas	9 (52.9%)
	Estrategias conductuales	7 (41.1%)
	Regulación fisiológica	7 (41.1%)
	Mindfulness	4 (23.5%)
	Psicoeducación sobre tratamiento	4 (23.5%)
	Prevención de recaídas/mantenimiento	4 (23.5%)
	Temas específicos de ansiedad	4 (23.5%)
	Habilidades de afrontamiento	3 (17.6%)

Nota: Varias intervenciones se implementaron mediante modalidades digitales (ej., plataformas, videoconferencia).

Al analizar los desenlaces principales de los 17 estudios incluidos, se observó que las intervenciones psicoeducativas y las modalidades cognitivo-conductuales digitales constituyeron las estrategias más empleadas. Los desenlaces predominantes fueron la mejoría sintomática en el 76.5% de los estudios (k=13). Asimismo, un número considerable de investigaciones evaluó la aceptación y viabilidad, representando el 64.7% de los estudios (k=11). En menor proporción, los estudios abordaron como desenlaces el incremento del conocimiento sobre la enfermedad o el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento en un 41.1% de los estudios (k=7), así como la mejora del funcionamiento emocional y social en un 23.5% de los estudios (k=4). Finalmente, un número limitado de trabajos exploró la satisfacción con el tratamiento y el bienestar psicológico o familiar, siendo estos el 11.8% de los estudios (k=2).

Los estudios incluidos emplearon una amplia variedad de instrumentos estandarizados para la evaluación de los desenlaces. Las escalas orientadas a medir la severidad de los síntomas ansiosos fueron las más utilizadas, presentes en el 94.1% de los estudios (k=16). En menor proporción, se emplearon escalas de conocimiento sobre la enfermedad, en el 23.5% de los estudios (k=4), seguidas por aquellas que valoraban el funcionamiento general del paciente o aspectos de afrontamiento en el 17.6% de los estudios (k=3). Por último, se identificó un uso limitado de instrumentos dirigidos a evaluar carga percibida, calidad de vida o discapacidad, solo incluidos en el 11.8% de los estudios (k=2) y escalas de adherencia o actitud frente al tratamiento en el 5.9% de los estudios (k=1).

Entre las escalas de severidad de síntomas, las más empleadas fueron la Escala de Fobia Social (SPS/SPS-6) y la Escala de Ansiedad por Interacción Social (SIAS/SIAS-6), cada una utilizada en cuatro estudios, principalmente en investigaciones sobre fobia o ansiedad social. En segundo lugar, se registró el uso del Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), el Cuestionario de Sensaciones Corporales (BSQ) y la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (SAS/Zung SAS), cada uno aplicado en dos estudios de los que incluyeron medidas de severidad. Las escalas de conocimiento de la enfermedad se emplearon en cuatro estudios,

las de funcionamiento en tres, las de carga o calidad de vida en dos, y las de adherencia en uno; además, tres investigaciones incorporaron instrumentos adicionales para evaluar afrontamiento u otras dimensiones psicológicas. En conjunto, estos resultados reflejan una tendencia hacia la evaluación de resultados sintomáticos, y en menor proporción a resultados de otras variables.

Tabla 6. Desenlaces evaluados e instrumentos utilizados

Dominio	Categoría	k(%)
Desenlaces	Síntomas de ansiedad	13 (76.5)
	Aceptabilidad/uso/satisfacción	11 (64.7)
	Conocimiento/psicoeducación	7 (41.1)
	Funcionamiento emocional/social	4 (23.5)
	Bienestar/carga/calidad de vida/adherencia	2 (11.8)
Instrumentos de evaluación	Severidad de los síntomas	16 (94.1)
	Conocimiento sobre la enfermedad	4 (23.5)
	Funcionamiento/afrontamiento	3 (17.6)
	Carga percibida/calidad de vida/discapacidad	2 (11.8)

En relación con los comparadores utilizados, el más frecuente fue la evaluación postintervención, presente en el 47% de los estudios (k=8). Le siguieron los estudios que compararon la psicoeducación con otras intervenciones terapéuticas en el 41.1% de los estudios (k=7) y aquellos que emplearon el tratamiento habitual como control en el 5,9% de los estudios (k=1). Finalmente, un estudio, correspondiente a un reporte de caso, no incluyó comparador, representando también el 5.9% de los estudios (k=1). Esta distribución muestra una predominancia de comparaciones pre y postintervención dentro del mismo grupo de participantes, y una menor proporción de estudios con grupos control o comparadores clínicos.

Tabla 7. Comparadores de las intervenciones

Comparador	k (%)
Pre-/post-intervención (mismo grupo)	8 (47.0)
Otra intervención	7 (41.1)
Tratamiento habitual (TAU)	1 (5.9)
Sin comparador (reporte de caso)	1 (5.9)

En lo que se refiere a la evidencia de mejoría o a cumplimiento del objetivo planteado en los artículos, el 82.3% de los artículos (k=14) reportaron evidencia a favor de la psicoeducación, mientras que el 17.6% de los artículos restantes (k=3) no reportaron evidencia a favor de la psicoeducación, aunque tampoco reportaron inferioridad respecto a la otra intervención. Estos hallazgos sugieren una tendencia consistente hacia la efectividad de las intervenciones psicoeducativas en el manejo de los trastornos de ansiedad.

Tabla 8. Evidencia de mejoría

Clasificación	k (%)
Resultados a favor de la psicoeducación	14 (82,3)
Sin resultados a favor ni inferioridad	3 (17,6)

En cuanto a la fuente de financiación, la mayoría de los estudios indicó apoyo proveniente de entidades gubernamentales en el 47% de los estudios (k=8), mientras que una proporción menor fue financiada mediante recursos privados, en el 11.8% de los estudios (k=2). En el 23.5% de los estudios (k=4), los autores no especificaron la fuente de financiación o mencionaron que no se requirió apoyo económico para la ejecución del estudio. Por último, el 17.7% de los estudios (k=3) reportaron múltiples fuentes de financiación. Este patrón refleja una mayor participación de fondos públicos en la investigación sobre psicoeducación en ansiedad.

Tabla 9. Fuentes de financiación

Categoría	k (%)
Pública/gubernamental	8 (47.0)
Privada	2 (11.8)
No especificada/sin financiamiento	4 (23.5)
Múltiples fuentes	3 (17.7)

8. Discusión

Esta revisión de alcance caracterizó la evidencia reciente sobre intervenciones de psicoeducación dirigidas a personas con trastornos de ansiedad y, en menor medida, a familiares o cuidadores, siguiendo el marco PCC predefinido en el protocolo. El conjunto de estudios incluidos describe una oferta amplia y heterogénea de formatos (presenciales, mixtos y con uso frecuente de modalidades digitales), con componentes recurrentes de tipo educativo, cognitivo y conductual, así como variabilidad en la dosificación, entendida como número de sesiones y duración de las mismas. Los desenlaces evaluados se concentraron predominantemente en síntomas de ansiedad, mientras que medidas de conocimiento, aceptabilidad, uso, satisfacción, adherencia y funcionamiento emocional o social se exploraron con menor sistematicidad. La distribución geográfica de la evidencia se concentró en América y Europa, con contribuciones de Asia y Oceanía, y dentro de los estudios no se identificaron implementaciones reportadas en ámbitos hospitalarios.

Al contrastar estos hallazgos con la literatura de psicoeducación en otras condiciones mentales, como depresión, trastorno bipolar o psicosis, se observa un patrón similar de heterogeneidad en formatos y contenidos, especialmente en intervenciones digitales y programas breves. Por ejemplo, en el caso del Trastorno Bipolar, revisiones sistemáticas concluyen que la psicoeducación tiende a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y a reducir la recurrencia de episodios afectivos (26,27). En dicha patología, se han explorado ámbitos como la calidad de vida, funcionamiento del paciente, implicaciones en la psicoeducación a familiares, dimensiones poco exploradas en los estudios de ansiedad incluidos en esta revisión (26,27).

Adicionalmente, lo encontrado en esta revisión de alcance también es consistente con la evidencia previa que respalda la utilidad de la psicoeducación como estrategia complementaria en el manejo de los trastornos de ansiedad, aunque actualizan el panorama hacia los formatos contemporáneos, especialmente digitales. Metaanálisis previos han demostrado que las intervenciones psicoeducativas producen efectos pequeños a moderados sobre los síntomas de ansiedad y el malestar psicológico, particularmente cuando se implementan como intervenciones breves y estructuradas (28). En concordancia con estos hallazgos, la presente revisión de alcance identificó que más del 80% de los estudios recientes reportaron resultados favorables, con predominio de intervenciones breves, ambulatorias y mediadas por tecnologías digitales. Asimismo, revisiones recientes sobre intervenciones digitales para ansiedad confirman la eficacia global de los abordajes en línea, dentro de los cuales la psicoeducación constituye un componente transversal relevante (29).

En cuanto a las intervenciones y su dosificación, se observa ausencia de consensos respecto a una “dosis mínima” o a una secuenciación estandarizada de contenidos. Aunque los componentes educativos, cognitivos y conductuales son los más frecuentes, su combinación, profundidad y modo de entrega varían entre estudios, lo que dificulta la clasificación en categorías y limita la replicabilidad. Este rasgo suele ser característico de áreas donde la intervención se adapta a recursos locales o a plataformas tecnológicas diversas, y subraya la necesidad de descripciones más completas y comparables sobre quién imparte la intervención, con qué materiales, en qué formato e intensidad, y con qué procedimientos de fidelidad.

El dominio de la medición y los desenlaces es evidente, la predominancia del foco en los síntomas de ansiedad. La menor presencia de desenlaces funcionales, de conocimiento, de adherencia y aceptabilidad, impide captar dimensiones que son especialmente pertinentes para una intervención de naturaleza educativa y de entrenamiento en habilidades. Además, la diversidad de instrumentos empleados, aunque incluye escalas bien conocidas para síntomas, introduce heterogeneidad adicional que dificulta la comparabilidad y favorece reportes fragmentados. Un acuerdo mínimo sobre dominios e instrumentos de medida

facilitaría la interpretación entre estudios y permitiría avanzar hacia síntesis más robustas en el futuro.

En cuanto a la población, los estudios se centraron mayoritariamente en personas adultas y registraron un predominio femenino (1). Esta distribución refleja la epidemiología de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, este perfil deja abiertos interrogantes sobre grupos subrepresentados, como hombres, adultos mayores y adolescentes, así como sobre el rol de familiares o cuidadores. Considerar de forma más sistemática a estas poblaciones puede resultar relevante para diseñar intervenciones culturalmente sensibles y centradas en la familia, especialmente cuando la implementación ocurre en ámbitos comunitarios y mediante modalidades digitales (30).

En los ámbitos de implementación, la evidencia cartografiada se sitúa principalmente en escenarios ambulatorios y comunitarios. La ausencia de reportes hospitalarios dentro de los estudios incluidos no deriva de un criterio de exclusión de esta revisión, sino de lo hallado dentro de la misma. Ello abre preguntas sobre la integración de la psicoeducación en ámbitos hospitalarios, y cómo estos pueden conectar con la atención primaria, ambulatoria, los servicios especializados y las plataformas digitales, así como sobre los factores de implementación que condicionan su adopción y sostenibilidad.

A partir de este mapeo se identifican vacíos que orientan oportunidades de mejora. La primera es la estandarización de la descripción de las intervenciones, de modo que los informes consignen de manera explícita responsables, destinatarios, objetivos específicos, componentes, materiales, modalidad de entrega, número y duración de sesiones, criterios de seguimiento y procedimientos de fidelidad. Una segunda oportunidad se relaciona con la dosificación y la continuidad: la ausencia de consensos sobre el número óptimo de sesiones y ventanas de seguimiento dificulta la comparación entre programas y la comprensión del mantenimiento de logros. En tercer lugar, la construcción de un conjunto mínimo de desenlaces, que integre síntomas, funcionamiento, conocimiento, adherencia y medidas de proceso, contribuiría a mejorar la comparabilidad y la utilidad clínica de los hallazgos. También conviene subrayar la limitada inclusión sistemática de familiares o cuidadores,

pese a su potencial relevancia para el apoyo cotidiano y la adherencia, así como la variabilidad en los comparadores empleados, con un peso importante de diseños pre-post en el mismo grupo que restringen los contrastes entre condiciones. Finalmente, la representación geográfica concentrada y la escasez de información sobre implementación en entornos poco representados señalan la conveniencia de adaptaciones culturales explícitas y validaciones contextuales.

Las implicaciones derivadas de lo anterior son operativas y se encuadran en el alcance descriptivo de la revisión. Para la práctica y el diseño de programas, resulta útil que los futuros estudios presenten fichas técnicas mínimas con la información esencial de la intervención, y que incorporen, junto con desenlaces sintomáticos, medidas de funcionamiento, conocimiento y adherencia, así como variables de proceso que permitan valorar su aceptabilidad y uso real. La claridad sobre la ruta asistencial, por ejemplo, cómo se integra la psicoeducación en el continuo de cuidados y en qué puntos del trayecto clínico se ofrece, puede facilitar la replicabilidad. La participación de familiares o cuidadores merece una atención más sistemática, con criterios de inclusión y contenidos específicos. Y, desde el punto de vista de la documentación de la implementación, conviene consignar de forma más consistente los recursos requeridos, la formación del personal, el tiempo invertido y la fidelidad a los procedimientos, porque estos elementos son determinantes para la aplicabilidad en diferentes contextos.

Esta revisión presenta limitaciones que contextualizan su interpretación. Para empezar, se reconoce la restricción de idiomas y periodo, que podría dejar fuera evidencia pertinente en otras lenguas o anterior a la ventana temporal adoptada. La heterogeneidad de diseños, intervenciones e instrumentos impide una síntesis cuantitativa y conduce naturalmente a una síntesis descriptiva. Asimismo, la ausencia de una evaluación crítica formal de la calidad metodológica limita la ponderación de la evidencia. El reporte incompleto en algunos estudios primarios sobre variables como sexo, edad, comparadores, fidelidad o seguimiento reduce el margen para análisis de subgrupos y consideraciones de implementación. La falta de reportes hospitalarios en el conjunto incluido refleja, como se ha señalado, el estado de la evidencia identificada y no un criterio restrictivo impuesto por

la revisión. Adicionalmente, algunos artículos no disponibles en acceso abierto se intentaron conseguir a través de las suscripciones institucionales de la universidad; cuando no fue posible acceder a texto completo por razones presupuestales, dichos estudios no se incluyeron. Adicionalmente, el protocolo no fue inscrito en un registro público, lo que podría limitar la transparencia respecto de cambios posteriores al plan inicial. Finalmente, no se realizó una evaluación crítica formal de la calidad metodológica de los estudios incluidos. Esta decisión se fundamenta en la naturaleza exploratoria de las revisiones de alcance, cuyo objetivo principal es mapear y describir la evidencia disponible más que valorar su rigor metodológico. La marcada heterogeneidad en los diseños, contextos, intervenciones y medidas de resultado hizo menos pertinente la aplicación de una herramienta única de evaluación crítica. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse considerando que no se ponderó la calidad individual de cada estudio, lo que limita la capacidad para emitir conclusiones sobre la solidez metodológica o la efectividad de las intervenciones identificadas.

9. Conclusiones

En relación con los objetivos de esta revisión de alcance, que implican mapear formatos, componentes, dosificación, desenlaces y contextos de las intervenciones de psicoeducación en trastornos de ansiedad, la evidencia muestra un panorama amplio, pero todavía fragmentado. Se identifica un predominio de modalidades digitales o mixtas, intervenciones mayoritariamente breves y centradas en componentes educativos, cognitivos y conductuales, con una variabilidad considerable en número y duración de las sesiones. Aunque la mayoría de los estudios evalúa síntomas de ansiedad, se observa una menor frecuencia en la medición de conocimiento de la enfermedad, funcionamiento, adherencia y variables relacionadas con el proceso de psicoeducación (aceptabilidad, uso, satisfacción), lo que limita la comprensión integral del impacto real de las intervenciones. El contexto de aplicación también es limitado: los estudios provienen principalmente de ámbitos ambulatorios y de unas pocas regiones geográficas, sin reportes de implementación en entornos hospitalarios dentro de los estudios incluidos. En conjunto, los hallazgos responden plenamente a la pregunta planteada, ya que permiten caracterizar los tipos de

intervenciones existentes, sus componentes y su forma de evaluación, y al mismo tiempo, revelan vacíos metodológicos y de reporte que dificultan la comparabilidad entre estudios y reducen la transferibilidad a distintos ámbitos.

En síntesis, la evidencia disponible confirma la diversidad de enfoques y la creciente expansión de formatos digitales, pero también deja claro que la psicoeducación en ansiedad carece de estandarización y de una medición integral más allá de los síntomas, aspectos necesarios para avanzar hacia intervenciones más consistentes, evaluables y aplicables en múltiples contextos clínicos.

9.1. Implicaciones para investigación

Esta revisión de alcance generará conocimiento nuevo al ofrecer una descripción de formatos, componentes y dosificación de la psicoeducación en ansiedad, útil para validar o refutar supuestos vigentes (como el predominio digital, rol de familiares/cuidadores) y para delimitar vacíos de medición e implementación. Con este mapeo proponemos cómo deberían reportarse estas intervenciones: un formato mínimo de descripción, un conjunto básico de desenlaces que no solo mida síntomas, sino también funcionamiento, conocimiento, adherencia y variables de proceso (aceptabilidad, uso, satisfacción), y seguimientos más largos para ver si los cambios se mantienen. Esto ayuda a ordenar la investigación futura (más estudios comparativos y longitudinales), facilita realizar otros estudios descriptivos posteriores y aporta insumos para acuerdos y guías de cómo reportar y evaluar estas intervenciones.

9.2. Implicaciones para la práctica

Los hallazgos ofrecen consecuencias concretas para el diseño y mejora de programas: elaboración de fichas técnicas mínimas (objetivos, destinatarios, componentes, modalidad, número/duración de sesiones y fidelidad), selección contextualizada de modalidades digitales/mixtas según recursos y alfabetización digital, e inserción de la psicoeducación en rutas asistenciales (primaria, especializada hospitalaria). La inclusión de indicadores prácticos (funcionamiento, conocimiento, adherencia y medidas de proceso) fortalecerá la toma de decisiones, la calidad de la atención y la capacitación del personal, favoreciendo

además la adaptación cultural y la participación de familiares/cuidadores cuando aporten valor.

10. Conflictos de interés y financiación

Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, académicos ni institucionales que pudieran haber influido de manera inapropiada en la conducción, análisis o presentación de esta revisión.

Este trabajo no recibió financiación externa de agencias públicas, entidades comerciales ni organizaciones sin ánimo de lucro. No se contó con subvenciones, becas, patrocinios ni apoyos económicos específicos para el diseño, la recolección/interpretación de la información, la redacción del manuscrito o la decisión de publicar. Los costes operativos derivados de la elaboración del estudio fueron asumidos por los autores y/o sus instituciones.

11. Referencias

1. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med.* mayo de 2013;43(5):897-910.
2. Eloy Chacón, Dayana Xatruch, Marisol Fernandez, Rebeca Murillo. Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *revista cúpula.* 2021;35(1):23-36.
3. Ziffra M. Panic disorder: A review of treatment options. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr.* 1 de mayo de 2021;33(2):124-124-33.
4. Szuhany KL, Simon NM. Anxiety Disorders: A Review. *JAMA.* 27 de diciembre de 2022;328(24):2431-2431-45.
5. Pinheiro JD. Transtorno de Pânico e Ansiedade: Condições Multifatoriais. *Res Soc Dev.* 2 de junio de 2022;11(7):e49011730122.

6. Gustavo Alfredo Delucchi. Trastornos de Ansiedad y afines. En: Salud y Enfermedad Mental para Futuros Médicos [Internet]. GAD Ediciones; 2023. Disponible en: <https://bit.ly/3XnpdPm>
7. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century [Internet]. Vol. 17. 2015 [citado 26 de octubre de 2025]. 327 p. Disponible en: http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCRN603169201&indx=1&recIds=ETOCRN603169201
8. Chen Y. An Overview of Specific Phobia: Etiology and Treatment. Lect Notes Educ Psychol Public Media. 26 de octubre de 2023;13(1):235-40.
9. Araceli Anahí López. Psicoeducación para el Trastorno de Pánico [Internet]. [Buenos Aires, Argentina]: Universidad de Palermo; 2017. Disponible en: <https://dspace.palermo.edu/dspace/handle/10226/1872>
10. Martínez López A, González Cuello AM, Roldán Chicano MT, Cervantes Marín C, Conesa Morales AM, Riquelme Hurtado MJ. Intervenciones de enfermería psicoeducativas presenciales y online, para el manejo de la ansiedad: revisión integradora de la literatura. Enferm Glob. 1 de octubre de 2022;21(4):531-531-46.
11. Francisco Javier Tena Hernández. Psicoeducación y salud mental. SANUM Rev Científico-Sanit. 2020;4(3):36-45.
12. Grogans SE, Bliss-Moreau E, Buss KA, Clark LA, Fox AS, Keltner D, et al. The nature and neurobiology of fear and anxiety: State of the science and opportunities for accelerating discovery [Internet]. Vol. 151, Neuroscience and biobehavioral reviews. 2023 [citado 26 de octubre de 2025]. Disponible en: http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathStatTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCvdc_100193918133.0x000001&indx=1&recIds=ETOCvdc_100193918133.0x000001
13. Stein DJ. The Neurobiology of Panic Disorder: Toward an Integrated Model. CNS Spectr. septiembre de 2005;10(S12):12-24.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. DSM-5-TR. American Psychiatric Association Publishing;

- 2022 [citado 26 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
15. Chavanne AV, Robinson OJ. The Overlapping Neurobiology of Induced and Pathological Anxiety: A Meta-Analysis of Functional Neural Activation. *Am J Psychiatry*. 1 de febrero de 2021;178(2):156-64.
 16. Latzman RD, Patrick CJ, editores. Selecting Anxiety: The Central Extended Amygdala as an Arbiter of Emotion-Relevant Responses. En: *Neurobehavioral Individual Differences: A Transdisciplinary Approach To Advancing Clinical Science* [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland; 2025 [citado 26 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-77967-1>
 17. Fox AS, Shackman AJ. The central extended amygdala in fear and anxiety: Closing the gap between mechanistic and neuroimaging research. *Neurosci Lett*. 6 de febrero de 2019;693:58-58-67.
 18. Barlow DH. *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. 2. ed. New York London: Guilford Press; 2002. 704 p.
 19. Dou Q, Chang R, Xu H. Body Dissatisfaction and Social Anxiety among Adolescents: A Moderated Mediation Model of Feeling of Inferiority, Family Cohesion and Friendship Quality. *Appl Res Qual Life*. 1 de junio de 2023;18(3):1469-1469-89.
 20. González C, Inglés CJ, Kearney CA, Sanmartín R, Vicent M, García-Fernández JM. Relationship between school refusal behavior and social functioning: a cluster analysis approach. *Eur J Educ Psychol*. 1 de junio de 2019;12(1):17-17-29.
 21. Roest AM, Vries YA, Lim CCW, Wittchen H, Stein DJ, Adamowski T, et al. A comparison of DSM -5 and DSM -IV agoraphobia in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. junio de 2019;36(6):499-510.
 22. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States [Internet]. Vol. 21. 2012 [citado 26 de octubre de 2025]. 169 p. Disponible en: http://explore.bl.uk/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=detailsTab&gathSt

atTab=true&ct=display&fn=search&doc=ETOCRN317977335&indx=1&recIds=E
TOCRN317977335

23. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editores. JBI manual for evidence synthesis. 2024 edition. Adelaide, Australia: JBI; 2024.
24. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2 de octubre de 2018;169(7):467-73.
25. 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. *BMJ.* 29 de marzo de 2021;n71.
26. Rabelo JL, Cruz BF, Ferreira JDR, Viana B de M, Barbosa IG. Psychoeducation in bipolar disorder: A systematic review. *World J Psychiatry.* 19 de diciembre de 2021;11(12):1407-24.
27. Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord.* junio de 2015;17(4):349-62.
28. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 16 de diciembre de 2009;7:79.
29. Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* octubre de 2019;18(3):325-36.
30. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol.* 2003;58(1):5-14.

12. Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

MEDLINE/PubMed

("general anxiety disorder"[Supplementary Concept] OR "general anxiety disorder"[All Fields] OR ("panic disorder"[MeSH Terms] OR ("panic"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "panic disorder"[All Fields]) OR ("anxiety"[MeSH Terms] OR "anxiety"[All Fields] OR "anxieties"[All Fields] OR "anxiety s"[All Fields]) OR ("agoraphobia"[MeSH Terms] OR "agoraphobia"[All Fields] OR "agoraphobias"[All Fields]))

AND

("psychoeducation"[All Fields] OR "psychoeducational"[All Fields] OR "psychoeducative"[All Fields] OR ("psychoeducation"[All Fields] OR "psychoeducational"[All Fields] OR "psychoeducative"[All Fields]) OR ("psychoeducation"[All Fields] OR "psychoeducational"[All Fields] OR "psychoeducative"[All Fields]))

Scopus

("general anxiety disorder" OR "panic disorder" OR "anxiety" OR "agoraphobia") AND (psychoeducation OR psychoeducational OR psychoeducative)

LILACS

(trastorno de ansiedad) OR (trastorno de panico) OR (agorafobia) AND (psicoeducacion) OR (psicoeducativo)

Búsqueda manual

Se revisaron las referencias de los artículos que estén incluidos en la búsqueda inicial y que están relacionados con la pregunta de investigación.

Anexo 2. Tabla de extracción de datos

Ver PDF adjunto al documento.

Anexo 3. Tabla de variables

Variable	Concepto	Tipo	Nivel de medición	Categoría
Trastornos de ansiedad (TA)	Grupo de trastornos mentales caracterizados por miedo, ansiedad o evitación desproporcionada frente a amenazas reales o percibidas.	Cualitativa	Nominal	TAG, TP, TAS, FE, AG
Tipo específico de trastorno de ansiedad	Clasificación según DSM-5-TR o CIE-11.	Cualitativa	Nominal	TAG / TP / TAS / FE / AG
Estrategia de psicoeducación	Conjunto de acciones estructuradas orientadas a informar, educar o entrenar pacientes/familiares sobre el manejo de la ansiedad.	Cualitativa	Nominal	Presencial / digital / mixta / familiar / grupal / individual
Contexto de aplicación	Escenario o entorno donde se desarrolla la intervención.	Cualitativa	Nominal	Hospitalario / ambulatorio / comunitario / educativo / digital
Formato de la intervención	Modalidad de entrega de la psicoeducación.	Cualitativa	Nominal	Individual, grupal, familiar, comunitaria
Número de sesiones	Frecuencia y cantidad de sesiones planificadas.	Cuantitativa	Discreta	Número entero (ej. 4, 8, 12 sesiones)
Edad	Rango o media de edad de los participantes.	Cuantitativa	Continua	Años
Población objetivo	Grupo al cual se dirige la psicoeducación.	Cualitativa	Nominal	Pacientes / familiares / cuidadores / ambos
Sexo	Distribución por sexo biológico de los participantes.	Cualitativa	Nominal	Masculino / femenino
Año de publicación	Año en que se publicó cada estudio incluido.	Cuantitativa	Discreta	Entre 2015–2024
Región geográfica	Continente o región donde se desarrolló el estudio	Cualitativa	Nominal	América / Europa / Asia / Oceanía.
Efectividad reportada	Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la violencia	Cualitativa	Nominal	A favor / No a favor

Material complementario: Guías PRISMA -ScR (22)

Sección	Item	PRISMA-ScR lista de chequeo	Reportado en página #
TÍTULO			
Título	1	Identifica el informe como una revisión de alcance.	Página 1
RESUMEN			
Resumen	2	Proporcione un resumen estructurado que incluya (según corresponda): antecedentes, objetivos, criterios de elegibilidad, fuentes de evidencia, métodos de análisis de datos, resultados y conclusiones que se relacionen con las preguntas y los objetivos de la revisión.	Página 7
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se sabe. Explique por qué las preguntas/objetivos de la revisión se prestan a un enfoque de la revisión de alcance..	Página 8-9
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de las preguntas y objetivos que se abordan, haciendo referencia a sus elementos clave (por ejemplo, población o participantes, conceptos y contexto) u otros elementos clave relevantes utilizados para conceptualizar las preguntas y/o los objetivos de la revisión.	Página 13
METODOLOGÍA			
Protocolo y registro	5	Indique si existe un protocolo de revisión; especifique si se puede acceder a él y dónde (por ejemplo, una dirección web); y, si está disponible, proporcione la información de registro, incluido el número de registro.	X
Criterios de inclusión	6	Especifique las características de las fuentes de evidencia utilizadas como criterios de elegibilidad (por ejemplo, años considerados, idioma y estado de publicación) y justifique su elección.	Página 15
Fuentes de información	7	Describa todas las fuentes de información utilizadas en la búsqueda (por ejemplo, bases de datos con fechas de cobertura y contacto con los autores para identificar fuentes adicionales), así como la fecha en que se realizó la búsqueda más reciente.	Página 16
Búsqueda	8	Presente la estrategia completa de búsqueda electrónica para al menos una base de datos, incluyendo cualquier limitación utilizada, de manera que pueda ser replicada.	Página 16 y Anexo 1
Selección de fuentes de información	9	Describa el proceso de selección de las fuentes de evidencia (es decir, cribado y criterios de elegibilidad) incluidas en la revisión de alcance.	Página 16 y 17
Proceso de elaboración de gráficos de datos	10	Describa los métodos utilizados para registrar los datos de las fuentes de evidencia incluidas (por ejemplo, formularios calibrados o formularios que hayan sido probados por el equipo antes de su uso, y si el registro de datos se realizó de forma independiente o por duplicado) y cualquier proceso para obtener y confirmar los datos de los investigadores.	Página 17 y Anexo 3

Elementos de datos	11	Enumere y defina todas las variables para las que se recopilaban datos, así como cualquier suposición y simplificación realizada.	Página y Anexo 2
Evaluación crítica de fuentes individuales de evidencia	12	Si se ha realizado, proporcione una justificación para llevar a cabo una evaluación crítica de las fuentes de evidencia incluidas; describa los métodos utilizados y cómo se utilizó esta información en cualquier síntesis de datos (si procede).	X
Síntesis de resultados	13	Describa los métodos utilizados para procesar y resumir los datos que se representaron en los gráficos.	Página 17
RESULTADOS			
Selección de fuentes de evidencia	14	Indique el número de fuentes de evidencia examinadas, evaluadas para determinar su elegibilidad e incluidas en la revisión, junto con los motivos de exclusión en cada etapa, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	Página 20
Características de las fuentes de evidencia	15	Para cada fuente de evidencia, presente las características para las cuales se recopilaban los datos y proporcione las citas.	Páginas 21-29
Evaluación crítica dentro de las fuentes de evidencia	16	En caso afirmativo, presente los datos sobre la evaluación crítica de las fuentes de evidencia incluidas (véase el punto 12).	X
Resultados de fuentes individuales de evidencia	17	Para cada fuente de evidencia incluida, presente los datos relevantes que se registraron y que se relacionan con las preguntas y objetivos de la revisión.	Páginas 21-29
Síntesis de resultados	18	Resuma y/o presente los resultados de los gráficos en relación con las preguntas y los objetivos de la revisión.	Páginas 21-29
DISCUSIÓN			
Resumen de evidencia	19	Resuma los principales resultados (incluida una descripción general de los conceptos, temas y tipos de evidencia disponibles), relaciónelos con las preguntas y objetivos de la revisión y considere su relevancia para los grupos clave.	Página 30
Limitaciones	20	Analice las limitaciones del proceso de revisión preliminar.	Página 32
Conclusiones	21	Proporcione una interpretación general de los resultados con respecto a las preguntas y objetivos de la revisión, así como las posibles complicaciones y/o los próximos pasos.	Página 33
FONDOS			
Fondos	22	Describa las fuentes de financiación de las fuentes de evidencia incluidas, así como las fuentes de financiación de la revisión preliminar. Describa el papel de los financiadores de la revisión preliminar.	Página 34