



**Psicoeducación en Trastorno Depresivo Mayor: Una revisión sistemática de alcance**

Autor

**María Paula Riveros Fabre**

Directores

**Alexie Vallejo Silva, Juan Fernando Cano, Ana María Barragán**

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

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Programa de Especialización en Psiquiatría**

**Universidad del Rosario**

**Bogotá - Colombia**

**2026**



**Identificación del proyecto:**

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Título de la investigación: Psicoeducación en Trastorno Depresivo Mayor: Una revisión sistemática de alcance

Instituciones participantes: Clínica Nuestra Señora de la Paz

Tipo de investigación: Revisión sistemática de alcance

Investigador principal: Maria Paula Riveros Fabre

Investigadores asociados: Daniela Vélez, Didiana Alejandra Solano Moreno, Mateo Andrade, Mariana Larios, Laura Rojas

Asesor clínico o temático: Alexie Vallejo Silva

Asesor metodológico: Juan Fernando Cano

## **Contenido**

- 1. Introducción 8**
- 2. Marco Conceptual 10**
- 3. Pregunta de investigación 13**
- 4. Objetivos 13**
  - 4.1 Objetivo general 13*
  - 4.2 Objetivos específicos 13*
- 5. Metodología 14**
  - 5.1 Tipo y diseño de estudio 14*
  - 5.2 Criterios de inclusión 14*
  - 5.3 Población 14*
  - 5.4 Concepto 14*
  - 5.4 Contexto 14*
  - 5.6 Control de sesgo y error 15*
  - 5.7 Tipos de fuentes 15*
    - 5.7.1 Estrategia de búsqueda 15*
  - 5.8 Búsqueda manual 16*
    - 5.8.1 Extracción de resultados 16*
  - 5.9 Plan de análisis 17*
- 6. Aspectos éticos 19**
- 7. Resultados 19**
- 8. Discusión 30**
  - 8.1 Limitaciones 34*
  - 8.2 Fortalezas 34*
  - 8.3 Perspectivas Futuras 35*
- 9. Conclusiones 35**
  - 9.1 Conflicto de intereses 36*
- 10. Referencias 37**
- 11. Anexos 41**

### **Autores:**

**Maria Paula Riveros 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. [mariap.riveros@urosario.edu.co](mailto:mariap.riveros@urosario.edu.co)

**Daniela Vélez 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. [daniela.velezv@urosario.edu.co](mailto:daniela.velezv@urosario.edu.co)

**Mateo Andrade 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. [mateo.andrade@urosario.edu.co](mailto:mateo.andrade@urosario.edu.co)

**Alejandra Solano Moreno MD**, Médica general, Universidad del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. [didiana.solano@urosario.edu.co](mailto:didiana.solano@urosario.edu.co)

**Mariana Larios Medina MD**, Médica general, Universidad del Rosario. Research Fellow Massachusetts General Hospital. Harvard Medical School. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. [mariana.larios@urosario.edu.co](mailto:mariana.larios@urosario.edu.co)

**Laura Rojas Yepes**, Estudiante de Medicina XI Semestre, Universidad del Rosario. Miembro Semillero Investigación en Salud Mental Universidad del Rosario (SOMA). Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. [lauramaria.rojas@urosario.edu.co](mailto:lauramaria.rojas@urosario.edu.co)

### **Tutores:**

**Tutor Metodológico: 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.

**Tutor Metodológico: Ana Maria Barragán MD**, Médico general con maestría en Salud Pública de la Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel. Estudiante de doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad del Rosario. Profesor Principal de Carrera Académica de la Universidad del Rosario en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, durante 10 años ha estado dedicada a enseñar epidemiología en pregrado y dirigir trabajos de grado y tesis de maestría en epidemiología en el nivel posgrado. Líder del semillero EPIBIOS-UR e investigadora de metodología de investigación en salud.

**Tutor Temático: Alexie Vallejo MD**, Médico general con maestría en Epidemiología y especialista en Psiquiatría de la Universidad del Rosario. Jefe del departamento de

psiquiatría, investigador y profesor titular de carrera de la Universidad del Rosario. Comité organizador de Asociación de Psiquiatras de América Latina y tesorero de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

## **Resumen ejecutivo**

### **Antecedentes:**

El Trastorno Depresivo Mayor es una enfermedad prevalente, recurrente e incapacitante. A pesar de los tratamientos disponibles, una proporción de pacientes no alcanza una respuesta adecuada. La psicoeducación se propone como estrategia complementaria orientada a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y favorecer desenlaces clínicos y funcionales.

### **Objetivo:**

Sintetizar la evidencia disponible sobre las estrategias de psicoeducación empleadas en el manejo de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

### **Metodología:**

Se realizó una revisión sistemática de alcance. Se incluyeron estudios publicados en los que la psicoeducación fuera un componente central de la intervención. La búsqueda se efectuó en tres bases de datos y se complementó con revisión manual de referencias. La extracción de datos se llevó a cabo mediante un proceso independiente y estandarizado.

### **Resultados:**

Se incluyeron 40 estudios. Las intervenciones psicoeducativas mostraron amplia heterogeneidad en modalidad, duración, número de sesiones, población y contenido. Predominaron los formatos presenciales, ambulatorios y dirigidos a adultos, con uso limitado de intervenciones digitales. Los contenidos más frecuentes fueron la información sobre la enfermedad y el tratamiento, mientras que el estigma, suicidio y recaídas recibieron menor atención. Aunque varios estudios reportaron beneficios en síntomas, adherencia, conocimiento o funcionamiento, la variabilidad metodológica limita la posibilidad de establecer conclusiones definitivas sobre efectividad.

### **Conclusiones:**

La psicoeducación es una estrategia clínicamente relevante dentro del abordaje integral del Trastorno Depresivo Mayor. Sin embargo, se requiere mayor estandarización, evaluación longitudinal y adaptación cultural para precisar sus componentes esenciales, facilitar su implementación y determinar con mayor claridad su impacto clínico.

**Palabras clave:** Depresión, psicoeducación, educación al paciente.

## 1. Introducción

El Trastorno Depresivo Mayor es una patología psiquiátrica común, con una prevalencia de vida de alrededor del 12% (1). Se estima que 332 millones de personas en el mundo sufren actualmente de depresión (2), y el Center for Disease Control (CDC) reporta que su prevalencia ha incrementado en un 60% en la década pasada (3). Esta condición afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres (1). Se proyecta que para el 2030, será la enfermedad que más discapacidad cause a nivel mundial (1). Además, la depresión tiene una estrecha relación con comportamientos suicidas. Alrededor de dos tercios de las personas con depresión han contemplado el suicidio, y 10-15% tienen un suicidio consumado (1).

Actualmente, la farmacoterapia es un pilar importante del manejo de la depresión, siendo los inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS) la primera línea de manejo (4). Sin embargo, existe un número considerable de pacientes tratados que no responden adecuadamente al manejo farmacológico. Se considera que hasta un tercio de personas presentan depresión resistente al tratamiento, es decir, no alcanzan la remisión de los síntomas incluso después del manejo con dos regímenes de antidepresivos distintos, con una adecuada duración y dosis (5). A raíz de los niveles poco satisfactorios de respuesta al tratamiento farmacológico, los profesionales en salud mental se han enfocado en la búsqueda de otras formas de tratar a los pacientes con depresión. Se buscan intervenciones que puedan potenciar el manejo psicofarmacológico o incluso actuar como monoterapia para reducción de la sintomatología, impactando positivamente en la calidad de vida de los pacientes, la reintegración social y laboral y en la disminución de su sufrimiento.

La psicoeducación es una estrategia terapéutica que surgió en las décadas de 1950 y 1960, en el marco del movimiento de desinstitutionalización de los pacientes psiquiátricos, el cual buscaba reintegrar estas personas a la sociedad y evitar su aislamiento prolongado en instituciones de salud mental (6). Las intervenciones psicoeducativas consisten en la entrega de información a individuos, familiares y cuidadores sobre la salud mental o algún diagnóstico específico, su manejo, pronóstico, y algunas indicaciones para mantener la estabilidad y el bienestar (7). Son utilizadas en múltiples patologías, incluyendo las enfermedades psicóticas y las afectivas tales como la depresión. Llama la atención el hecho que haya más literatura disponible sobre psicoeducación en enfermedades como la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar que en depresión, a pesar de que esta última tenga una mayor prevalencia (7). Esto nos lleva a resaltar la importancia de conocer las

estrategias disponibles y sus potenciales beneficios, para poder evaluar la pertinencia de incluirlas en nuestro manejo clínico, así como la forma más eficaz de hacerlo.

## 2. Marco Conceptual

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su edición más reciente, define el Trastorno Depresivo Mayor como un periodo de mínimo dos semanas con al menos cinco de los siguientes síntomas: ánimo deprimido la mayor parte del día casi todos los días; anhedonia, pérdida / ganancia de peso o hiperfagia / hiporexia; insomnio / hipersomnias; agitación / retraso psicomotor; fatiga; sentimiento de culpa o inutilidad; disminución de la capacidad de concentrarse e ideas de muerte / suicidas. El ánimo deprimido y la anhedonia son criterios obligatorios para el diagnóstico. Estos síntomas deben condicionar un deterioro en el funcionamiento y no se deben explicar por el consumo de sustancias u otra afectación médica (8).

Hay múltiples teorías sobre la fisiopatología de la depresión. La hipótesis serotoninérgica ha sido considerada históricamente como la causa del trastorno: una disminución en la serotonina circulante en el organismo lleva al desarrollo de la sintomatología afectiva (9). Esta teoría sienta las bases para el manejo farmacológico clásico con el uso de antidepresivos, los cuales actúan mayoritariamente a nivel de receptores serotoninérgicos. Con el avance de la ciencia y el aumento de la investigación en salud mental, se ha incrementado la evidencia del rol de otros neurotransmisores como son el sistema noradrenérgico y dopaminérgico. Así mismo, se han planteado otras teorías innovadoras que involucran la inflamación (10), el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, la epigenética (11) e incluso la microbiota intestinal (12). Así como hay un esfuerzo en la investigación para tener nuevas nociones sobre la fisiopatología de la depresión, también se buscan nuevos manejos para agregar a los que ya tenemos, o incluso reemplazarlos. Aquí es donde entra la psicoeducación y su potencial papel adyuvante para el Trastorno Depresivo Mayor.

El término “psicoeducación” fue inicialmente descrito como una intervención en salud mental en 1941, enfocando su uso en esquizofrenia (13). Como lo indica el prefijo “psico”, proviniendo de la palabra griega para “mental”, es una estrategia que puede ser utilizada en distintas alteraciones mentales (13). La psicoeducación se define como “el proceso de enseñar a pacientes con enfermedad mental y a su familia sobre la naturaleza de la enfermedad incluyendo su etiología, progresión, consecuencias, pronóstico, tratamiento y alternativas” (6). Las metas esenciales de este tipo de intervenciones son: incrementar el conocimiento del paciente y su familia sobre la enfermedad, ampliar el autoconocimiento e identificación de síntomas en el individuo, la prevención de recaídas y la creación de compromisos alrededor del manejo de crisis y prevención de suicidio (6).

En ocasiones se puede referir a la psicoeducación únicamente como el acto de informar a los pacientes sobre su patología y algunas indicaciones generales sobre el tratamiento. La psicoeducación en realidad va más allá de este estándar mínimo de calidad de práctica clínica (14). Se dirige al empoderamiento del paciente, buscando que este tenga una actitud proactiva ante su enfermedad y su tratamiento y pueda utilizar las herramientas que se provean, así como modificar conductas y actitudes relacionadas con la enfermedad (14). El psicólogo e investigador Francesc Colom menciona en un artículo de opinión académica, “La psicoeducación reemplaza la culpa por la responsabilidad, la impotencia por el cuidado proactivo y la negación por la conciencia” (14).

En pacientes con depresión, la psicoeducación se enfoca en que el individuo conozca a profundidad los síntomas para poder reconocerlos cuando surjan; que logren identificar posibles causas; que evalúen opciones de tratamiento conociendo los beneficios y efectos secundarios; conozcan la importancia de la adherencia al tratamiento y se informen sobre el curso y pronóstico de la patología (6). Así mismo, frecuentemente se realiza una planeación de horarios (de citas de control, administración de medicamentos, ejercicio entre otros) para ayudar al paciente a incluir las distintas esferas del manejo de la enfermedad en su día a día (6).

Las estrategias de psicoeducación se han convertido en un pilar vital en el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor, teniendo protagonismo en guías como la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido (4), la guía de práctica clínica Colombiana (15) y la guía Australiana de Trastornos del Afecto (16). Esta última incluso habla de la pertinencia de psicoeducar sobre la comorbilidad con el consumo de sustancias psicoactivas, el ciclo circadiano y la higiene del sueño (16). También menciona que se debe priorizar el aprendizaje activo, las discusiones abiertas y el valorar la experiencia personal que trae el paciente (16). Llega incluso a plantear algunas páginas web, lo cual nos apunta a las distintas maneras existentes de realizar una estrategia psicoeducativa.

La evidencia sobre la psicoeducación en depresión ha sido evaluada mediante distintos diseños metodológicos, incluyendo revisiones sistemáticas de la literatura. Una de ellas, publicada en el año 2013 encontró que los estudios sobre psicoeducación en depresión disponibles hasta ese momento tenían metodologías muy heterogéneas, alto riesgo de sesgo y evaluación de distintos desenlaces (17). 12 años después, en una revisión sistemática publicada en el 2025, se seguían manteniendo las mismas dificultades (18). A pesar de estas

limitaciones, se ha evidenciado que las estrategias psicoeducativas contribuyen a mejoras en aspectos como la adherencia, el funcionamiento psicosocial, la reducción de costos, el estigma y el sufrimiento psicológico (18). También hay evidencia de mayor reducción de la sintomatología cuando se comparó con tratamiento usual, usando mediciones como el Beck's Depression Inventory (BDI), el Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), el Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), entre otros (18).

Debido a las limitaciones expuestas anteriormente, los estudios mencionados no se atreven a definir una guía de implementación. Podemos ver como las diferencias en duración, modalidad de intervención, población objetivo y desenlaces evaluados en los estudios dificultan la construcción de recomendaciones estandarizadas (17, 18).

Otras revisiones sistemáticas de la literatura reportan beneficios de la psicoeducación en otras modalidades de presentación de la depresión, tal como mujeres con síntomas depresivos durante el periodo perinatal (19) y depresión en adolescentes (7). Estos estudios encontraron que la psicoeducación tiene diversas ventajas, pero la calidad de la evidencia disponible es baja y se requieren más estudios aleatorizados y controlados.

Se ha utilizado también la metodología del ensayo controlado aleatorizado para estudiar la psicoeducación en depresión (20). Un estudio publicado en el *Nordic Journal of Psychiatry* reporta una disminución en la severidad sintomatología (medida con el BDI) igualmente significativa en los controles y en los que recibieron intervención psicoeducativa. Por otro lado, la adherencia al tratamiento y la permanencia en el mercado laboral (ambas evaluadas dentro de entrevistas con un terapeuta asignado) fue mayor en el grupo que recibió psicoeducación (20).

Debido al fuerte impacto de los trastornos depresivos en el bienestar de la población, el evidente beneficio de las estrategias psicoeducativas en los desenlaces de la enfermedad y las dificultades en los estudios sobre las mismas, consideramos relevante realizar una revisión sistemática de la literatura sobre este tema, teniendo como objetivo describir las distintas estrategias de psicoeducación en depresión y recopilar la información existente sobre ellas.

### 3. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las estrategias de psicoeducación que cuentan con evidencia disponible para ser empleadas en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor?

**Población:** Pacientes con trastorno depresivo mayor y/o sus familiares o cuidadores.

**Concepto:** Estrategias de psicoeducación (definidas como acciones estructuradas para informar, entrenar o desarrollar habilidades: contenidos educativos, componentes cognitivo/conductuales, materiales de apoyo, formato presencial / digital, individual / grupal).

**Contexto:** Cualquier ámbito de atención (intrahospitalario, ambulatorio, etc.), sin restricción geográfica.

### 4. Objetivos

#### 4.1 Objetivo General:

- Sintetizar la evidencia de las distintas estrategias de psicoeducación para el manejo de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

#### 4.2 Objetivos específicos:

- Identificar las diferentes estrategias de psicoeducación descritas para el manejo del paciente con Trastorno Depresivo Mayor.
- Caracterizar las estrategias de psicoeducación identificadas para el manejo del paciente con Trastorno Depresivo Mayor.
- Describir las estrategias de psicoeducación para el manejo del paciente con Trastorno Depresivo Mayor.

## **5. Metodología**

La presente revisión de alcance se llevó a cabo siguiendo la metodología propuesta por el Instituto Joanna Briggs (JBI) (21) y el marco conceptual de Arksey y O'Malley (22). Asimismo, el reporte de los resultados se realizó bajo los estándares de la extensión Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) para garantizar la transparencia y calidad del informe (23).

### **5.1 Tipo y diseño de estudio**

Revisión sistemática de alcance.

### **5.2 Criterios de inclusión**

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), cuyo componente psicoeducativo fuera central. El lenguaje debía ser inglés o español. No se realizó restricción de edad. La fecha de publicación establecida fue en los últimos 10 años desde el momento del inicio de la investigación, es decir, desde el 31 de mayo 2014 hasta el 31 de mayo del 2024. Se incluyeron pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor, excluyendo los artículos que únicamente reportaban síntomas depresivos sin un diagnóstico claro (incluso cuando se utilizaron escalas de severidad, las cuales no son una herramienta diagnóstica). Se excluyeron revisiones sobre depresión posparto y depresión en el contexto de una enfermedad orgánica.

Dado que se trata de una revisión sistemática de alcance, no se realizó un cálculo de tamaño muestral, ya que el objetivo de este tipo de estudios es identificar la literatura disponible y hacer una descripción de la evidencia existente, sin necesariamente establecer el efecto de la intervención.

### **5.3 Población**

Pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor y/o sus familiares o cuidadores. No se establecieron restricciones relacionadas con edad, sexo, género, orientación sexual, raza, etnia, nacionalidad o procedencia geográfica.

### **5.4 Concepto**

Para esta revisión, las estrategias de psicoeducación se definieron como intervenciones estructuradas, cuyo objetivo fuera proporcionar información sobre la enfermedad, y algunos elementos distintos de la misma, entre ellos su tratamiento, pronóstico y prevención de recaídas.

Se incluyeron intervenciones individuales o grupales, presenciales, digitales o híbridas, así como aquellas apoyadas en materiales escritos, audiovisuales o plataformas virtuales. La psicoeducación debía constituir un componente central de la intervención y no únicamente un elemento secundario dentro de programas terapéuticos más amplios.

### *5.5 Contexto*

Pacientes y familiares de pacientes de cualquier edad, raza, género y localización geográfica, con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en quienes se hayan aplicado estrategias de psicoeducación.

### *5.6 Control de sesgo y error*

A diferencia de una revisión sistemática de la literatura, el objetivo de esta revisión de alcance es conocer la extensión y naturaleza de la evidencia disponible, no evaluar la calidad de los estudios para establecer recomendaciones de práctica clínica. Por lo tanto, según la extensión PRISMA-ScR (23) , la evaluación formal del riesgo de sesgo es opcional y no se considera un requisito para cumplir con el objetivo de la identificación y conocimiento de la literatura.

El control de error y sesgo en el proceso de la revisión se garantiza mediante:

- Criterios de inclusión y exclusión claros: fueron definidos previamente en este protocolo.
- Revisión por pares: El proceso de selección de artículos y extracción de datos fue realizado por al menos dos revisores de forma independiente para minimizar el sesgo de selección.
- Consenso: en caso de discrepancias, intervino un tercer revisor.

### *5.7 Tipo de fuentes*

#### *5.7.1 Estrategia de búsqueda*

Se realizó una búsqueda electrónica en 3 bases de datos: Medline (a través de PubMed), SCOPUS y la base de datos de Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS). Se utilizaron estas bases de datos por su amplia oferta de literatura, y con un especial interés en LILACS por la representación de la literatura latinoamericana. No se contactaron autores ni expertos del tema para artículos recomendados de manera particular. Se tuvieron en cuenta tanto artículos en Open Access como aquellos que requieran suscripción a revistas, lo cual se logró a través de la disponibilidad de bases de datos ofrecidas por 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 depresivo mayor,

estrategias psicoeducativas, psicoeducación. Estos fueron los términos usados en las bases de datos:

#### *PubMed*

((“depression”[MeSH Terms] OR “depressive disorder” [MeSH Terms]) AND (“psychoeducation”[All Fields] OR “psychoeducational”[All Fields] OR “psychoeducative” [All Fields] ))

#### *SCOPUS*

Major depressive disorder AND psychoeducation

#### *LILACS*

Depresión AND psicoeducación

### *5.8 Búsqueda manual*

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

#### *5.8.1 Extracción de resultados*

Los estudios obtenidos de las estrategias de búsqueda en las bases de datos fueron exportados a la herramienta Rayyan - SYSTEMATIC REVIEWS QCRI (<https://rayyan.qcri.org/welcome>). Utilizando esta herramienta se removieron los estudios duplicados. Se activó la opción de cegamiento para realizar la selección de estudios de forma paralela. Los autores ML y MA realizaron la primera revisión a partir de los títulos y resúmenes de los artículos, y se clasificaron en excluidos o incluidos. Los conflictos presentados fueron resueltos por la autora MPR. Los datos fueron extraídos individualmente, sin proceso de confirmación. Posteriormente, se evaluó el contenido completo de los artículos que se incluyeron en el cribado previo, para identificar que cumplan en totalidad los criterios de inclusión. Esto lo realizaron los autores MPR y DV. Un quinto evaluador (AS) resolvió los conflictos en la selección. Se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos incluidos para identificar posibles referencias adicionales. Finalmente, los investigadores de forma independiente y paralela (MPR, DV, ML, AS) extrajeron la información de los artículos seleccionados de acuerdo con el formato de recolección preestablecido en el programa Excel.

La tabla de extracción de datos incluyó la siguiente información de cada artículo: año de realización y publicación, autores, país, objetivo, población, número de participantes, sexo y edad de pacientes y familiares/cuidadores, ámbito y tipo de estudio, escalas utilizadas para medir los desenlaces, características de la intervención psicoeducativa (número y duración de las sesiones, persona que dirigió la intervención, temáticas abordadas y estrategias o material de apoyo), comparador, limitaciones del estudio y fuentes de financiación. Las variables cualitativas se reportaron mediante categorización y descripción, mientras que las cuantitativas se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión, según su distribución.

La tabla de extracción de datos se encuentra en el Anexo, y también de manera resumida en la Figura 4.

### *5.9 Plan de análisis*

El análisis de la información se realiza de manera descriptiva y narrativa, acorde con la naturaleza exploratoria de una revisión sistemática de alcance. La unidad de análisis es cada estudio incluido. Inicialmente, los datos extraídos se organizan en una matriz estandarizada en Excel, que incluye variables bibliográficas, metodológicas, poblacionales, características de la intervención psicoeducativa, comparadores, desenlaces evaluados, instrumentos utilizados, dirección general de los hallazgos, limitaciones reportadas y fuente de financiación.

Las variables categóricas se resumen mediante frecuencias absolutas y relativas, expresadas como porcentajes, y como  $k$ , donde  $k$  corresponde al número de estudios que reportan cada característica. Se describen, entre otras, el año de publicación, país o región, diseño metodológico, ámbito de implementación, población objetivo, modalidad de intervención, tipo de comparador, componentes psicoeducativos, desenlaces evaluados y fuente de financiación. En los casos en que un mismo estudio aporte información a más de una categoría -por ejemplo, componentes de la intervención o desenlaces evaluados-, las categorías se tratan como no mutuamente excluyentes, por lo que la suma de porcentajes puede superar el 100%.

Las variables cuantitativas, como la edad de los participantes, el número de sesiones, la duración de las mismas y la duración total del programa, se describen mediante medidas de tendencia central y dispersión. Se utiliza la media y la desviación estándar (DE). No se realizan imputaciones para datos no reportados; estos se clasifican como “no reportado” en la matriz de extracción.

La síntesis de las intervenciones se realiza mediante categorización temática, agrupando los contenidos psicoeducativos según componentes comunes: conocimiento sobre la enfermedad, tratamiento y adherencia, detección temprana de recaídas, habilidades cognitivas y conductuales, regulación emocional, afrontamiento, estilo de vida y autocuidado, apoyo familiar, estigma y prevención del suicidio. Esta categorización permite identificar los componentes más frecuentes y los vacíos temáticos de la literatura.

La dirección general de los hallazgos se clasifica de forma descriptiva como: resultado a favor de la psicoeducación, resultado no concluyente o sin diferencia significativa, o resultado desfavorable. Esta clasificación se basa en la interpretación reportada por los autores de cada estudio, sin estimar tamaños de efecto agregados.

Dado que se trata de una revisión de alcance, no se realiza metaanálisis ni pruebas de hipótesis. Tampoco se efectúa una evaluación formal del riesgo de sesgo como criterio de ponderación de los resultados, ya que el propósito principal es identificar la extensión, características y vacíos de la evidencia disponible, más que establecer conclusiones definitivas sobre efectividad.

Finalmente, los resultados se presentan mediante tablas, figuras y síntesis narrativa. Se incluye el diagrama PRISMA de selección de estudios, tablas de características generales de los estudios y las estrategias psicoeducativas, así como una síntesis final de hallazgos clave orientada a identificar implicaciones para la investigación, la práctica clínica y el desarrollo futuro de intervenciones psicoeducativas estructuradas para el trastorno depresivo mayor

## 6. Aspectos Éticos

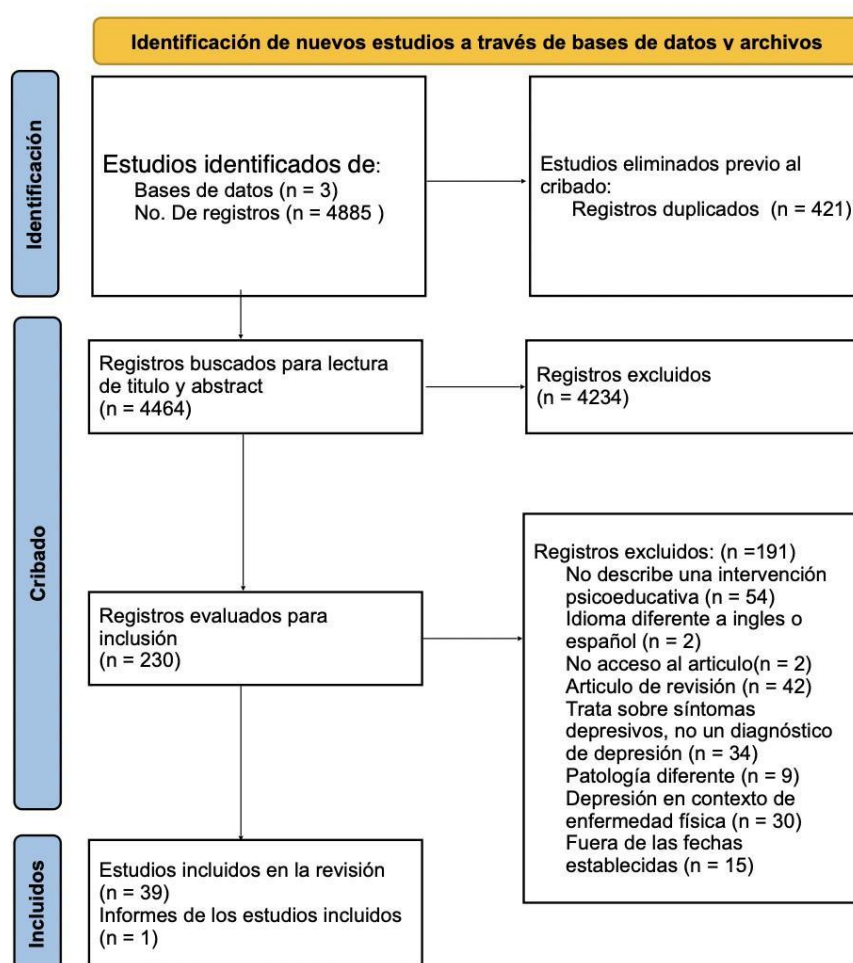
Este estudio se clasifica como investigación sin riesgo al tratarse de un estudio meramente documental, sin implicar el contacto con seres humanos ni especies biológicas y no incluye información explícita ni delicada de ningún participante individual.

## 7. Resultados

### Proceso de selección

El proceso de identificación, selección e inclusión o 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*



La búsqueda bibliográfica se realizó en tres bases de datos: MEDLINE (a través de PubMed), Scopus y LILACS, para lo cual se utilizaron los términos y estrategias de búsqueda descritas anteriormente.

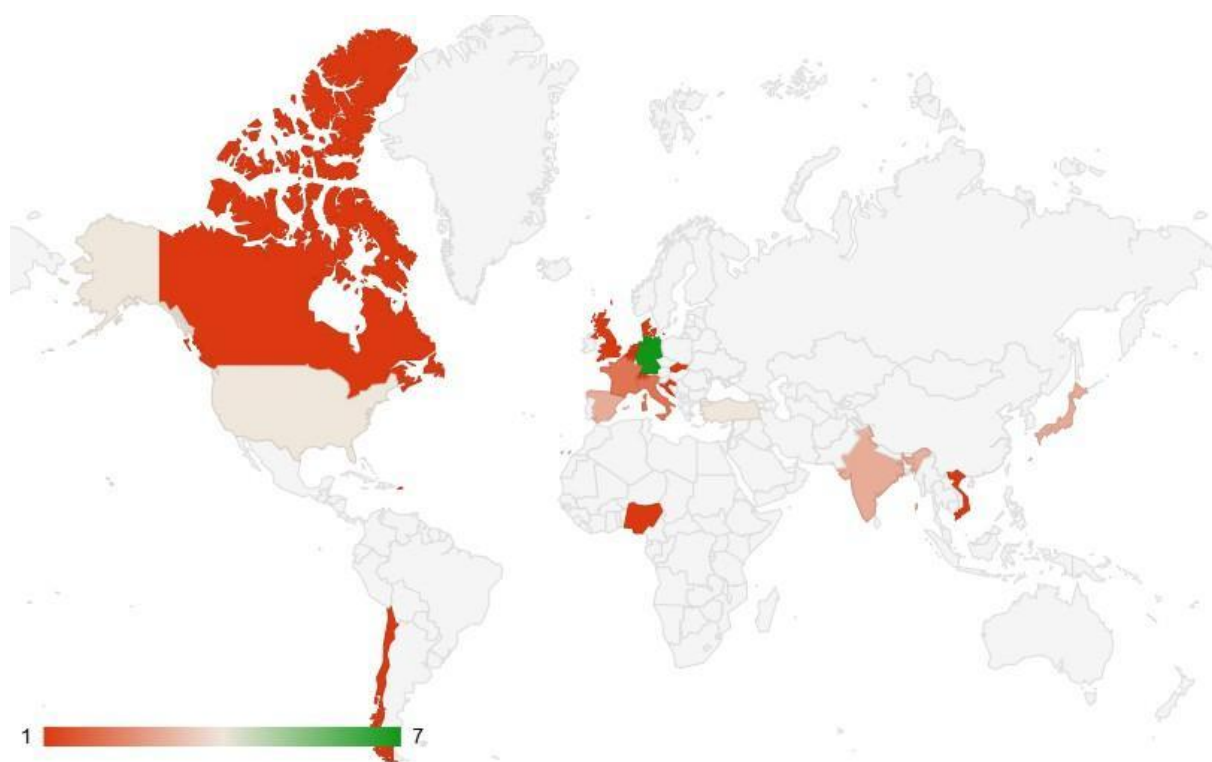
Se importaron 4,885 referencias en total a la herramienta RAYYAN, 23 de LILACS, 2,107 de PUBMED y 2,755 de SCOPUS. Se eliminaron 421 estudios ya que se encontraban duplicados. De los 4,464 artículos restantes, los autores realizaron un cribado teniendo en cuenta el título y el abstract, y coincidieron en excluir 4,234 artículos e incluir 230. Posteriormente, se realizó la lectura completa de los artículos seleccionados, descartando 191. De los 39 artículos restantes, se realizó una revisión bibliográfica manual que llevó a la inclusión de 1 artículo adicional, para un total de 40 artículos incluidos en la tabla de extracción de datos y en la revisión sistemática de alcance.

Los estudios fueron publicados entre 2014 y 2024, observándose una distribución heterogénea a lo largo del tiempo. El mayor número de publicaciones se concentró entre 2015 y 2016, con el 15% de los artículos incluidos publicados en cada año ( $k=6$ ), seguido de 2018 con 12.5% ( $k=5$ ). En cada uno de los años 2019, 2020, 2022 y 2024 se publicaron el 10% de los estudios ( $k=4$ ). Por su parte, los años con menor producción fueron 2014, con el 2.5% de la contribución de artículos ( $k=1$ ), y 2017, 2021 y 2023, con el 5% de la producción de estudios en cada uno de estos años ( $k=2$ ), lo que refleja una producción sostenida pero no lineal de la literatura sobre psicoeducación en depresión a lo largo de la última década.

### ***Distribución geográfica de los estudios***

En cuanto a la distribución geográfica, los estudios incluidos procedieron de 20 países, con un predominio claro de investigaciones realizadas en Europa, que concentró el 62.5% de los artículos ( $k=25$ ). A nivel continental, Asia aportó el 17.5% de los estudios ( $k=7$ ), seguido de Norteamérica con el 15% ( $k=6$ ), mientras que Suramérica y África contribuyeron con el 2.5% cada una ( $k=1$ ). A nivel de país, Alemania fue el país con mayor número de publicaciones con un 17.5% ( $k=7$ ), seguido por Estados Unidos y Turquía con el 10% cada uno ( $k=4$ ). India, España y Japón aportaron el 7.5% de estudios cada uno ( $k=3$ ), mientras que Italia y Francia contribuyeron con el 5% artículos respectivamente ( $k=2$ ). El resto de los países identificados (Holanda, Suiza, Canadá, Dinamarca, Vietnam, Puerto Rico, Nigeria, Chile, Gales, Bélgica, Eslovaquia y Croacia) aportaron el 2.5% cada uno ( $k=1$ ), evidenciando una amplia dispersión geográfica de la investigación en este campo.

*Figura 2. Distribución geográfica de estudios incluidos*



### ***Ámbito de implementación de estrategia psicoeducativa***

En relación con el ámbito de implementación, la gran mayoría de los estudios se desarrolló en contextos ambulatorios, correspondiente al 82.5% de los estudios ( $k=33$ ). Solo el 7.5% de los estudios se realizaron exclusivamente en ámbito hospitalario ( $k=3$ ), mientras que el 10% de los estudios ( $k=4$ ) describieron intervenciones en contextos mixtos, incluyendo programas que se iniciaban en hospitalización o clínica de día y continuaban de forma ambulatoria tras el egreso.

### ***Población objetivo***

Respecto a la población, la mayoría de los estudios se centró en pacientes con depresión, que constituyeron la población principal en el 62.5% de los estudios ( $k=25$ ). Por el contrario, en el 7.5% de los estudios, la intervención se dirigió exclusivamente a familiares ( $k=3$ ), y solo un 2.5% de estudios se dedicaron netamente a cuidadores ( $k=1$ ). En el 27.5% restante de los estudios ( $k=11$ ) se incluyeron combinaciones de pacientes con familiares o cuidadores, incluyendo estudios que involucraron pacientes junto a padres, familiares o cuidadores principales. En algunos casos, aunque los pacientes cumplían criterios diagnósticos de depresión, la intervención psicoeducativa fue dirigida únicamente a los familiares o cuidadores, mientras los pacientes continuaban con su tratamiento habitual.

En cuanto a las características etarias de los participantes, la edad promedio global reportada en los estudios fue de 39,1 (DE=17.7) años, con un rango que osciló entre 10,5 años como edad mínima y 71.3 años como edad máxima. Se observaron variaciones importantes entre países dependiendo de la población de elección de los estudios, fuera pediátrica o de adultos. Frente a ello, el 22.5% de estudios se enfocó en una población pediátrica (k=9) donde destacaron los estudios realizados en Estados Unidos, con una edad promedio de 14 años (DE=2.6). De la misma manera, el 77.5% de estudios incluyeron a población adulta (k=31) siendo Canadá el país que reportó la edad promedio más alta (71.3 años). En países europeos como Alemania, España, Italia y Francia, las edades promedio se situaron entre la cuarta y sexta década de la vida. Estos datos reflejan la inclusión de poblaciones tanto adolescentes como adultas y adultas mayores dentro de las intervenciones psicoeducativas evaluadas.

### ***Diseño de estrategia psicoeducativa***

Respecto a los diseños metodológicos, los estudios incluidos abarcaron ensayos controlados aleatorizados, estudios cuasi-experimentales y estudios piloto o exploratorios. El diseño de estudio más utilizado fue el ensayo clínico aleatorizado representando el 35% de los estudios incluidos en la revisión (k=14), seguido del estudio cuasi-experimental con un 30% de los estudios (k=12). Los protocolos también tuvieron una muestra significativa siendo el 20% de los estudios incluidos (k=8). Entre los diseños menos utilizados encontramos al estudio de cohorte, el estudio ECA-Cluster y otros diseños metodológicos representando un 5% de los estudios incluidos cada uno (k=2).

En relación con la modalidad de implementación de las intervenciones psicoeducativas reportadas, la mayoría de los estudios se llevaron a cabo en formato presencial, con un 80% de los estudios analizados (k=32). En menor proporción, el 17.5% de los estudios utilizaron modalidades digitales o virtuales (k=7), mientras que solo el 2.5% de estudios empleó un enfoque mixto que combinó componentes presenciales y virtuales (k=1). Estos hallazgos sugieren un claro predominio de los diseños presenciales dentro de la literatura analizada, con una incorporación todavía limitada de estrategias digitales o híbridas.

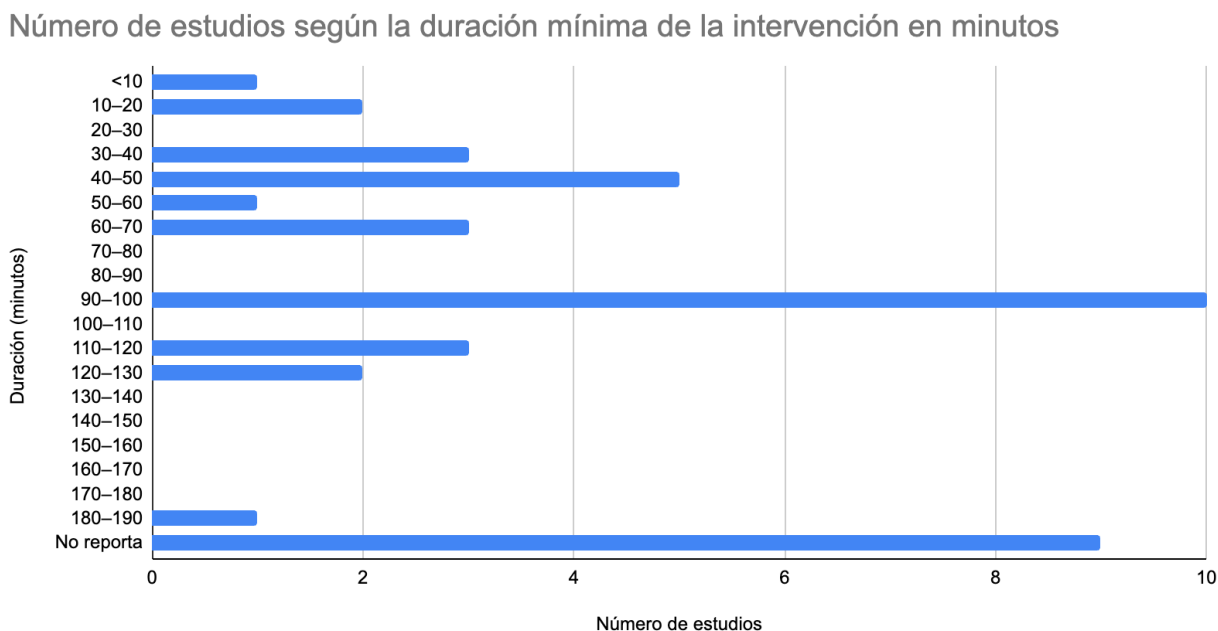
En cuanto al número de sesiones de las intervenciones psicoeducativas, se observó un promedio de 7.74 (DE=5.3) sesiones entre los estudios incluidos. No obstante, se identificó cierta heterogeneidad en la forma en que las intervenciones fueron estructuradas. Dos estudios digitales reportaron su contenido en formato de módulos (uno con siete módulos y otro con cuatro módulos complementados con una sesión presencial). Asimismo, dos intervenciones corresponden a plataformas web de acceso libre, en las que la exposición al contenido no estaba estructurada en sesiones definidas, y un estudio no especificó el número

de sesiones de la intervención.

Por otra parte, la duración de las sesiones mostró una amplia variabilidad entre los estudios incluidos. La duración mínima reportada correspondió a un video psicoeducativo de 6 minutos y 30 segundos, mientras que la duración máxima alcanzó 180 minutos. El promedio de duración fue de 68.5 minutos (DE= 40.6). La mayor proporción de intervenciones se concentró en sesiones de 90 a 100 minutos con un 25% de los estudios (k=10), seguidas por sesiones de 40 a 50 minutos con un 12.5% de los estudios (k=5). Otros rangos reportados incluyeron 30–40 minutos, 60–70 minutos y 110–120 minutos, con un 7.5% de los estudios respectivamente (k=3), así como 120–130 minutos y 110–120 minutos con un 5% de los estudios (k=2). Duraciones menores, como menos de 10 minutos, fueron menos frecuentes representando un 2.5% de los estudios (k=1). En contraste, el 22.5% de los estudios no reportó la duración de las sesiones (k=9).

Cabe señalar que, en la mayoría de los artículos, la duración de las sesiones fue reportada en rangos de tiempo (por ejemplo, 45–50 minutos). Con el fin de estandarizar el análisis descriptivo, los cálculos se realizaron utilizando el valor mínimo del rango reportado (por ejemplo, 45 minutos cuando se indicaba 45–50 minutos).

*Figura 3. Distribución de estudios incluidos según la duración mínima de la intervención en minutos*



En cuanto a la duración total de las intervenciones psicoeducativas, estas se desarrollaron durante 7,6 semanas en promedio ( $DE=4.9$ ). No obstante, se observó heterogeneidad en la forma en que los estudios reportaron esta variable. Cinco estudios correspondieron a intervenciones de una sola sesión, por lo que su duración no se extendió a lo largo de varias semanas. Asimismo, cinco artículos reportaron duraciones variables dentro del mismo estudio, ya que las intervenciones incluían diferentes modalidades o brazos con tiempos de implementación distintos. Por otra parte, tres estudios no especificaron la duración en semanas de la intervención. Finalmente, en tres investigaciones la duración estuvo determinada por el propio participante, como ocurrió en intervenciones basadas en plataformas web de acceso libre, en las cuales el tiempo de utilización dependía del uso individual por parte de los pacientes.

Figura 4. Resumen de estudios incluidos en la revisión

| Datos Básicos                   |                |           | Metodología          |                                         |            |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------|----------------|-----------|----------------------|-----------------------------------------|------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor                           | País           | Población | No. de participantes | Tipo de Estudio                         | Formato    | No. de sesiones                  | Duración de cada sesión (minutos)                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Başoğlu et al., 2020 (24)       | Turquía        | Adultos   | 72                   | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 6                                | 50 - 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Bernal et al., 2019 (25)        | Puerto Rico    | Menores   | 121                  | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 8                                | 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Bevan-Jones et al., 2020 (26)   | Gales          | Menores   | 74                   | Otro: Estudio de factibilidad           | Digital    | Programa de 2 meses, auto-guiado | No reporta                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Breznoscakova et al., 2024 (27) | Eslovaquia     | Adultos   | 96                   | Cuasi-Experimental (Piloto)             | Presencial | 4                                | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Casañas et al., 2015 (28)       | España         | Adultos   | 106                  | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 12                               | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Chiesa et al., 2015 (29)        | Italia         | Adultos   | 50                   | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 8                                | 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Ducasse et al., 2015 (30)       | Francia        | Adultos   | NA                   | Protocolo                               | Presencial | 9                                | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Frank et al., 2015 (31)         | Alemania       | Adultos   | NA                   | Protocolo                               | Presencial | 4                                | 90 - 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Fristad et al., 2018 (32)       | Estados Unidos | Menores   | 61                   | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 8                                | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Fristad et al., 2019 (33)       | Estados Unidos | Menores   | 142                  | Ensayo Controlado Aleatorizado (Piloto) | Presencial | No reporta                       | 45-50                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Gaebel et al., 2019 (34)        | Alemania       | Adultos   | 462                  | ECA-Cluster                             | Presencial | 12                               | No reporta                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Geçdi et al., 2022 (35)         | Turquía        | Adultos   | 60                   | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 10                               | 45 - 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Gili et al., 2020 (36)          | España         | Adultos   | 221                  | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Mixto      | 4 módulos + 1 sesión presencial  | Sesión presencial: 90 + Módulos Virtuales 40 - 60                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Günaydın et al., 2016 (37)      | Turquía        | Adultos   | 153                  | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 5                                | 45 - 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Iglhaut et al., 2024 (38)       | Alemania       | Menores   | 33                   | Cuasi-Experimental                      | Digital    | 1                                | "depresión en la infancia y adolescencia" (4 min. + vídeo de 3:27 min.); "diagnóstico y tratamiento profesional" (3 min.); "prevalencia y comorbilidades (2 min.); "curso y grado de severidad" (3 min + podcast de 7:00 min.); y "causas de la depresión en la infancia y adolescencia" (6 min + vídeo de 4:05 min.) |
| Isa et al., 2018 (39)           | Nigeria        | Menores   | 18                   | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 4                                | 30 - 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| John et al., 2016 (40)          | India          | Adultos   | 39                   | Ensayo Controlado Aleatorizado (Piloto) | Presencial | 1                                | 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Juretić et al., 2020 (41)       | Croacia        | Adultos   | 100                  | Cohorte                                 | Presencial | 25                               | No reporta                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Justicia et al., 2017 (42)      | España         | Adultos   | 310                  | Protocolo                               | Digital    | 7 módulos                        | No reporta                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Katsuki et al., 2014 (43)       | Japón          | Adultos   | 60                   | Protocolo                               | Presencial | 4                                | 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Katsuki et al., 2018 (44)       | Japón          | Adultos   | 49                   | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 4                                | 90 - 120                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Kramer Freher et al., 2022 (45) | Holanda        | Adultos   | NA                   | Protocolo                               | Digital    | 1                                | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Kumar et al., 2015 (46)         | India          | Adultos   | 80                   | Ensayo Controlado Aleatorizado          | Presencial | 4                                | No reporta                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Kürümlüoğlu et al., 2021 (47)   | Turquía        | Adultos   | 60                   | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 8                                | 40 - 50                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Lespine et al., 2024 (48)       | Francia        | Adultos   | 87                   | Cuasi-Experimental (Piloto)             | Presencial | 8                                | 180                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| MacPherson et                   | Estados        | Menores   | 77                   | Cuasi-Experimental                      | Presencial | 8                                | 90                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                            |                |         |      |                                                      |            |                                          |                                                             |
|----------------------------|----------------|---------|------|------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| al., 2016 (49)             | Unidos         |         |      | (Piloto)                                             |            |                                          |                                                             |
| Melin et al., 2018 (50)    | Suiza          | Adultos | 36   | Cuasi-Experimental (Piloto)                          | Presencial | 18                                       | Sesiones grupales: 120<br>Sesiones individuales: No reporta |
| Niemi et al., 2016 (51)    | Vietnam        | Adultos | 56   | ECA-Cluster                                          | Presencial | 8                                        | No reporta                                                  |
| Pérez et al., 2021 (52)    | Chile          | Adultos | 167  | Ensayo Controlado Aleatorizado                       | Presencial | Página web de acceso libre               | No reporta                                                  |
| Potes et al., 2016 (53)    | Canada         | Adultos | 34   | Cuasi-Experimental                                   | Presencial | 10                                       | No reporta                                                  |
| Primbs et al., 2023 (54)   | Alemania       | Menores | 50   | Ensayo Controlado Aleatorizado                       | Presencial | 1                                        | 15                                                          |
| Reins et al., 2019 (54)    | Alemania       | Adultos | 131  | Ensayo Controlado Aleatorizado                       | Digital    | 6                                        | 30                                                          |
| Rogiers et al., 2022 (56)  | Bélgica        | Adultos | NA   | Otro: Artículo teórico / Descripción de intervención | Presencial | 8                                        | 90                                                          |
| Schaub et al., 2018 (57)   | Alemania       | Adultos | 177  | Cohorte                                              | Presencial | 12                                       | Sesiones grupales: 90<br>Sesiones individuales: 25 - 50     |
| Schramm et al., 2022 (58)  | Alemania       | Adultos | 1250 | Protocolo                                            | Digital    | 4                                        | No reporta                                                  |
| Singh et al., 2024 (59)    | India          | Adultos | 154  | Ensayo Controlado Aleatorizado                       | Digital    | 1                                        | 6.5                                                         |
| Tanaka et al., 2015 (60)   | Japón          | Adultos | 82   | Cuasi-Experimental                                   | Presencial | 3 (pero podían entrar a más si deseaban) | 60                                                          |
| Timmerby et al., 2016 (61) | Dinamarca      | Adultos | 200  | Protocolo                                            | Presencial | 16                                       | 120                                                         |
| Toni et al., 2023 (62)     | Italia         | Adultos | 384  | Protocolo                                            | Presencial | Aproximadamente 18                       | 60–90                                                       |
| Young et al., 2017 (63)    | Estados Unidos | Menores | 72   | Ensayo Controlado Aleatorizado (Piloto)              | Presencial | 12                                       | 45 - 50                                                     |

### *Temáticas psicoeducativas abordadas*

En relación con las temáticas abordadas en las intervenciones psicoeducativas, el contenido más frecuentemente incluido correspondió al conocimiento sobre la enfermedad, presente en el 82.5% de los 40 estudios (k=33). Asimismo, el 67.5% estudios (k=27) incorporaron componentes relacionados con el tratamiento del trastorno depresivo mayor, incluyendo información sobre opciones terapéuticas y adherencia al tratamiento. Otras temáticas abordadas con menor frecuencia incluyeron el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales en el 40% de los estudios (k=16) y aspectos relacionados con estilo de vida y autocuidado en el 37.5% de los estudios (k=15).

De igual forma, el 32.5% de los estudios incluyeron contenidos orientados a la detección temprana de síntomas y prevención de recaídas (k=13), así como al desarrollo de habilidades emocionales y de afrontamiento. Las habilidades de comunicación fueron abordadas en el 30% de los estudios (k=12). Finalmente, los temas menos frecuentemente incluidos fueron aquellos relacionados con estigma y suicidio, presentes en el 12.5% de los estudios (k=5). En conjunto, estos hallazgos sugieren que las intervenciones psicoeducativas se centran principalmente en la transmisión de información sobre la enfermedad y su tratamiento,

mientras que otros componentes orientados al desarrollo de habilidades psicosociales y a la reducción del estigma reciben una menor atención en la literatura revisada.

En relación con los desenlaces evaluados en las intervenciones de psicoeducación en Trastorno Depresivo Mayor, se observó que la severidad de los síntomas depresivos fue el desenlace más frecuentemente reportado, presente en 90% de los estudios (k=36). Le siguieron el bienestar global o la calidad de vida, descrito en el 50% de los estudios (k=20), y la evaluación de otros síntomas asociados (somáticos y cognitivos), reportados en el 25% de los estudios (k=10).

En menor proporción, se identificaron desenlaces relacionados con herramientas de afrontamiento o resiliencia en el 20% estudios (k=8), así como el relacionamiento interpersonal o familiar, también en el 20% de los estudios (k=8). El conocimiento de la enfermedad y la sobrecarga del cuidador fueron abordados cada uno en el 17.5% de los estudios (k=7).

Por su parte, la adherencia al tratamiento o la disposición a buscar ayuda se reportó en el 15% de los estudios (k=6), mientras que el estigma y la conducta suicida fueron considerados en el 7.5% de los estudios cada uno (k=3). Finalmente, la recaída o rehospitalización fue el desenlace menos evaluado, presente únicamente en el 2.5% de los estudios (k=1).

### ***Financiación de los estudios***

En lo que respecta a la financiación de los estudios incluidos, el 60% de las investigaciones reportó haber recibido algún tipo de financiación (k=24). Por el contrario, el 27.5% de los estudios indicó explícitamente no haber contado con financiación (k=11), mientras que el 12.5% restante no reportó información (k=5). En conjunto, estos resultados muestran que, aunque la mayoría de los estudios contó con apoyo financiero, una proporción relevante de investigaciones fue desarrollada sin financiación o sin declarar esta información.

### ***Evidencia de las intervenciones psicoeducativas***

En cuanto a la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de psicoeducación en Trastorno Depresivo Mayor, los resultados mostraron una mayoría de estudios a favor de la efectividad de la psicoeducación. Un 55% de los estudios reportaron evidencia a favor de la estrategia psicoeducativa (k=22). Vale aclarar que el 22.7% de estos estudios a favor eran estudios piloto (k=5), uno un piloto de un ensayo controlado aleatorizado y los otros cuatro, pilotos de estudios cuasiexperimentales. Aunque la evidencia a favor de la psicoeducación es

predominantemente favorable, es heterogénea en magnitud, desenlaces evaluados y fuerza metodológica. Los hallazgos más consistentes provienen de estudios controlados o aleatorizados que evaluaron síntomas depresivos mediante escalas clínicas como Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS/HAM-D), Beck's Depression Inventory (BDI) y Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS), en los cuales la psicoeducación se asoció con reducciones estadísticamente significativas frente a grupos control, tratamiento usual u otras condiciones comparativas (51, 46, 24, 35, 41, 28, 37). En varios de estos estudios, la magnitud del cambio fue clínicamente relevante: se reportaron diferencias postintervención cercanas a -5.7 puntos en PHQ-9 (51), ventajas incrementales aproximadas de -8 puntos en HDRS (46), diferencias de aproximadamente -8 a -17 puntos en BDI (24, 35), y reducciones de -8 a -10 puntos en MADRS (41). También se observaron efectos significativos sobre desenlaces relacionados con la depresión, como la desesperanza, los pensamientos automáticos negativos, la remisión y continuidad del tratamiento. Esto sugiere que algunas intervenciones psicoeducativas pueden impactar no solo la severidad sintomática, sino también mecanismos cognitivos, psicoeducativos y clínicos asociados al curso del trastorno (35, 47, 28, 37).

No obstante, la interpretación de estos resultados requiere diferenciar entre dirección del efecto, magnitud clínica y capacidad causal del diseño. Una proporción importante de los estudios con resultados favorables corresponde a diseños pre-post, estudios piloto o evaluaciones sin grupo control, en los que se observaron mejoras significativas en escalas como BDI, Hospital Anxiety and Depression Scale for Depression (HADS-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version-Depression Rating Scale (KDRS) o medidas de conocimiento sobre depresión, pero sin un comparador que permita atribuir con certeza el cambio exclusivamente a la intervención psicoeducativa (26, 32, 38, 39 49, 50, 53). En estos casos, las reducciones reportadas deben interpretarse con cautela.

Por otro lado, el 20% de los estudios mostraron resultados no concluyentes ( $k=8$ ), en mediciones variadas tal como el BDI, el instrumento de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHO-QoL), la escala de malestar psicológico de Kessler (K6), la escala Revisada de Evaluación de la Depresión Infantil (CDRS-R), entre otras. En estos estudios no se encontraron diferencias significativas en el desenlace primario, se observaron beneficios únicamente en desenlaces secundarios, o se mostró que la psicoeducación fue menos efectiva que intervenciones psicoterapéuticas más intensivas, aunque en algunos casos se observaron mejoras respecto a la línea de base (25, 29, 32, 34, 40, 44, 52, 54, 57, 59, 60).

Adicionalmente, el 25% de los estudios (k=10) fueron clasificados como no aplicables, dado que correspondían a protocolos de investigación o estudios de factibilidad, los cuales no estaban diseñados para evaluar resultados clínicos definitivos. Se incluyeron en este estudio ya que pueden describir ampliamente las intervenciones psicoeducativas, aportando información sobre las estrategias existentes, lo cual se alinea con el objetivo.

En conjunto, las medidas de efecto permiten precisar que la psicoeducación no debe entenderse únicamente como una estrategia informativa de bajo impacto, pues varios estudios reportan reducciones significativas y clínicamente relevantes en síntomas depresivos y desenlaces relacionados (24, 35, 41, 46, 47, 51). Sin embargo, tampoco puede afirmarse que su efecto sea uniforme o independiente del contexto de implementación, dado que los resultados varían según población, intensidad de la intervención, modalidad de entrega, comparador utilizado y desenlace evaluado (25, 28, 29, 36, 54). La conclusión más consistente es que la psicoeducación constituye una intervención potencialmente beneficiosa dentro del manejo integral del Trastorno Depresivo Mayor, especialmente cuando se estructura en programas definidos, se integra al tratamiento habitual y trasciende la simple transmisión de información para incorporar componentes activos de afrontamiento, adherencia, reconocimiento temprano de síntomas y participación familiar (24, 27, 28, 35, 37, 43). Esta heterogeneidad refuerza la necesidad de futuros estudios con diseños controlados, seguimiento longitudinal y reporte estandarizado de medidas de efecto, de manera que sea posible diferenciar con mayor precisión el impacto de la psicoeducación sobre síntomas depresivos, funcionamiento, adherencia, recaídas, rehospitalización y desenlaces en familiares o cuidadores (27, 44, 48, 57, 61, 62).

## 8. Discusión

Uno de los hallazgos más relevantes dentro de esta revisión de alcance es la amplia variabilidad en la estructura y contenido de las intervenciones psicoeducativas. Independientemente del diseño metodológico de los estudios, las intervenciones descritas dentro de ellos variaron ampliamente en cuanto a su formato, duración e incluso en qué clase de profesional llevaba a cabo la psicoeducación. Aunque la mayoría de los estudios incluyó componentes centrados en el conocimiento sobre la enfermedad (82.5%) y el tratamiento (67.5%), otros aspectos como la prevención del suicidio y el abordaje del estigma fueron considerablemente menos frecuentes (12.5%). Esto sugiere que, si bien existe consenso en torno a la importancia de brindar información básica sobre el diagnóstico y su manejo, aún hay áreas críticas poco desarrolladas dentro de los programas psicoeducativos, particularmente aquellas relacionadas con riesgo suicida y determinantes sociales de la enfermedad.

En cuanto al formato de implementación, predominó el modelo presencial (80%). El predominio del formato presencial sugiere que, pese al avance de intervenciones digitales en salud mental, la psicoeducación en depresión continúa anclada en modelos tradicionales de prestación. Esto puede limitar su escalabilidad en contextos con restricciones de acceso a servicios especializados (64, 65). Se ha probado que las intervenciones psicoeducativas de modo virtual también logran incrementar el conocimiento y las actitudes ante la salud mental (64).

Desde el punto de vista poblacional, la mayoría de los estudios se enfocó en pacientes adultos, con una representación menor de población pediátrica y una escasa inclusión exclusiva de familiares o cuidadores. Este hallazgo resulta relevante si se considera que la psicoeducación dirigida a redes de apoyo puede influir positivamente en la adherencia, el reconocimiento temprano de recaídas y la prevención de hospitalizaciones, así como en la disminución del desgaste del cuidador (66). La baja proporción de estudios centrados exclusivamente en familiares evidencia una posible área de oportunidad para futuras investigaciones, considerando los importantes beneficios que trae tanto en los pacientes (en cuanto a reducción de sintomatología y frecuencia de recaídas) como en los familiares (en cuanto a carga del cuidador y calidad de vida) (67).

Desde una perspectiva geográfica, la concentración de estudios en Europa y Norteamérica plantea interrogantes sobre la generalizabilidad de los hallazgos a otro tipo de contextos. Esta concentración de estudios en estas zonas ya había sido evidenciada en literatura previa (18). Existen diferencias culturales en la conceptualización de la depresión y el estigma asociado a

la enfermedad mental (68, 69, 70), y se ha evidenciado que cuando las intervenciones psicológicas son adaptadas a la cultura en la cual van a ser implementadas, hay mayor reducción en la psicopatología (70). Esto abre una gran puerta a poder incluir las narrativas de los pacientes dentro de la investigación en psicoeducación. Así mismo, obtener estudios de distintas áreas geográficas podría ayudar a formar estrategias psicoeducativas más específicas para cada población, teniendo en cuenta sus creencias y perspectivas, y potencialmente obteniendo mejores resultados clínicos.

En términos metodológicos, aunque muchos estudios reportan resultados favorables, predominantemente respecto a la reducción de la sintomatología depresiva, la heterogeneidad en los diseños de la intervención, tamaños muestrales y desenlaces evaluados impide establecer conclusiones definitivas sobre magnitud de efecto o superioridad comparativa frente a otras intervenciones. La inconsistencia en los resultados puede reflejar diferencias en la definición operativa de psicoeducación, así como en la dosis, formato y población objetivo de las intervenciones. Además, en varios casos la psicoeducación forma parte de intervenciones multimodales, lo que dificulta aislar su contribución específica. La variabilidad en el seguimiento y la ausencia frecuente de evaluación a largo plazo limitan también la comprensión de su impacto sostenido en recaídas o funcionamiento psicosocial.

A pesar de que haya una mayor cantidad de estudios con evidencia a favor de la efectividad de las estrategias, consideramos que la efectividad de la psicoeducación no es uniforme, con gran variabilidad en los formatos de presentación, la duración, el contenido y las estrategias dentro de las intervenciones. Esto coincide con lo encontrado en la revisión sistemática de la literatura y metaanálisis del 2024 de Carneiro et al (18). Si bien esta característica dificulta la comparación entre estudios y obstaculiza la formulación de recomendaciones clínicas ampliamente generalizables, corresponde con la realidad de las necesidades poblacionales. Las intervenciones en psicoeducación son diversas y heterogéneas porque se adaptan a las necesidades específicas de cada entorno. A pesar de esto, los hallazgos obtenidos permiten identificar componentes prioritarios para el diseño de herramientas de psicoeducación estructurada, particularmente en formatos digitales, orientadas a mejorar la adherencia, el reconocimiento temprano de síntomas y la activación conductual.

Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios fue un énfasis en la transmisión de información sobre la enfermedad, en contraste con una menor integración, aprendizaje basado en la experiencia o en la construcción de un concepto propio de enfermedad mental. Es decir que la mayoría de intervenciones continúan operando bajo un modelo principalmente informativo más que formativo. Aunque el incremento del conocimiento es un objetivo legítimo, la literatura contemporánea sobre cambio conductual indica que la

información por sí sola rara vez modifica conductas de manera sostenida (71). Es necesario impulsar el desarrollo de nuevas intervenciones que comprendan el aprendizaje como un proceso activo, no meramente receptivo.

Estos hallazgos no solo describen el estado actual de la literatura, sino que también permiten identificar criterios concretos para mejorar el diseño, evaluación e implementación de futuras estrategias psicoeducativas. La variabilidad de las intervenciones, la baja inclusión de familiares y cuidadores, la escasa atención a componentes como estigma y prevención del suicidio, y la concentración geográfica de la evidencia sugieren que el reto central no es únicamente producir más estudios, sino desarrollar intervenciones mejor descritas, más integrales y más sensibles al contexto clínico y cultural en el que serán aplicadas.

A pesar de que la psicoeducación haya mostrado efectividad no solo a nivel de sintomatología depresiva, sino también respecto a la adherencia al tratamiento, funcionamiento psicosocial, disminución de costos, estigma y sufrimiento psicológico (72), continúa habiendo un gran número de pacientes que no la recibe como parte de su tratamiento. Un estudio japonés en pacientes con depresión, sobre el conocimiento de su propia enfermedad, reveló que solo el 61.8% de los 424 pacientes evaluados, habían recibido una explicación sobre la sintomatología depresiva. Más de la mitad de los pacientes no recibieron información sobre el curso de la depresión, la duración del manejo farmacológico y el tratamiento farmacológico (50.8%, 53.7% y 63.9%, respectivamente). El hecho de haber recibido una explicación, incrementó el conocimiento de los pacientes en todos los aspectos evaluados (73). Los efectos positivos de la psicoeducación pueden no solo explicarse por el incremento en el conocimiento, sino por su impacto en la autoeficacia, la regulación emocional, y la capacidad de los pacientes para identificar y responder a cambios tempranos en su sintomatología (6).

Los resultados de esta revisión resaltan la necesidad de desarrollar investigaciones que contribuyan a la estandarización de las intervenciones psicoeducativas, particularmente en lo relacionado a contenidos mínimos, duración, frecuencia y modalidades de implementación. Asimismo, que futuros estudios incorporen desenlaces clínicamente relevantes y evaluaciones a largo plazo, que permitan comprender no sólo los efectos inmediatos de la intervención, sino también su impacto sostenido durante el tiempo. Adicionalmente, se identifican brechas en la literatura que deben ser abordadas, especialmente en contextos geográficos subrepresentados como América Latina, África y Oceanía. No solo es importante la claridad en las temáticas psicoeducativas, como por ejemplo el estigma, sino la ampliación del conocimiento en cómo cada cultura influye en la vivencia de la enfermedad y

cómo podemos ayudar al paciente y a su familia a entenderla de la mejor manera teniendo estos aspectos en cuenta. Igualmente, se requiere profundizar en componentes menos explorados como la prevención del suicidio y el rol de las redes de apoyo, así como en el desarrollo de estrategias novedosas, incluyendo intervenciones digitales, que permitan ampliar el acceso sin comprometer la calidad.

Los hallazgos de esta revisión orientan el desarrollo de modelos estructurados de psicoeducación, incluyendo plataformas digitales, que permitan ampliar el acceso, mejorar la adherencia y optimizar el manejo del trastorno depresivo mayor en distintos contextos. También, respaldan la incorporación de intervenciones psicoeducativas como pilar del manejo del trastorno depresivo mayor. Es fundamental que los profesionales de la salud adopten un enfoque que trascienda la mera transmisión de información, promoviendo intervenciones más estructuradas, participativas y adaptadas a las necesidades del paciente. Asimismo, se recomienda ampliar el alcance de la psicoeducación a familiares y cuidadores, dada su influencia en el curso de la enfermedad. Finalmente, la incorporación de modalidades digitales representa una oportunidad relevante para mejorar la accesibilidad y continuidad del cuidado, especialmente en entornos con limitaciones en la oferta de servicios especializados.

Lo encontrado en la presente investigación proporcionan una base empírica para el desarrollo de herramientas de psicoeducación digital estructurada, que integren componentes informativos con estrategias activas de cambio conductual. La incorporación de módulos sobre prevención del suicidio, reducción del estigma y participación familiar podría mejorar la efectividad de estas intervenciones y su aplicabilidad en contextos con acceso limitado a servicios especializados.

## **8.1 Limitaciones**

En primer lugar, al tratarse de una revisión de alcance, no se realizó una evaluación formal de la calidad metodológica ni del riesgo de sesgo de los estudios incluidos, por lo que no es posible establecer conclusiones sobre la solidez de la evidencia ni la magnitud de los efectos reportados. Se debe tener en cuenta la definición amplia de que es psicoeducación. Se encontró marcada variabilidad en los formatos de intervención, población intervenida y desenlaces evaluados, limitando la comparabilidad entre estudios. Asimismo, en muchos casos la psicoeducación formaba parte de intervenciones multimodales, lo que dificulta aislar su contribución específica. Adicionalmente, la inclusión exclusiva de estudios en inglés y español, la no incorporación de literatura gris y la limitada representación de ciertos contextos geográficos podrían restringir la generalización de los hallazgos. También hubo una alta proporción de protocolos y estudios piloto. Estos estudios tenían una descripción detallada de las estrategias psicoeducativas, acercándonos al objetivo de conocer las intervenciones existentes, pero limitando la posibilidad de interpretar efectividad clínica real.

## **8.2 Fortalezas**

Entre las principales fortalezas de esta revisión destaca la amplitud y diversidad de la evidencia incluida, abarcando estudios con distinta metodología, provenientes de múltiples países, distintos grupos poblacionales y variados formatos de intervención psicoeducativa. El trabajo siguió una metodología estructurada acorde con las recomendaciones del Instituto Joanna Briggs (JBI) (21) y el marco conceptual de Arksey y O'Malley (22), incluyendo un proceso sistemático de búsqueda, selección y extracción de datos. La revisión no solo permitió sintetizar las características metodológicas y temáticas de las intervenciones, sino también identificar vacíos relevantes en la literatura. Adicionalmente, la categorización detallada de componentes psicoeducativos, modalidades de implementación y desenlaces evaluados proporciona una base útil para orientar futuras investigaciones y el desarrollo de intervenciones más estructuradas y culturalmente sensibles.

### 8.3 Perspectivas Futuras

Las futuras investigaciones en psicoeducación para el Trastorno Depresivo Mayor deberían orientarse hacia el desarrollo de intervenciones más estandarizadas, claramente descritas y metodológicamente comparables, especialmente en aspectos como contenidos mínimos, duración, frecuencia y modalidades de implementación. Asimismo, resulta fundamental incorporar evaluaciones a largo plazo y desenlaces clínicamente relevantes, que permitan comprender no solo los efectos inmediatos de la psicoeducación, sino también su impacto sostenido sobre recaídas, adherencia terapéutica, funcionamiento psicosocial y calidad de vida. De igual manera, futuros estudios deberían profundizar en la identificación de los componentes específicos asociados a mejores resultados clínicos, diferenciando el efecto propio de la psicoeducación frente a otras intervenciones terapéuticas con las que frecuentemente se combina.

Por otro lado, es necesario ampliar la investigación hacia familiares y cuidadores. La adaptación cultural de las intervenciones representa una línea prioritaria de investigación, considerando las diferencias existentes en la conceptualización de la depresión, el estigma y las estrategias de afrontamiento entre distintas sociedades. Finalmente, el desarrollo de herramientas digitales de psicoeducación constituye una oportunidad prometedora para ampliar el acceso a intervenciones basadas en evidencia, especialmente en entornos con limitaciones en servicios especializados, favoreciendo modelos más accesibles, participativos y centrados en las necesidades del paciente y su red de apoyo.

## 9. Conclusiones

La psicoeducación en el Trastorno Depresivo Mayor se posiciona como una intervención ampliamente utilizada dentro del abordaje terapéutico, con evidencia sugerente de beneficios en dimensiones relevantes como la adherencia al tratamiento, el funcionamiento psicosocial y la comprensión de la enfermedad. No obstante, los hallazgos de esta revisión evidencian que el campo aún presenta una marcada heterogeneidad en términos de diseño, contenido, modalidad de implementación y desenlaces evaluados, lo que limita la posibilidad de establecer conclusiones robustas sobre su efectividad comparativa y su impacto a largo plazo.

En este sentido, la psicoeducación no debe entenderse como una intervención homogénea, sino como un conjunto amplio de estrategias con variabilidad sustancial en su aplicación. Esta diversidad puede permitir adaptaciones a distintos contextos, pero también plantea retos

para su estandarización y evaluación. Por lo tanto, se hace necesario avanzar hacia marcos conceptuales y metodológicos más robustos que permitan fortalecer la calidad de evidencia disponible y facilitar su implementación con mayor certeza de su beneficio.

### **9.1 Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses que pueda haber influido en la elaboración, análisis o interpretación de los resultados de esta revisión de alcance.

## 10 Referencias

1. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. [Updated 2023 Apr 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
2. World Health Organization. (2023, March 31). Depressive disorder (depression).
3. Centers for Disease Control and Prevention. (2025, April 16). *New reports highlight depression prevalence and medication use in the U.S.* National Center for Health Statistics
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management. NICE guideline [NG222]. Published June 29, 2022.
5. Kverno, K. S., & Mangano, E. (2021). Treatment-Resistant Depression: Approaches to Treatment. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 59(9), 7–11. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210816-01>
6. Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S319–S323. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)
7. Bevan Jones, R., Thapar, A., Stone, Z., Thapar, A. K., Jones, I., Smith, D. M., & Simpson, S. (2018). *Psychoeducational interventions in adolescent depression: A systematic review. Patient Education and Counseling*, 101(5), 804–816. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.015>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. (text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
9. Fakhoury M. Revisiting the Serotonin Hypothesis: Implications for Major Depressive Disorders. *\*Neuroscience and Medicine\**. 2015;6(2):82-92.
10. Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron*. 2020;107(2):234-256. doi:10.1016/j.neuron.2020.06.002
11. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2019;21(4):397-405. doi:10.31887/DCNS.2019.21.4/binder
12. Kumar A, Pramanik J, Goyal N, Chauhan D, Sivamaruthi BS, Prajapati BG, Chaiyasut C. Gut Microbiota in Anxiety and Depression: Unveiling the Relationships and Management Options. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2023;16(4):565. doi:10.3390/ph16040565
13. Manjunatha, N., & Ram, D. (2022). Psychoeducation: Need for an alternative generic, destigmatized, and patient-friendly term in clinical practice. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(5), 528–529. <https://doi.org/10.1177/02537176211024133>
14. Colom, F. (2011). *Keeping therapies simple: Psychoeducation in the prevention of relapse in affective disorders. The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 338–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090209>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión en adultos. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2017.
16. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders.
17. Tursi MF, Baes C von, Camacho FR, Tofoli SM, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2013 Jun 5;47(11):1019–31. doi:10.1177/0004867413491154
18. Carneiro, A. M., Silva, S. L. T., Souto, P. H. N., dos Santos, L. A., & Moreno, R. A. (2024). *Psychoeducation as an adjunctive treatment for depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders*, 367, 163–172. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.08.120>
19. Mhango W, Crowter L, Michelson D, Gaysina D. Psychoeducation as an active ingredient for interventions for perinatal depression and anxiety in youth: A mixed-method systematic literature review and lived experience synthesis. *BJPsych Open*. 2023 Dec 13;10(1). doi:10.1192/bjo.2023.614
20. Aagaard, J., Foldager, L., Makki, A., Hansen, V., & Müller-Nielsen, K. (2017). *The efficacy of psychoeducation on recurrent depression: A randomized trial with a 2-year follow-up. Nordic Journal of Psychiatry*, 71(3), 223–229. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1266385>
21. Hadie SNH. ABC of a scoping review: a simplified JBI scoping review guideline. *Education in Medicine Journal*. 2024;16(2):185–197. <https://doi.org/10.21315/eimj2024.16.2.14>
22. Hilary Arksey & Lisa O'Malley (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8:1, 19-32, DOI: 10.1080/1364557032000119616
23. Trico 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 del 2018; 169 (7): 467-73
24. Başoğlu, C., & Buldukoğlu, K. (2020). *Neuman Systems Model with depressed patients: A randomized controlled trial. Nursing Science Quarterly*, 33(2), 148–158. <https://doi.org/10.1177/0894318419898172>
25. Bernal, G., Rivera-Medina, C. L., Cumba-Avilés, E., Reyes-Rodríguez, M. L., Sáez-Santiago, E., Duarté-Vélez, Y., Nazario, L., Rodríguez-Quintana, N., & Rosselló, J. (2019). Can

- cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? A randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in Puerto Rico. *Family Process*, 58(4), 832–854. <https://doi.org/10.1111/famp.12455>
26. Bevan Jones, R., Thapar, A., Rice, F., Mars, B., Agha, S. S., Smith, D. J., Merry, S., Stallard, P., Thapar, A. K., Jones, I. C., & Simpson, S. A. (2020). A digital intervention for adolescent depression (MoodHwb): Mixed methods feasibility evaluation. *JMIR Mental Health*, 7(7), Article e14536. <https://doi.org/10.2196/14536>
  27. Breznoščáková, D., Pallayová, M., Izáková, L., & Králová, M. (2024). In-person psychoeducational intervention to reduce rehospitalizations and improve the clinical course of major depressive disorder: A non-randomized pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1429913. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1429913>
  28. Casañas, R., Catalán, R., Penadés, R., Real, J., Valero, S., Muñoz, M. A., Lalucat-Jo, L., & Casas, M. (2015). Evaluation of the effectiveness of a psychoeducational intervention in treatment-naïve patients with antidepressant medication in primary care: A randomized controlled trial. *The Scientific World Journal*, 2015, Article 718607. <https://doi.org/10.1155/2015/718607>
  29. Chiesa, A., Castagner, V., Andrisano, C., Serretti, A., Mandelli, L., Porcelli, S., & Gionmi, F. (2015). *Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment*. *Psychiatry Research*, 226(2–3), 474–483. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.02.003>
  30. Ducasse, D., Courtet, P., Sénèque, M., Genty, C., Picot, M.-C., Schwan, R., & Olié, É. (2015). Effectiveness of the first French psychoeducational program on unipolar depression: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, Article 294. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0667-7>
  31. Frank, F., Wilk, J., Kriston, L., Meister, R., Shimodera, S., Hesse, K., Bitzer, E.-M., Berger, M., & Hölzel, L. (2015). Effectiveness of a brief psychoeducational group intervention for relatives on the course of disease in patients after inpatient depression treatment compared with treatment as usual: Study protocol of a multisite randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15, Article 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0633-4>
  32. Fristad, M. A., Ackerman, J. P., & Nick, E. A. (2018). Adaptation of Multi-Family Psychoeducational Psychotherapy (MF-PEP) for adolescents with mood disorders: Preliminary findings. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 3(4), 252–262. <https://doi.org/10.1080/23794925.2018.1509031>
  33. Fristad, M. A., Vesco, A. T., Young, A. S., Healy, K. Z., Nader, E. S., Gardner, W., Seidenfeld, A. M., Wolfson, H. L., & Arnold, L. E. (2019). Pilot randomized controlled trial of omega-3 and individual-family psychoeducational psychotherapy for children and adolescents with depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(sup1), S105–S118. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1233500>
  34. Gaebel, W., Záske, H., Hesse, K., Klingberg, S., Ohmann, C., Grebe, J., Kolbe, H., Icks, A., Schneider, F., Backes, V., Wolff-Menzler, C., Guse, B., Gallinat, J., Bock, T., Jockers-Scherübl, M.-C., Krüger, T., Jessen, F., Bechdorf, A., Kircher, T., Konrad, C., Falkai, P., Schaub, A., Rudolph, M., Köllner, V., Schmid-Ott, G., Lieberei, B., Stuhlinger, M., Sommerfeld, S., Schumacher, A., Krenge, S., Mönter, N., Navarro-Urena, A., Frosch, G., Kuhlbusch, F., Cleveland, H., & Riesbeck, M. (2020). Promoting stigma coping and empowerment in patients with schizophrenia and depression: Results of a cluster-RCT. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270(4), 501–511. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01064-3>
  35. Geçdi, E., Yıldız, E., & Kavak, F. (2022). The effects of resilience-focused psychoeducation in patients diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(6), 517–525. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.2024308>
  36. Gili, M., Castro, A., García-Palacios, A., García-Campayo, J., Mayoral-Cleries, F., Botella, C., Roca, M., Barceló-Soler, A., Hurtado, M. M., Navarro-Gil, M., Villena, A., Pérez-Ara, M. Á., Riera-Serra, P., & Baños, R. M. (2020). Efficacy of three low-intensity, internet-based psychological interventions for the treatment of depression in primary care: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e15845. <https://doi.org/10.2196/15845>
  37. Günaydın, N., & Barlas, G. Ü. (2017). Effectiveness of a group and brochure psychoeducation intervention to improve depression level and treatment continuity among adults with depression in Turkey: A controlled study. *Biomedical Research*, 28(4), 1493–1499.
  38. Ighhaut, L., Primbs, R., Kaubisch, S., Koppenhöfer, C., Piechaczek, C. E., Keim, P.-M., Klock, M., Feldmann, L., Schulte-Körne, G., & Greimel, E. (2024). Evaluation of a web-based information platform on youth depression and mental health in parents of adolescents with a history of depression. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), Article 7. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00703->
  39. Isa, E. W., Ani, C., Bella-Awusah, T., & Omigbodun, O. (2018). Effects of psycho-education plus basic cognitive behavioural therapy strategies on medication-treated adolescents with depressive disorder in Nigeria. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 30(1), 11–18. <https://doi.org/10.2989/17280583.2018.1424634>
  40. John, A. P., Singh, N. M., Nagarajaiah, & Andrade, C. (2016). Impact of an educational module in

- antidepressant-naïve patients prescribed antidepressants for depression: Pilot, proof-of-concept, randomized controlled trial. *Indian Journal of Psychiatry*, 58(4), 425–431. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196710>
41. Juretić, T., Letica-Crepulja, M., Stevanović, A., Ružić, K., Rončević-Gržeta, I., & Došen, A. (2020). The effects of psychosocial day care program on clinical symptoms and quality of life of persons with depression: A prospective study. *The European Journal of Psychiatry*, 34(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2019.11.001>
  42. Justicia, A., Elices, M., Cebria, A. I., Palao, D. J., Gorosabel, J., Puigdemont, D., de Diego-Adeliño, J., Gabilondo, A., Iruin, A., Hegerl, U., & Pérez, V. (2017). *Rationale and methods of the iFightDepression study: A double-blind, randomized controlled trial evaluating the efficacy of an internet-based self-management tool for moderate to mild depression*. *BMC Psychiatry*, 17(1), Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1306-2>
  43. Katsuki, F., Takeuchi, H., Watanabe, N., Shiraishi, N., Maeda, T., Kubota, Y., Suzuki, M., Yamada, A., & Akechi, T. (2014). Multifamily psychoeducation for improvement of mental health among relatives of patients with major depressive disorder lasting more than one year: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, Article 320. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-320>
  44. Katsuki, F., Takeuchi, H., Inagaki, T., Maeda, T., Kubota, Y., Shiraishi, N., Tabuse, H., Kato, T., Yamada, A., Watanabe, N., Akechi, T., & Furukawa, T. A. (2018). Brief multifamily psychoeducation for family members of patients with chronic major depression: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 18(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1788-6>
  45. Kramer Freher, N., Bexkens, A., van Bennekom, M., Veling, W., & Bockting, C. L. H. (2022). Virtual reality for psycho-education on self-stigma in depression: Design of a randomised controlled trial. *Psychiatry Research Communications*, 2(4), Article 100086. <https://doi.org/10.1016/j.psycom.2022.100086>
  46. Kumar, K., & Gupta, M. (2015). Effectiveness of psycho-educational intervention in improving outcome of unipolar depression: Results from a randomised clinical trial. *East Asian Archives of Psychiatry*, 25(1), 29–34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25829103/>
  47. Kürümlüoğlu, R., & Tanrıverdi, D. (2022). The effects of the psychoeducation on cognitive distortions, negative automatic thoughts and dysfunctional attitudes of patients diagnosed with depression. *Psychology, Health & Medicine*, 27(10), 2085–2095. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1944654>
  48. Lespine, L.-F., de Martène, B., Zeltner, B., Chenu, B., Dubien Berbey, C., & Rey, R. (2024). Leo program, a short multi-family skill-based psychoeducational program for caregivers of relatives living with a severe mental disorder: A retrospective pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1374540. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1374540>
  49. MacPherson, H. A., Mackinaw-Koons, B., Leffler, J. M., & Fristad, M. A. (2016). Pilot effectiveness evaluation of community-based multi-family psychoeducational psychotherapy for childhood mood disorders. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 5(1), 43–59. <https://doi.org/10.1037/cfp0000055>
  50. Melin, L., Lekander, M., Wicksell, R. K., & Andersson, G. (2018). Psychoeducation against depression, anxiety, alexithymia and fibromyalgia: A pilot study in primary care for patients on sick leave. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36(2), 123–130. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459225>
  51. Niemi, M., Kiel, S., Allebeck, P., & Hoan, L. T. (2016). Community-based intervention for depression management at the primary care level in Ha Nam Province, Vietnam: A cluster-randomised controlled trial. *Tropical Medicine & International Health*, 21(5), 654–661. <https://doi.org/10.1111/tmi.12674>
  52. Pérez, J. C., Fernández, O., Cáceres, C., Carrasco, Á. E., Moessner, M., Bauer, S., Espinosa-Duque, D., Gloger, S., & Krause, M. (2021). An adjunctive internet-based intervention to enhance treatment for depression in adults: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 8(12), Article e26814. <https://doi.org/10.2196/26814>
  53. Potes, A., Gagnon, G., Touré, E. H., & Perreault, M. (2016). Patient and clinician assessments of symptomatology changes on older adults following a psycho-educational program for depression and anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 87(4), 649–662. <https://doi.org/10.1007/s11126-016-9416-4>
  54. Primbs, R., Feldmann, L., Iglhaut, L., Allgaier, A.-K., Schulte-Körne, G., & Greimel, E. (2023). Evaluation of an information booklet for adolescents on depression: Evidence from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), Article 65. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00614-x>
  55. Reins, J. A., Boß, L., Lehr, D., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). The more I got, the less I need? Efficacy of internet-based guided self-help compared to online psychoeducation for major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 246, 695–705. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.065>
  56. Rogiers, R., Baeken, C., Watkins, E. R., van den Abbeele, D., Remue, J., de Raedt, R., & Lemmens, G. (2022). A psychoeducational CBT-based group intervention (“Drop It”) for repetitive negative thinking: Theoretical concepts and treatment processes. *International Journal of Group Psychotherapy*, 72(3), 257–292. <https://doi.org/10.1080/00207284.2022.2066535>
  57. Schaub, A., Goldmann, U., Mueser, T. K., Goerigk, S., Hautzinger, M., Roth, E., Charypar, M., Engel, R., & Möller, H.-J. (2018). Efficacy of extended clinical management, group CBT, and group plus

- individual CBT for major depression: Results of a two-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 238, 570–578. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.081>
58. Schramm, E., Breuninger, C., Zehender, N., Hegerl, U., Elsner, A., Maun, A., Schmölz, M., Roick, C., Grodd, M., & Graf, E. (2022). An online program with individualized vs automated support for significant others of depressed individuals – study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), Article 511. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04035-6>
  59. Singh, A., Srivastava, S., & Singh, B. (2024). Effect of psychoeducation in late life depression: A randomized controlled trial. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(6), 2248–2252. [https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1354\\_23](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1354_23)
  60. Tanaka, S., Ishikawa, E., Mochida, A., Kawano, K., & Kobayashi, M. (2015). Effects of early-stage group psychoeducation programme for patients with depression. *Occupational Therapy International*, 22(4), 195–205. <https://doi.org/10.1002/oti.1397>
  61. Timmerby, N., Austin, S. F., Ussing, K., Bech, P., & Csillag, C. (2016). Family psychoeducation for major depressive disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), Article 427. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1549->
  62. Toni, C., Luciano, M., Arsenio, E., Boiano, A., Corvino, E., Della Rocca, B., Lapadula, M. V., Tretola, L., Sampogna, G., & Fiorillo, A. (2023). The efficacy of psychoeducational family intervention for major depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *Brain Sciences*, 13(8), 1199. <https://doi.org/10.3390/brainsci13081199>
  63. Young, A. S., Arnold, L. E., Wolfson, H. L., & Fristad, M. A. (2017). Psychoeducational psychotherapy and omega-3 supplementation improve co-occurring behavioral problems in youth with depression: Results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 1025–1037. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0203-3>
  64. Acharya B, Tenpa J, Basnet M, Hirachan S, Rimal P, Choudhury N, et al. Developing a scalable training model in global mental health: pilot study of a video-assisted training Program for Generalist Clinicians in Rural Nepal. *Global Mental Health*. 2017;4:e8. doi:10.1017/gmh.2017.4 PubMed PMID: 28596909.
  65. Tsai J, Huang M, He H, Rosenheck RA. Online video psychoeducation for electroconvulsive therapy in India: A randomized controlled trial. *Asia Pac Psychiatry*. 2022 Mar 1;14(1). doi:10.1111/appy.12395 PubMed PMID: 32468686.
  66. Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020 Mar 1;31(2):169–73. doi:10.1016/j.rmcl.2020.01.005
  67. Shimazu, K., Shimodera, S., Mino, Y., Nishida, A., Kamimura, N., Sawada, K., Fujita, H., Furukawa, T. A., & Inoue, S. (2011). *Family psychoeducation for major depression: Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry*, 198(5), 385–390. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.078626>
  68. Mabunda D, Oliveira D, Sidat M, Cavalcanti MT, Cumbe V, Mandlate F, et al. Cultural adaptation of psychological interventions for people with mental disorders delivered by lay health workers in Africa: scoping review and expert consultation. *International Journal of Mental Health Systems* 2022 16:1. 2022 Feb 15;16(1):14-. doi:10.1186/s13033-022-00526-x
  69. Bamgbade BA, Barner JC, Brown CM, Ford KH, Lawson WB, Burdine K. Impact of a psychoeducational intervention on willingness to seek help for depression among African American young adults. *Transcult Psychiatry*. 2024 Dec 1;61(6):858. doi:10.1177/13634615241253167 PubMed PMID: 38841801.
  70. Nagayama GC, Alicia H, Ibaraki Y, Huang ER, Marti CN, Stice E. A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behav Ther*. 2016. doi:10.1016/j.beth.2016.09.005
  71. Kelly MP, Barker M. Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*. 2016 Jul 1;136(4):109–16. doi:10.1016/j.puhe.2016.03.030 PubMed PMID: 27184821.
  72. Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation as an adjunctive treatment for depression: A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 7, 79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
  73. Gabriel, A., & Violato, C. (2010). The low level of understanding of depression among patients treated with antidepressants: A survey of 424 outpatients in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 9, 1–6. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-10>

## 11. Anexos

*Tabla de Variables:*

*Anexo de tabla completa de extracción de datos:*  *Tabla de Variables*