



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS: REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

EVELYNE DANITZA ESPEJO MIGUEL

LIMA – PERÚ

2026

ASESOR

MG. JOSE ANTONIO PANDURO PAREDES

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

PRESIDENTE

DR. HENRY SANTA CRUZ ESPINOZA

VOCAL

MG. CAROLINA JESUSA MAYORCA CASTILLO

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA

A mi madre que me enseñó la perseverancia.

A mi pareja, por su constante apoyo.

A mis hermanos, por ser el motivo de mi vida.

A mi asesor, por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo incondicional.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Trabajo de investigación Autofinanciado



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	ESPEJO MIGUEL EVELYNE DANITZA

Pertenecientes al programa de la **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**, autores del trabajo titulado: **REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN ADULTOS: REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA** bajo la modalidad de **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	PANDURO PAREDES JOSE ANTONIO	FAPSI	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **8%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3059612080**; fecha de entrega: **14-10-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 14 de octubre de 2026**

Firma del asesor
N° DNI: 06661637
ORCID: 0000-0001-7979-4365

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN
ABSTRACT

I.INTRODUCCIÓN	1
II.OBJETIVOS.....	15
III.DESARROLLO DEL ESTUDIO	16
IV.CONCLUSIONES	127
V.RECOMENDACIONES	130
VI.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	133
VII. ANEXOS	

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios de Elegibilidad considerados para este estudio: inclusión y exclusión.	16
Tabla 2. Fuentes de Información.....	18
Tabla 3. Descripción de los términos utilizados en el Tesauro de la Unesco.....	20
Tabla 4. Lista de estudios incluidos para esta revisión crítica de la literatura.....	25
Tabla 5. Descripción de los tipos de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos según los estudios incluidos.....	31
Tabla 6. Clasificación por tipo de las intervenciones de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión según los estudios incluidos.....	32
Tabla 7. Principales características de los programas de rehabilitación psicosocial en los estudios incluidos.....	37
Tabla 8. Principales características identificadas en los estudios incluidos.....	41
Tabla 9. Prevalencia de las principales características que integrada por tipo de intervención de rehabilitación psicosocial.....	47
Tabla 10. Descripción de los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en los estudios incluidos.....	52
Tabla 11. Criterios de efecto en los estudios incluidos.....	55
Tabla 12. Indicadores de efecto en los estudios incluidos.....	58
Tabla 13. Instrumentos de medición que utilizaron los estudios incluidos.....	60
Tabla 14. Descripción de los resultados cuantitativos y cualitativos de los estudios incluidos.	65
Tabla 15. Resultados cuantitativos en los estudios incluidos.....	68
Tabla 16. Resultados cualitativos y funcionales en los estudios incluidos.....	71
Tabla 17. Descripción de factores contextuales (facilitadores y barreras) identificados en los estudios incluidos.....	75
Tabla 18. Factores facilitadores de nivel individual	79
Tabla 19. Factores positivos facilitadores de nivel familiar.....	80
Tabla 20. Factores facilitadores de nivel institucional.....	81
Tabla 21. Factores contextuales negativos de nivel individual.....	83
Tabla 22. Factores contextuales negativos de nivel familiar.....	85
Tabla 23. Factores contextuales negativos de nivel comunitario.....	88
Tabla 24. Factores contextuales negativos de nivel institucional.....	90
Tabla 25. Factores contextuales negativo de nivel estructural.....	92

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA con resultados.....	22
Figura 2. Distribución de los tipos de rehabilitación psicosocial en los estudios incluidos	33
Figura 3. Principales Características identificadas en los estudios incluidos.....	42
Figura 4. Indicadores de efecto presentes en los estudios incluidos.....	56
Figura 5. Indicadores de efecto presentes en los estudios incluidos.....	58
Figura 6. Instrumentos de medición presentes en los estudios incluidos.....	61
Figura 7. Resultados cuantitativos en los estudios incluidos.....	69
Figura 8. Resultados cualitativos en los estudios incluidos.....	72
Figura 9. Factores contextuales negativos de nivel individual.....	83
Figura 10. Frecuencia de factores contextuales negativos de nivel familiar.....	86
Figura 11. Factores contextuales negativos de nivel comunitario.....	89
Figura 12. Factores contextuales negativos de nivel institucional.....	91
Figura 13. Factores contextuales negativos de nivel estructural.....	93

Resumen

La depresión genera severas complicaciones de pérdida de autonomía y aislamiento social en Latinoamérica. Frente a esto, la rehabilitación psicosocial emerge como una intervención integral para reducir síntomas y reconstruir el proyecto de vida.

El objetivo general de esta revisión crítica fue analizar la evidencia disponible sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica (2010-2025), identificando los tipos de intervención, sus características principales, criterios e indicadores de efecto, resultados empíricos y factores contextuales asociados.

Mediante el método PRISMA, se analizaron 8 artículos empíricos extraídos de cinco bases de datos. Los hallazgos identifican a la activación conductual y el cuidado colaborativo como los tipos de intervención más eficaces. Sus características principales requieren psicoeducación, flexibilidad metodológica y equipos comunitarios. A nivel de resultados, logran mejoras clínicas y funcionales significativas, evaluadas mediante indicadores multidimensionales (adherencia y calidad de vida). Sin embargo, la implementación y los resultados están fuertemente condicionados por factores contextuales: el apoyo familiar (facilitador), la pobreza estructural y el estigma social (barreras).

Se concluye la necesidad de transitar hacia modelos de evaluación que trasciendan la mera remisión sintomática, garantizando una reinserción social digna y sostenible para los adultos en la región.

Palabras clave: Rehabilitación psicosocial, depresión, adultos, Latinoamérica, revisión crítica de la literatura.

Abstract

Depression leads to severe complications, including loss of autonomy and social isolation, in Latin America. In response, psychosocial rehabilitation has emerged as a comprehensive intervention to reduce symptoms and help individuals rebuild their life plans.

The overall objective of this critical review was to analyze the available evidence on psychosocial rehabilitation in the treatment of depression among adults in Latin America (2010–2025), identifying the types of interventions, their main characteristics, criteria and indicators of effect, empirical results, and associated contextual factors.

Using the PRISMA method, eight empirical articles retrieved from five databases were analyzed. The findings identify behavioral activation and collaborative care as the most effective types of intervention. Their main characteristics require psychoeducation, methodological flexibility, and community-based teams. In terms of outcomes, they achieve significant clinical and functional improvements, as assessed by multidimensional indicators (adherence and quality of life). However, implementation and outcomes are strongly influenced by contextual factors: family support (facilitator), structural poverty, and social stigma (barriers).

The study concludes that there is a need to move toward assessment models that go beyond mere symptom management, ensuring a dignified and sustainable social reintegration for adults in the region.

Keywords: Psychosocial rehabilitation, depression, adults, Latin America, critical literature review.

I. INTRODUCCIÓN

1. Identificación del Problema

La vida adulta comienza aproximadamente a los 18 años y se extiende hasta el final de la existencia. Esta etapa se divide en tres periodos, los cuales cada persona atraviesa de manera particular según su contexto y cultura: la Etapa 1, desde los 18 hasta los 39 años; la etapa 2, de los 40 a los 64 años; y la etapa 3, a partir de los 65 años (Papalia & Martorell, 2021).

Durante esta etapa, las personas asumen múltiples responsabilidades y enfrentan exigencias propias de su desarrollo, tales como la inserción y consolidación laboral, la formación de dinámicas familiares y el sostenimiento económico. En el contexto de Latinoamérica, estos desafíos cotidianos exigen una alta capacidad de adaptación. Sin embargo, en muchos casos, las presiones sociolaborales se ven agravadas por estresores crónicos y experiencias adversas. Cuando estas demandas sobrepasan los recursos de afrontamiento del individuo y no se cuenta con redes de apoyo sólidas, se genera un profundo desgaste y una desregulación emocional progresiva. Si este sufrimiento humano no es atendido oportunamente, deteriora por completo el bienestar psicológico de la persona adulta, derivando en cuadros clínicos severos y consolidando a la depresión como un grave problema de salud mental (Halloran, 2024).

En ese sentido, en el plano contextual del presente estudio, destaca la afirmación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la cual señala que la depresión es un trastorno emocional común y frecuente, caracterizado por diversos cambios en el estado de ánimo. Este trastorno se manifiesta a través de un conjunto de síntomas afectivos, como tristeza profunda, pérdida de interés o placer

en las actividades cotidianas, apatía, desánimo, irritabilidad y alteraciones del humor, los cuales pueden variar según la temporalidad y el origen de la sintomatología.

Profundizando en la sintomatología, algunas personas pueden presentar cambios en el apetito, trastornos del sueño, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos relacionados con el suicidio. Esto pone de relieve la importancia de realizar un diagnóstico oportuno que permita identificar la configuración de los signos y síntomas, distinguiendo así entre los distintos niveles de gravedad: leve, moderado y grave. (American Psychiatric Association [APA], 2022).

Para comprender la complejidad de esta sintomatología, es pertinente remitirse al modelo biopsicosocial postulado originalmente por Engel (1977), el cual ha sido reafirmado por investigaciones clínicas contemporáneas como las de Žutić (2023). Esta teoría postula que la depresión no puede reducirse únicamente a factores biológicos, sino que es el resultado de una interacción dinámica entre la biología, la psicología y los determinantes sociales. Esta perspectiva se complementa con el modelo cognitivo de Beck (1967, citado por Soldevilla, 2024), quien explica que la “tríada cognitiva” se manifiesta a través de pensamientos automáticos negativos que, al consolidarse en esquemas cognitivos disfuncionales, perpetúan y amplifican la experiencia depresiva del individuo.

Bajo esta premisa, la depresión es un trastorno mental que tiene una relación causal y directamente proporcional con los determinantes sociales, evidenciando una alteración estructural en las relaciones interpersonales: estilos de crianza, carencias y pérdidas afectivas, aislamiento, falta de actividad física y

violencia, entre otros aspectos (OMS, 2023). Para comprender esta dinámica en el ámbito familiar, los postulados clásicos de Minuchin (1974) sobre la perspectiva estructural sistémica respaldados por investigaciones clínicas recientes como las de García-Escalera et al. (2020), advierten que la presencia de dinámicas disfuncionales y límites difusos obstaculiza gravemente la autonomía y la adaptación comunitaria del paciente. Asimismo, el constructo de “alta emoción expresada”, postulado por Leff & Vaughn (1985) y validado en investigaciones empíricas contemporáneas por Sánchez-Oller (2022) y García-Martínez et al. (2023), explica cómo el criticismo, la hostilidad intrafamiliar y la sobreprotección actúan como predictores directos de recaída y cronicidad depresiva.

Para fundamentar esta influencia contextual a un nivel macrosistémico, resulta crucial incorporar el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), citado por Juárez Loyat (2019), quien aplica este modelo para sustentar que la depresión no es un fenómeno aislado, sino el resultado de la interacción recíproca entre el individuo y sus múltiples sistemas sociales, desde el entorno familiar hasta las políticas públicas. En este marco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) destaca que la pandemia por COVID-19 durante los años 2020 y 2021 fue un factor determinante que desencadenó el incremento de trastornos mentales, incluida la depresión. Por su frecuencia e intensidad, este trastorno mental genera discapacidad, deterioro significativo de las funciones ejecutivas y alteración del sentido de vida en la persona (Remes et al., 2021).

En tal sentido, es necesario examinar algunos datos estadísticos: en el mundo, alrededor de 280 millones de individuos tienen depresión, el 5% de la población adulta y el 5,7% de los adultos mayores la padecen. Además, cada año

cerca de 700 000 personas se quitan la vida, siendo la cuarta causa de muerte, y el 75% de las personas con diagnóstico de trastorno depresivo proviene de países de ingresos medios y bajos (OMS, 2023). En América Latina y el Caribe, estudios realizados por la OPS (2024) han encontrado que la población con mayor vulnerabilidad y riesgo de sufrir algún trastorno mental se encuentra entre los 15 y 49 años, consolidando a la depresión como el trastorno que ocupa el segundo lugar en prevalencia a nivel de Latinoamérica.

Por su parte, en países como México, no se brindan tratamientos oportunos a los usuarios con trastorno depresivo, y el 90% de la población enferma no recibe el tratamiento correspondiente. En Brasil, el 49.3% de los adultos padece de este trastorno depresivo, con una mayor afectación social en mujeres, personas solteras, analfabetas y desempleadas o con bajos ingresos, sin embargo, estas personas no acuden a los servicios de atención en salud mental. En esta misma línea el país de Chile, reafirma la existencia de una alta prevalencia del trastorno depresivo entre las edades de 25 a 39 años (Corea del Cid, 2021).

En el contexto nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2024) enfatiza que el trastorno depresivo es una enfermedad mental con índices altos de prevalencia. En el año 2023, los puestos de salud atendieron 280917 casos de depresión, de los cuales el 75.5% fueron mujeres entre las edades de 20 y 40 años y el 16.5% fueron menores de edad. Esta es una situación alarmante, porque la mayoría presentó síntomas agudos como aislamiento, tristeza intensa e ideación suicida. Por consiguiente, es de vital importancia reconocer que el trastorno depresivo es una enfermedad compleja y multifactorial, la cual genera discapacidad funcional y se caracteriza por mantener un estado de ánimo decaído y una pérdida

del sentido de vida, con una severa afectación en el desarrollo de las actividades diarias (OMS, 2023).

A nivel latinoamericano, el trastorno depresivo es una problemática de salud pública que se encuentra en incremento progresivo, afectando entre el 6% y el 10% de la población de cada país. Además de su impacto significativo, presenta una gran dificultad para lograr la adherencia al tratamiento (OPS, 2023). Esta falta de adherencia no es un fenómeno aislado, sino que responde a historias de alta vulnerabilidad y exposición a estresores crónicos, premisa sustentada por Courtois y Ford (2020), quienes mencionan que estas experiencias merman la confianza del paciente y destruyen su capacidad para establecer vínculos seguros. Bajo esta perspectiva, el trauma complejo y las vivencias adversas operan como barreras invisibles que obstaculizan tanto la integración social del adulto como la formación de una alianza terapéutica sólida, perpetuando el aislamiento. Por ello, resulta evidente que, en países como Perú, Brasil, Colombia, México y Chile, entre otros países de Latinoamérica, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de la persona se ven profundamente deteriorados a causa de este trastorno (Enríquez & Paniura, 2025).

Frente a este panorama, Fernández (2023) menciona que la rehabilitación psicosocial se ha constituido en una estrategia fundamental de atención integral, en el abordaje de los trastornos mentales. Este enfoque es una estrategia que busca la recuperación total de la persona, en este caso, con diagnóstico depresivo, mediante la aplicación de un conjunto de metodologías derivadas de diferentes modelos teóricos. A nivel conceptual, este enfoque encuentra sus raíces en los postulados de teóricos pioneros como Anthony (1993), el profundo legado y la vigencia de su

modelo de recuperación (*Recovery*) han sido analizados recientemente por autores contemporáneos como Farkas y Rudnick (2023), quienes reafirman que las premisas de Anthony continúan siendo el pilar de las políticas actuales. Estas se orientan a que el paciente recupere su autonomía, restaure su funcionalidad y construya un proyecto de vida con propósito, yendo más allá de la simple remisión de los síntomas clínicos. En esta misma línea, las teorías de Liberman (2008) sobre la competencia social mantienen una vigencia indiscutible, argumentando que la rehabilitación psicosocial busca priorizar una actuación conjunta con objetivos variados para la construcción de recursos funcionales, logrando el desempeño cognoscitivo y la autoevaluación, mediante la ejecución de actividades ocupacionales necesarias para lograr una adaptación comunitaria exitosa.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) conciben la rehabilitación psicosocial como un proceso integral que trasciende la mera reducción de los síntomas clínicos (el llamado enfoque biomédico). Su verdadero propósito es empoderar a las personas con trastornos mentales para que alcancen su máximo nivel de funcionamiento independiente dentro de la comunidad, reconstruyendo sus redes de apoyo y su sentido de vida (OMS, 2023; OPS, 2024).

En este sentido, resulta imperativo establecer con claridad qué características debe presentar una intervención para ser considerada "rehabilitación psicosocial" dentro de la presente revisión, diferenciándola de otras intervenciones psicoterapéuticas. A diferencia de la psicoterapia clínica tradicional la cual suele centrarse principalmente en el alivio del malestar intrapsíquico dentro del espacio del consultorio, la rehabilitación psicosocial se fundamenta intrínsecamente en los

principios de la psicología y la salud mental comunitaria (Aparicio Basauri, 2025; Fernández, 2023). Bajo este enfoque, sustentado en los lineamientos de la OMS (2023) y en los postulados clásicos de Anthony (1993) y Liberman (2008) reafirmados en la actualidad por Farkas y Rudnick (2023), los programas deben cumplir obligatoriamente con las siguientes características operativas: (a) poseer un enfoque ecológico que intervenga sobre el entorno del individuo; (b) fomentar activamente la recuperación de la autonomía funcional en las actividades de la vida diaria (competencia social); (c) integrar la participación de la familia o redes comunitarias como soporte terapéutico; y (d) orientar sus estrategias hacia la reinserción social, educativa o laboral de la persona.

En concordancia con esta perspectiva regional y comunitaria, a nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA, 2019) inserta el término de rehabilitación psicosocial en las normativas públicas basándose en enfoques transversales y en las necesidades de la persona y su comunidad. Bajo este marco conceptual, la rehabilitación psicosocial se consolida como un abordaje multidimensional que resulta idóneo para el trastorno depresivo. Sin embargo, en el contexto de Latinoamérica, este modelo aún se encuentra en proceso de implementación, persistiendo un gran desconocimiento sobre cómo aplicarlo y adaptarlo eficazmente frente a las barreras económicas y sociales de la región (OPS, 2024).

Al respecto, los postulados de referentes históricos de la salud mental comunitaria en la región, como Galende (1990), citados por Aparicio Basauri (2025) reafirman que el sufrimiento mental está ligado a la exclusión social y a los determinantes económicos, haciendo indispensables un abordaje descentralizado

que trascienda el espacio clínico tradicional y se integre directamente en las redes comunitarias de apoyo.

Asimismo, todavía persiste una arraigada estigmatización hacia los trastornos mentales, entre ellos la depresión, lo que representa una barrera significativa en la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Con frecuencia, estos pacientes son excluidos y discriminados debido a que su entorno social mantiene ideas o creencias erróneas sobre la salud mental, lo cual limita la recepción oportuna y la adherencia al tratamiento (González Domínguez, 2020). Esta problemática se evidencia en los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), realizada por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2022), la cual reportó que el 50% de las personas encuestadas con signos y síntomas del trastorno depresivo no acudieron a un establecimiento de salud, argumentando miedo, vergüenza, desconfianza y temor a ser criticadas por sus amigos o familiares en su localidad.

En cuanto a los antecedentes regionales, en Colombia, Isaza & Navarro (2022) desarrollaron una revisión sistemática para evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar. El estudio tuvo como objetivo analizar el impacto de dichas intervenciones sobre la adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas y la mejora del funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes. Entre sus hallazgos, los autores destacaron una mejoría significativa en los síntomas de depresión. Asimismo, aportaron valiosa información metodológica para la revisión crítica de intervenciones dirigidas a adultos con depresión, subrayando la importancia de adaptar los programas

psicosociales a los contextos socioculturales latinoamericanos y la necesidad de consolidar evidencia regional que respalde políticas efectivas.

En el contexto peruano, Gutiérrez & Morales (2019) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue sistematizar la evidencia empírica sobre la efectividad de la rehabilitación psicosocial en el funcionamiento y reinserción social de pacientes con trastornos mentales graves. A través de la revisión de 10 artículos, determinaron que este enfoque resultó altamente efectivo al mejorar la adherencia terapéutica, reducir las recaídas y favorecer la reinserción social temprana. No obstante, dado que dicho estudio no se centró específicamente en pacientes con trastorno depresivo, se evidencia la necesidad de desarrollar estudios de revisión crítica de la literatura que profundicen en la efectividad de estas intervenciones en dicha población.

En esta misma línea, Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009) desarrollaron una revisión teórica para evaluar el impacto de los factores psicosociales en la depresión laboral. Esta investigación abordó cómo diversos elementos del entorno de trabajo, tales como el estrés, la sobrecarga laboral, la falta de apoyo social y la escasa autonomía, tienen una influencia significativa en la aparición y mantenimiento de la depresión en adultos. A partir de ello, los autores concluyeron que la identificación temprana de estos factores es fundamental para diseñar estrategias de intervención psicosocial efectivas que promuevan la prevención, el manejo adecuado de los síntomas y la reinserción funcional en el entorno sociolaboral. Aunque el enfoque de este estudio se centra en la depresión laboral, sus hallazgos refuerzan la importancia de considerar el contexto y subrayan que la intervención psicosocial debe abordar no solo los síntomas clínicos, sino también

los determinantes sociales y ambientales que afectan la funcionalidad y el bienestar del individuo.

Por su parte, Andrade y Espinoza (2019) desarrollaron una investigación cualitativa en Chile para explorar la percepción de los psicólogos que laboran en consultorios de atención primaria de salud, respecto a las Intervenciones Psicosociales en Grupo (IPG) enfocadas en el tratamiento de la depresión. Los resultados indicaron que, si bien estas intervenciones están formalmente promovidas en el sistema público, su implementación es baja debido a barreras institucionales (carga laboral, presupuesto limitado y falta de espacios adecuados) y a resistencias profesionales (desconfianza en la efectividad del trabajo grupal, percepción de responsabilidad individual y baja adherencia de los pacientes).

Si bien la presentación de estos antecedentes (Andrade & Espinoza, 2019; Cantero-Téllez & Ramírez-Páez, 2009; Gutiérrez & Morales, 2019; Isaza & Navarro, 2022) evidencia la relevancia de las intervenciones psicosociales, su análisis en conjunto permite identificar importantes vacíos, inconsistencias y limitaciones en la literatura actual. En primer lugar, existe un vacío de conocimiento significativo en cuanto al grupo poblacional estudiado: gran parte de la investigación regional se ha centrado en evaluar la rehabilitación psicosocial en trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, dejando escasamente explorada su aplicación y efectividad exclusiva en adultos con trastorno depresivo. En segundo lugar, se evidencian aspectos aún no suficientemente integrados por la literatura, especialmente la falta de una revisión que analice cómo los determinantes contextuales propios de Latinoamérica tales como la pobreza estructural, la saturación de los sistemas de salud pública y el

estigma social limitan o potencian el éxito de estas intervenciones en la práctica real.

En consecuencia, a partir de los estudios previos, aún no se conoce con suficiente claridad cuáles son los componentes metodológicos y operativos específicos que garantizan la efectividad y sostenibilidad de estos programas en Latinoamérica. Ante estas limitaciones e inconsistencias, resulta pertinente realizar la presente revisión crítica de la literatura. Este estudio permitió consolidar la evidencia empírica dispersa, dilucidar qué estrategias funcionan frente al contexto latinoamericano y generar insumos con respaldo científico para realizar intervención concretas y efectivas en las comunidades, así como para guiar la transformación de las políticas públicas hacia un abordaje oportuno y de calidad para el trastorno depresivo.

En el marco de la presente revisión, el concepto de factores contextuales adquiere una relevancia central, sustentado teóricamente en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) y en los recientes lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024). Para fines de este estudio, los factores contextuales se definen como aquellos elementos del entorno sociocultural, económico e institucional tales como la pobreza estructural, el estigma social, las barreras de acceso y la escasez de recursos en los sistemas de salud que atraviesan la realidad latinoamericana (Aparicio Basauri, 2025). El análisis de estos factores resulta indispensable porque impactan de manera directa en dos niveles: por un lado, condicionan la viabilidad, el financiamiento y el desarrollo logístico de los programas comunitarios (factores asociados a la implementación), y por otro,

determinan el nivel de adherencia, la mejora clínica y las posibilidades reales de reinserción del paciente (factores asociados a los resultados).

En este sentido, el presente estudio se enmarca en la línea de investigación “Bienestar psicológico y salud mental”, planteada por la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH, 2025). Esto se debe a que la investigación tiene como fin sintetizar variables del ámbito psicológico, con el objetivo de plantear estrategias que fortalezcan la calidad de vida y el bienestar de la población adulta.

Este estudio permitirá analizar la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión desde una perspectiva explicativa, y se justifica en los siguientes niveles:

A nivel teórico, este estudio brindará información relevante sobre los hallazgos de las variables estudiadas, siendo base para validar conceptos y modelos teóricos, porque la rehabilitación psicosocial, es una herramienta integral que facilita un abordaje de calidad.

A nivel metodológico, este estudio de revisión crítica de la literatura resulta pertinente porque aporta métodos explícitos y fundamentados, permitiendo aplicar una metodología estructurada y reflexiva que amplía los elementos teóricos basados en la evidencia empírica sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión. Su desarrollo incluirá la recopilación de información relevante y su evaluación detallada, facilitando un análisis profundo de los supuestos teóricos y metodológicos, la identificación de inconsistencias o falta de contextualización, contribuyendo a generar conocimiento más específico, confiable y aplicable para futuras investigaciones y la práctica de la psicología clínica.

Por consiguiente, este estudio se fundamenta a nivel práctico, porque permitirá tener hallazgos útiles para la elaboración de programas de intervención con mayor eficiencia y calidad. En este sentido contribuirá a diseñar instrumentos, herramientas, estrategias, metodologías, entre otras técnicas, para lograr un abordaje funcional y adecuado.

A nivel social, contribuirá a visibilizar barreras culturales e institucionales, reducir el estigma, orientar políticas públicas y promover la participación comunitaria y familiar en la rehabilitación de adultos con trastorno depresivo.

Adicionalmente, la elección de analizar los estudios publicados entre 2010 y 2025 tiene una justificación muy clara para nuestra realidad latinoamericana, basada en tres factores fundamentales. En primer lugar, estos quince años representan una época de grandes cambios humanos y normativos en la región. Durante este tiempo, los países comenzaron a dejar atrás el modelo tradicional de encierro en hospitales psiquiátricos para acercar el cuidado directamente a las comunidades, buscando una recuperación más digna e integradora (OPS, 2024). En segundo lugar, extender la revisión hasta la actualidad nos permite comprender cómo la pandemia de COVID-19 cambió la forma de atender la salud mental (OPS, 2022). Esta crisis sanitaria obligó a los profesionales a innovar y utilizar herramientas como la telesalud para no abandonar a las personas en sus momentos de mayor necesidad. Finalmente, abarcar un periodo tan amplio fue una decisión estrictamente necesaria porque, lamentablemente, existen muy pocas investigaciones que analicen de forma conjunta la rehabilitación psicosocial y la depresión en Latinoamérica. Al haber tan escasa información publicada sobre este tema, revisar quince años de historia nos garantizó reunir la evidencia empírica

suficiente para ofrecer un análisis sólido, responsable y verdaderamente útil para mejorar la práctica clínica.

En conjunto, esta revisión crítica permitirá consolidar el conocimiento científico, ofrecer evidencia confiable y generar insumos útiles para la práctica clínica, la investigación y la formulación de políticas públicas en salud mental. En cuanto, al aporte al campo de la psicología clínica, esta revisión contribuirá a ampliar la comprensión del estado actual de la investigación sobre las variables, sirviendo como base para el diseño de intervenciones efectivas que promuevan el bienestar y la salud mental de los adultos a largo plazo, fortaleciendo la práctica clínica basada en evidencia.

En consecuencia, frente a la problemática planteada, se formula la siguiente pregunta de investigación: ***¿Cuáles son los principales hallazgos sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025?***

II. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar críticamente la evidencia disponible sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.
- Describir las principales características de las intervenciones de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.
- Identificar los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.
- Analizar los resultados sobre efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.
- Identificar los factores contextuales asociados tanto a la implementación como a los resultados de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

III. DESARROLLO DEL ESTUDIO

3.1. Método

El presente estudio corresponde a una investigación de tipo teórica, desarrollada bajo el diseño de revisión crítica de la literatura. Su finalidad es realizar una integración analítica y reflexiva de las fuentes revisadas logrando su validez, relevancia y aporte al conocimiento. Mediante ello, se buscó consolidar o renovar las bases conceptuales existentes, con el fin de identificar los aportes, hallazgos, limitaciones, sesgos y brechas en el conocimiento empírico. De acuerdo con Grant y Booth (2009), este tipo de revisión crítica se caracteriza por sintetizar y analizar de forma interpretativa la literatura, cuestionando los supuestos teóricos, metodológicos y contextuales.

3.2. Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad permitieron identificar estudios empíricos que abordan las variables de este estudio, garantizando la pertinencia geográfica, poblacional y cultural en el contexto de Latinoamérica. A continuación, la Tabla 1 presenta dichos parámetros, divididos en criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 1

Criterios de Elegibilidad considerados para este estudio: inclusión y exclusión.

Criterios de elegibilidad	Inclusión	Exclusión
Temporalidad	Estudios publicados entre 2010 y 2025, periodo que garantiza relevancia, actualidad científica y pertenencia contextual.	Estudios publicados antes de 2010.
Tipos de estudio	Artículos científicos, tesis de posgrado, trabajos de titulación y reportes empíricos descriptivos o de intervención, con una metodología claramente definida y resultados empíricos.	Capítulos de libros, notas periodísticas, reportajes u otros documentos que no correspondan a investigaciones o artículos.

Idioma	Investigaciones en español, inglés y portugués.	Investigaciones en idiomas distintos a los mencionados.
Población	Población adulta (mayor o igual a 18 años) con diagnóstico depresivo, residente en países de Latinoamérica.	Población en otras etapas de vida (menores de 18 años), adultos con diagnósticos distintos a la depresión. Estudios realizados con muestras fuera de Latinoamérica.
Orientación metodológica	Investigaciones empíricas de enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto, incluyendo ensayos clínicos, estudios piloto, cuasi-experimentales, estudios de caso y estudios observacionales.	Estudios teóricos, revisiones narrativas o sistemáticas y documentos que no reporten resultados empíricos.
Contexto Geográfico	Estudios realizados en países de Latinoamérica (p. ej., Perú, Colombia, México, Brasil, Chile, Ecuador) en contextos comunitarios, institucionales, clínicos o del sistema de salud.	Investigaciones realizadas fuera del contexto latinoamericano o con poblaciones que no representen la realidad sociocultural de la región.

3.3. Fuentes de información

El presente estudio consideró fuentes científicas provenientes de plataformas especializadas, con el propósito de asegurar la recuperación de literatura actual, pertinente y confiable en el ámbito de la psicología clínica y aplicada. Para ello, se seleccionaron bases de datos reconocidas por su rigurosidad académica, fiabilidad, tales como Redalyc, LILACS, PubMed, Scopus y Google Académico, además de repositorios institucionales acreditados que brindaron acceso a publicaciones revisadas y de libre disponibilidad.

La elección de estas fuentes responde a su cobertura regional e internacional, su consistencia metodológica y su relevancia temática. Asimismo, se incluyeron estudios publicados en español, inglés y portugués, con el fin de reflejar

la diversidad lingüística y cultural de Latinoamérica, lo cual enriqueció la comprensión de las variables estudiadas.

El uso de estas fuentes se justificó por su pertinencia clínica, su amplitud temática y su aplicabilidad directa en la psicología clínica, lo que permitió una revisión crítica basada en evidencia empírica y en aportes multidisciplinarios. De este modo, se fortaleció el análisis de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión, garantizando un sustento teórico y empírico sólido para el análisis crítico de la literatura.

Tabla 2

Fuentes de Información

Fuente	Descripción	Justificación de uso
REDALYC	Es una plataforma que permite el acceso abierto a estudios, enfocada en las ciencias sociales, educación y salud.	Esta base de datos tiene una cobertura regional y ofrece publicaciones en español y portugués, facilitando la identificación de estudios que se relacionan con la psicología clínica y temáticas en ciencias sociales, enfocándose en el contexto latinoamericano.
LILACS	Base de datos que concentra literatura científica enfocada en el ámbito de la salud y las ciencias sociales en el contexto latinoamericano.	Esta base de datos tiene una cobertura regional, enfocada en la salud mental, psicología y ciencias sociales. Así también, pertenece a la Biblioteca Virtual en Salud, siendo una fuente esencial para reunir literatura científica en salud mental con un enfoque interdisciplinario basado en el contexto de Latinoamérica.
PUBMED	Base de datos que contiene literatura biomédica y estudios internacionales en salud y psicología.	Contiene investigaciones internacionales de alta calidad sobre psicología clínica y salud mental, en los idiomas de inglés y español, especialmente en ensayos clínicos e intervenciones psicosociales con una evidencia empírica y metodológica sólida.
SCOPUS	Base de datos que contiene estudios de diversas disciplinas científicas, lo que permite garantizar enfoques más específicos acordes a la realidad latinoamericana.	Contiene estudios de amplitud temática que permiten integrar estudios clínicos y psicosociales, garantizando la validez científica y actualización de fuentes en la psicología clínica con evidencia empírica internacional.
GOOGLE SCHOLAR	Es una plataforma de búsqueda académica que contiene	Contiene una base de datos que permite la búsqueda especializada en una literatura

información científica que académica variada y diversa, ampliando la
permitirá acceder a una literatura cobertura temática enfocada en el campo de
especializada que incorpora la psicología clínica y la rehabilitación
estudios actualizados. psicosocial.

3.4. Búsqueda

Este estudio se basó en la búsqueda de información científica y actualizada mediante el Tesauro de la UNESCO, el cual es un instrumento que proporciona un vocabulario estandarizado y controlado con los conceptos de las ciencias de la salud y ciencias sociales, lo que garantizó un proceso preciso y coherente.

Para ello, la búsqueda estuvo estructurada en ejes con los conceptos centrales y organizada en cuatro categorías.

Tabla 3

Descripción de los términos utilizados en el Tesouro de la Unesco.

Categoría	Tesouro UNESCO	Español	English	Portugués
Población	✓ Adults	✓ Adultos	✓ Adults	✓ Adultos
	✓ Mental health	✓ Salud mental	✓ Mental health	✓ Saúde mental
	✓ Mental disorders	✓ Trastornos mentales	✓ Mental disorders	✓ Transtornos mentais
	✓ Depression	✓ Depresión	✓ Depression	✓ Depressão
Intervención	✓ Psychosocial intervention	✓ Intervención psicosocial	✓ Psychosocial intervention	✓ Intervenção psicossocial,
	✓ Psychological programs	✓ Rehabilitación psicosocial	✓ Psychosocial rehabilitation	✓ Reabilitação psicossocial
	✓ Psychosocial rehabilitation	✓ Programas psicológicos	✓ Psychological programs	✓ Programas psicológicos
Resultados	✓ <i>Recovery/</i> social reintegration	✓ Recuperación, integración social	✓ <i>Recovery, and</i> social, integration	✓ Recuperação e integração social
	✓ Psychosocial functioning	✓ Funcionamiento psicosocial	✓ Psychosocial functioning	✓ Funcionamento psicossocial
	✓ Symptom reduction	✓ Reducción de síntomas depresivos	✓ Depressive symptom reduction	✓ Redução de sintomas depressivos
Contexto	✓ Latin America	✓ Latinoamérica (Perú,	✓ Latin America	✓ América Latina
	✓ Country names (Perú, México, Brasil, etc.)	México, Argentina, Brasil, etc.).	(Peru, Mexico, Argentina, Brasil, etc.)	(Perú, México, Argentina, Brasil, etc.)

Este estudio considero los operadores booleanos AND, OR y NOT para estructurar las ecuaciones de búsqueda, lo que permitirá combinar términos para facilitar la identificación de estudios pertinentes. En este sentido, el operador AND permitirá asegurar los resultados de los conceptos clave de interés, OR facilitará la búsqueda de sinónimos o términos equivalentes, mientras que NOT contribuirá a excluir registros que no guardan relación con las variables de estudio.

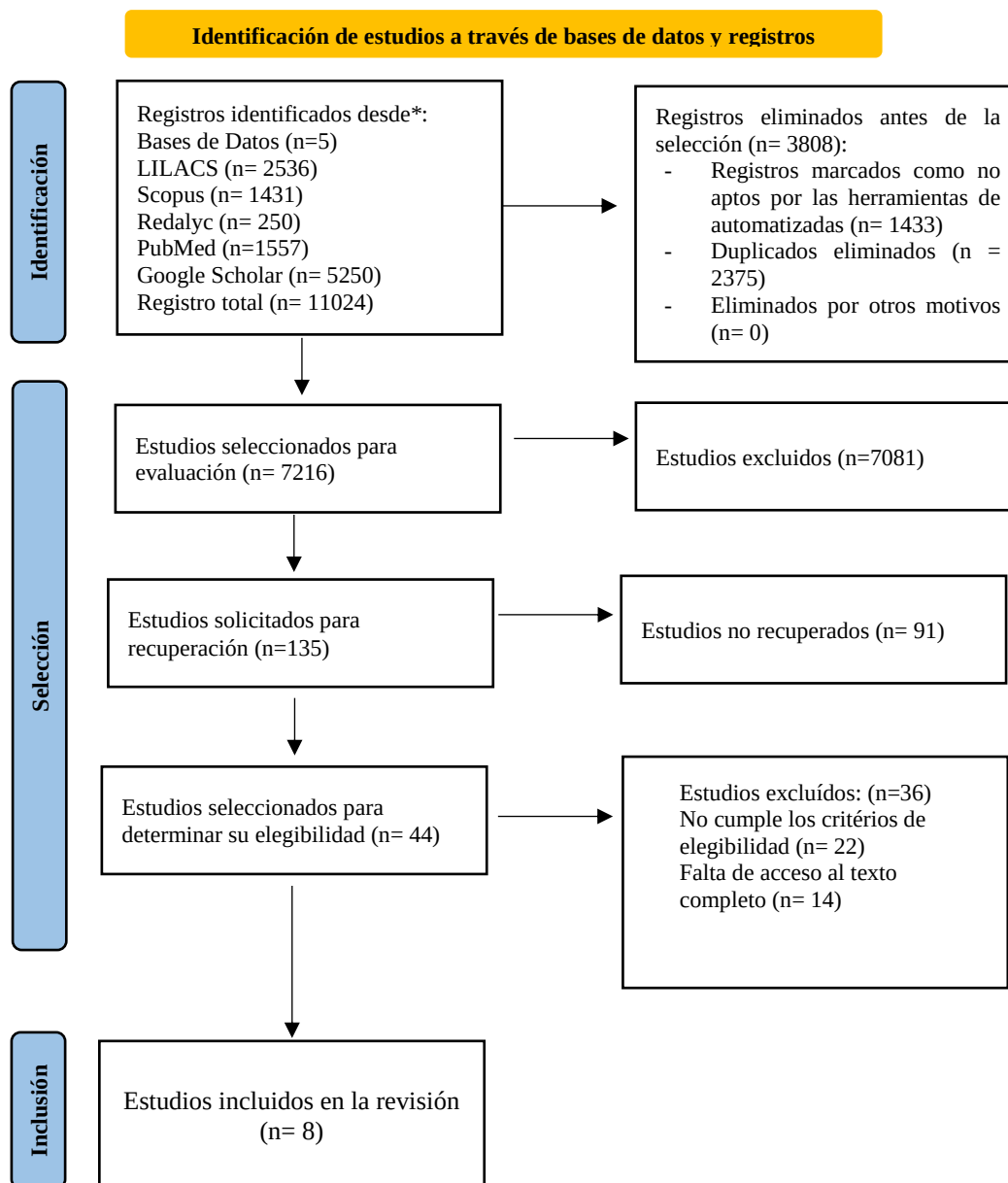
3.5. Selección de estudios

El proceso de selección se realizó mediante el uso del protocolo PRISMA, siendo un enfoque estructurado que permitió asegurar la transparencia y la calidad en la recopilación, selección y análisis de las investigaciones incluidas en la revisión bibliográfica. Su aplicación garantizó una evaluación clara y rigurosa de la literatura existente, aspecto fundamental para la síntesis de información y la formulación de conclusiones sólidas.

A continuación, se presenta la figura 1, donde se detallan los resultados obtenidos en cada una de las fases del diagrama de flujo PRISMA.

Figura 1

Diagrama de flujo PRISMA con resultados



La Figura 01 ilustra el proceso de búsqueda y selección de la literatura científica siguiendo los lineamientos del diagrama de flujo PRISMA, evidenciando los resultados cuantitativos obtenidos en cada una de sus tres fases principales:

- **Fase de Identificación:** En la búsqueda inicial se obtuvo un registro total de 11 024 artículos provenientes de cinco bases de datos: LILACS (n = 2536), Scopus (n = 1431), Redalyc (n = 250), PubMed (n = 1557) y Google Scholar (n = 5250). Antes de proceder a la etapa de selección manual, se eliminaron un total de 3808 registros. De esta cifra, 2375 fueron descartados por ser documentos duplicados y 1433 fueron marcados como no aptos por las herramientas automatizadas. No se registraron eliminaciones adicionales por otros motivos en esta fase (n = 0).
- **Fase de Selección:** Tras la depuración inicial, la muestra se redujo a 7216 estudios que fueron seleccionados para una primera evaluación (cribado de título y resumen). Durante este proceso, se excluyeron 7081 estudios que no se ajustaban al tema central, dejando 135 estudios solicitados para su recuperación a texto completo. De este grupo, no fue posible recuperar el documento original de 91 estudios. En consecuencia, los 44 estudios restantes pasaron a una evaluación profunda para determinar su elegibilidad. En esta revisión rigurosa, se excluyeron 36 estudios adicionales: 22 de ellos por no cumplir con los criterios de elegibilidad establecidos y 14 debido a la falta de acceso al texto completo.
- **Fase de Inclusión:** Finalmente, tras superar de manera estricta todos los filtros metodológicos, la muestra definitiva quedó constituida por 8 estudios (n = 8). Estas investigaciones cumplieron a cabalidad con los criterios y fueron incluidas para el análisis y síntesis en la presente revisión crítica.

3.6. Extracción de datos

Para el proceso de extracción de datos, se diseñó una matriz de sistematización en una hoja de cálculo que integra de forma exhaustiva los hallazgos de cada investigación (ver Anexo 1). De cada estudio incluido (n=8) se extrajo inicialmente la información base: autor(es), año de publicación y país; posteriormente, la extracción de los datos específicos se realizó según los objetivos de investigación, organizándose en la matriz de la siguiente manera: (a) para el Objetivo 1, se clasificó cada estudio según su enfoque y tipología clínica o comunitaria (ej. activación conductual, cuidado colaborativo, terapia ocupacional o psicoeducación); (b) para el Objetivo 2, se codificaron las características operativas principales transversales que definieron la ejecución de los programas (ej. continuidad del cuidado, delegación de tareas o uso de tecnología); (c) para el Objetivo 3, se desglosó el modelo de evaluación de cada investigación en tres dimensiones: el criterio de efecto, los indicadores empíricos y los instrumentos de medición psicométrica; (d) para el Objetivo 4, se sistematizaron los resultados sobre el efecto de la intervención, dividiéndolos estrictamente en datos cuantitativos (estadísticas, porcentajes y tasas de remisión) y cualitativos (cambios funcionales, conductuales y recuperación de la autonomía); y (e) para el Objetivo 5, se aplicó el modelo ecológico de Bronfenbrenner para documentar los determinantes sociales asociados como facilitadores (factores protectores) o barreras (obstáculos), clasificándolos en niveles individual, familiar, comunitario, institucional y estructural, lo cual permitió consolidar de forma rigurosa los resultados.

3.7. Listas de datos

La extracción sistemática de los datos incluyó las siguientes variables: autor(es), año de publicación, país, idioma, diseño metodológico, objetivo del estudio y población. Estos elementos, definidos con base en los criterios de elegibilidad de este estudio, fueron organizados en una matriz de análisis que facilitó la identificación de patrones y la síntesis temática de los hallazgos.

Tabla 4

Lista de estudios incluidos para esta revisión crítica de la literatura.

Nº	Título del artículo	Autor(es) y año	País	Idioma	Tipo de publicación	Tipo de estudio	Objetivo	Contexto y Muestra
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil: The mediating roles of reduced loneliness and stepped care.	Seward et al. (2025)	Brasil	Inglés	Artículo científico	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados.	Investigar los mediadores (mecanismos) de la efectividad de la intervención PROACTIVE sobre la recuperación de la depresión.	Atención primaria (visitas domiciliarias en zonas vulnerables). Muestra: n = 715 adultos mayores (60-94 años) con depresión.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São	Henrique et al. (2021)	Brasil	Inglés	Artículo científico	Estudio cualitativo (grupos focales, observación no participante y	Evaluar la fidelidad al protocolo, la aceptabilidad de la intervención psicosocial y las percepciones de la	Adultos mayores recibiendo la intervención y profesionales de salud.

	Paulo, Brazil: a qualitative study.					entrevistas estructuradas).	intervención por parte del personal de salud.	Muestra: n = 42 (31 adultos mayores y 11 trabajadores de salud).
3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.	Vitriol et al. (2024)	Chile	Inglés	Artículo científico	Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados.	Evaluar la efectividad del cuidado colaborativo informado en trauma (CTIC) para tratar la depresión en atención primaria.	Pacientes adultos (18 a 70 años) admitidos para el tratamiento de depresión, 61% con antecedentes de trauma infantil. Muestra: n = 214.
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas: Open-Label Trial.	Rojas et al. (2018)	Chile	Inglés	Artículo científico	Ensayo abierto no aleatorizado de dos brazos.	Probar la viabilidad, aceptabilidad y efectividad de un programa de cuidado colaborativo remoto para pacientes con depresión en áreas rurales.	Pacientes de 18 a 70 años con un episodio depresivo mayor en hospitales comunitarios rurales. Muestra: n = 250.
5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión	Lazcano-Ortiz et al. (2019)	México	Español	Artículo científico	Estudio cuasiexperimental.	Conocer el grado de depresión y determinar el efecto de un plan de intervención de terapia ocupacional para integrar al adulto mayor a su entorno y disminuir la depresión.	Adultos mayores residentes de un centro asistencial con diagnóstico de depresión. Muestra: n = 9.

6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas Flores (2010)	México	Español	Tesis de licenciatura	Reporte laboral/ Estudio descriptivo	Enfatizar la importancia del quehacer del psicólogo en la rehabilitación psicosocial de pacientes hospitalizados, destacando el trabajo con pacientes con trastorno depresivo mayor.	Pacientes con trastorno depresivo mayor hospitalizados en la Clínica San Rafael. Muestra: n = 78 (60 integrados al programa de rehabilitación).
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López Amaro (2011)	México	Español	Tesis de posgrado	Estudio analítico, prospectivo y longitudinal (Intervención controlada).	Evaluar la calidad de vida, mediante escalas, en pacientes con trastorno depresivo mayor sometidos a un programa de psicoeducación.	Pacientes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Muestra: n = 100
8.	Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera (2024)	Perú	Español	Artículo científico	Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal.	Determinar la relación entre la psicoeducación estructurada y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos.	Pacientes adultos con diagnóstico de trastorno depresivo (TD). Muestra: n = 536

3.8. Síntesis de resultados

En el presente estudio se analizaron ocho investigaciones empíricas publicadas entre los años 2010 y 2025, con el propósito de examinar la evidencia científica disponible sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos en contextos latinoamericanos. Para ello, se aplicaron criterios de elegibilidad que incluyeron: la población adulta con diagnóstico depresivo, investigaciones de carácter empírico, desarrolladas en países de Latinoamérica y publicadas en el idioma español, inglés o portugués.

Al analizar el origen geográfico de la producción científica, se observó que la mayor concentración de evidencia provino de México, con tres estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; López Amaro, 2011; Rojas Flores, 2010), seguida por Brasil (Henrique et al., 2021; Seward et al., 2025) y Chile (Rojas et al., 2018; Vitriol et al., 2024) con dos investigaciones cada uno; finalmente, Perú aportó un estudio (Carazas-Vera, 2024). Respecto al idioma, se evidenció una distribución equitativa, con cuatro estudios publicados en inglés (los procedentes de Brasil y Chile) y cuatro en español (México y Perú). En cuanto al tipo de publicación, la revisión se fundamentó primordialmente en artículos científicos de revistas especializadas (seis documentos), complementados por dos trabajos académicos de licenciatura y posgrado (Rojas Flores, 2010; López Amaro, 2011), lo que permitió una perspectiva documental más integral.

En relación con el diseño metodológico, la evidencia mostró una notable heterogeneidad, donde las investigaciones con mayor rigor experimental, tales como los ensayos clínicos aleatorizados, abiertos y sus análisis derivados, se concentraron en los estudios de Chile y Brasil (Vitriol et al., 2024; Rojas et al.,

2018; Seward et al., 2025), complementándose con un enfoque cualitativo (Henrique et al., 2021). Por su parte, la evidencia de México y Perú se basó en diseños cuasiexperimentales, analíticos longitudinales, observacionales retrospectivos y reportes descriptivos.

Consecuentemente, los objetivos de los estudios estuvieron alineados con su complejidad metodológica; para ello, los ensayos buscaron probar la efectividad, viabilidad y los mecanismos mediadores de programas estructurados (como PROACTIVE o modelos de cuidado colaborativo remoto sensible al trauma), mientras que los estudios observacionales y cuasiexperimentales se enfocaron en evaluar el impacto de la psicoeducación y la terapia ocupacional en variables como la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la reducción de la sintomatología depresiva.

Asimismo, los escenarios de intervención abarcaron desde la atención primaria y las visitas domiciliarias en zonas vulnerables (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Vitriol et al., 2024) o modalidades remotas en hospitales rurales (Rojas et al., 2018), hasta institutos nacionales, centros asistenciales y clínicas psiquiátricas especializadas (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas Flores, 2010; López Amaro, 2011; Carazas-Vera, 2024). De manera congruente, las poblaciones de adultos y adultos mayores presentaron tamaños de muestra muy variables, que incluyeron desde grupos reducidos en evaluaciones cualitativas o focalizadas ($n=9$, $n=42$ y $n = 78$), hasta cohortes con alta representatividad estadística ($n=100$, $n=214$, $n=250$ y $n=536$), alcanzando su nivel máximo en el estudio comunitario de Brasil con 715 participantes evaluados.

3.9. Descripción de los resultados hallados

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la presente investigación:

En relación con el objetivo general, orientado a “Analizar críticamente la evidencia disponible sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025”, los resultados de los estudios incluidos evidenciaron que este abordaje en personas adultas con diagnóstico depresivo tuvo un efecto positivo en múltiples dimensiones: clínica, funcional y social. En este sentido, los hallazgos mostraron que las intervenciones redujeron la sintomatología depresiva y fortalecieron el funcionamiento social, la integración ocupacional, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los participantes. Para profundizar en estos hallazgos, se procedió a realizar la descripción de los resultados para cada objetivo específico.

Objetivos específicos 1: Identificar los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

En relación con el primer objetivo específico, se realizó la descripción de los hallazgos por cada estudio incluido, los cuales se detallan en la tabla 05.

Tabla 5

Descripción de los tipos de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos según los estudios incluidos.

Nº	Investigación	Autores y país	Tipo de rehabilitación psicosocial y descripción de cada estudio
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil.	Seward et al., 2025. Brasil	Programa comunitario de activación conductual (PROACTIVE): Intervención basada en la activación conductual orientada a reducir la soledad y los síntomas depresivos, mediante un modelo de atención escalonada (<i>stepped care</i>) enfocado en adultos mayores en situación de vulnerabilidad social.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study.	Henrique et al., 2021. Brasil	Modelo de task-shifting (delegación de tareas) con soporte digital: Implementación del programa PROACTIVE ejecutada por agentes de salud no especializados, quienes emplearon una aplicación en tabletas con videos animados para garantizar la fidelidad de la psicoeducación y la activación conductual en el domicilio.
3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.	Vitriol et al., 2024. Chile	Cuidado colaborativo informado en el trauma (CTIC): Modelo biopsicosocial que integra la psicoeducación y la regulación emocional para abordar las experiencias adversas de la infancia (trauma) como parte fundamental del tratamiento psicosocial en atención primaria.
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas.	Rojas et al., 2018. Chile	Cuidado colaborativo remoto: Programa de apoyo digital y telefónico que incluye monitoreo regular, registro clínico compartido y consultoría psiquiátrica a distancia, diseñado para superar barreras geográficas mediante intervenciones psicoeducativas asíncronas.
5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.	Lazcano-Ortiz et al., 2019. México	Terapia ocupacional estructurada con actividades físicas, recreativas y cognitivas. Programa de 12 sesiones semanales de 90 minutos que utilizó la kinesioterapia, la operacionalización lógica – matemática y la terapia recreativa, con el objetivo de facilitar la integración del adulto mayor a su entorno biopsicosocial habitual.

6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas, 2010. México	Rehabilitación institucional integral (Laborterapia): Talleres estructurados dentro del entorno hospitalario basados en laborterapia (manualidades y oficios), psicoterapia de contención emocional y dinámicas grupales orientadas a recuperar la autonomía funcional antes del alta hospitalaria.
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López, 2011. México	Psicoeducación clínica sobre calidad de vida: Intervención grupal e individual centrada en el conocimiento del trastorno depresivo, el manejo de sentimientos de culpa y el fortalecimiento de redes de apoyo para mejorar la calidad de vida autopercebida.
8.	Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera, 2024. Perú	Psicoeducación para la adherencia terapéutica: Consejería clínica enfocada en el reconocimiento de síntomas de la depresión, la importancia de la adherencia a la medicación psiquiátrica y el desarrollo de estrategias de autocuidado preventivo para evitar recaídas.

Posterior al análisis descriptivo individual de los estudios incluidos, se realizó un proceso de categorización por afinidad teórica y metodológica, lo cual permitió agrupar las ocho investigaciones en cuatro grandes tipologías de intervención. Esta organización respondió a sus objetivos terapéuticos y modalidades de ejecución, en este sentido, la distribución de estas frecuencias se presenta en la tabla 06.

Tabla 6

Clasificación por tipo de las intervenciones de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión según los estudios incluidos.

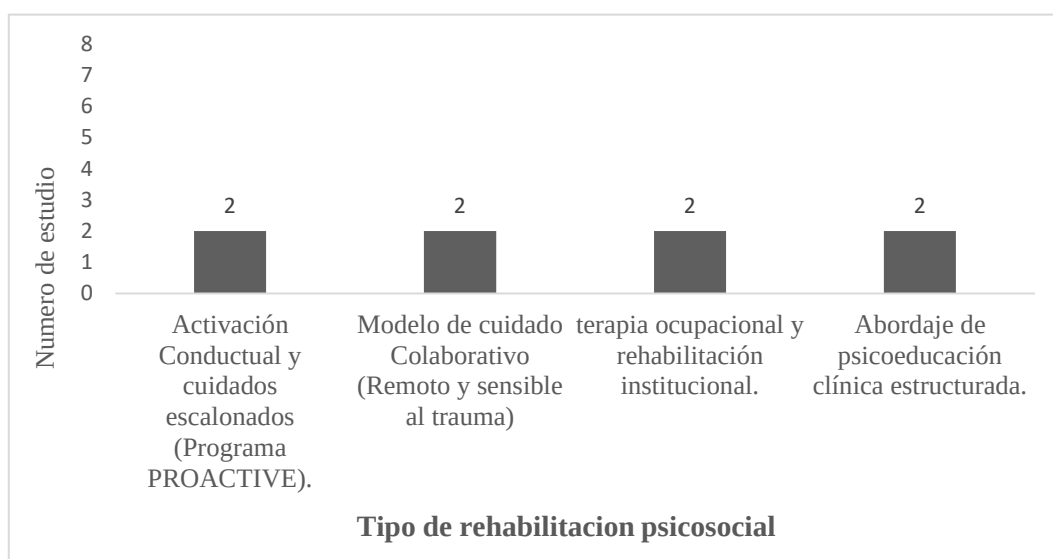
N°	Tipo de Intervención (Tipología)	Estudios Incluidos (N°)	Frecuencia Absoluta (f)
1.	Programas comunitarios de activación conductual.	1,2.	2
2.	Modelos de cuidado colaborativo.	3, 4	2

3.	Intervenciones institucionales y basadas en terapia ocupacional.	5,6	2
4.	Programas de psicoeducación clínica estructurada.	7,8	2
Total			8

Con el propósito de complementar la organización de los hallazgos y facilitar su comprensión, se presenta la Figura 02, en la cual se ilustra la distribución de los tipos de rehabilitación psicosocial identificados en los estudios analizados. Esta representación gráfica permite visualizar la agrupación de las intervenciones según su naturaleza terapéutica.

Figura 2

Distribución de los tipos de rehabilitación psicosocial en los estudios incluidos.



Como se observa en la Tabla 06 y la Figura 2, en relación con el primer objetivo específico 1, orientado a identificar los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos en Latinoamérica entre 2010 y 2025, la sistematización de los estudios incluidos permitió reconocer ocho intervenciones psicosociales diferenciadas. En ellas se evidenció una diversidad de enfoques que respondieron a las características

contextuales, poblacionales y estructurales propias de cada país. A partir de esto, se realizó un análisis comparativo que permitió agrupar las intervenciones en cuatro tipos principales: programas comunitarios de activación conductual, modelos de cuidado colaborativo, intervenciones institucionales basadas en terapia ocupacional y programas de psicoeducación clínica estructurada, cuya distribución de frecuencias y características se detallan a continuación.

En primer lugar, los programas comunitarios de activación conductual, representados en los estudios de Seward et al. (2025) y Henrique et al. (2021), correspondieron al modelo PROACTIVE, el cual trasladó la intervención al entorno comunitario. Este abordaje se caracterizó por el uso de la activación conductual como estrategia central para reducir la inactividad, la anhedonia y el aislamiento social, especialmente en adultos mayores en situación de vulnerabilidad. Asimismo, incorporó el modelo de atención escalonada (*stepped care*), que permite ajustar la intensidad del tratamiento según la evolución clínica, y la delegación de funciones (*task-shifting*) a agentes comunitarios de salud, esto amplía la cobertura en contextos con limitada disponibilidad de profesionales especializados. Además, el uso de herramientas digitales favoreció la psicoeducación, el seguimiento domiciliario y la continuidad del cuidado.

En segundo lugar, los modelos de cuidado colaborativo, identificados en los estudios de Vitriol et al. (2024) y Rojas et al. (2018), se caracterizaron por la articulación interdisciplinaria entre profesionales de salud en el nivel de atención primaria. Estas intervenciones integraron componentes como la psicoterapia breve, el monitoreo sistemático de síntomas y la coordinación entre servicios, lo que promovió una atención continua y centrada en la persona. En estos hallazgos

destacó el enfoque sensible al trauma, que incorporó el abordaje de experiencias adversas tempranas, así como la modalidad remota en contextos rurales. Esta última utiliza herramientas digitales y seguimiento telefónico para garantizar la continuidad terapéutica y reducir las barreras de acceso a los servicios de salud mental.

En tercer lugar, las intervenciones institucionales basadas en terapia ocupacional y rehabilitación psicosocial, evidenciadas en los estudios de Lazcano-Ortiz et al. (2019) y Rojas (2010), se desarrollaron en contextos clínicos y residenciales, principalmente con pacientes que presentaron una mayor severidad sintomática. Estas intervenciones priorizaron la reactivación funcional mediante actividades estructuradas de tipo físico, cognitivo y social, orientadas a fortalecer la autonomía, la autoestima y la reintegración social. Asimismo, incorporaron estrategias de entrenamiento en habilidades sociales y regulación emocional, facilitando el proceso de transición del paciente desde el entorno hospitalario hacia la comunidad.

Por último, los programas de psicoeducación clínica estructurada, descritos en los estudios de López (2011) y Carazas-Vera (2024), se centraron en proporcionar información sistematizada sobre el trastorno depresivo, para promover la comprensión del trastorno, la adherencia al tratamiento y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Estas intervenciones, aplicadas en formato individual y grupal, constituyeron un complemento relevante del tratamiento farmacológico, contribuyendo a la prevención de recaídas y al fortalecimiento del rol activo del paciente en su proceso de recuperación.

Por tanto, los resultados evidenciaron que los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial en Latinoamérica presentaron un enfoque predominante multimodal, que integró estrategias conductuales, educativas, ocupacionales y colaborativas. Asimismo, se observó una tendencia hacia intervenciones más accesibles, comunitarias y adaptadas al contexto, lo cual respondió a la necesidad de reducir las brechas en salud mental y mejorar la continuidad del cuidado en poblaciones vulnerables.

Objetivo específico 2: Describir las principales características de las intervenciones de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Para dar respuesta a este objetivo, se analizó a profundidad la metodología y el diseño de intervención de los ocho estudios incluidos, este proceso permitió identificar las dimensiones, estrategias y componentes estructurales que definieron la eficacia de cada programa. Tal como se muestra en la Tabla 07, se sistematizaron las principales características de cada tipo de rehabilitación psicosocial analizada, clasificadas por investigación, autores y país.

Tabla 7

Principales características de los programas de rehabilitación psicosocial en los estudios incluidos.

N°	Investigación	Autores y país	Tipo y principales características de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión.
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil.	Seward et al., 2025. Brasil	Programa comunitario de activación conductual (PROACTIVE): - Modelo de atención escalonada (<i>stepped care</i>): Ajuste progresivo de la intensidad del tratamiento según la evolución clínica. - Activación conductual: Estrategia central orientada a incrementar actividades significativas y reducir la inactividad. - Enfoque en vulnerabilidad social: Dirigido a adultos mayores en contextos de pobreza y aislamiento. - Reducción de la soledad: Factor mediador para la mejora de los síntomas depresivos. - Psicoeducación: Fortalece la comprensión del trastorno y el rol activo del paciente. - Continuidad del cuidado y adherencia: Monitoreo constante y acompañamiento sistemático.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study.	Henrique et al., 2021. Brasil	Modelo de <i>task-shifting</i> (delegación de tareas) apoyado en tecnología: - Delegación de tareas: intervención a cargo de agentes comunitarios capacitados, lo cual amplía la cobertura en salud mental. - Intervención domiciliaria: Aplicación en el entorno del paciente para facilitar la integración en la vida cotidiana. - Activación conductual: Estrategia central orientada a incrementar actividades significativas. - Psicoeducación: Uso de recursos educativos para mejorar la comprensión de la depresión. - Uso de herramientas digitales: Aplicaciones con contenido audiovisual que facilitan el aprendizaje y seguimiento. - Pertinencia cultural: Adaptación al contexto sociocultural del usuario. - Fidelidad y aceptabilidad: Implementación consistente del programa original con alta valoración por usuarios y agentes.

3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.	Vitriol et al., 2024.	Continuidad del cuidado: Seguimiento sistemático en atención primaria.
			Cuidado colaborativo informado en el trauma (CTIC): - Modelo colaborativo interdisciplinario: Integración de profesionales de salud (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) en atención primaria. - Enfoque sensible al trauma: Incorporación del abordaje de experiencias adversas tempranas en el tratamiento. - Psicoterapia breve estructurada: Intervención focalizada orientada a la reducción de síntomas y mejora funcional. - Enfoque biopsicosocial: Integración de factores biológicos, psicológicos y sociales. - Regulación emocional y autoeficacia: Desarrollo de habilidades para el manejo de emociones y promoción de la capacidad de gestión de la recuperación. - Redes de apoyo: Vinculación y fortalecimiento del soporte social. - Atención centrada en la persona: Intervención adaptada a necesidades individuales con continuidad de cuidado.
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas.	Rojas et al., 2018.	Cuidado colaborativo remoto: - Cuidado colaborativo remoto: Integración de atención interdisciplinaria mediante medios no presenciales. - Telesalud: Uso de contacto telefónico y herramientas digitales para el seguimiento del paciente. - Enfoque en población rural: Dirigida a contextos con limitada disponibilidad de servicios especializados. - Psicoeducación y apoyo psicosocial: Provisión de información, contención emocional y acompañamiento terapéutico no presencial. - Seguimiento clínico continuo: Monitoreo sistemático del estado del paciente a distancia. - Reducción de brechas de acceso: Disminución de desigualdades en salud mental en zonas rurales, lo que fomenta la adherencia terapéutica.
5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.	Lazcano-Ortiz et al., 2019. México	Terapia ocupacional estructurada con actividades físicas, recreativas y cognitivas. Enfoque ocupacional: Uso de actividades significativas como eje central de la intervención terapéutica.

		• Intervención estructurada y multimodal: Integración sistemática de dimensiones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales en el tratamiento. • Restablecimiento de rutinas: Reorganización del tiempo y las actividades diarias para reducir la inactividad. • Participación social y reducción del aislamiento: Fomento de la interacción y vinculación para disminuir la soledad en contextos institucionalizados. • Fortalecimiento del autoconcepto y autoestima: Mejora de la percepción y valoración personal. • Promoción de la autonomía: Desarrollo de independencia en la vida cotidiana para el bienestar emocional.
6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas Flores, 2010. México Rehabilitación institucional integral (laborterapia): • Intervención en contexto clínico especializado: Aplicación en entorno psiquiátrico para pacientes con mayor severidad. • Programa integral: Articulación de múltiples componentes terapéuticos en un mismo plan de intervención. • Terapia ocupacional: Desarrollo de actividades funcionales orientadas a la recuperación de habilidades. • Entrenamiento en habilidades sociales: Mejora de la interacción interpersonal y adaptación social. • Regulación emocional: Desarrollo de estrategias para el manejo de emociones. • Reinserción social progresiva: Transición gradual desde el entorno clínico hacia la comunidad para facilitar la integración comunitaria.
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López Amaro, 2011. México Psicoeducación clínica sobre calidad de vida • Psicoeducación estructurada: Programa sistemático orientado a la comprensión del trastorno depresivo. • Modalidad grupal e individual: Intervención flexible que combina atención personalizada y aprendizaje colectivo. • Técnicas cognitivo-conductuales: Aplicación de reestructuración cognitiva y resolución de problemas.

		• Reconocimiento de síntomas y prevención: Identificación temprana de signos depresivos y factores de riesgo de recaídas. • Desarrollo de estrategias de afrontamiento: Fortalecimiento de habilidades para manejar situaciones estresantes. • Participación activa y soporte social: Rol protagónico del paciente y fomento de la interacción grupal para intercambio de experiencias.
8.	Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera, 2024. Psicoeducación para la adherencia terapéutica: • Psicoeducación como intervención complementaria: Refuerza y acompaña el tratamiento clínico y farmacológico habitual en servicios especializados. • Adherencia terapéutica: Mejora del cumplimiento del tratamiento mediante una mayor comprensión de la evolución y manejo de la enfermedad. • Prevención de recaídas: Identificación temprana de signos de riesgo y establecimiento de estrategias de afrontamiento y autocuidado. • Participación activa del paciente: Involucramiento en la toma de decisiones sobre su tratamiento. • Fortalecimiento del vínculo terapéutico: Relación colaborativa constante entre el paciente y los profesionales de la salud.

Tras la descripción detallada de los diseños de intervención de cada estudio, se llevó a cabo un proceso de extracción y síntesis temática transversal. Este procedimiento permitió identificar y categorizar diez principales características que estructuraron y fundamentaron la eficacia de los programas de rehabilitación psicosocial analizados. Esta organización respondió a los componentes operativos y estrategias terapéuticas más recurrentes en la evidencia empírica, para ello, la distribución de estas frecuencias se presenta en la siguiente Tabla 08.

Tabla 8

Principales características identificadas en los estudios incluidos.

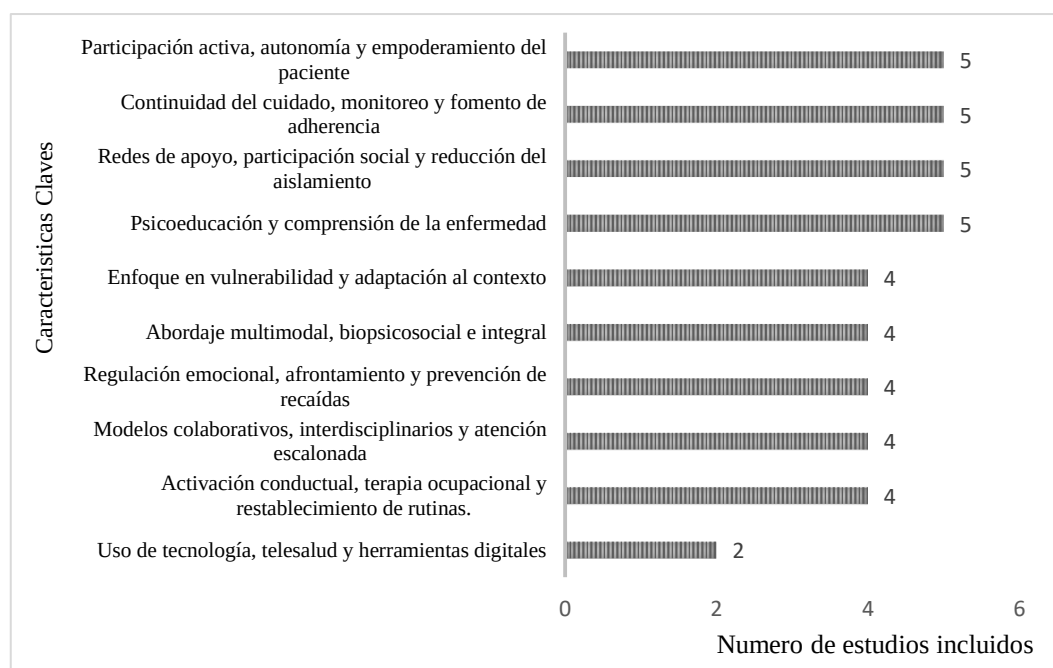
N°	Principales características	Estudios que la integran (N°)	Frecuencia (f)
1.	Psicoeducación y alfabetización en salud: Entrega de información sobre la enfermedad, recursos didácticos y estrategias de autocuidado complementarias.	1, 2, 4, 7, 8	5
2.	Redes de apoyo, participación social y reducción del aislamiento: Fortalecimiento del soporte comunitario, interacción interpersonal y reinserción social para reducir la soledad.	1, 3, 5, 6, 7	5
3.	Continuidad del cuidado, monitoreo y fomento de adherencia: Seguimiento presencial o remoto, fomento de la adherencia terapéutica y fortalecimiento del vínculo.	1, 2, 3, 4, 8	5
4.	Participación activa, autonomía y empoderamiento del paciente: Fomento de la participación activa del paciente, mejora de la autoeficacia, autonomía y toma de decisiones.	1, 3, 5, 7, 8	5
5.	Activación conductual, terapia ocupacional y restablecimiento de rutinas: Incremento de actividades significativas, laborterapia, y actividades físicas/recreativas.	1, 2, 5, 6	4
6.	Modelos colaborativos, interdisciplinarios y atención escalonada: Incluye <i>stepped care</i> , <i>task-shifting</i> o delegación de tareas, y trabajo en red de profesionales.	1, 2, 3, 4	4
7.	Regulación emocional, afrontamiento y prevención de recaídas: Uso de técnicas cognitivo-conductuales, manejo del estrés y reconocimiento temprano de síntomas.	3, 6, 7, 8	4

8. Abordaje multimodal, biopsicosocial e integral: Articulación simultánea de dimensiones biológicas, psicológicas, cognitivas y sociales en el plan de tratamiento.	3, 5, 6, 7	4
9. Enfoque en vulnerabilidad y adaptación al contexto: Adaptación a la pobreza, ruralidad o enfoque informado al trauma previo, e intervenciones en el domicilio del paciente.	1, 2, 3, 4	4
10. Uso de tecnología, telesalud y herramientas digitales: Uso de aplicaciones móviles, soporte telefónico y telesalud.	2, 4	2

Con el propósito de complementar la sistematización de los hallazgos y facilitar su comprensión analítica, se presenta la siguiente Figura 03. Esta representación gráfica describe la prevalencia de las principales características, lo cual permite visualizar de manera jerárquica aquellas con mayor recurrencia en los estudios incluidos.

Figura 3

Principales características identificadas en los estudios incluidos.



A partir de los datos descritos en la Tabla 08 y la Figura 03, se evidenció la presencia de diez principales características que estructuraron los programas de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión, cuya distribución se organizó de la siguiente manera:

En primer lugar, se observó una alta prevalencia de cuatro características, identificadas en cinco de los ocho estudios incluidos. La primera de ellas fue la psicoeducación y alfabetización en salud, presente en los estudios de Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Rojas et al. (2018), López Amaro (2011) y Carazas-Vera (2024), la cual se centró en la entrega de información estructurada sobre la enfermedad y el desarrollo de estrategias de autocuidado.

En esta misma jerarquía, se encontraron las redes de apoyo, participación social y reducción del aislamiento, descritas en cinco estudios como Seward et al. (2025), Vitriol et al. (2024), Lazcano-Ortiz et al. (2019), Rojas Flores (2010) y López Amaro (2011), orientadas a fortalecer el soporte comunitario y la interacción interpersonal.

Asimismo, se identificó la continuidad del cuidado, monitoreo y fomento de adherencia terapéutica, mencionada por cinco estudios como Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Vitriol et al. (2024), Rojas et al. (2018) y Carazas-Vera (2024). En esta misma línea, se halló la participación activa, la autonomía y el empoderamiento del paciente, descritas por Seward et al. (2025), Vitriol et al. (2024), Lazcano-Ortiz et al. (2019), López Amaro (2011) y Carazas-Vera (2024). Por tanto, la recurrencia de estas características evidenció que las investigaciones priorizaron de manera fundamental el acceso a información comprensible, el

soporte social comunitario, el seguimiento terapéutico continuo y el rol protagónico del usuario como pilares esenciales para el proceso de recuperación.

En un segundo nivel, se identificó una prevalencia media de cinco características, presentes en cuatro de los ocho estudios, las cuales fueron: la activación conductual, la terapia ocupacional y el restablecimiento de rutinas, presentes en los estudios de Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Lazcano-Ortiz et al. (2019) y Rojas Flores (2010), cuyo objetivo fue el incremento de actividades significativas, la laborterapia y las actividades físicas o recreativas.

Asimismo, los modelos colaborativos, interdisciplinarios y de atención escalonada fueron descritos por cuatro estudios: Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Vitriol et al. (2024) y Rojas et al. (2018), estos modelos integraron estrategias como la atención escalonada (*stepped care*), que ajusta progresivamente la intensidad del tratamiento según la evolución clínica del paciente; la delegación de tareas (*task-shifting*), que capacita a agentes comunitarios o no especializados para ampliar la cobertura de salud mental, y el trabajo en red.

En este mismo sentido, la regulación emocional, el afrontamiento y la prevención de recaídas fue mencionada por cuatro estudios: Vitriol et al. (2024), Rojas Flores (2010), López Amaro (2011) y Carazas-Vera (2024), mediante el uso de técnicas cognitivo-conductuales, el manejo del estrés y el reconocimiento temprano de síntomas. Seguidamente, se encontró el abordaje multimodal, biopsicosocial e integral, resaltado por cuatro estudios: Vitriol et al. (2024), Lazcano-Ortiz et al. (2019), Rojas Flores (2010) y López Amaro (2011), el cual articuló simultáneamente las dimensiones biológicas (como la supervisión de la

adherencia farmacológica y la reactivación física mediante kinesioterapia), psicológicas, cognitivas y sociales en el plan de tratamiento.

Otra característica principal fue el enfoque en la vulnerabilidad y la adaptación al contexto, mencionado por cuatro estudios: Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Vitriol et al. (2024) y Rojas et al. (2018), orientado a la adaptación a la pobreza, la ruralidad, la sensibilidad al trauma previo y las intervenciones domiciliarias, lo cual evidenció una clara orientación hacia intervenciones complejas adaptadas a las necesidades integrales del usuario.

Finalmente, se observó una prevalencia menor en el uso de tecnología, telesalud y herramientas digitales, evidenciado únicamente en dos investigaciones: Henrique et al. (2021) y Rojas et al. (2018), quienes emplearon aplicaciones móviles, soporte telefónico y plataformas de telesalud. Por tanto, este hallazgo sugirió que, si bien existe una incorporación emergente de recursos digitales como aplicaciones móviles y seguimiento remoto en los estudios de Latinoamérica, su implementación generalizada aún es incipiente. Esta baja frecuencia podría estar directamente asociada a barreras de conectividad, limitaciones en la infraestructura tecnológica institucional o brechas en las competencias digitales de las poblaciones atendidas en los diferentes países.

En este mismo sentido, con el objetivo de profundizar en la operatividad de los estudios analizados, se realizó un cruce de información entre las diez principales características identificadas y los cuatro tipos de intervención clínica y comunitaria derivados del objetivo específico 1. Este procedimiento permitió un análisis más detallado de los componentes operativos mediante una escala de medición ordinal de tres niveles: **Nivel Alto** (representa la identidad y el eje

estructural del modelo), **Nivel Medio** (actúa como elemento complementario o de soporte) y **Nivel Bajo** (característica ausente o no declarada). Para ello, los resultados de esta matriz de prevalencia se presentan en la Tabla 09.

Tabla 9

Prevalencia de principales características integrada por tipo de intervención de rehabilitación psicosocial.

N°	Principales características integradas	Programas comunitarios de activación conductual (E -1, E-2)	2. Modelos de cuidado colaborativo (E-3, E-4)	3. Terapia ocupacional e institucional (E-5, E6)	4. Psicoeducación clínica estructurada (E-7, E-8)
1.	Psicoeducación y alfabetización en salud: Entrega de información sobre la enfermedad, recursos didácticos y estrategias de autocuidado complementarias.	(Estudios 1, 2) Alto	(Estudio 4) Medio	(-) Bajo	(Estudios 7, 8) Alto
2.	Redes de apoyo, participación social y reducción del aislamiento: Fortalecimiento del soporte comunitario, interacción interpersonal y reinserción social para reducir la soledad.	(Estudio 1) Medio	(Estudio 3) Medio	(Estudios 5, 6) Alto	(Estudio 7) Medio
3.	Continuidad del cuidado, monitoreo y fomento de adherencia: Seguimiento presencial o remoto, fomento de la adherencia terapéutica y fortalecimiento del vínculo.	(Estudios 1, 2) Alto	(Estudios 3, 4) Alto	(-) Bajo	(Estudio 8) Medio
4.	Participación activa, autonomía y empoderamiento del paciente: mediante la participación activa del paciente, mejora de la autoeficacia, autonomía y toma de decisiones.	(Estudio 1) Medio	(Estudio 3) Medio	(Estudio 5) Medio	(Estudios 7, 8) Alto

5.	Activación conductual, terapia ocupacional y restablecimiento de rutinas: incremento de actividades significativas, laborterapia, y actividades físicas/recreativas.	(Estudios 1, 2) Alto	(-) Bajo	(Estudios 5, 6) Alto	(-) Bajo
6.	Modelos colaborativos, interdisciplinarios y atención escalonada: Incluye <i>stepped care</i> , <i>task-shifting</i> o delegación de tareas, y trabajo en red de profesionales.	(Estudios 1, 2) Alto	(Estudios 3, 4) Alto	(-) Bajo	(-) Bajo
7.	Regulación emocional, afrontamiento y prevención de recaídas: Uso de técnicas cognitivo-conductuales, manejo del estrés y reconocimiento temprano de síntomas.	(-) Bajo	(Estudio 3) Medio	(Estudio 6) Medio	(Estudios 7, 8) Alto
8.	Abordaje multimodal, biopsicosocial e integral: Articulación simultánea de dimensiones biológicas, psicológicas, cognitivas y sociales en el plan de tratamiento.	(-) Bajo	(Estudio 3) Alto	(Estudios 5, 6) Alto	(Estudio 7) Medio
9.	Enfoque en vulnerabilidad y adaptación al contexto: Adaptación a la pobreza, ruralidad y sensibilidad al trauma previo e intervenciones en el domicilio del paciente.	(Estudios 1, 2) Alto	(Estudios 3, 4) Alto	(-) Bajo	(-) Bajo
10.	Uso de tecnología, telesalud y herramientas digitales: Uso de aplicaciones móviles, soporte telefónico y telesalud.	(Estudio 2) Alto	(Estudio 4) Alto	(-) Bajo	(-) Bajo
TOTAL		6 = alto 2 = medio 2 = bajo	5=alto 4=medio 1=bajo	3=alto 2=medio 5=bajo	3=alto 3=medio 4=bajo

A partir del análisis de la Tabla 09, que integra las diez principales características según el tipo de intervención, se evidenciaron diferencias significativas en la configuración operativa de los programas de rehabilitación psicosocial, tanto en el nivel de integración de los componentes como en su distribución entre los distintos modelos analizados.

En el primer tipo de rehabilitación psicosocial, denominado programas comunitarios de activación conductual e integrado por los estudios de Seward et al. (2025) y de Henrique et al. (2021), se observó un claro predominio de seis características en nivel alto (psicoeducación, continuidad del cuidado, activación conductual, modelos colaborativos, enfoque en vulnerabilidad y uso de tecnología). Esto se presentó en contraste con dos características en nivel medio (redes de apoyo y participación activa) y dos en nivel bajo (regulación emocional y abordaje multimodal). En consecuencia, esta distribución demostró que este fue un modelo muy sólido, orientado a la movilización conductual y a la adaptación del paciente en su contexto real, más que a la contención emocional directa en un consultorio.

En el segundo tipo, correspondiente a los modelos de cuidado colaborativo y conformado por los estudios de Vitriol et al. (2024) y Rojas et al. (2018), se identificó una distribución de cinco características en nivel alto (continuidad del cuidado, modelos interdisciplinarios, abordaje biopsicosocial, enfoque en vulnerabilidad y uso de tecnología), cuatro características en nivel medio (psicoeducación, redes de apoyo, participación activa y regulación emocional) y una única característica en nivel bajo (activación conductual). La escasa presencia de características en el nivel bajo reflejó una excelente articulación de los elementos

terapéuticos y de soporte, garantizando que el paciente no quede a la deriva en el sistema de salud.

En el tercer tipo, referido a la terapia ocupacional e institucional e integrado por los estudios de Lazcano-Ortiz et al. (2019) y Rojas Flores (2010), se observó una distribución de tres características en nivel alto (redes de apoyo, terapia ocupacional y abordaje biopsicosocial), dos en nivel medio (participación activa y regulación emocional) y cinco en el nivel bajo (psicoeducación, continuidad del cuidado, modelo colaborativo, enfoque en vulnerabilidad y uso de tecnología). Por tanto, esto configuró un modelo tradicional, altamente útil dentro del entorno clínico especializado, pero con claras limitaciones estructurales para proyectar el cuidado hacia la comunidad o utilizar herramientas innovadoras.

Finalmente, en el cuarto tipo, centrado en la psicoeducación clínica estructurada y conformado por los estudios de López Amaro (2011) y Carazas-Vera (2024), se identificó una distribución de tres características en nivel alto (psicoeducación, participación activa y regulación emocional), tres en nivel medio (redes de apoyo, continuidad del cuidado y abordaje biopsicosocial) y cuatro en nivel bajo (activación conductual, modelos colaborativos, enfoque en vulnerabilidad y uso de tecnología). Este modelo demostró ser una intervención muy valiosa a nivel cognitivo e individual para el manejo emocional, pero con un nivel de integración estructural y comunitario considerablemente menor.

En conjunto, los resultados evidenciaron que los programas comunitarios de activación conductual y los modelos de cuidado colaborativo presentaron una mayor concentración de características en nivel alto, lo que indicó un mayor grado de integración multidimensional. En contraste, la terapia ocupacional institucional

y la psicoeducación clínica estructurada mostraron un perfil más sesgado hacia los niveles medio y bajo, lo que sugirió una implementación más parcial y focalizada de los postulados contemporáneos de la rehabilitación psicosocial.

Objetivo específico 3: Identificar los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, se analizó a profundidad la metodología y los sistemas de evaluación de los ocho estudios incluidos. Este proceso analítico permitió determinar que la eficacia de estos programas se evalúa bajo un modelo multidimensional, es decir, los criterios de efecto superan la mera reducción de síntomas, integrando dimensiones clínicas, funcionales, de adherencia y de viabilidad.

Para evidenciar esto, en la Tabla 10 se detallan de manera sistematizada los criterios (qué se busca lograr), los indicadores (cómo se evidencia empíricamente ese logro) y los instrumentos de medición empleados, ordenados cronológicamente y por país según la selección de los estudios originales.

Tabla 10

Descripción de los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en los estudios incluidos.

N°	Investigación	Autores y país	Criterio de efecto	Indicador de efecto	Instrumentos de medición
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil.	Seward et al., 2025. Brasil	- Recuperación clínica de la depresión en adultos mayores a largo plazo (12 meses). - Reducción de la sensación de soledad percibida. - Fortalecimiento de la red de apoyo social. - Incremento en la participación de actividades cotidianas significativas.	- Disminución significativa en la puntuación de síntomas depresivos. - Disminución del puntaje de soledad percibida. - Incremento en la frecuencia de interacciones sociales y apoyo percibido. - Cantidad de sesiones asistidas y proporción de tareas completadas.	- Patient Health Questionnaire (PHQ -9). - UCLA Loneliness Scale - Lubben Social Network Scale de 6 ítems (LSNS-6). - Registros de actividades conductuales y seguimiento de tareas terapéuticas. - Registro de asistencia.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study.	Henrique et al., 2021. Brasil	- Fidelidad de los trabajadores de salud al protocolo de intervención. - Aceptabilidad de la intervención desde la perspectiva de los adultos mayores. - Percepción de la intervención por parte de los trabajadores de salud (factibilidad).	- Fidelidad: Cumplimiento de la estructura de la sesión manejo de la tableta, gestión del tiempo e interacción adecuada. - Aceptabilidad: Percepción positiva hacia el personal no especializado, aceptación de la tecnología y evaluación de la tasa de adherencia o deserción. - Percepción del personal: Reportes verbales sobre sentirse capaces y apoyados por el equipo colaborativo, y reporte de sobrecarga en su rutina laboral.	- Observación no participante. - Lista de verificación (Checklist) para evaluar estructura de la sesión, notas de campo y grabaciones de audio. - Entrevista individual con cuestionario estructurado (adultos mayores). - Grupos focales con trabajadores de salud y análisis temático cualitativo.

3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.	Vitriol et al., 2024. Chile	- Reducción de síntomas depresivos. - Mejora en la regulación emocional. - Restablecimiento del funcionamiento psicosocial e interpersonal. - Mantenimiento de la adherencia terapéutica.	- Disminución estadísticamente significativa de las medias en puntajes de depresión a los 3 y 6 meses de seguimiento. - Mayor tasa de remisión clínica. - Incremento significativo en la puntuación general de adherencia al tratamiento.	- Patient Health Questionnaire (PHQ -9) para depresión. - Escala Breve de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-SF). - Outcome Questionnaire (OQ – 45.2) para funcionamiento psicosocial. - Escala General de Adherencia en Salud (GHAS).
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas.	Rojas et al., 2018. Chile	- Reducción de síntomas depresivos en población rural. - Incremento en la calidad de vida en salud mental. - Mejora en la adherencia al tratamiento farmacológico. - Satisfacción del paciente con la atención distancia.	- Diferencia de medias significativa en las puntuaciones de calidad de vida a los 3 meses. - Mayor probabilidad de cumplimiento farmacológico y alta satisfacción usuaria a los 6 meses.	- Inventario de Depresión de Beck (BDI – I) - Cuestionario de calidad de vida en Salud (SF – 36). - Cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ – 8). - Cuestionario simplificado de adherencia (SMAQ).
5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.	Lazcano-Ortiz et al., 2019. México	- Disminución del nivel depresivo (leve/moderado) en el adulto mayor. - Integración exitosa del adulto mayor a su entorno habitual biopsicosocial. - Fomento de la autonomía y participación activa.	- Cambios positivos pre y post en la escala Yesavage. - Mayor participación en actividades recreativas. - Mejora reportada en la integración a las actividades cotidianas e incremento de la iniciativa personal.	- Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión de 15 ítems). - Cuestionario para medir el nivel de bienestar personal del adulto mayor (elaborado por los investigadores, de 15 preguntas cerradas). - Registros de participantes en actividades terapéuticas.
6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas, 2010. México	- Estabilización emocional en crisis aguda. - Reincorporación comunitaria y mejora del desempeño en actividades de la vida diaria.	- Remisión clínica aguda para participación en talleres. - Recuperación objetiva en las actividades de la vida diaria e incremento en la socialización.	- Hojas de evolución clínica (utilizadas para valorar cualitativamente la estabilización emocional o remisión de síntomas) - Registros ocupacionales.

			- Desarrollo de habilidades para la socialización. - Satisfacción familiar con el servicio.	- Disminución del tiempo de hospitalización y baja tasa de reingreso. - Alto nivel de satisfacción familiar al egreso.	- Registros estadísticos de ingreso y reingreso. - Encuesta de satisfacción de la familia al egreso.
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López, 2011. México	- Mejora integral de calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM). - Modificación de actitud clínica frente a la enfermedad y fortalecimiento de la adherencia terapéutica. - Reducción y control de la sintomatología depresiva.	- Diferencias estadísticamente significativas al alza en las puntuaciones de los dominios de calidad de vida (física, psicológica y relaciones sociales) frente al grupo control. - Transición medible hacia una actitud positiva, responsable y de aceptación respecto a la toma de medicación psiquiátrica. - Reducción de síntomas depresivos.	- Cuestionario de Calidad de vida de la OMS (WHOQOL – BREF). - Inventario de actitudes hacia la medicación (DAI). - Escala de evaluación de la depresión (Inventario de Beck/ Escala de Hamilton).
8.	Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera, 2024. Perú	Incremento de la adherencia al tratamiento farmacológico. Prevención de recaídas fomentando el autocuidado. Disminución del abandono (deserción) terapéutico.	- Asociación estadística significativa entre recibir psicoeducación y mantener el cumplimiento terapéutico. - Menor tasa de abandono del tratamiento entre los pacientes que recibieron psicoeducación. - Mayor conocimiento del paciente sobre su enfermedad y tratamiento.	- Cuestionario de adherencia de Morisky – Green. - Ficha de recolección de datos sociodemográficos y clínicos estructurada a partir de historias clínicas.

Con el propósito de sintetizar los hallazgos documentados en la Tabla 11, se procedió a realizar una sistematización analítica mediante tablas de frecuencia para categorizar los hallazgos. Este desglose permitió visualizar las tendencias metodológicas de los ocho estudios originales, dividiendo el análisis en tres componentes fundamentales: los criterios, los indicadores y los instrumentos.

3.1. Análisis de los criterios de efecto:

Tal como se detalló en la Tabla 11, los objetivos terapéuticos reflejaron la multidimensionalidad de las intervenciones, destacando que un mismo estudio pudo reportar múltiples criterios simultáneamente.

Tabla 11

Criterios de efecto en los estudios incluidos.

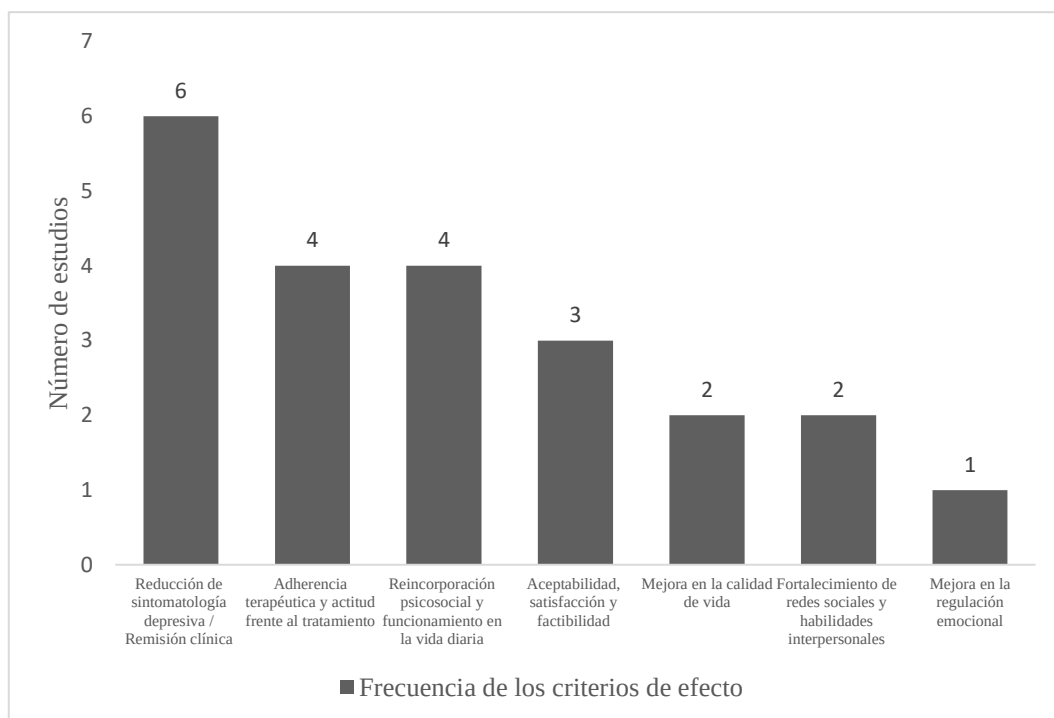
Nº	Criterio de Efecto (Categoría)	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Reducción de sintomatología depresiva y remisión clínica (estabilización emocional y reducción de nivel depresivo).	1, 3, 4, 5, 6, 7	6
2.	Adherencia terapéutica y actitud frente al tratamiento (incluye prevención de abandono y autocuidado).	3, 4, 7, 8	4
3.	Reincorporación psicosocial y funcionamiento en la vida diaria (fomento de autonomía e integración al entorno).	1, 3, 5, 6	4
4.	Aceptabilidad, satisfacción y factibilidad (satisfacción del paciente, familia y fidelidad al protocolo).	2, 4, 6	3
5.	Mejora en la calidad de vida.	4, 7	2
6.	Fortalecimiento de redes sociales y habilidades interpersonales (reducción de la soledad)	1, 6	2
7.	Mejora en la regulación emocional.	3	1

Para complementar la sistematización de estos hallazgos y facilitar su comprensión analítica, se elaboró la Figura 04. Esta representación gráfica ilustró

la frecuencia de los distintos criterios de efecto evaluados en las investigaciones incluidas.

Figura 4

Indicadores de efecto presentes en los estudios incluidos.



A partir de los datos descritos en la Tabla 11 y la Figura 04, se evidenció que los estudios incluidos en esta revisión presentaron siete categorías principales de criterios de efecto. En este sentido, se identificó que el criterio de efecto de mayor prevalencia fue la reducción de la sintomatología depresiva y remisión clínica, presente en seis estudios (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas Flores, 2010; López Amaro, 2011), este hallazgo confirmó que la mitigación del cuadro clínico siguió siendo el eje central en la evaluación de la eficacia terapéutica.

En segundo lugar, de importancia, la “adherencia terapéutica y actitud frente al tratamiento” estuvo presente en cuatro estudios (Vitriol et al., 2024; Rojas

et al., 2018; López Amaro, 2011; Carazas-Vera, 2024), lo cual evidenció la necesidad fundamental del cumplimiento sostenido del tratamiento y la prevención del abandono en los programas de rehabilitación. De igual manera, el criterio de “reincorporación psicosocial y funcionamiento en la vida diaria” se identificó en cuatro investigaciones (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas Flores, 2010), resaltando la relevancia de fomentar la autonomía y la integración del individuo en su entorno cotidiano.

En un tercer nivel de frecuencia, el criterio de “aceptabilidad, satisfacción y factibilidad” se presentó en tres estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Rojas Flores, 2010), esta dimensión permitió valorar la viabilidad de las intervenciones no solo desde un enfoque clínico, sino desde la percepción del usuario, la familia y el personal de salud.

Finalmente, con menor prevalencia, se reportaron los criterios de “mejora en la calidad de vida” en dos estudios (Rojas et al., 2018; López Amaro, 2011), el “fortalecimiento de redes sociales y habilidades interpersonales” en dos investigaciones (Seward et al., 2025; Rojas Flores, 2010) y, por último, la “mejora en la regulación emocional”, identificada únicamente en un estudio (Vitriol et al., 2024).

3.2. Análisis de los indicadores de efecto

En coherencia con los criterios evaluados, es fundamental analizar los indicadores de efecto que demostraron empíricamente el éxito de las intervenciones. Como se muestra en la Tabla 12, estos indicadores operacionalizan los objetivos terapéuticos y permitieron un monitoreo objetivo del progreso del paciente.

Tabla 12

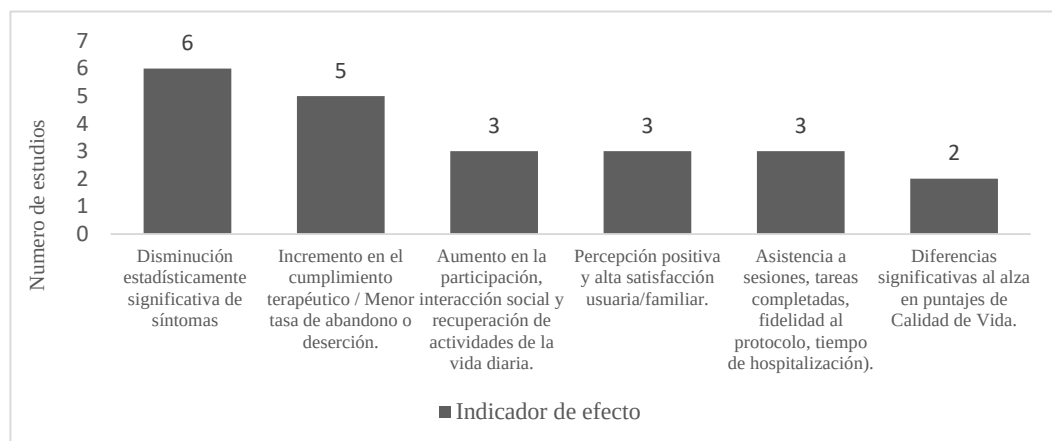
Indicadores de efecto en los estudios incluidos.

Nº	Indicador de Efecto (Categoría)	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Disminución estadísticamente significativa de síntomas (Mayor tasa de remisión).	1, 3, 4, 5, 6,7	6
2.	Incremento en el cumplimiento terapéutico y menor tasa de abandono o deserción.	2, 3,4, 7, 8	5
3.	Aumento en la participación, interacción social y recuperación de actividades de la vida diaria.	1, 5, 6	3
4.	Percepción positiva y alta satisfacción usuaria/familiar.	2, 4, 6	3
5.	Asistencia a sesiones, tareas completadas, fidelidad al protocolo, tiempo de hospitalización).	1, 2, 6	3
6.	Diferencias significativas al alza en puntajes de calidad de vida.	4, 7	2

Para facilitar la comprensión visual de estas métricas, se presenta a continuación la Figura 05, la cual jerarquiza los indicadores presentes en los estudios incluidos.

Figura 5

Indicadores de efecto presentes en los estudios incluidos.



A partir de los datos descritos en la Tabla 12 y la Figura 05, se evidenció que los estudios incluidos en esta revisión presentaron seis categorías de indicadores de efecto, cuyos resultados fueron coherentes con una perspectiva integral de recuperación.

En primer lugar, para evidenciar la mejoría clínica de la depresión, seis investigaciones se basaron en disminuciones estadísticamente significativas en los puntajes de las escalas de evaluación, cambios en los niveles de severidad clínica, mayores tasas de remisión sintomática y el mantenimiento de los pacientes sin episodios depresivos agudos durante el seguimiento (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López Amaro, 2011; Rojas et al., 2018; Rojas Flores, 2010).

En segundo lugar, cinco investigaciones evaluaron el nivel de compromiso del paciente hacia su recuperación. En estas se identificaron como indicadores la mayor probabilidad de cumplimiento farmacológico, la disminución de las tasas de abandono del tratamiento y el desarrollo de actitudes más favorables hacia el uso de la medicación (Henrique et al., 2021; Vitriol et al., 2024; López Amaro, 2011; Rojas et al., 2018; Carazas-Vera, 2024).

En un tercer nivel de frecuencia, con presencia en tres estudios cada uno, se encontraron los indicadores vinculados al funcionamiento psicosocial, la aceptación y la operatividad. Respecto al funcionamiento psicosocial e integración social, se documentaron mejoras en la frecuencia de interacciones, la participación en actividades recreativas o terapéuticas y la recuperación progresiva de las actividades de la vida diaria (Seward et al., 2025; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010). En cuanto a la aceptación, se evaluó mediante los reportes de percepción

positiva y alta satisfacción del usuario y su familia (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Rojas, 2010). Por su parte, la operatividad del programa se midió observando la asistencia a las sesiones, las tareas completadas, el apego estricto al manual de intervención por parte del personal y la reducción del tiempo de hospitalización (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Rojas, 2010).

Finalmente, con una menor prevalencia, dos estudios consideraron como indicador de éxito las diferencias significativas al alza en los puntajes de los cuestionarios de calidad de vida (Rojas et al., 2018; López Amaro, 2011), demostrando que la intervención logró un impacto positivo generalizado en el bienestar físico y emocional de los participantes.

3.3. Descripción de los instrumentos de medición utilizados en los estudios incluidos.

Para garantizar la medición objetiva de los criterios e indicadores previamente detallados, resultó imprescindible analizar las herramientas de evaluación empleadas en las investigaciones. Como se detalla en la Tabla 13, se presentan los instrumentos que se utilizaron para medir los resultados específicos de cada estudio.

Tabla 13

Instrumentos de medición que utilizaron los estudios incluidos.

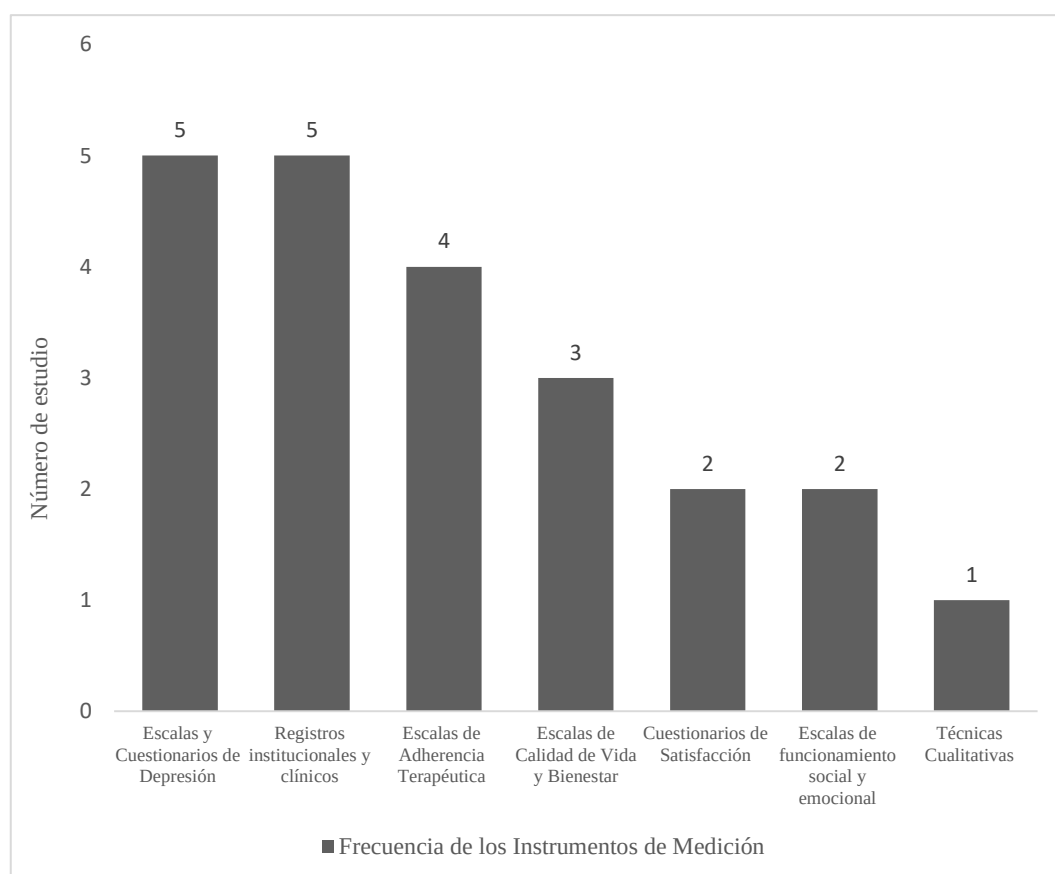
N°	Instrumentos de Medición (Categoría)	Estudios correspondientes (N°)	Frecuencia (n)
1.	Escalas y cuestionarios de depresión (PHQ-9, BDI/Beck, Yesavage, Hamilton).	1, 3, 4, 5, 7	5
2.	Registros institucionales y clínicos (hojas de evolución, asistencia, fichas ad hoc, <i>checklists</i>).	1, 2, 5, 6, 8	5
3.	Escalas de adherencia terapéutica (GHAS, DAI, SMAQ, Morisky-Green).	3, 4, 7, 8	4

4.	Escalas de calidad de vida y bienestar (WHOQOL-BREF, SF-36, cuestionario ad hoc).	4, 5, 7	3
5.	Cuestionarios de satisfacción (CSQ-8, encuestas al egreso).	4, 6	2
6.	Escalas de funcionamiento social/emocional (OQ-45.2, LSNS-6, UCLA, DRES-SF).	1, 3	2
7.	Técnicas cualitativas (grupos focales, entrevistas estructuradas, observación no participante).	2	1

Para facilitar la comprensión visual de estas herramientas metodológicas, se elaboró la Figura 06, la cual ilustra la frecuencia de cada instrumento utilizado en los estudios incluidos.

Figura 6

Instrumentos de medición presentes en los estudios incluidos.



A partir de los datos descritos en la Tabla 13 y la Figura 06, se identificó el empleo de siete categorías de instrumentos de medición, lo que reflejó una metodología diversificada para capturar la eficacia de las intervenciones desde múltiples dimensiones.

En cuanto a la tipología de estas herramientas, el análisis evidenció el uso combinado de escalas psicométricas estandarizadas, evaluaciones clínicas y abordajes cualitativos. Estos instrumentos se distribuyeron de la siguiente manera: para la evaluación directa de la depresión, el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) fue utilizado en los estudios de Seward et al. (2025) y Vitriol et al. (2024), mientras que el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Hamilton se emplearon en investigaciones como las de López Amaro (2011) y Rojas et al. (2018). Asimismo, Lazcano-Ortiz et al. (2019) utilizaron la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage. En estudios adicionales, el estado clínico fue corroborado mediante registros institucionales y clínicos, tales como diagnósticos médicos registrados en historias clínicas y reportes de evolución psiquiátrica o psicológica (Rojas Flores, 2010; Carazas-Vera, 2024).

Para evaluar el funcionamiento social, emocional y la calidad de vida, se utilizaron instrumentos específicos como la UCLA Loneliness Scale y la Lubben Social Network Scale-6 (LSNS-6) en el estudio de Seward et al. (2025), así como el Outcome Questionnaire (OQ-45.2) y la Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF) en la investigación de Vitriol et al. (2024). De manera complementaria, otros estudios emplearon el WHOQOL-BREF (López Amaro, 2011) y el SF-36 (Rojas et al., 2018) para valorar la calidad de vida relacionada con la salud.

En relación con las escalas de adherencia al tratamiento, cuatro investigaciones recurrieron a instrumentos estandarizados como el Cuestionario de Morisky-Green (Carazas-Vera, 2024), la Escala General de Adherencia en Salud (GHAS) (Vitriol et al., 2024), el SMAQ (Rojas et al., 2018) y el Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI) (López Amaro, 2011). Asimismo, algunos estudios utilizaron métodos complementarios como registros de asistencia, cuestionarios de satisfacción (CSQ-8) y técnicas cualitativas, que incluyeron listas de verificación y grupos focales, para evaluar la implementación y viabilidad operativa de los programas (Henrique et al., 2021).

En conclusión, el análisis de los instrumentos de medición permitió confirmar que la efectividad de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en Latinoamérica se evaluó mediante un conjunto amplio e integrado de variables. Aunque la reducción de la sintomatología depresiva constituyó el núcleo de la evaluación clínica, los resultados sistematizados en este apartado evidenciaron que las metodologías y programas modernos priorizaron igualmente la recuperación del funcionamiento psicosocial, la adherencia sostenida al tratamiento y la reintegración de los pacientes en su entorno familiar y comunitario.

Objetivo específico 4: Analizar los resultados sobre el efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Para dar respuesta al cuarto objetivo, orientado a analizar los resultados sobre el efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025, se realizó un proceso de síntesis y contrastación de los hallazgos reportados en las ocho investigaciones seleccionadas. Este análisis permitió determinar que el impacto de estas intervenciones es multidimensional, logrando no solo una remisión clínica, sino también una mejora significativa en la funcionalidad cotidiana y la recuperación de la autonomía personal.

A continuación, se presenta la Tabla 14, la cual constituye la base empírica donde se desglosan los resultados originales de cada investigación, permitiendo una visión comparativa entre los datos estadísticos (cuantitativos) y las observaciones clínicas sobre la conducta y funcionalidad (cualitativos).

Tabla 14

Descripción de los resultados cuantitativos y cualitativos de los estudios incluidos.

N°	Investigación	Autores y país	Resultados Cuantitativos Originales (Datos estadísticos y porcentajes)	Resultados Cualitativos Originales (Conducta y funcionalidad)
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil.	Seward et al., 2025. Brasil	- La intervención escalonada logró una tasa de recuperación clínica superior en un 21.6 % frente al grupo control, este efecto demostró ser altamente sostenible a los 12 meses. - El análisis de mediación estadística demostró que el 13 % de la mejora clínica total fue explicada directamente por la disminución de la soledad y un 25 % por la intensidad del cuidado escalonado.	- Transición evidente desde un estado de apatía hacia una reactivación de la autonomía. - Los adultos mayores reportaron una disminución tangible de la tristeza prolongada al volver a involucrarse voluntariamente en actividades significativas. - La intervención logró reconstruir la red de apoyo social. - Los pacientes superaron la percepción subjetiva de aislamiento integrándose a sus vecindarios.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study.	Henrique et al., 2021. Brasil	- Se documentó una recuperación de la sintomatología depresiva en el 62.5 % de los participantes adultos mayores. - Los registros (Checklists) evidenciaron altas puntuaciones en el cumplimiento de las metas clínicas semanales. - Se evidenció la factibilidad del modelo en atención primaria, con niveles altos de fidelidad al protocolo por parte de los agentes comunitarios no especialistas (task-shifting).	- Reducción cualitativa de los estados de tristeza profunda y llanto, experimentando a cambio un incremento notable en su energía vital. - Valoraron profundamente el trato humano y empático del personal comunitario, lo que facilitó la apertura emocional. - Mostraron gran disposición y aceptabilidad al uso de tabletas tecnológicas. - El personal reportó un alto sentimiento de autoeficacia.
3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on	Vitriol et al., 2024. Chile	- Disminución drástica y sostenida de la depresión a los 6 meses (Diferencias de medias ajustadas - AMD = -3.09, p = .001).	- El enfoque sensible al trauma permitió crear un entorno de tratamiento excepcionalmente seguro.

	Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.		- El modelo colaborativo logró que el 54 % de los pacientes alcanzara la remisión clínica total, superando al 34 % del grupo de tratamiento habitual (OR = 2.24). - Incrementos estadísticamente significativos en el funcionamiento interpersonal (OQ-45.2) y reducción de dificultades en la regulación emocional (DERS-SF).	- Facilitó un abordaje clínico multidimensional donde el paciente se sintió validado y no juzgado por su historia personal. - Mejora sustancial en la capacidad para regular emociones frente a recuerdos traumáticos, permitiendo recuperar la autoeficacia.
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas.	Rojas et al., 2018. Chile	- Disminución estadísticamente significativa de los síntomas depresivos (BDI-I) respecto a la línea base ($p < 0.05$). - Calidad de vida mental significativamente mejor a los 3 meses de seguimiento ($p = .04$) frente a la atención habitual. - El programa remoto logró mantener a los pacientes adheridos al tratamiento a los 6 meses (OR 1.81, $p=.04$) y generó una alta satisfacción usuaria (OR 1.94, $p<.001$).	- La telesalud proporcionó contención clínica oportuna, mitigando el agravamiento de cuadros agudos en zonas rurales. - La intervención rompió barreras geográficas, erradicando el sentimiento de exclusión territorial del sistema de salud. - Reducción drástica del sentimiento de abandono institucional; el soporte telefónico generó un fuerte compromiso terapéutico.
5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.	Lazcano-Ortiz et al., 2019. México	- Transición diagnóstica contundente: la población pasó de tener un 0 % en rango normal en el pre-test a un 67 % en rangos de total normalidad clínica en el post-test (Escala Yesavage). - Reducción de la apatía extrema: el reporte de renuncia a actividades cotidianas e intereses cayó abruptamente del 78 % al 22 % al finalizar la intervención de terapia ocupacional.	- La reactivación conductual logró frenar el avance de la severidad depresiva. - Los adultos mayores institucionalizados rompieron el ciclo de aislamiento en sus habitaciones, mostrando mayor iniciativa para interactuar con sus pares y el personal. - Reconstrucción del sentido de utilidad e identidad personal al realizar manualidades y actividades recreativas.

6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas Flores, 2010. México	- Disminución objetiva de los días de estancia hospitalaria; la estabilización permitió dar altas médicas de forma más temprana y segura. - Incremento medible en la funcionalidad intrahospitalaria (recuperación motriz y cognitiva mediante laborterapia). - Altísima efectividad preventiva: tasa de reingreso excepcionalmente baja (solo 7 de 78 pacientes recayeron). El 90 % de las familias reportó máxima satisfacción.	- Estabilización emocional sostenida; los pacientes aprendieron a manejar los síntomas durante las crisis, reduciendo la desregulación conductual. - Recuperación de la autonomía en las Actividades de la Vida Diaria (higiene, alimentación) y habilidades de socialización. - La preparación integral dotó a la familia de herramientas de manejo de crisis, garantizando la retención ambulatoria.
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López Amaro, 2011. México	- Reducción significativamente mayor de los síntomas depresivos (escalas Beck y Hamilton) frente al grupo control ($p < 0.05$). - Diferencias estadísticas significativas al alza en las puntuaciones de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en bienestar psicológico, salud física y adaptación ambiental. - Incremento estadísticamente superior en las puntuaciones de la escala de actitudes hacia la medicación (DAI).	- La comprensión de la neurobiología de la enfermedad redujo drásticamente la desesperanza, culpa y confusión, promoviendo una actitud de aceptación. - La psicoeducación familiar redujo el estigma y la crítica en el hogar, fortaleciendo el soporte familiar. - Se derribaron mitos infundados sobre los psicofármacos, instaurando una actitud de responsabilidad compartida y rigor en el tratamiento.
8.	Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera, 2024. Perú	- La psicoeducación aumentó casi 9 veces la probabilidad de adherencia farmacológica (OR = 8.97, $p = 0.000$) y redujo el abandono a la mitad (OR = 0.53). - La modalidad individual logró un 69 % de éxito en adherencia frente a un 16.4 % sin intervención.	- Fomentó el empoderamiento y la autogestión de la medicación. - Desarrollo de habilidades para identificar señales tempranas de futuras recaídas, pasando el paciente a un rol terapéutico activo.

Con el propósito de complementar la organización de los hallazgos y facilitar su interpretación técnica, se presenta la siguiente tabla de síntesis. En ella se categorizan los resultados cuantitativos derivados del análisis de los ocho estudios incluidos, agrupándolos según la naturaleza del impacto estadístico reportado y su frecuencia de aparición. Esta sistematización permite identificar los ejes de mayor efectividad en la rehabilitación psicosocial aplicada al abordaje de la depresión en Latinoamérica.

Tabla 15

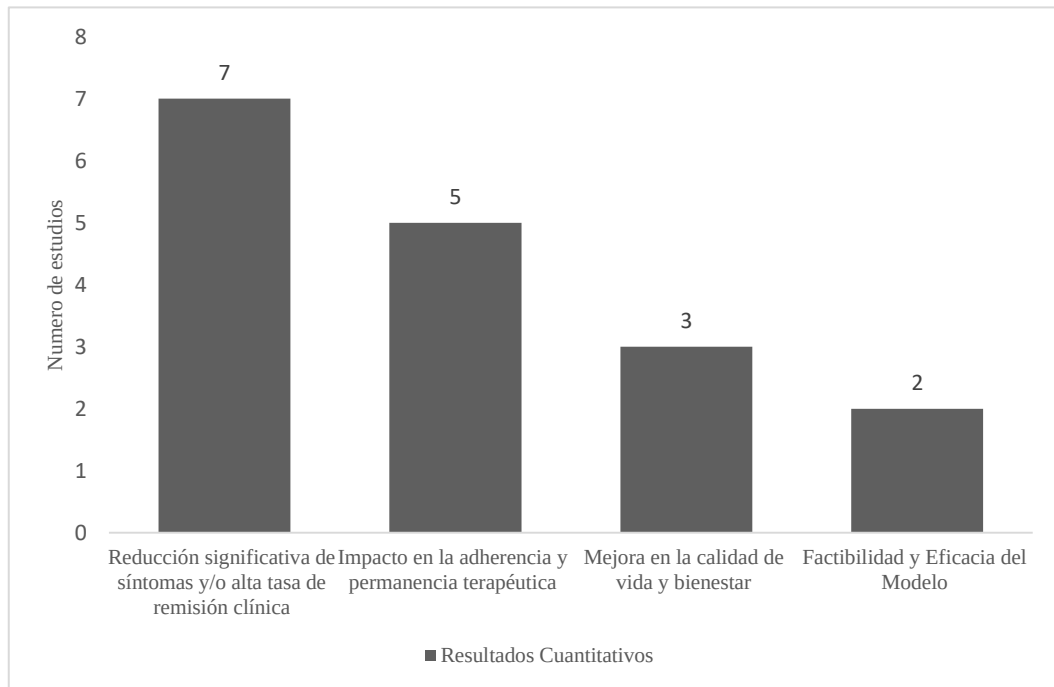
Resultados cuantitativos en los estudios incluidos.

Nº	Categoría de Resultado Cuantitativo	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Reducción significativa de síntomas y/o alta tasa de remisión clínica (Disminución en escalas Beck, Hamilton, Yesavage o BDI-I o PHQ -9).	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	7
2.	Impacto en la adherencia y permanencia terapéutica (Incremento de probabilidad de cumplimiento y reducción de abandono o reingreso hospitalario).	3,4, 6, 7, 8	5
3.	Mejora en la calidad de vida y bienestar subjetivo (Incrementos significativos en dominios físicos, psicológicos, ambientales y sociales).	4,5, 7	3
4.	Factibilidad y eficacia operativa del Modelo (Mediación por intensidad del cuidado, fidelidad al protocolo y proceso de delegación de funciones).	1, 2	2

Para facilitar la comprensión de las tendencias predominantes del efecto cuantitativo, se presenta la figura 07, la cual ilustra la frecuencia con la que se reportan los distintos indicadores de éxito terapéutico. A través de esta figura, se evidencia de manera clara el peso significativo que tiene la rehabilitación psicosocial sobre la estabilidad clínica del paciente y su compromiso con el tratamiento a largo plazo.

Figura 7

Resultados cuantitativos en los estudios incluidos.



Como se evidenció cuantitativamente en la Tabla 15 y la Figura 07, los datos revelaron una tendencia robusta hacia la eficacia clínica y la sostenibilidad de las intervenciones analizadas, donde el indicador de mayor prevalencia fue la reducción significativa de la sintomatología y la tasa de remisión clínica, reportada en siete de las ocho investigaciones estudiadas. Este resultado fue documentado de manera consistente por Seward et al. (2025), Henrique et al. (2021), Vitriol et al. (2024), Rojas et al. (2018), Lazcano-Ortiz et al. (2019), Rojas Flores (2010) y López Amaro (2011). El respaldo de estos hallazgos mediante disminuciones en escalas estandarizadas (como Beck, Hamilton, Yesavage y PHQ-9) consolidó a la rehabilitación psicosocial como una estrategia de alta efectividad para mitigar la severidad diagnóstica de la depresión en adultos latinoamericanos.

En segundo orden de importancia, se identificó un impacto sustancial en la adherencia y permanencia terapéutica, presente en cinco de los ocho estudios, es decir, los datos estadísticos proporcionados por los estudios de Vitriol et al. (2024), Rojas et al. (2018), Rojas Flores (2010), López Amaro (2011) y, especialmente, Carazas-Vera (2024), evidenciaron que estas intervenciones actuaron como factores protectores contra el abandono del tratamiento, lo cual permitió disminuir la probabilidad de reingresos hospitalarios mediante el fortalecimiento del compromiso del paciente y la optimización de su red de apoyo.

Asimismo, una parte representativa de la evidencia documentó mejoras estadísticamente significativas en la calidad de vida y el bienestar subjetivo, este efecto fue analizado por Rojas et al. (2018), Lazcano-Ortiz et al. (2019) y López Amaro (2011). Aunque es una métrica reportada con menor frecuencia en comparación con la remisión clínica, su presencia indicó una evolución en los modelos de evaluación hacia dimensiones más holísticas que integran la salud física, el bienestar psicológico y la adaptación social.

Finalmente, las investigaciones de Seward et al. (2025) y Henrique et al. (2021) se centraron en la factibilidad y eficacia operativa del modelo, obteniendo resultados que validaron la viabilidad de implementar estrategias innovadoras, como la delegación de funciones (task-shifting) y el uso de herramientas tecnológicas. Los hallazgos demostraron que la intensidad del cuidado y la fidelidad a los protocolos de intervención son mediadores críticos para alcanzar el éxito clínico.

2. Análisis de resultados cualitativos y funcionales

Complementariamente al análisis estadístico, se sistematizaron los cambios observados en la conducta, autonomía y funcionalidad de los pacientes según los hallazgos de los estudios incluidos para esta revisión crítica de la literatura.

A continuación, se presenta la tabla de síntesis donde se agrupan estos cambios según su naturaleza y frecuencia de aparición en las investigaciones analizadas.

Tabla 16

Resultados cualitativos y funcionales en los estudios incluidos.

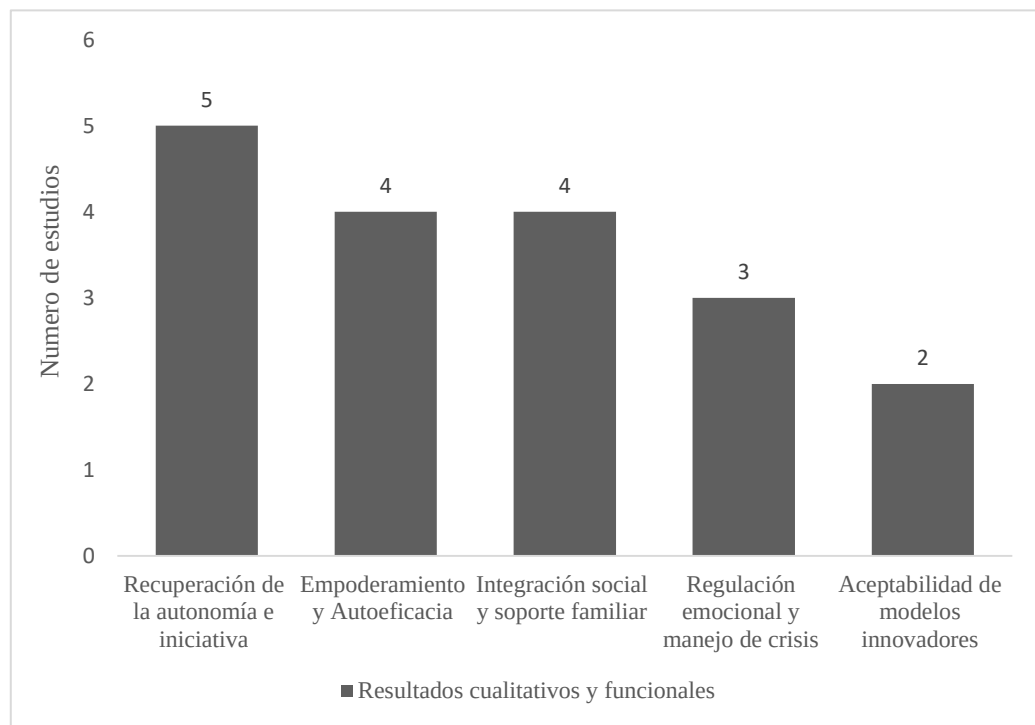
Nº	Cambio Cualitativo / Conductual	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Recuperación de la autonomía e iniciativa (Transición de la apatía a la reactivación en actividades de la vida diaria y funcionalidad motriz/cognitiva).	1, 2, 4,5, 6	5
2.	Empoderamiento y autoeficacia (Recuperación de la identidad, autogestión de medicación y sentido de utilidad/valor personal).	2, 3, 4, 8	4
3.	Integración social y soporte familiar (Reconstrucción de redes de apoyo, integración vecinal y reducción del estigma en el hogar).	1, 4, 5, 7	4
4.	Regulación emocional y manejo de crisis (Capacidad para regular afectos, manejo de recuerdos traumáticos y reducción de la culpa).	3, 6, 7	3
5.	Aceptabilidad de modelos innovadores (vínculo humano-empático y disposición al uso de herramientas tecnológicas/telesalud).	2, 7	2

Para facilitar la interpretación de las dimensiones cualitativas identificadas, se elaboró la Figura 08, la cual ilustra la distribución de estos cambios conductuales. Esta representación permite visualizar cómo la rehabilitación

psicosocial trasciende la mejora sintomática, lo cual impacta directamente en la calidad de la interacción del paciente con su medio.

Figura 8

Resultados cualitativos en los estudios incluidos.



Como se evidencia en la Tabla 16 y la Figura 08, el análisis de la dimensión cualitativa reveló que el efecto funcional más recurrente en los pacientes intervenidos fue la recuperación de la autonomía e iniciativa. Este cambio conductual, reportado en cinco de las ocho investigaciones, describe una transición fundamental desde estados de apatía y renuncia hacia una participación activa en las actividades de la vida diaria (AVD), esto fue documentado por Seward et al. (2025) y Henrique et al. (2021) en Brasil, por Rojas et al. (2018) en Chile, y respaldado en México por Lazcano-Ortiz et al. (2019) y Rojas Flores (2010),

quienes destacaron que retomar funciones motrices y cognitivas es el primer paso indispensable para el restablecimiento de la independencia personal.

En un segundo nivel de impacto transversal, se identificaron el empoderamiento y la autoeficacia, junto con la integración social y el soporte familiar. Respecto a la primera categoría, los estudios de Henrique et al (2021), Vitriol et al. (2024), Rojas et al. (2018) y Carazas-Vera (2024) enfatizaron cómo las intervenciones lograron reconstruir la identidad del paciente, lo cual fomentó un rol activo en la autogestión de su salud y en la adherencia a la medicación. Simultáneamente, en cuanto al soporte social, los hallazgos de Seward et al. (2025), Rojas et al. (2018), Lazcano-Ortiz et al. (2019) y López Amaro (2011) demostraron que el involucramiento del núcleo familiar y la reducción del estigma en el hogar han sido pilares críticos que facilitaron una reintegración vecinal segura y sostenible.

Asimismo, la regulación emocional y el manejo de crisis constituyen una dimensión cualitativa, documentada por Vitriol et al. (2024), Rojas Flores (2010) y López Amaro (2011), quienes coincidieron en que dotar al paciente de herramientas para gestionar sus propios afectos, lidiar con recuerdos traumáticos y reducir sentimientos de culpa o desesperanza, fue un mecanismo esencial para prevenir recaídas a mediano y largo plazo.

En este mismo sentido, la aceptabilidad de modelos innovadores resaltó en los estudios de Henrique et al. (2021) y López Amaro (2011), cuyos trabajos validaron que la disposición al uso de herramientas tecnológicas (como tabletas o sistemas de telesalud) y la consolidación de vínculos empáticos y horizontales con

el personal de salud (especialmente agentes comunitarios), fueron catalizadores que favorecieron la apertura emocional del paciente y su adherencia al programa.

En conclusión, este panorama cualitativo confirmó que la rehabilitación psicosocial en Latinoamérica cumplió un doble propósito: por un lado, frenó el deterioro asociado al trastorno depresivo y, por otro lado, promovió una recuperación funcional integral. Al fortalecer el factor personal y los vínculos sociales, permitió dotar al adulto de los recursos necesarios para afrontar su realidad biopsicosocial de manera autónoma y resiliente.

Objetivo específico 5: Identificar los factores contextuales asociados tanto a la implementación como a los resultados de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

El análisis de los estudios seleccionados evidenció que los factores contextuales se configuraron de manera compleja y multinivel, influyendo directamente en la viabilidad de la implementación y en el éxito de las intervenciones. La Tabla 17 consolida los determinantes bajo un enfoque ecológico, diferenciando los elementos que favorecieron la rehabilitación psicosocial (facilitadores o protectores) de aquellos que la dificultaron (barreras u obstáculos).

Tabla 17

Descripción de factores contextuales (facilitadores y barreras) identificados en los estudios incluidos.

Nº	Investigación	Autores y país	Factores Facilitadores (Protectores)	Barreras (Factores de riesgo u obstáculos)
1.	Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil.	Seward et al., 2025. Brasil	• Nivel institucional: Implementación de modelos de activación conductual integrados en la atención primaria	• Nivel individual: Adultos mayores (60-94 años) con depresión clínicamente significativa (PHQ-9 $\geq$ 10), baja escolaridad (mayoría con primaria incompleta) y altos niveles de soledad subjetiva. • Nivel familiar: Muchos usuarios carecían de apoyo cercano o redes de cuidado activo, aumentando la dependencia del sistema de salud. • Nivel comunitario: Existía escasez de actividades sociales y limitadas redes de apoyo. • Nivel institucional: La atención primaria pública estaba limitada en recursos humanos y materiales. • Nivel estructural: pobreza, desigualdad social y barreras de acceso a servicios de salud.
2.	Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study.	Henrique et al., 2021. Brasil	• Nivel individual: Uso de materiales visuales adaptados a la alfabetización. • Nivel institucional: Intervención basada en la fidelidad de agentes comunitarios y supervisión profesional	• Nivel individual: Pacientes con depresión detectada en Unidades Básicas de Salud (UBS), presentan baja alfabetización que requiere materiales visuales adaptados. • Nivel familiar: Dinámicas de sobreprotección que en ocasiones interferían con la autonomía del paciente en las tareas de activación. • Nivel comunitario: El entorno presentaba infraestructura limitada, baja cobertura del sistema de salud familiar y pocas oportunidades de interacción social.

3.	Effectiveness of Collaborative, Trauma-Informed Care on Depression Outcomes in Primary Care: A Cluster Randomized Control Trial in Chile.	Vitriol et al., 2024. Chile	• Nivel institucional: Presencia de equipos interdisciplinarios en atención primaria y coordinación comunitaria.	• Nivel estructural: La población enfrenta desigualdad socioeconómica, barreras de acceso y condiciones de pobreza urbana. • Nivel individual: Adultos con depresión mayor y una alta prevalencia de experiencias adversas en la Infancia (86% reportó trauma grave). • Nivel familiar: Historias de violencia intergeneracional y vínculos interpersonales afectados por trauma previo. • Nivel comunitario: Contexto de vulnerabilidad social y exposición a violencia urbana en la Región del Maule, Chile. • Nivel institucional: Recursos limitados para seguimiento intensivo. • Nivel estructural: La población estaba influenciada por la inequidad social, limitaciones del sistema de salud pública y barreras de acceso a servicios especializados.
4.	A Remote Collaborative Care Program for Patients with Depression Living in Rural Areas.	Rojas et al., 2018. Chile	• Nivel institucional: Estrategias adaptativas como el monitoreo telefónico y soporte técnico remoto para el personal de salud.	• Nivel individual: Baja competencia digital inicial y tendencia a la somatización de los síntomas depresivos. • Nivel familiar: Sobrecarga del cuidador familiar principal, quien actúa como soporte único debido a la falta de redes de relevo o servicios de respiro. • Nivel comunitario: Dispersión geográfica y carencia de transporte público para acceder a centros especializados. • Nivel institucional: Ausencia de psiquiatras presenciales. • Nivel estructural: La población estaba afectada por la pobreza estructural, desigualdad en el acceso a la salud y una profunda brecha digital.

5.	Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.	Lazcano-Ortiz et al., 2019. México	• Nivel Institucional: Existencia de programas estructurados de kinesioterapia y ludoterapia.	• Nivel individual: Adultos mayores con depresión confirmada por la Escala de Yesavage (15 ítems), deterioro del autoconcepto. • Nivel familiar: Sentimientos de abandono y pérdida de roles tras ser ingresados en instituciones de larga estancia. • Nivel comunitario: Socialización restringida al entorno de la casa Hogar o Asilo. • Nivel institucional: Horarios rígidos que limitan la autonomía. • Nivel estructural: Normativas estatales de asistencia social y presupuestos limitados para la recreación geriátrica.
6.	La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica.	Rojas Flores, 2010. México	• Nivel Institucional: Equipos interdisciplinarios, supervisión constante y programas de rehabilitación intensiva.	• Nivel individual: Pacientes con depresión moderada a severa con déficit en habilidades sociales, síntomas intensos y comorbilidades médicas o psiquiátricas. • Nivel familiar: El contacto era limitado o irregular, aumentando la carga institucional. • Nivel comunitario: La interacción estaba restringida exclusivamente al entorno hospitalario. • Nivel estructural: El entorno hospitalario estaba limitado por la duración permitida de la estancia y la fragilidad de la continuidad de cuidado.
7.	Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor.	López Amaro, 2011. México	• Familiar: Presencia de cuidadores activos en algunos casos. • Institucional: Profesionales capacitados y disponibilidad de sesiones psicoeducativas grupales.	• Nivel individual: Los usuarios desconocían la enfermedad, presentaban baja adherencia previa y síntomas persistentes. • Nivel familiar: Ausentes de cuidadores en parte de la muestra.

8. Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023.	Carazas-Vera, 2024. Perú • Familiar: Apoyo de cuidadores activos que actúan como red de contención (en ciertos casos).	• Nivel comunitario: Estigma laboral y social que dificulta la continuidad del tratamiento por miedo a la discriminación. • Nivel estructural: Existían barreras económicas, limitaciones de acceso y desigualdad en la cobertura de salud mental. • Nivel individual: Los usuarios presentaban síntomas persistentes, comorbilidades y dificultades de autocuidado. • Nivel familiar: Ausencia total de apoyo en grupos vulnerables. • Nivel comunitario: Enfrentaron estigma social hacia la depresión y barreras de integración laboral y social. • Nivel institucional: Alta demanda en el INSM Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, lo que genera tiempos de espera prolongados. • Nivel estructural: Limitaciones del Seguro Integral de Salud (SIS) para cubrir psicoterapias de larga duración.
--	---	---

Para ofrecer una perspectiva integral que responda al objetivo específico 5, se procedió a consolidar los determinantes identificados en los estudios revisados, separándolos según su impacto en la rehabilitación psicosocial (facilitadores o barreras) y estructurándolos a través de los distintos niveles del modelo ecológico.

1. Factores contextuales positivos (facilitadores o protectores).

A. Nivel individual

Tabla 18

Factores facilitadores de nivel individual

Nº	Factores de Nivel Individual	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
	Uso de materiales visuales adaptados a los niveles de alfabetización del paciente.	2	1

Como se describe en la Tabla 18, a nivel individual se identificó un único factor contextual que facilitó la adecuada rehabilitación psicosocial del usuario. Este factor corresponde al uso de materiales visuales adaptados a los niveles de alfabetización del paciente, y fue reportado en la investigación de Henrique et al. (2021). De acuerdo con los datos de este estudio original, la implementación del programa mediante tabletas con videos animados e historias accesibles resultó fundamental para superar las barreras de baja escolaridad en la población de adultos mayores. Este hallazgo sugiere que adecuar los recursos didácticos y las herramientas tecnológicas a las capacidades cognitivas y educativas del usuario opera como una estrategia protectora, dicho factor facilita la comprensión del tratamiento, fomenta el enganche terapéutico y reduce las barreras de aprendizaje,

especialmente en poblaciones adultas mayores o en situación de vulnerabilidad social.

B. Nivel familiar

Tabla 19

Factores positivos facilitadores de nivel familiar.

Nº	Factores de Nivel familiar	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Presencia de cuidadores primarios activos que actúan como red de contención emocional.	7, 8	2

Como se describe en la Tabla 19, a nivel familiar se identificó un factor protector fundamental para la rehabilitación psicosocial: la presencia de cuidadores primarios activos que actúan como red de contención emocional, el cual este factor reportado en dos de los estudios analizados (López, 2011; Carazas-Vera, 2024), permitió conocer la evidencia documentada en estas investigaciones, la cual demostró que el involucramiento, la educación y el apoyo constante por parte de la familia no solo mejoran el bienestar subjetivo del paciente, sino que constituyen un pilar indispensable para garantizar la adherencia sostenida a los tratamientos. En otras palabras, cuando el núcleo familiar participa activamente y se educa sobre la enfermedad, se reduce el estigma en el hogar y se incrementa significativamente la probabilidad de éxito terapéutico.

C. Nivel comunitario

Nota analítica: Tras la revisión de los ocho estudios incluidos, no se identificaron factores contextuales positivos (facilitadores) en el nivel comunitario, dado que la literatura evidencia que los entornos comunitarios carecen de estructuras que brinden soporte activo, por el contrario, operan como escenarios de riesgo, aislamiento o estigma para los pacientes con trastorno depresivo, lo cual limita severamente las oportunidades de integración social.

D. Nivel institucional

Tabla 20

Factores facilitadores de nivel institucional.

Nº	Factores de Nivel Institucional	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Equipos interdisciplinarios y programas de intervención estructurados (ej. psicoeducación, ludoterapia).	3, 5,6,7	4
2.	Estrategias adaptativas y flexibles (uso de agentes comunitarios, telesalud y monitoreo remoto).	2, 4,	2
3.	Implementación de modelos de activación conductual integrados directamente en la atención primaria.	1	1

Como se evidencia en la Tabla 20, el nivel institucional fue la dimensión que concentró la mayor diversidad de factores facilitadores para la rehabilitación psicosocial. El componente más recurrente, identificado en cuatro de los estudios analizados (Vitriol et al., 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; López, 2011), fue la presencia de equipos interdisciplinarios que ejecutan programas estructurados, lo cual demostró que la articulación entre diferentes profesionales de

la salud y el uso de metodologías claras, como la psicoeducación o la ludoterapia, garantizan un abordaje más robusto y eficaz de la depresión.

En segundo orden de frecuencia, dos investigaciones (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018) destacaron la importancia de las estrategias adaptativas y flexibles. El uso de agentes comunitarios para la delegación de tareas (task-shifting), junto con herramientas tecnológicas como la telesalud, permitió que la intervención fuera viable incluso en contextos de difícil acceso. Finalmente, un estudio (Seward et al., 2025) resaltó como factor protector la integración de modelos de activación conductual directamente en el primer nivel de atención, lo que facilita una respuesta oportuna y evita la saturación de los servicios especializados.

E. Nivel estructural

Nota analítica: Al igual que en el nivel comunitario, no se reportaron factores facilitadores de nivel estructural en la literatura revisada. Los determinantes macroeconómicos y de políticas públicas en salud operaron exclusivamente como barreras en los contextos latinoamericanos estudiados.

2. Factores contextuales negativos (barreras u obstáculos).

A diferencia de los factores protectores, la revisión sistemática evidenció una alta prevalencia de determinantes restrictivos en todos los niveles del modelo ecológico. A continuación, se detallan las barreras identificadas que dificultaron el acceso y la efectividad de la rehabilitación psicosocial.

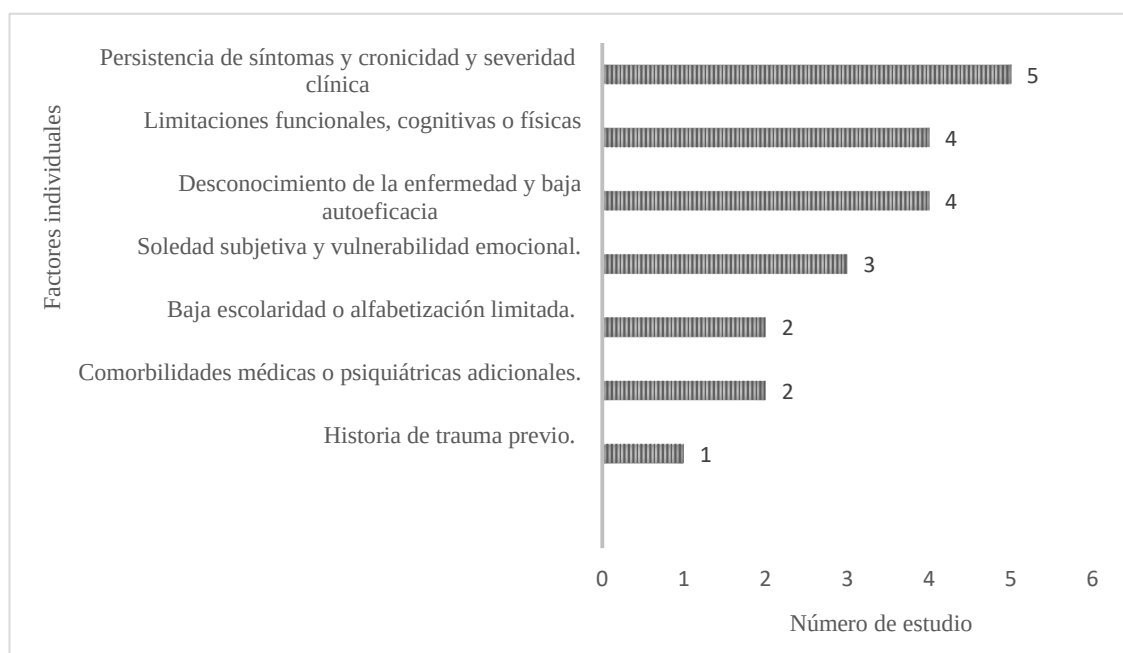
A. Nivel individual

Se enfoca en las características clínicas, físicas, cognitivas y sociodemográficas del paciente.

Tabla 21*Factores contextuales negativos de nivel individual.*

N°	Factores de Nivel Individual	Estudios correspondientes (N°)	Frecuencia (n)
1.	Persistencia de síntomas, cronicidad y severidad clínica.	2,4, 6, 7, 8	5
2.	Limitaciones funcionales, cognitivas o físicas.	1,2,5,6	4
3.	Desconocimiento de la enfermedad y baja autoeficacia.	4,5,7,8	4
4.	Soledad subjetiva y vulnerabilidad emocional.	1,4,	3
5.	Baja escolaridad o alfabetización limitada.	1,2	2
6.	Comorbilidades médicas o psiquiátricas adicionales.	6, 8	2
7.	Historia de trauma previo.	3	1

Con el propósito de profundizar en el análisis de los factores individuales, se elaboró la Figura 09, en el cual se expone de manera visual la distribución y la frecuencia de los determinantes de nivel individual identificados en la literatura revisada, lo que facilita la comprensión de las principales barreras que enfrentan los pacientes en este ámbito.

Figura 9*Factores contextuales negativos de nivel individual.*

A nivel individual, los resultados consolidados en la Tabla 21 y la Figura 09 evidencian que la población atendida en los diversos contextos latinoamericanos presentó condiciones de alta vulnerabilidad clínica, cognitiva y sociodemográfica. En este sentido, se identificaron siete factores individuales presentes en los diversos estudios, los cuales se describen a continuación:

El factor contextual de nivel individual con mayor frecuencia fue la persistencia de síntomas, cronicidad y severidad clínica, presente en cinco de los ocho estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Rojas, 2010; López, 2011; Carazas-Vera 2024), cuyos autores coincidieron en señalar que la gravedad del cuadro depresivo y el escaso conocimiento de la enfermedad actuaron como barreras primarias que dificultaron la adherencia al tratamiento y el progreso en la recuperación.

El segundo factor contextual de nivel individual correspondió a las limitaciones funcionales, cognitivas y físicas, descritas en cuatro de los ocho estudios (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010). En esta investigación se reportó que el deterioro cognitivo, la baja motivación y la dependencia funcional se evidenciaron especialmente en los adultos mayores institucionalizados, quienes presentaron severas dificultades para la participación activa en la rehabilitación.

Por otro lado, con una frecuencia de cuatro estudios (Carazas-Vera, 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011; Rojas et al., 2018), se mencionó el desconocimiento de la enfermedad y la baja autoeficacia.

Asimismo, la revisión identificó barreras sociodemográficas con una frecuencia de dos estudios para cada factor, pero con un alto impacto en la

viabilidad de las intervenciones. Entre ellas destacaron la soledad subjetiva, la vulnerabilidad emocional y la baja escolaridad o alfabetización limitada, factores presentes en los trabajos de Seward et al. (2025) y Henrique et al. (2021) sobre contextos desfavorecidos, donde el aislamiento y la falta de educación formal profundizaron la dependencia hacia el sistema de salud.

En este mismo nivel, se sumó la presencia de comorbilidades médicas o psiquiátricas descritas por dos estudios (Carazas-Vera, 2024; Rojas, 2010). Por último, se identificó la historia de trauma previo asociada a una profunda desregulación emocional, reportada en un estudio (Vitriol et al., 2024). Estos elementos configuraron un escenario clínico complejo que agravó la sintomatología y exigió adaptaciones específicas en el material y enfoque de los programas de rehabilitación psicosocial.

Por lo tanto, según lo revisado se evidenciaron siete factores individuales que afectaron seriamente la recuperación del paciente con trastorno depresivo, por lo cual resultó indispensable un abordaje integral que considera estrategias acordes a sus necesidades específicas.

B. Nivel familiar

Se centra en la disponibilidad y calidad de las redes de apoyo del paciente.

Tabla 22

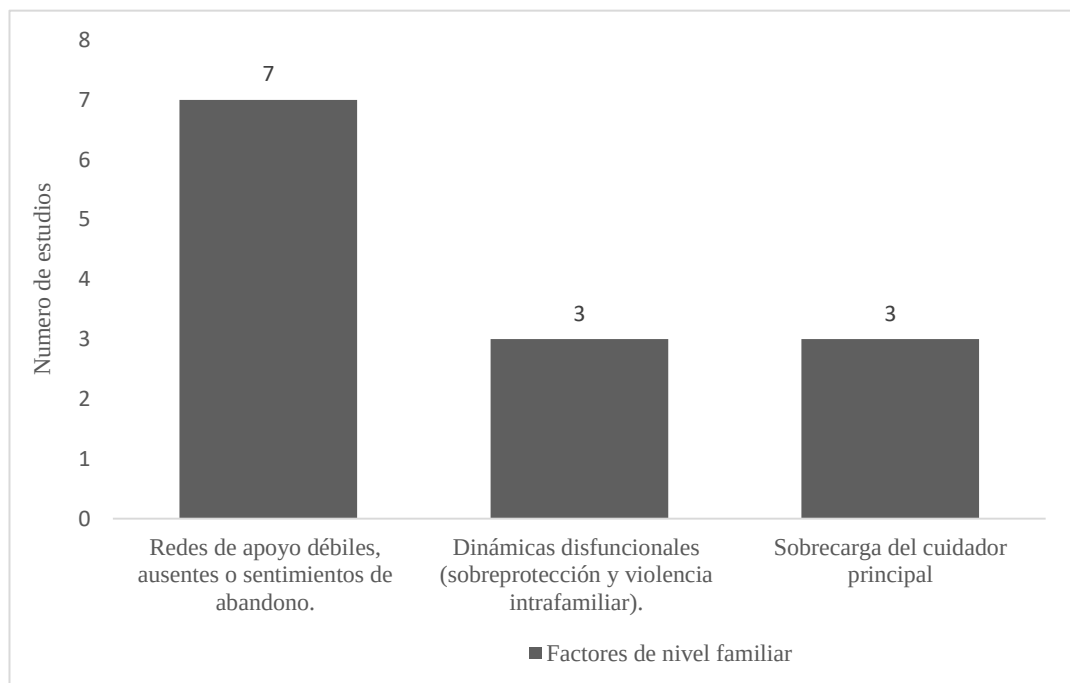
Factores contextuales negativos de nivel familiar

Nº	Factores de Nivel familiar	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Redes de apoyo débiles, ausentes o sentimientos de abandono.	1,2,4,5,6,7,8	7
2.	Dinámicas disfuncionales (sobreprotección y violencia intrafamiliar).	2,3,7	3
3.	Sobrecarga del cuidador principal.	4	1

Con el propósito de profundizar en el análisis de los factores familiares, se elaboró la Figura 10, en la cual se expone de manera visual la distribución y la frecuencia de los determinantes de nivel familiar identificados en la literatura revisada, lo que facilita la comprensión de las principales barreras en las redes de apoyo y dinámicas vinculares que enfrentan los pacientes en este ámbito.

Figura 10

Frecuencia de factores contextuales negativos de nivel familiar.



A partir de los datos sistematizados en la Tabla 22 y representados gráficamente en la Figura 10, se evidenció que las deficiencias en el entorno familiar constituyeron una de las principales barreras para la rehabilitación psicosocial de los pacientes.

El factor contextual de nivel familiar de mayor prevalencia fue la presencia de redes de apoyo débiles, ausentes o el sentimiento de abandono que experimentan los usuarios. Este factor fue identificado por siete de los ocho estudios revisados

(Carazas-Vera, 2024; Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011; Rojas, 2010; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025). Esto indicó que, independientemente del escenario de atención ya sea en intervenciones comunitarias, zonas rurales o centros de institucionalización prolongada, existió una constante en la que el paciente careció de un cuidador primario activo o experimentó un distanciamiento afectivo por parte de sus familiares. Por ello, esta carencia de soporte primario implicó que los pacientes enfrentaran sus procesos terapéuticos con un alto grado de aislamiento, lo que incrementó significativamente su vulnerabilidad y dependencia hacia las instituciones de salud.

En un segundo orden de frecuencia, tres de los ocho estudios (Henrique et al., 2021; López, 2011; Vitriol et al., 2024) advirtieron sobre la existencia de dinámicas disfuncionales en el hogar, ya sea través de una sobreprotección invalidante, que limita la autonomía y la activación conductual del paciente (Henrique et al., 2021) o mediante situaciones de violencia intrafamiliar o trauma intergeneracional (Vitriol et al., 2024). Estas dinámicas representaron condiciones críticas para el paciente, ya que el entorno familiar dejó de ser un espacio de contención y se convirtió en un estresor que agravó la sintomatología depresiva.

El tercer factor de menor recurrencia documental fue la sobrecarga del cuidador principal, presente en un estudio (Rojas et al., 2018), lo cual constituyó una afectación en la calidad del acompañamiento a largo plazo, especialmente en contextos rurales o de alta demanda de cuidados donde no existen redes de relevo.

En síntesis, según lo descrito anteriormente, estos tres factores contextuales de nivel familiar (el abandono, la disfuncionalidad familiar y la sobrecarga) configuraron un escenario altamente restrictivo para la rehabilitación

psicosocial, lo que dificultó significativamente la mejoría del trastorno depresivo. Aunque la familia constituye un pilar fundamental para el paciente, la evidencia demuestra que, cuando pierde su rol como agente facilitador del tratamiento, pasa a operar como un obstáculo crítico. Bajo estas condiciones, el entorno familiar perpetuó el aislamiento, limitó la autonomía y dificultó la recuperación integral del paciente.

C. Nivel comunitario

Se enfoca en evaluar el entorno inmediato, las oportunidades de interacción y las barreras sociales que enfrenta el paciente.

Tabla 23

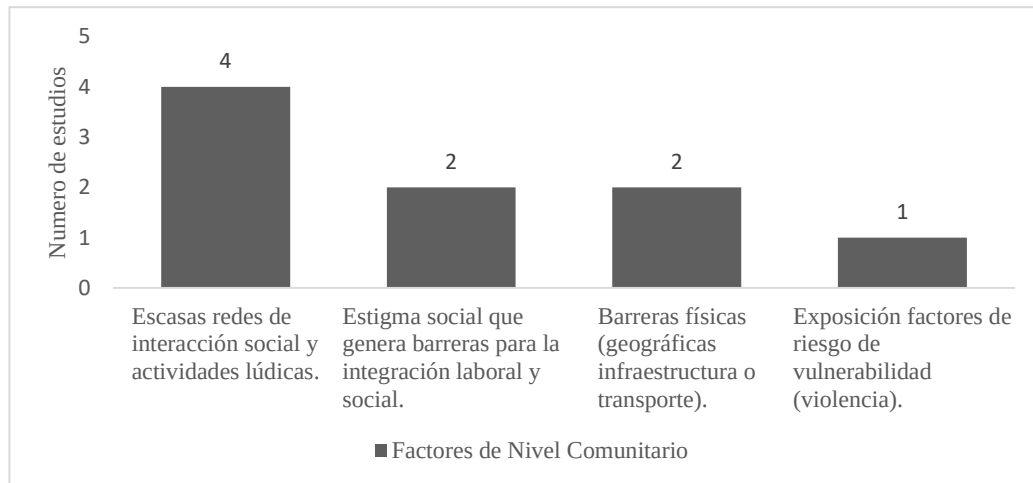
Frecuencia de factores negativos de nivel comunitario.

Nº	Factores de Nivel comunitario	Estudios correspondientes (Nº)	Frecuencia (n)
1.	Escasas redes de interacción social y actividades lúdicas.	1,2,5,6	4
2.	Estigma social que genera barreras para la integración laboral y social.	7,8	2
3.	Barreras físicas (geográficas infraestructura o transporte).	2,4	2
4.	Exposición factores de riesgo de vulnerabilidad (violencia).	3	1

Con el propósito de profundizar en el análisis de los factores comunitarios, se elaboró la Figura 11, en la cual se expone de manera visual la distribución y la frecuencia de los determinantes de nivel comunitario identificados en la literatura revisada, lo que facilita la comprensión de las principales barreras en el entorno físico y social de los pacientes.

Figura 11

Factores contextuales negativos de nivel comunitario.



A partir de los datos sistematizados en la Tabla 23 y representados gráficamente en la Figura 11, se evidencia que el entorno social presentó importantes limitaciones para la rehabilitación psicosocial de los usuarios.

El factor contextual de mayor prevalencia en este nivel fue la presencia de escasas redes de interacción social y actividades lúdicas, este factor fue identificado en cuatro de los ocho estudios revisados (Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; Seward et al., 2025), esto indicó que, debido a la precariedad y escasez de recursos en las comunidades o por el confinamiento en los centros institucionalizados (como asilos y clínicas psiquiátricas), los pacientes carecieron de espacios y oportunidades que promueven su resocialización.

En un segundo orden de frecuencia, se identificó el estigma social que genera barreras para la integración laboral y social, presente en dos estudios (Carazas-Vera, 2024; López, 2011). Asimismo, las barreras físicas y geográficas fueron mencionadas por dos estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018),

donde el aislamiento rural, la falta de infraestructura y las barreras de transporte fueron aspectos que dificultaron el acceso y la continuidad del tratamiento especializado.

En este mismo sentido, con menor recurrencia documental, un estudio (Vitriol et al., 2024) incorporó la exposición a factores de riesgo y vulnerabilidad, específicamente la violencia, como un elemento que afectó negativamente el proceso de rehabilitación del paciente.

En síntesis, el análisis del nivel comunitario reveló que el entorno externo al núcleo familiar frecuentemente se comportó como un espacio hostil o restrictivo, donde la combinación de aislamiento geográfico, estigma social y escasez de oportunidades, dificultó severamente la resocialización del paciente y limitó la eficacia de las intervenciones psicosociales.

D. Nivel institucional

Mide la respuesta y capacidad organizativa de los servicios de salud.

Tabla 24

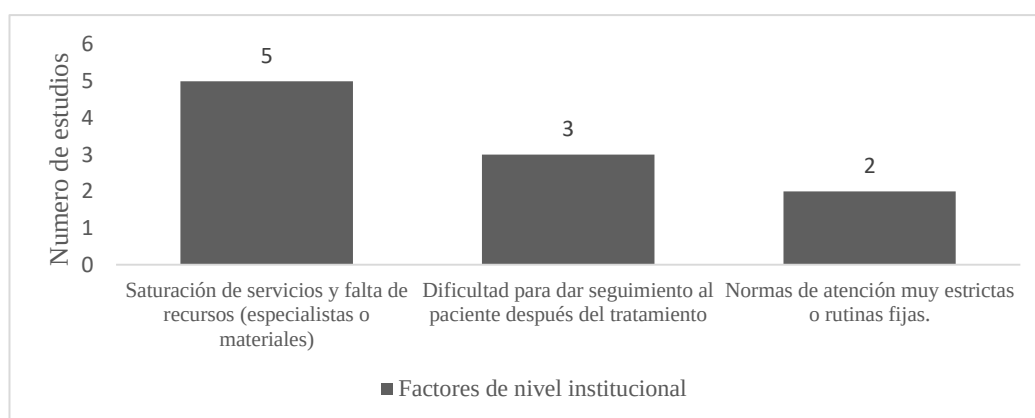
Factores contextuales negativos de nivel institucional

N°	Factores de nivel institucional	Estudios correspondientes (N°)	Frecuencia (n)
1.	Saturación de servicios y falta de recursos (especialistas o materiales)	1,2,3,4,8	5
2.	Dificultad para dar seguimiento al paciente después del tratamiento.	3,6,8	3
3.	Normas de atención muy estrictas o rutinas fijas que limitan la autonomía.	5, 6	2

Con el propósito de profundizar en el análisis de las barreras institucionales, se elaboró la Figura 12, la cual expone de manera visual la distribución y la frecuencia de los determinantes identificados en la literatura revisada.

Figura 12

Factores contextuales negativo de nivel institucional.



A partir de los datos descritos en la Tabla 24 y representados gráficamente en la Figura 12, se evidencia que el nivel institucional presentó importantes barreras operativas que limitaron severamente el adecuado abordaje de la depresión.

Respecto al nivel institucional, se evidenciaron tres factores: el primer factor restrictivo de mayor prevalencia fue la saturación de servicios y la falta de recursos (especialistas o materiales), presente en cinco de los ocho estudios (Carazas-Vera, 2024; Henrique et al. ,2021; Rojas et al.,2018; Seward et al. ,2025; Vitriol et al., 2024). En este sentido estos autores coincidieron en destacar las severas limitaciones en la atención primaria y el escenario de sobredemanda que enfrentó el sistema de salud.

El segundo factor identificado fue la dificultad para dar seguimiento al paciente después del tratamiento, reportado por tres estudios (Carazas-Vera, 2024;

Rojas, 2010; Vitriol et al., 2024) y el tercer factor correspondió a las normas de atención muy estrictas o rutinas fijas que limitan la autonomía, que fue identificado por dos estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010), quienes advirtieron que la existencia de estas normativas en los centros de internamiento operó como una barrera que restringió severamente la autonomía y la recuperación integral del usuario.

En síntesis, según lo revisado existieron tres factores de orden institucional que afectaron directamente el tratamiento del usuario, por tanto, resultó necesario el desarrollo de estrategias que optimicen la capacidad de respuesta, recursos y seguimiento en los servicios de salud.

E. Nivel estructural

Agrupar los determinantes macroeconómicas, sociales y políticas de salud.

Tabla 25.

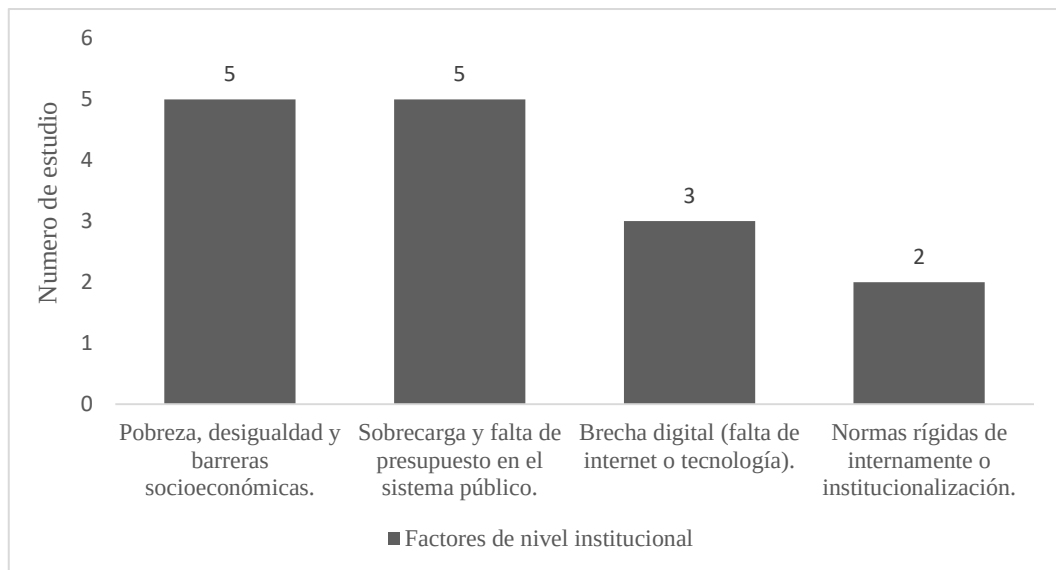
Factores contextuales negativos de nivel estructural.

N°	Factores de nivel institucional	Estudios correspondientes (N°)	Frecuencia (n)
1.	Pobreza, desigualdad y barreras socioeconómicas.	1,2,3,4,7	5
2.	Sobrecarga y falta de presupuesto en el sistema público.	1,3,7,8,2	5
3.	Brecha digital (falta de internet o tecnología).	1,2,4	3
4.	Normas rígidas de internamiento o institucionalización.	5,6	2

Con el propósito de profundizar en el análisis de estas barreras macro, se elaboró la Figura 13, la cual expone de manera visual la distribución y la frecuencia de los determinantes estructurales identificados en la literatura revisada.

Figura 13

Factores contextuales negativos de nivel estructural.



A partir de los datos descritos en la Tabla 25 y representados gráficamente en la Figura 13, se evidencia que el nivel estructural presentó importantes barreras macroeconómicas y normativas que limitaron severamente el adecuado abordaje de la depresión.

En la tabla se identifican cuatro factores contextuales restrictivos. El primer factor la pobreza, desigualdad y barreras socioeconómicas, presente en cinco de los ocho estudios (Henrique et al., 2021; López, 2011; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024). Asimismo, el segundo factor de alta prevalencia fue la sobrecarga y falta de presupuesto en el sistema público de salud, descrita por cinco estudios (Carazas-Vera, 2024; Henrique et al., 2021; López, 2011; Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024).

En tercer lugar, se identificó la brecha digital (falta de internet o tecnología), descrita por tres estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025) como un obstáculo significativo, especialmente en zonas

vulnerables o rurales. Por último, dos estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010) señalaron que las normas rígidas de internamiento o institucionalización operaron como una barrera que afectó la autonomía y la continuidad del cuidado del paciente.

En síntesis, la evidencia destacó la necesidad de abordar estos determinantes macroestructurales para garantizar un enfoque integral y lograr una adecuada rehabilitación psicosocial de los usuarios. Esto permitirá que las intervenciones sean verdaderamente eficaces, dado que, por más sólidas que sean a nivel clínico o institucional, sino se abordan estos factores no se logrará la mejoría sostenida del paciente.

3.10. Discusión

El presente capítulo tiene como propósito discutir y comparar los hallazgos obtenidos en esta revisión crítica de la literatura para responder al objetivo general de investigación, el cual consistió en analizar críticamente la evidencia disponible sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Al respecto, es importante recordar que, en este estudio, la palabra "abordaje" no significa simplemente recetar un medicamento para aliviar la tristeza, sino enfrentar el trastorno desde una perspectiva integral: físico, emocional y social. Al analizar las evidencias, se comprueba que tratar el trastorno depresivo en la región requiere ir más allá del modelo médico tradicional, tal como lo enfatiza Fernández (2023). En este escenario, la rehabilitación psicosocial se consolida como una estrategia muy efectiva que logra cumplir con dicho objetivo al reducir

los síntomas de la enfermedad y, al mismo tiempo, devolverle a la persona su independencia y sus habilidades para relacionarse con los demás.

Estos resultados cobran mayor sentido cuando los analizamos apoyados en tres grandes teorías: el modelo biopsicosocial de Engel (1977, citado en Žutić, 2023), el enfoque de Recuperación (*Recovery*) de Anthony (1993, citado en Farkas & Rudnick, 2023) y el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado por Juárez Loya, 2019). Estas teorías nos demuestran que la recuperación de la persona no ocurre de forma aislada, sino que está profundamente influenciada por su entorno. En una realidad latinoamericana marcada por la pobreza, los sistemas de salud saturados y los prejuicios sociales (como advierten la OMS, 2023 y la OPS, 2024), la solución no es aislar ni institucionalizar a quien sufre el trastorno depresivo. Al contrario, las intervenciones desarrolladas dentro de la comunidad, que se adaptan a las necesidades de la persona e involucran a la familia, son la única respuesta real para evitar que el trastorno mental se vuelva crónico y que se abandone el tratamiento.

Para entender mejor estos beneficios y detallar cada componente del objetivo principal, la discusión de los resultados se ha organizado de acuerdo con los cinco objetivos específicos trazados. A continuación, se analizarán en detalle: los tipos de intervención que se usan en la región, sus características principales, cómo se mide su éxito, los cambios reales que producen en la vida diaria de la persona y finalmente, cómo el entorno social y familiar ayuda o dificulta esta recuperación.

Discusión del Objetivo Específico 01: Identificar los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Al analizar las estrategias empleadas para el abordaje de la depresión, los resultados revelaron una transición significativa desde el modelo clínico tradicional hacia un enfoque multimodal y contextualizado. Bajo esta premisa, se identificaron cuatro tipos de intervención (activación conductual, cuidado colaborativo, terapia ocupacional y psicoeducación), lo cual coincide estrechamente con la postura teórica de Fernández (2023), quien enfatiza la complejidad del abordaje del trastorno depresivo. De este modo, la rehabilitación psicosocial no puede limitarse a la remisión sintomática, sino que exige una diversidad de intervenciones dirigidas a reconstruir los recursos funcionales y la autonomía de la persona.

En cuanto al primer tipo de intervención, los estudios de Seward et al. (2025) y Henrique et al. (2021) sobre el programa PROACTIVE en Brasil demostraron la alta eficacia de la activación conductual en el ámbito comunitario. Este hallazgo se respalda en los lineamientos de la APA (2022) y en teóricos como Remes et al. (2021), quienes enfatizan que la activación conductual es una intervención con resultados empíricos validados desde la terapia cognitivo-conductual. Asimismo, estos autores argumentan la importancia de romper el ciclo de inactividad, la anhedonia y el aislamiento social para el adecuado abordaje de la depresión, factores determinantes que deterioran el sentido de la vida y las funciones ejecutivas de la persona.

Respecto al cuidado colaborativo, los tipos de rehabilitación psicosocial identificados en Chile (Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018) introducen la

sensibilidad al trauma como un eje central. Esta perspectiva es enfatizada por Halloran (2024), quien sostiene que el abordaje de la depresión adulta debe integrar el impacto de las experiencias adversas tempranas. Asimismo, Andrade y Espinoza (2019) mencionan que la implementación de los modelos colaborativos presenta desafíos operativos debido a factores como la sobrecarga laboral y el presupuesto limitado de los sistemas de salud. Esta postura es compartida por Enríquez & Paniura (2025), quienes argumentan que la intervención colaborativa será ineficaz a largo plazo si no se garantizan las condiciones institucionales para hacerla sostenible en Latinoamérica.

Por otro lado, la inclusión de la terapia ocupacional y la laborterapia (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010) resalta la importancia de la “reinserción funcional” de la persona. Para entender esto, Liberman (2008) explica que el tratamiento no debe limitarse a recetar fármacos para mitigar el malestar emocional. Por el contrario, se debe desarrollar la “competencia social” del individuo, es decir, enseñarle habilidades socioemocionales, ayudarlo a recuperar sus rutinas diarias y fortalecer su capacidad para relacionarse con los demás, de modo que pueda recuperar su autonomía e integrarse nuevamente a su comunidad.

En esta misma línea, Gutiérrez & Morales (2019) afirman que realizar actividades físicas y ejercicios de estimulación mental son pasos obligatorios para evitar que la depresión severa convierta al paciente en una persona dependiente. Por lo tanto, estos aportes demuestran que los programas hospitalarios no deben conformarse solo con estabilizar el ánimo del paciente durante una crisis, sino que deben entrenarlo activamente para que recupere sus capacidades físicas, mentales y sociales, siendo esta la principal estrategia para evitar que recaiga.

Asimismo, en el ámbito de la psicoeducación clínica (López, 2011; Carazas-Vera, 2024), la discusión teórica enfatiza su rol como eje transversal del cuidado del paciente. Al respecto, autores como González Domínguez (2020) defienden que la psicoeducación trasciende la mera entrega de información médica es, en realidad, la intervención más efectiva para dismantelar el estigma internalizado que impide al 50% de los pacientes buscar ayuda (INSM, 2022). Por ello, al educar a la red de apoyo, se combate la falsa premisa de la depresión como una "debilidad". Este tipo de intervención es validado por Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009), quienes enfatizan que empoderar cognitivamente al paciente es el paso previo indispensable para garantizar una reintegración exitosa en los entornos sociolaborales, permitiendo que la persona recupere su rol activo y productivo de la sociedad, rompiendo así el ciclo de exclusión.

En conclusión, los tipos de intervención en rehabilitación psicosocial identificados en este estudio demuestran la necesidad de orientar el tratamiento del trastorno depresivo hacia un enfoque de salud mental comunitaria (MINSA, 2019). Asimismo, según los estudios revisados, existe un claro consenso sobre la importancia de aplicar tres estrategias fundamentales: fortalecer la activación conductual para que el paciente recupere sus rutinas, asegurar un cuidado colaborativo donde los centros de salud cuenten con personal y recursos suficientes para un abordaje integral, y ampliar el alcance de la psicoeducación. Estas acciones conjuntas constituyen herramientas basadas en evidencia empírica capaces de hacer frente al incremento del 25% en la prevalencia del trastorno depresivo, advertido por la OPS (2022).

Discusión del Objetivo Específico 02: Describir las principales características de las intervenciones de rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

En relación con el segundo objetivo específico, los hallazgos evidencian que estas intervenciones comparten una estructura diseñada para ser flexible y contextualizada. A diferencia de los tipos de intervención (que definen el modelo general), las diez características transversales identificadas determinan la operatividad y ejecución del tratamiento. Esta postura concuerda con la visión teórica de Fernández (2023), quien sostiene que la rehabilitación psicosocial desde un enfoque comunitario debe alejarse de la rigidez clínica tradicional para centrarse en metodologías dinámicas que fortalezcan los recursos funcionales y devuelvan la autonomía a la persona en su vida diaria.

1. Análisis transversal de las principales características:

Al analizar las características de alta prevalencia, los resultados demuestran que la base fundamental de estos programas recae en cuatro pilares: la psicoeducación, las redes de apoyo social, la continuidad del cuidado y la participación activa de la persona. En tal sentido, la recurrencia de la participación activa ratifica empíricamente los postulados de Anthony (1993, citado en Farkas & Rudnick, 2023), demostrando que el modelo de recuperación (*Recovery*) sigue siendo el pilar actual para empoderar al individuo más allá de la remisión sintomática. Asimismo, la alta prevalencia de las redes de apoyo valida el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado por Juárez Loya, 2019), comprobando que la depresión no se resuelve aislando al individuo, sino interviniendo en sus sistemas sociales recíprocos. Paralelamente, como señalan Isaza & Navarro (2022),

la psicoeducación ha demostrado ser indispensable para garantizar la comprensión de la enfermedad y la continuidad del cuidado.

En un segundo nivel operativo (prevalencia media), los estudios evidencian la relevancia crucial de la activación conductual y las actividades ocupacionales, los modelos interdisciplinarios colaborativos, el abordaje biopsicosocial integral, la regulación emocional y el enfoque en la vulnerabilidad. La integración de estos elementos valida categóricamente el modelo biopsicosocial de Engel (1977, citado por Žutić, 2023), el cual confirma que la intervención debe abarcar dimensiones clínicas y determinantes sociales simultáneamente. Además, la inclusión de la activación conductual y el restablecimiento de rutinas respalda las teorías de competencia social de Liberman (2008) y concuerda con Gutiérrez & Morales (2019) al demostrar que el desarrollo de habilidades funcionales previene recaídas. Finalmente, la necesidad de un enfoque sensible al trauma y a la vulnerabilidad responde a lo expuesto por Halloran (2024) y Papalia y Martorell (2021) respecto a las experiencias adversas que configuran la inestabilidad emocional en la vida adulta.

Por último, se observa una prevalencia menor en el uso de tecnología y la telesalud. Aunque estas herramientas son vitales para democratizar el acceso en zonas rurales, su implementación incipiente refleja las brechas tecnológicas de la región, un desafío estructural directamente asociado a los altos índices de trastorno mental sin tratamiento reportados por la OPS (2024).

2. Configuración operativa según los modelos de intervención:

Al cruzar estas diez características con los tipos de intervención (Tabla 10), se evidencian diferencias profundas en la madurez operativa de los programas,

demostrando cómo la teoría se aplica o encuentra sus límites en la práctica clínica latinoamericana.

Por un lado, los programas comunitarios de activación conductual (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021) y los modelos de cuidado colaborativo (Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018) demostraron la mayor eficiencia, ya que concentran la mayoría de sus características en el nivel alto de integración. Son precisamente estos modelos los que logran articular el trabajo interdisciplinario y la descentralización del cuidado, combatiendo directamente el aislamiento social. Esta configuración operativa es la respuesta empírica a las advertencias de Galende (1990, citado en Aparicio Basauri, 2025), quien reafirma que el abordaje debe trascender el espacio clínico tradicional para integrarse en las redes de apoyo. Sin embargo, como advierten Andrade y Espinoza (2019) y Enríquez y Paniura (2025), sostener estos modelos altamente integrados exige superar barreras institucionales como la sobrecarga laboral y los presupuestos limitados.

En marcado contraste, la terapia ocupacional institucional (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010) y la psicoeducación clínica estructurada (López, 2011; Carazas-Vera, 2024) presentaron una distribución más sesgada, con una mayor concentración en niveles medios y bajos (y con la ausencia de hasta cinco características principales). Si bien estos modelos son efectivos para la regulación emocional y cognitiva (alineándose con el modelo de Beck, 1967, citado en Soldevilla, 2024) y el funcionamiento intrahospitalario, presentan severas deficiencias estructurales al omitir el enfoque en vulnerabilidad y la continuidad del cuidado extrahospitalario. Esta limitación confirma que, si no se abordan los factores psicosociales y del entorno, tal como advirtieron Cantero-Téllez &

Ramírez-Páez (2009), la intervención queda aislada y dificulta una reinserción comunitaria sostenida.

En conclusión, la consolidación de estos resultados demuestra que la rehabilitación psicosocial en Latinoamérica se encuentra en una transición crítica. Las características transversales analizadas evidencian que el abordaje más adecuado para el trastorno depresivo en adultos exige descentralización, flexibilidad colaborativa y sensibilidad al contexto ecológico de la persona. Priorizar la implementación de modelos altamente integrados resulta imperativo para hacer frente a esta problemática de salud pública y a la alarmante prevalencia del trastorno depresivo, tal como lo advierte a nivel internacional la OMS (2023) y lo reporta, a nivel nacional, el MINSA (2024).

Discusión del objetivo específico 3: Identificar los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Al examinar los criterios e indicadores de efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica, el hallazgo más significativo radica en que la eficacia de estos programas no se evalúa desde una perspectiva reduccionista, sino bajo un modelo empírico multidimensional que integra aspectos clínicos, de adherencia, funcionales y de viabilidad. Este enfoque metodológico concuerda estrechamente con el modelo biopsicosocial postulado por Engel (1977, citado por Žutić, 2023), el cual sostiene que, para la recuperación integral del trastorno depresivo, es necesaria la interacción dinámica entre los determinantes biológicos, psicológicos y sociales.

1. Análisis de los criterios de efecto

Los resultados revelaron que la reducción de la sintomatología depresiva y la remisión clínica se mantienen como los criterios de mayor prevalencia, documentados en seis de los estudios analizados (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; López, 2011). Esta prioridad es congruente con los lineamientos de la OMS (2023) y la APA (2022), las cuales enfatizan la urgencia de mitigar los síntomas primarios que alteran el estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo. A nivel teórico, esta estabilización clínica dialoga directamente con el modelo cognitivo de Beck (1967, citado en Soldevilla, 2024), evidenciando que las intervenciones psicosociales logran desmontar la "tríada cognitiva" negativa que afecta la percepción que tiene la persona sobre sí misma y su futuro.

Sin embargo, los hallazgos sugieren que la mitigación del síntoma constituye únicamente el punto de partida. Por ello, se observa una alta frecuencia de criterios enfocados en la "reincorporación psicosocial y funcionamiento en la vida diaria", presentes en cuatro estudios (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010) y en el "fortalecimiento de redes sociales y habilidades interpersonales", descrito por dos de ellos (Seward et al., 2025; Rojas, 2010). Esta búsqueda de una "mejora en la calidad de vida" (Rojas et al., 2018; López, 2011) y una "regulación emocional" (Vitriol et al., 2024) refleja una clara transición hacia el enfoque de Recuperación (*Recovery*) de Anthony (1993, citado por Farkas & Rudnick, 2023). Dicho modelo subraya que la rehabilitación psicosocial prioriza el derecho de la persona a reconstruir un sentido de vida significativo frente a la adversidad.

Asimismo, estos resultados respaldan la teoría de la competencia social de Liberman (2008), quien confirma que la construcción de recursos funcionales y la autonomía contrarrestan el aislamiento derivado de factores contextuales, en plena concordancia con el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado por Juárez Loya, 2019).

En síntesis, la consolidación de estos criterios empíricos demuestra que la rehabilitación psicosocial traza una ruta evolutiva muy clara en el abordaje de la depresión. Se comprueba que la reducción sintomatológica es un paso inicial e indispensable para lograr la estabilización de la persona un argumento sólidamente respaldado por el modelo de Beck, las directrices de la OMS (2023) y la APA (2022). Sin embargo, se demuestra empíricamente que este hito es apenas el punto de partida. Al entrelazar la evidencia empírica actual con los marcos teóricos de Anthony, Liberman y Bronfenbrenner, este modelo de intervención asume un posicionamiento ético imprescindible: deja de tratar la depresión desde un enfoque puramente biomédico o reduccionista y consolida a la rehabilitación psicosocial como un derecho fundamental de la persona para recuperar su autonomía, reconstruir un proyecto de vida con sentido y reinsertarse en su comunidad con dignidad.

2. Análisis de los indicadores de efecto

En cuanto al análisis de los indicadores de efecto, que permitió obtener una medición empírica de estos criterios, destaca el valor significativo del incremento en el cumplimiento terapéutico y la reducción de las tasas de deserción. Este indicador fue documentado por cinco estudios (Henrique et al., 2021; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; López, 2011; Carazas-Vera, 2024) y cobra un valor

crucial al contrastarlo con la problemática descrita por la OPS (2024) y el estudio de Andrade y Espinoza (2019) en Chile, quienes advierten que la baja adherencia, generada por barreras institucionales y resistencia al tratamiento, limita severamente el impacto de la salud mental pública en Latinoamérica.

Por otro lado, el hecho de que la rehabilitación psicosocial muestre indicios de alta aceptación, satisfacción de la persona y un incremento en la participación en actividades de la vida diaria (resultados reportados por Seward et al., 2025; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010), sugiere la eficacia empírica para mitigar la estigmatización, el miedo y la desconfianza hacia los servicios de salud, barreras que fueron documentadas a nivel nacional por el INSM (2022) y González Domínguez (2020). Asimismo, al fomentar la interacción comunitaria y evidenciar diferencias significativas al alza en los puntajes de calidad de vida, estos programas actúan sobre los determinantes sociales que causan exclusión, respondiendo a la exigencia de un abordaje descentralizado postulado por Galende (1990, citado en Aparicio Basauri, 2025). En este sentido, los resultados de la presente revisión crítica coinciden directamente con Gutiérrez & Morales (2019), quienes mencionan que el enfoque de la rehabilitación psicosocial favorece de manera temprana y sostenible la reinserción social de las personas.

No obstante, al interpretar estos indicadores de éxito, resulta imperativo adoptar una postura cautelosa respecto a la representatividad de la muestra. El análisis de los estudios incluidos evidencia que, si bien existen investigaciones con cohortes estadísticamente robustas, otras intervenciones presentan tamaños de muestra sumamente reducidos. Tal es el caso de Lazcano-Ortiz et al. (2019) con apenas 9 participantes, o los reportes de Henrique et al. (2021) y Rojas (2010) con

42 y 78 usuarios, respectivamente. Esta limitación metodológica sugeriría que la generalización de estos beneficios a toda la población latinoamericana debería tomarse con prudencia, dado que las distintas realidades sociales, culturales y económicas, sumadas a las diferencias en los sistemas de salud de la región, influyen directamente en el éxito de estas intervenciones, evidenciando la necesidad de desarrollar futuras investigaciones con muestras más amplias

A modo de conclusión, el análisis de estos indicadores empíricos sugiere que el éxito de la rehabilitación psicosocial trasciende la simple cuantificación clínica. Al registrar un aumento significativo en la adherencia al tratamiento y altos niveles de satisfacción (Vitriol et al., 2024; Carazas-Vera, 2024), estos programas podrían lograr quebrar el ciclo de abandono y estigmatización que históricamente ha alejado a las personas de los servicios de salud mental en Latinoamérica (INSM, 2022; González Domínguez, 2020). Por lo tanto, estos indicadores no solo validan la eficacia de las intervenciones, sino que confirman su viabilidad operativa y humana, demostrando que, al priorizar la calidad de vida y la interacción comunitaria, es posible transformar la exclusión y el aislamiento en una reinserción social real y sostenida (Gutiérrez & Morales, 2019).

3. Análisis de los instrumentos de medición

La diversidad de los instrumentos de medición identificados refleja la madurez metodológica necesaria para evaluar un trastorno tan complejo. Para ello, la evaluación del impacto terapéutico en estos estudios exigió el uso combinado de escalas psicométricas estandarizadas para la depresión, las cuales resultaron ser las herramientas con mayor presencia, al identificarse en cinco de las ocho investigaciones (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018;

Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011). En este grupo destacaron instrumentos como el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) y el Inventario de Depresión de Beck. De igual manera, se identificó una frecuencia equivalente de cinco estudios en el uso de registros institucionales y clínicos (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; Carazas-Vera, 2024), los cuales permitieron un monitoreo cualitativo y cuantitativo de la evolución diaria de la persona.

Asimismo, se recurrió de forma indispensable a escalas de adherencia terapéutica, presentes en cuatro estudios (Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; López, 2011; Carazas-Vera, 2024), y a herramientas para medir la calidad de vida, integradas en tres investigaciones (Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011) mediante instrumentos como el WHOQOL-BREF y el SF-36. Este abordaje se complementó con cuestionarios de satisfacción, descritos por dos estudios (Rojas et al., 2018; Rojas, 2010), y escalas de funcionamiento social o emocional, descritas por dos estudios (Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024), utilizando herramientas como el OQ-45.2 y la escala de UCLA. Finalmente, el uso de técnicas cualitativas en un estudio (Henrique et al., 2021) responde a la necesidad empírica de capturar de forma objetiva la reducción de la discapacidad funcional advertida por Remes et al. (2021) y el impacto del entorno abordado por Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009).

Por consiguiente, esta robusta instrumentación técnica empleada por los autores revisados parecería validar la recomendación de Isaza & Navarro (2022), quienes subrayan la necesidad imperativa de adaptar los programas psicosociales a las realidades institucionales de Latinoamérica. Al evaluar de forma integral no solo

el control de la enfermedad, sino también la adherencia, la viabilidad y la calidad de vida, los estudios demuestran que la rehabilitación psicosocial se alinea con el marco normativo comunitario del MINSA (2019, 2024). De este modo, la evidencia metodológica aportada por estos ocho estudios consolida esta intervención como una estrategia fundamental para transformar la atención integral de la persona adulta con trastorno depresivo (Fernández, 2023).

A modo de conclusión metodológica, el análisis de estos instrumentos sugiere que la evaluación de la rehabilitación psicosocial ha superado el reduccionismo biomédico para adoptar una métrica multidimensional y verdaderamente humana. Al combinar escalas clínicas estandarizadas con herramientas que miden el funcionamiento social, la adaptación al entorno y la satisfacción personal, la investigación en Latinoamérica comprobaría que la recuperación es un fenómeno integral y, sobre todo, cuantificable. Esta madurez metodológica no solo otorga un alto rigor científico a los programas de intervención, sino que garantiza que la evidencia recabada refleje el impacto real en la vida diaria de las personas; construyendo así un puente sólido entre la teoría de la rehabilitación y la práctica clínica basada en evidencia.

Frente a esta exhaustiva diversidad de herramientas documentadas, y considerando los hallazgos de la presente revisión, resultaría pertinente proponer una batería de evaluación ideal y estandarizada para el abordaje de la depresión en Latinoamérica. Dado que la intervención debe ser multidimensional (Engel, 1977, citado en Žutić, 2023) y aplicable en sistemas de atención primaria que enfrentan escasez de recursos y tiempo, esta batería debería caracterizarse por ser breve, de

libre acceso y de fácil aplicación, incluso para personal no especializado (bajo el modelo de *task-shifting*).

Bajo esta premisa, una batería regional óptima podría estructurarse en cuatro ejes fundamentales, respaldados tanto por la evidencia empírica analizada como por los teóricos de la presente investigación: (1) Para la dimensión clínica y sintomatológica, el uso del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) resulta idóneo debido a su alta sensibilidad, brevedad y validación transcultural para el cribado rápido, respondiendo a la urgencia de evaluar la "tríada cognitiva" de Beck (1967, citado en Soldevilla, 2024); (2) para la dimensión de calidad de vida e integración ecológica, el WHOQOL-BREF ofrecería una medición integral que evalúa no solo la salud física y psicológica, sino también el impacto del entorno social y ambiental del individuo, materializando así el modelo biopsicosocial de Engel (1977, citado en Žutić, 2023) y el enfoque ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado en Juárez Loya, 2019), necesidad destacada por López (2011) y Rojas et al. (2018); (3) para la dimensión de funcionamiento interpersonal, la Escala de Soledad de UCLA (Seward et al., 2025) o el cuestionario OQ-45.2 (Vitriol et al., 2024) permitirían rastrear objetivamente la mitigación del aislamiento y la mejora en las relaciones, cuantificando la recuperación de la competencia social postulada por Liberman (2008) y el enfoque de Recuperación de Anthony (1993, citado en Farkas & Rudnick, 2023); y (4) para la dimensión operativa, la estandarización de un registro cualitativo de adherencia (Carazas-Vera, 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019) que permita al personal de salud monitorear la continuidad del cuidado y superar las barreras de abandono documentadas por Andrade y Espinoza (2019).

Por lo tanto, respondiendo directamente a la necesidad de estandarización metodológica detectada en el presente objetivo, la implementación unificada de esta batería multidimensional permitiría estandarizar la recolección de evidencia a nivel regional, garantizando una evaluación rigurosa, culturalmente pertinente y humanizada que responda a la complejidad del trastorno depresivo sin saturar los recursos del Estado, alineándose con las políticas de salud comunitaria exigidas por la OPS (2024) y el MINSA (2024).

Discusión del Objetivo Específico 4: Analizar los resultados sobre el efecto de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

Para dar respuesta al cuarto objetivo específico, orientado a analizar estos efectos a nivel regional, se realizó un proceso de síntesis y contrastación de los hallazgos reportados en las ocho investigaciones seleccionadas. Este análisis empírico evidenció que el impacto de estas intervenciones es multidimensional. Para comprender a profundidad sus implicancias y debatir su relevancia frente a las problemáticas de salud mental en la región, la discusión de estos hallazgos se ha dividido en dos grandes dimensiones analíticas: la dimensión cuantitativa, enfocada en la eficacia clínica y operativa; y la dimensión cualitativa, centrada en la transformación conductual y funcional de la persona.

1. Análisis de la Dimensión Cuantitativa

En el análisis de los datos cuantitativos, el hallazgo más contundente y de mayor prevalencia es la reducción significativa de síntomas y la alta tasa de remisión clínica, evidenciadas en siete de los ocho estudios analizados (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; Lazcano-

Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; López, 2011). Esta mayoría estadística valida de forma empírica el modelo biopsicosocial postulado por Engel (1977, citado en Žutić, 2023), el cual sostiene que la depresión no puede reducirse únicamente a factores biológicos; es decir que, al intervenir de manera estructurada sobre los determinantes sociales, se producen tasas de remisión que compiten directamente con la eficacia de la farmacoterapia exclusiva. Por tanto, este debate es fundamental para responder a las alertas epidemiológicas de la OMS (2023) y la OPS (2024), las cuales advierten sobre la urgencia de implementar tratamientos integrales efectivos en países de ingresos medios y bajos para frenar la carga de este trastorno mental.

Un segundo eje estadístico crítico es el impacto sustancial en la adherencia y permanencia terapéutica, un factor protector documentado en cinco de los ocho estudios (Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; Rojas, 2010; López, 2011; Carazas-Vera, 2024). Este hallazgo cobra especial relevancia si se considera que, según el INSM (2022), el 50 % de las personas con depresión abandona o rechaza la atención por miedo, estigma y desconfianza. En contraparte, los datos duros demuestran que la intervención psicosocial consolida el compromiso de la persona: por ejemplo, Carazas-Vera (2024) determinó que la psicoeducación aumentó casi nueve veces la probabilidad de adherencia farmacológica. Esto concuerda con lo hallado por Gutiérrez & Morales (2019), quienes afirman que estas intervenciones reducen drásticamente los abandonos y los reingresos hospitalarios.

Sumado a esto, tres de los ocho estudios (Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011) reportaron mejoras significativas en la calidad de vida y el bienestar subjetivo. Este dato desafía la visión médica tradicional, al argumentar que el éxito terapéutico no debe medirse solo por la "ausencia de tristeza", sino por

dotar a la persona adulta de recursos para transitar su desarrollo evolutivo con plenitud, tal como afirman Papalia y Martorell (2021).

Por su parte, la viabilidad operativa del modelo fue respaldada cuantitativamente por dos de los ocho estudios (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021), los cuales demostraron que, mediante la delegación de funciones o *task-shifting*, las intervenciones alcanzan altas puntuaciones de cumplimiento. Al ahondar en este concepto para la discusión, resulta fundamental debatir cómo opera realmente esta estrategia en la práctica clínica, la cual consiste en transferir la ejecución de intervenciones psicosociales desde especialistas (que suelen ser escasos) hacia agentes comunitarios. Esta descentralización operativa dialogaría directamente con los postulados de Galende (1990, citado en Aparicio Basauri, 2025), quien reafirma la urgencia de trascender el espacio clínico tradicional para integrar el cuidado en las redes comunitarias. Según los hallazgos de Henrique et al. (2021), el éxito de esta delegación no es automático, sino que dependería del uso de herramientas digitales estructuradas (como aplicaciones guiadas) para asegurar la fidelidad del tratamiento y evitar que el personal no especializado distorsione el protocolo clínico.

Si bien este hecho resultaría importante para mitigar la barrera institucional identificada por Andrade y Espinoza (2019) respecto a la falta de presupuesto y la escasez de especialistas, la implementación del *task-shifting* exige una postura crítica. El debate de estos resultados sugeriría que delegar la atención psicosocial no debería interpretarse como una simple medida estatal para abaratar costos. Sin un sistema de supervisión clínica a distancia y soporte continuo, esta delegación podría generar una severa sobrecarga laboral y estrés en el personal de

atención primaria, un riesgo que agravaría las deficiencias del sistema público ya advertidas por Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009). En este contexto, cobra especial relevancia la necesidad de implementar herramientas de evaluación estandarizadas y breves, como la batería propuesta en el objetivo anterior, garantizando que el personal comunitario pueda monitorear la evolución de forma objetiva y sin alterar el rigor del tratamiento.

No obstante, si se gestiona adecuadamente, empoderar al entorno comunitario podría actuar como un puente para vencer el estigma y la desconfianza que alejan a la población de los hospitales, problemática documentada a nivel nacional por el INSM (2022) y González Domínguez (2020). Por consiguiente, la evidencia apuntaría a que, siempre y cuando se aplique bajo condiciones de capacitación y monitoreo adecuados, la rehabilitación psicosocial, entendida como una atención integral (Fernández, 2023), podría generar un alto impacto clínico a bajo costo en la atención primaria latinoamericana; lo que indicaría que garantizar el acceso a la salud mental para toda la población es un objetivo realista y alcanzable frente a las alarmantes cifras reportadas por la OPS (2024) y el MINSA (2024) en la región.

En definitiva, este análisis demuestra que no se requiere depender exclusivamente de infraestructuras de alto costo o de una red saturada de psiquiatras para obtener resultados clínicos de excelencia. Queda comprobado que, al descentralizar el cuidado, confiar en redes comunitarias capacitadas y enfocarse en la reintegración del individuo, los sistemas de salud pública pueden implementar programas sostenibles, escalables y humanizados que garanticen el bienestar

integral de la persona adulta sin colapsar los recursos del Estado (Galende, 1990, citado en Aparicio Basauri, 2025; OPS, 2024).

2. Análisis de la Dimensión Cualitativa

Complementariamente a los resultados estadísticos, el análisis cualitativo revela que las personas experimentaron cambios reales y significativos en su comportamiento y en la percepción de sí mismas. El hallazgo principal fue la recuperación de la autonomía e iniciativa (transición de la apatía a la reactivación en actividades de la vida diaria y funcionalidad motriz/cognitiva), documentado en cinco de los ocho estudios (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010). Estas investigaciones describieron cómo las personas lograron dejar atrás la apatía y la inactividad severa para volver a involucrarse de forma activa en sus tareas cotidianas y recuperar su agilidad motriz y cognitiva.

Estos resultados confirman en la práctica clínica el modelo de recuperación (*Recovery*) de Anthony (1993, citado por Farkas & Rudnick, 2023) el cual postula que la recuperación en salud mental no se define por la simple desaparición de los síntomas clínicos, sino que constituye un proceso profundamente personal orientado a cambiar actitudes, valores, metas y roles del individuo. Bajo este enfoque, el objetivo terapéutico central es que la persona logre encontrar un nuevo sentido y propósito, construyendo una vida satisfactoria, esperanzadora y productiva, incluso si persisten ciertas vulnerabilidades propias del trastorno.

Otro aspecto fundamental que emergió en la revisión es el empoderamiento y la autoeficacia (recuperación de la identidad, autogestión de la medicación y sentido de utilidad/valor personal), una dimensión mencionada por

cuatro de los ocho estudios (Henrique et al., 2021; Vitriol et al., 2024; Rojas et al., 2018; Carazas-Vera, 2024). Al debatir este punto, se observa cómo se logra desarticular la "tríada cognitiva negativa" descrita por el modelo de Beck (1967, citado en Soldevilla, 2024). Esto significa que la persona adulta intervenida deja de percibirse como una víctima pasiva o inútil para convertirse en una gestora activa, capaz de identificar señales de recaída y asumir la responsabilidad de su bienestar.

Asimismo, otro elemento encontrado fue la integración social y el soporte familiar (reconstrucción de redes de apoyo, integración vecinal y reducción del estigma en el hogar), que resultaron ser ejes terapéuticos presentes en cuatro de los ocho estudios (Seward et al., 2025; Rojas et al., 2018; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011). Bajo la lupa del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado por Juárez Loya, 2019), queda claro que la depresión no puede curarse en el aislamiento. Tal como postulaba Galende (1990, citado en Aparicio Basauri, 2025), quien menciona que el sufrimiento mental se agrava por la exclusión, resulta indispensable reconstruir las redes de apoyo y psicoeducar a la familia para eliminar la crítica en el hogar y neutralizar el estigma internalizado descrito por González Domínguez (2020), promoviendo un ecosistema seguro para la rehabilitación.

Sumado a lo anterior, tres de los ocho estudios (Vitriol et al., 2024; Rojas, 2010; López, 2011) reportaron mejoras cualitativas vitales en la regulación emocional y el manejo de crisis (capacidad para regular afectos, manejo de recuerdos traumáticos y reducción de la culpa). Dotar a la persona adulta de capacidades para gestionar emociones intensas y lidiar con recuerdos traumáticos actúa como un mecanismo preventivo frente a los riesgos psicosociales y laborales

(como el estrés y la sobrecarga) advertidos por Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009).

Finalmente, dos de los ocho estudios (Henrique et al., 2021; López, 2011) resaltaron la alta aceptabilidad de modelos innovadores (vínculo humano-empático y disposición al uso de herramientas tecnológicas o telesalud) por parte de los usuarios, quienes mostraron gran apertura al trato empático de agentes comunitarios y al uso de telesalud. Este debate rompe con el mito de que las poblaciones vulnerables rechazan la tecnología, por el contrario, la aceptan cuando sirve como canal para un trato humano, cálido y libre de prejuicios (Isaza & Navarro, 2022; OPS, 2024).

A modo de cierre, el análisis sistemático de la literatura entre 2010 y 2025 demuestra empíricamente que la rehabilitación psicosocial aplicada para el abordaje del trastorno depresivo cumple con el propósito a nivel cuantitativo, al asegurar la estabilización clínica de la enfermedad, la viabilidad operativa y la retención de la persona en el sistema de salud. Simultáneamente, a nivel cualitativo, rehumaniza el proceso terapéutico, devolviendo la autonomía, erradicando el estigma y reinsertando a la persona adulta como un miembro valioso en su entorno familiar y comunitario. Ante este panorama y frente a las crecientes cifras de este trastorno mental, resulta imperativo que las políticas de salud pública trasciendan el paradigma puramente biológico e integren de manera universal este abordaje biopsicosocial, ecológico y comunitario para garantizar una recuperación funcional, digna y resiliente.

Discusión del Objetivo específico 5: Identificar los factores contextuales asociados tanto a la implementación como a los resultados de la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos de Latinoamérica entre 2010 y 2025.

El análisis de los estudios revisados demuestra que la recuperación del trastorno depresivo no depende únicamente del tratamiento médico tradicional. Por el contrario, los factores del entorno (contextuales) se agrupan de manera compleja y multinivel, influyendo directamente en la viabilidad de la implementación de los programas y en la sostenibilidad de sus resultados clínicos y funcionales. En este sentido, para entender la vivencia real de las personas, resulta necesario interpretar estos hallazgos a través del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979, citado por Juárez Loya, 2019). Este modelo permite comprender cómo el trastorno es el resultado de una interacción recíproca entre el individuo y sus múltiples sistemas sociales, validando empíricamente el modelo biopsicosocial postulado originalmente por Engel (1977, citado por Žutić 2023). De este modo, se sostiene que el trastorno depresivo va mucho más allá de ser exclusivamente un problema biológico o químico en el cerebro, dejando en claro que el entorno social juega un papel fundamental en la efectividad de los resultados a lo largo plazo.

El análisis de los resultados en el nivel individual permite comprender a la persona no solo como un caso clínico, sino como un ser humano inmerso en una etapa vital donde las experiencias adversas pueden fracturar su bienestar psicológico, tal como advierte Halloran (2024). En esta línea, los estudios revisados evidencian que las personas inician su rehabilitación psicosocial enfrentando un escenario de alta vulnerabilidad configurado por siete barreras clínicas y

sociodemográficas que obstaculizan la implementación del tratamiento. La de mayor prevalencia es la persistencia de síntomas, cronicidad y severidad clínica, reportada en cinco estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Rojas, 2010; López, 2011; Carazas-Vera, 2024). Ante este resultado, el modelo cognitivo de Beck (1967, citado en Soldevilla, 2024), menciona que las vivencias adversas moldean una "tríada cognitiva negativa" es decir, el desarrollo de pensamientos irracionalmente pesimistas sobre uno mismo, el entorno y el futuro, la cual constituye una barrera que limita severamente la flexibilidad psicológica del individuo, anula su voluntad y genera una profunda apatía clínica tal como lo documenta Remes et al. (2021).

Asimismo, a esta severidad se suman los siguientes factores contextuales: las limitaciones funcionales, cognitivas o físicas presentes en cuatro investigaciones (Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010) y el desconocimiento de la enfermedad asociado a una baja autoeficacia en cuatro estudios (Carazas-Vera, 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011; Rojas et al., 2018). Estas carencias anulan la competencia social descrita por Liberman (2008) quien sustenta que el despliegue de habilidades interpersonales y la percepción de autoeficacia son herramientas indispensables para que el individuo pueda desenvolverse con autonomía, sostener roles significativos y reintegrarse a su entorno.

De igual manera, este escenario individual se agrava con la soledad subjetiva y la vulnerabilidad emocional (presentes en tres estudios: Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021; Carazas-Vera, 2024), la baja escolaridad o alfabetización limitada (dos estudios: Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021),

las comorbilidades médicas (dos estudios: Carazas-Vera, 2024; Rojas, 2010) y los antecedentes de trauma previo (un estudio: Vitriol et al., 2024). Esta convergencia de estresores evidencia que, en la práctica clínica, la persona no solo se enfrenta a la sintomatología afectiva de la depresión, sino a una acumulación de vulnerabilidades cuya presencia sistemática actúa como un mantenedor crónico del trastorno (Cantero-Téllez & Ramírez-Páez, 2009). Por un lado, el trauma y la soledad merman profundamente la capacidad de vinculación terapéutica, perpetuando el aislamiento social y la indefensión aprendida (Ford, 2020; Courtois, 2020). Por otro lado, la baja escolaridad y las comorbilidades médicas demandan la implementación de modelos terapéuticos con mayor eficacia empírica y un adecuado nivel de adaptación al contexto de la persona. A diferencia de los abordajes tradicionales que se caracterizan por ser rígidos la implementación exige flexibilidad clínica para evitar la deserción terapéutica en poblaciones vulnerables, haciendo necesario el diseño de intervenciones más accesibles y contextualizadas (Isaza & Navarro, 2022).

En este mismo nivel individual, se identificó como único factor contextual facilitador: el uso de materiales visuales adaptados a la alfabetización (Henrique et al., 2021). Esto demuestra la importancia de adecuar las herramientas a las necesidades reales de la persona para facilitar su recuperación, esta premisa es sustentada por Anthony (1993, citado por Farkas & Rudnick, 2023), quien menciona que la rehabilitación psicosocial permite transformar la discapacidad funcional en compromiso y acciones concretas orientadas a valores para una vida con significado.

Continuando con el análisis de los resultados en el nivel familiar, se identificó que la alta prevalencia de redes de apoyo débiles y el profundo sentimiento de abandono operan como la barrera principal en siete de los ocho estudios (Carazas-Vera, 2024; Henrique et al., 2021; Lazcano-Ortiz et al., 2019; López, 2011; Rojas, 2010; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025). A esto se suman las dinámicas disfuncionales, la sobreprotección y la violencia intrafamiliar presentes en tres investigaciones (Vitriol et al., 2024; Henrique et al., 2021; López, 2011), así como la sobrecarga del cuidador principal en un estudio (Rojas et al., 2018). Estos hallazgos sugieren una alta probabilidad de que las carencias afectivas y la tensión en el hogar sean causantes directas de la inestabilidad emocional y limiten el sostenimiento de los resultados terapéuticos a largo plazo.

Este panorama se explica clínicamente mediante el constructo de “Alta emoción expresada”, ampliamente estudiado en la psicología clínica por teóricos como Leff & Vaughn (1985), validado en investigaciones clínicas recientes por Sanchez-Oller (2022) y García-Martínez et al. (2023). Estos autores señalan que este concepto se desarrolla a través de tres factores que se relacionan directamente con los resultados de esta investigación: (a) el criticismo, que ocurre cuando la familia invalida constantemente a la persona y la culpa por su trastorno, interpretando síntomas clínicos como la apatía o la fatiga como una simple “falta de voluntad” o “pereza”; (b) la hostilidad, que se manifiesta mediante el rechazo abierto y la violencia intrafamiliar, creando un ambiente donde la persona se percibe a sí misma como una carga intolerable; y (c) el sobre involucramiento emocional, manifestado mediante una sobreprotección asfixiante donde los cuidadores asumen las responsabilidades de la persona adulta, lo cual anula por completo sus recursos

de afrontamiento (Gutiérrez & Morales, 2019). Por ello, la presencia de estos tres factores actúa como el principal predictor de recaídas y cronicidad en el trastorno depresivo. En esta misma línea, desde la perspectiva estructural sistémica, los postulados de Minuchin (1974), respaldados por García-Escalera et al. (2020), advierten que las familias con límites difusos y dinámicas disfuncionales impiden que la persona adulta recupere su autonomía. Al tratarla constantemente como alguien frágil o incapaz, estas dinámicas bloquean su reinserción en la sociedad y frenan por completo los resultados positivos de su proceso de rehabilitación psicosocial.

Sin embargo, en contraparte, la evidencia demostró que cuando existe la presencia de cuidadores primarios activos que operan como red de contención, la familia se transforma en un factor facilitador fundamental, tal como lo reportan dos estudios (López, 2011; Carazas-Vera, 2024). Este contraste evidencia que la psicoeducación es un pilar indispensable para fortalecer al núcleo familiar, por tanto, este resultado concuerda plenamente con los postulados de Isaza & Navarro (2022), quienes argumentan que las intervenciones psicosociales deben trascender a la persona e incluir activamente a su entorno. Asimismo, estos autores precisan que educar a la familia permite reestructurar las dinámicas disfuncionales, transformando un escenario estresante en un sistema de apoyo efectivo. En esta misma línea, la necesidad de integrar a la red de apoyo primario respalda las conclusiones de Gutiérrez & Morales (2019), quienes sostienen que la familia actúa como el principal mediador en la rehabilitación psicosocial. Al dotar a los cuidadores de herramientas psicoeducativas, el soporte familiar logra mejorar las

recaídas, mitigar la sobrecarga y asegurar una mayor adherencia a los tratamientos integrales.

Por otra parte, el análisis de los resultados en el nivel del exosistema comunitario revela una realidad preocupante: la ausencia total de factores facilitadores, esta carencia demuestra que la comunidad, en lugar de ser un espacio seguro para la resocialización de la persona adulta, delega toda la carga de la recuperación al ámbito individual o a su familia. Esta dinámica anula por completo el objetivo central de la rehabilitación psicosocial, el cual, de acuerdo con los postulados de Farkas y Rudnick (2023) y Liberman (2008), resalta que el entorno clínico o familiar debe tener una relación directa con el nivel comunitario para lograr la reintegración funcional y garantizar resultados de adaptación comunitaria exitosa de la persona.

En contraste, se encontraron cuatro factores contextuales que actúan como barreras: (a) la escasez de redes de interacción y actividades lúdicas presentes en cuatro estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; Seward et al., 2025; Henrique et al., 2021); (b) el estigma social para la integración laboral presente en dos estudios (Carazas-Vera, 2024; López, 2011); (c) las barreras físicas y geográficas presentes en dos estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018); y (d) la exposición a factores de riesgo y violencia urbana descrita en un estudio (Vitriol et al., 2024).

Estos resultados se respaldan en los postulados de Galende (1990, citado en Aparicio Basauri, 2025), quien reafirma que el sufrimiento mental está ligado a la exclusión social, puesto que el rechazo, la marginación y la falta de oportunidades despojan al individuo de su sentido de pertenencia, convirtiendo al entorno en un

agente que agrava el trastorno. Asimismo, este entorno adverso desencadena el estigma internalizado, un fenómeno mediante el cual la persona asume como ciertos los prejuicios y burlas de su comunidad, desarrollando una profunda vergüenza que la lleva a aislarse voluntariamente (González Domínguez, 2020). Esta dinámica, explica los datos de la Encuesta Nacional Especializados de Salud Mental (INSM, 2022), la cual señala que el 50 % de las personas con depresión en el Perú no acuden a los centros de salud por miedo a la crítica o al juicio social. A esto se suma el impacto de la falta de apoyo social, advertido por Cantero-Téllez & Ramírez-Páez (2009), como posible determinante para la cronicidad del trastorno mental.

En cuanto al nivel de respuesta institucional frente a estas brechas, el análisis evidenció tres severas barreras operativas que limitan drásticamente la implementación del modelo: (a) la saturación de servicios y falta de recursos (especialistas o materiales), identificada en cinco de los ocho estudios revisados (Carazas-Vera, 2024; Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024); (b) la dificultad para dar seguimiento a la persona tras el tratamiento, reportada en tres investigaciones (Carazas-Vera, 2024; Rojas, 2010; Vitriol et al., 2024); y (c) las normas de atención estrictas o rutinas fijas que limitan la autonomía, descritas en dos estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010). Frente a estas barreras, se evidencia que los sistemas de salud operan con severas limitaciones que obstaculizan la recuperación integral de la persona, tal como lo resaltan Andrade y Espinoza (2019), quienes concluyeron que la atención en salud mental brindada por el sector público se ve afectada por la sobrecarga laboral y la fragmentación del cuidado, esta precariedad institucional explica porque muchas intervenciones fracasan al intentar implementarse a nivel comunitario: cuando los

profesionales están saturados y el sistema prioriza la atención rápida sobre el seguimiento sostenido, resulta imposible construir el vínculo terapéutico y las redes de apoyo que exige el modelo de rehabilitación psicosocial, afectando negativamente los resultados.

No obstante, se encontraron factores contextuales que facilitaron la rehabilitación psicosocial, siendo los principales: (a) la presencia de equipos interdisciplinarios con programas estructurados en cuatro estudios (Vitriol et al., 2024; Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010; López, 2011); (b) las estrategias adaptativas, como la telesalud y la delegación de funciones a agentes comunitarios (task-shifting), presentes en dos estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018); y (c) La activación conductual en atención primaria en un estudio (Seward et al., 2025). Ante estos resultados, se evidencia que las estrategias aplicadas facilitan una implementación óptima y adecuada, cumpliendo con los requerimientos de las normas técnicas y materializando el enfoque exigido por el MINSA (2019; 2024). Esto es respaldado por Fernández (2023), quien menciona que la rehabilitación psicosocial es necesaria para las personas con diagnóstico de trastorno depresivo.

Continuando con el análisis de los resultados en el nivel estructural (macrosistema), se evidenció la alarmante ausencia de factores contextuales facilitadores, este vacío resulta crítico para la viabilidad de la intervención, dado que, tal como lo advierte Juárez Loya (2019) al analizar el macrosistema desde el modelo ecológico, la recuperación integral de la depresión no depende únicamente del individuo, sino de la interacción recíproca con las políticas públicas y el soporte estatal. Al carecer de este respaldo estructural, cualquier avance logrado en el entorno clínico o familiar queda vulnerable ante las deficiencias del sistema,

convirtiendo a la estructura sociopolítica en un obstáculo que perpetúa la exclusión en lugar de garantizar el derecho a la salud mental.

Por el contrario, en este nivel se identificaron cuatro grandes barreras: (a) la pobreza y desigualdad socioeconómica en cinco estudios (Henrique et al., 2021; López, 2011; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024); (b) la sobrecarga y crónico déficit de presupuesto público en cinco estudios (Carazas-Vera, 2024; Henrique et al., 2021; López, 2011; Seward et al., 2025; Vitriol et al., 2024); (c) la brecha digital tecnológica en tres estudios (Henrique et al., 2021; Rojas et al., 2018; Seward et al., 2025); y (d) las normativas rígidas de institucionalización en dos estudios (Lazcano-Ortiz et al., 2019; Rojas, 2010).

Estos resultados validan los datos estadísticos y las advertencias de la OMS (2023) y la OPS (2022; 2024) sobre la situación del abordaje del trastorno depresivo y la rehabilitación psicosocial. Estos organismos internacionales enfatizan que la falta de inversión estatal y las brechas presupuestales impiden que la población reciba un tratamiento oportuno y de calidad en los establecimientos de salud, estancando la implementación masiva de estos programas. En este mismo sentido, tal como lo sostienen Enríquez & Paniura (2025), la calidad de vida en Latinoamérica está profundamente condicionada por la salud mental, lo cual evidencia que la depresión no es solo un problema clínico individual, sino un claro síntoma de la inequidad social sistémica.

Por tanto, la identificación de los factores contextuales demuestra que el éxito de los resultados de la rehabilitación psicosocial exige un abordaje ecológico e integral desde su implementación. Si bien las estructuras comunitarias en la región siguen operando como barreras de exclusión y estigmatización, las instituciones

pueden mitigar este impacto flexibilizando la atención mediante tecnologías inclusivas, psicoeducando a la familia y empoderando a la persona. Bajo esta premisa, resulta evidente que ignorar estos factores macro y microsistémicos limitaría cualquier intervención a un manejo estrictamente sintomatológico, impidiendo la reinserción y el bienestar psicológico de la persona adulta.

IV. CONCLUSIONES

- En respuesta al objetivo general, se concluye que la rehabilitación psicosocial es una estrategia integral y altamente efectiva para tratar la depresión en adultos en Latinoamérica. Su éxito radica en un impacto multidimensional que demuestra al lograr dos grandes metas: por un lado, reduce significativamente los síntomas y frena el deterioro causado por el trastorno depresivo, por otro lado, mejora el funcionamiento social de la persona. Al eliminar la apatía extrema, este enfoque le devuelve a la persona su autonomía y sus habilidades para relacionarse. Como resultado, actúa como un factor protector que asegura que la persona adulta no abandone su medicación, previniendo recaídas y logrando que vuelva a integrarse con éxito en su familia y su comunidad.
- Sobre el impacto multidimensional, se concluye que la efectividad de los programas en Latinoamérica está condicionada por contextos de alta vulnerabilidad. La pobreza estructural, la dispersión geográfica y el impacto de crisis recientes, como la pandemia por COVID-19, limitan el cuidado continuo y saturan los sistemas de salud. Por ello, las intervenciones solo son exitosas cuando se adaptan a la realidad sociocultural y ecológica de cada territorio. Al respecto, se evidencian marcadas diferencias estratégicas entre los países estudiados: Chile prioriza la telesalud y el monitoreo remoto para superar sus barreras geográficas rurales; México mantiene un enfoque centralizado, aplicando terapia ocupacional y laborterapia en asilos o clínicas especializadas; Brasil apuesta por descentralizar la atención hacia la comunidad, utilizando agentes de salud no especializados (*task-shifting*) en zonas de extrema pobreza; y, finalmente, Perú centra sus esfuerzos en la psicoeducación clínica dentro de

institutos nacionales para frenar el abandono y asegurar la adherencia al tratamiento farmacológico.

- Respecto a los tipos de intervención analizados, la región evidencia una clara evolución desde el modelo tradicional de internamiento hacia enfoques descentralizados. En este escenario, destacan cuatro modalidades principales: los programas comunitarios de activación conductual, los modelos de cuidado colaborativo, la terapia ocupacional institucional y la psicoeducación estructurada. De todas ellas, las estrategias territoriales (comunitarias y colaborativas) demostraron mayor practicidad y resolución para sostener el cuidado a largo plazo, al trasladar la atención directamente al entorno cotidiano de la persona.
- En relación con las características principales de estos abordajes, se concluye que su éxito depende de una profunda flexibilidad metodológica, donde los programas más eficaces comparten pilares innegociables: la psicoeducación, el fortalecimiento de los vínculos de apoyo, la continuidad de la atención y el empoderamiento de la persona. Paralelamente, la adopción de herramientas operativas innovadoras, como el seguimiento telefónico (telesalud) y la delegación de tareas a promotores capacitados (task-shifting), resulta determinante para asistir a poblaciones rurales o de alta vulnerabilidad geográfica y económica.
- Sobre los criterios e indicadores de efecto, la evaluación terapéutica ha transitado hacia un paradigma multidimensional. Los hallazgos demuestran que la disminución de puntajes en escalas psicométricas de depresión (como Beck o PHQ-9) es insuficiente de forma aislada. Una verdadera recuperación se mide

mediante métricas psicosociales críticas: las tasas objetivas de cumplimiento farmacológico, los niveles de independencia en actividades diarias, las mejoras sustanciales en la calidad de vida y el grado de satisfacción general de la persona adulta y su entorno. El éxito, por tanto, refleja la reconstrucción vital de la persona y no solo la ausencia del trastorno mental.

- Al analizar el impacto clínico y funcional, se comprueba un doble efecto empírico. Cuantitativamente, los estudios reportan bajas tasas de deserción, una reducción significativa de la gravedad diagnóstica y una caída en las hospitalizaciones crónicas. Cualitativamente, el proceso transforma la cotidianidad de la persona: revierte el aislamiento extremo, devuelve la iniciativa personal y otorga recursos prácticos para regular crisis emocionales. Esta resocialización mitiga la vergüenza y el estigma internalizado, otorgándole a la persona el protagonismo sobre su propio proyecto de vida.
- Finalmente, desde una perspectiva ecológica centrada en los factores contextuales, se confirma que el entorno condiciona de manera intrínseca la viabilidad del tratamiento. La población latinoamericana enfrenta fuertes barreras macroestructurales (pobreza, brecha tecnológica, exclusión vecinal), institucionales (saturación de servicios) y microsistemas (dinámicas familiares disfuncionales o abandono). No obstante, estos obstáculos se contrarrestan frente a dos grandes facilitadores: los equipos interdisciplinarios con capacidad de adaptación cultural y un núcleo afectivo correctamente psico-educando. Por ende, la recuperación integral es inviable en el aislamiento y requiere transformar activamente el ecosistema social que rodea a la persona adulta.

V. RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos y conclusiones obtenidos en la presente revisión crítica de la literatura, se formulan las siguientes recomendaciones:

- A las instituciones de salud pública y gestores de políticas, se recomienda descentralizar el abordaje de la depresión, priorizando la integración de la rehabilitación psicosocial desde el primer nivel de atención (atención primaria). Es imperativo flexibilizar las normativas institucionales y destinar recursos para implementar estrategias adaptativas, como la delegación de funciones a agentes comunitarios (task-shifting) y la telesalud. Estas medidas permitirán cerrar la brecha de atención en zonas rurales y poblaciones vulnerables, evitando la saturación de los centros de salud.
- A los profesionales de la psicología y equipos interdisciplinarios, se sugiere trascender el modelo clínico tradicional enfocado únicamente en la reducción de síntomas (paradigma biológico), para adoptar un modelo orientado a la rehabilitación psicosocial. Durante las intervenciones, los profesionales deben priorizar el entrenamiento en estrategias y herramientas para afrontar las adversidades de la vida diaria, la activación conductual y la sensibilidad frente al trauma. Asimismo, es fundamental utilizar materiales visuales y didácticos adaptados al nivel de alfabetización de cada persona para prevenir el abandono del tratamiento por incomprensión o baja autoeficacia.

- A los centros de salud mental comunitaria respecto al abordaje familiar se recomienda establecer la psicoeducación como un requisito obligatorio y transversal en todo plan de tratamiento para personas adultas con depresión. Las intervenciones deben enfocarse en dotar a los cuidadores primarios de herramientas para transformar a la familia en una red de contención segura y educada, de esta manera, se neutralizará el estigma internalizado y se reducirán significativamente las tasas de recaída.
- A los actores sociales se aconseja fomentar la creación de espacios de integración comunitaria, como talleres ocupacionales, grupos de apoyo mutuo y actividades lúdicas. Dado que el aislamiento social agrava la sintomatología depresiva, la comunidad debe asumir un rol activo en la resocialización de la persona, ofreciendo entornos libres de prejuicios y discriminación laboral que faciliten su reintegración como un miembro útil y valioso para la sociedad.
- A la comunidad académica y futuros investigadores se recomienda que los próximos estudios empíricos sobre depresión en Latinoamérica estandaricen el uso de instrumentos y evaluaciones multidimensionales enfocadas en los objetivos de la rehabilitación psicosocial. Las futuras investigaciones no deben limitarse a medir la severidad de la tristeza a través de escalas psicométricas aisladas, sino que deben incorporar obligatoriamente indicadores psicosociales: niveles de adherencia farmacológica, calidad de vida, funcionalidad diaria y satisfacción de la persona. Además, se sugiere el desarrollo de estudios longitudinales que

permitan medir la sostenibilidad de la rehabilitación psicosocial a largo plazo en la región.

- Finalmente, a la comunidad científica y a los profesionales de la salud, se recomienda asumir esta revisión sobre la rehabilitación psicosocial en el abordaje de la depresión en adultos como un llamado urgente a la acción. La evidencia es clara: la depresión no se soluciona solo con medicamentos o dentro de un consultorio, ya que las verdaderas barreras que frenan a la persona son el rechazo social, la soledad y las deficiencias del sistema de salud. Por ello, se recomienda recordar siempre que, detrás de cada estadística de recaída, hay una persona adulta luchando por recuperar las riendas de su vida. Ninguna pastilla logrará una recuperación duradera si no ayudamos a la persona a volver a vivir en sociedad, apoyándonos en una comunidad que no juzgue, una familia orientada que sepa ayudar y un sistema que no cierre sus puertas. El objetivo final de la psicología no es solo aliviar la tristeza, sino devolverle a la persona su dignidad y su derecho a reconstruir una vida con sentido.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed., revisión del texto; DSM-5-TR®). Editorial Médica Panamericana.
- Andrade, G., y Espinoza, C. (2019). Significado de psicólogos/os de atención primaria de salud sobre la intervención psicosocial de grupo en el tratamiento de la depresión en Chile. *Global Health Promotion*, 26(3), 112–121. <https://doi.org/10.1177/1757975917729658>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aparicio Basauri, V. (2025). Emiliano Galende y la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, (19), 268–272. <https://doi.org/10.18294/smyc.2025.6077>
- Cantero-Téllez, E. A., y Ramírez-Páez, J. A. (2009). Factores psicosociales y depresión laboral: Una revisión. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 627–636. https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/1996
- Carazas-Vera, M. S. (2024). Relación entre psicoeducación y adherencia al tratamiento en adultos con depresión en el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, 2018-2023. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 87(4), 333–345. <https://doi.org/10.20453/rnp.v87i4.5093>
- Corea del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(Supl. 1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Enríquez, V., y Paniura, M. (2025). Evolución de los problemas mentales en el continente latinoamericano en los últimos cinco años. *Revista Estudios Psicológicos*, 5(1), 7–20. <https://doi.org/10.35622/j.rep.2025.01.001>

- Farkas, M., y Rudnick, A. (2023). The legacy of William (Bill) A. Anthony: Past, present and future. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 46(3), 169–172. <https://doi.org/10.1037/prj0000583>
- Fernández Lago, M. (2023). Rehabilitación psicosocial comunitaria en trastorno mental grave. *NPunto*, 6(69), 20–38. <https://www.npunto.es/revista/69/rehabilitacion-psicosocial-comunitaria-en-trastorno-mental-grave>
- Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2020). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. En C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach* (2.ª ed., pp. 1–28). Guilford Press
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., & Sandín, B. (2020). La emoción expresada como predictor de los resultados del tratamiento en la depresión: Una revisión sistemática. *Psicothema*, 32(4), 461–470. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.106>
- García-Martínez, M., et al. (2023). Alta emoción expresada como predictor de cronicidad en trastornos afectivos. *Revista de Psicopatología Clínica*, 15(2), 120–135.
- González Domínguez, S. (2020). *Estigma y salud mental: estigma internalizado* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Docta Complutense. <https://docta.ucm.es/entities/publication/48f0b6fa-7db9-48bd-b081-ed638c56fcec>
- Grant, M. J., y Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gutiérrez, J., y Morales, A. (2019). *Efectividad de la rehabilitación psicosocial en el funcionamiento y reinserción social en pacientes con trastornos mentales graves* [Trabajo de investigación, Universidad Wiener].

Repositorio Institucional de la Universidad Wiener.
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/61fcdd2a-1b6e-463c-b717-3d26350d1717>

Halloran, E. C. (2024). Adult development and associated health risks. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 11(1),63-67.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11000702/>

Henrique, M. G. (2021). Acceptability and fidelity of a psychosocial intervention (PROACTIVE) for older adults with depression in a basic health unit in São Paulo, Brazil: A qualitative study. *Journal of Affective Disorders Reports*, 5, 100170

Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi". (2022). *Encuesta Nacional Especializada de Salud Mental (ENSM 2022): resultados y contexto*. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/insm>

Isaza Blandón, S., y Navarro Marín, M. (2022). *Efectividad de las intervenciones psicosociales en el trastorno bipolar: Una revisión sistemática* [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio Institucional de la Universidad de Antioquia.
<http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstreams/e727c799-7eab-4968-9357-fde9da071be6/download>

Juárez Loya, A. (2019). *Depresión en jóvenes universitarios: Una aproximación desde el Modelo Ecológico de Conductas de Salud* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis Digitales UNAM.
<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/3f6342cb-e229-4e24-8a7d-e429d426e9b5/content>

Lazcano-Ortiz, M., Del Ángel-Monzón, M., Huizache-Santos, N., Islas-Muñoz, J. A., Lozada-Flores, A., Sánchez-Escalona, R. A., Vega-Hernández, D. D., Jiménez-Sánchez, R. C., y Sánchez-Padilla, M. L. (2019). Efecto de la terapia ocupacional en el adulto mayor para disminuir la depresión.

Educación y Salud Boletín Científico de Ciencias de la Salud del ICSa,
7(14), 43–49.
<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/issue/archive>

Leff, J. P., y Vaughn, C. E. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Guilford Press

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing.

López A., (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor [Tesis de posgrado]. México.

Ministerio de Salud del Perú. (2019). *Documento Técnico: Lineamientos de política sectorial en salud mental*. Dirección de Salud Mental.
<https://www.gob.pe/minsa>

Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Análisis de la situación de salud mental en el Perú: Informe anual 2023*. Dirección de Salud Mental.
<https://www.gob.pe/minsa>

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Organización Panamericana de la Salud (2024). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (Publicación Científica y Técnica No. 632). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/740>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. OPS.
<https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud (2022). *La pandemia por COVID 19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo*. OPS/OMS.

<https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>

Organización Mundial de la Salud (2023, 31 de marzo). *Depresión* [Hoja informativa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Papalia, D. E., y Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano* (14.^a ed.). McGraw-Hill Interamericana de España S.L. <https://www.libreria-universomedico.com/products/papalia-desarrollo-humano-14a-ed-2021>

Sánchez-Oller, A. (2022). El impacto de la sobreprotección familiar en el abordaje de la depresión mayor. *Revista Iberoamericana de Salud Mental*, 8(3), 200–215.

Remes, O., Mendes, JF, y Templeton, P. (2021). *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la depresión: Una revisión de la literatura reciente*. *Brain Sciences*, 11 (12), 1633. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121633>

Rojas, G., Guajardo, V., Martínez, P., Castro, A., Fritsch, R., Moessner, M., y Bauer, S. (2018). A remote collaborative care program for patients with depression living in rural areas: Open-label trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e158. <https://doi.org/10.2196/jmir.9234>

Rojas F., (2010). La rehabilitación psicosocial en pacientes con depresión en una clínica psiquiátrica [Tesis de licenciatura]. Clínica San Rafael, México.

Seward, N., Nakamura, C. A., [y coautores]. (2025). Explaining how a psychosocial intervention (PROACTIVE) based on behavioural activation improved outcomes of depression in older adults living in deprived regions of Brazil: The mediating roles of reduced loneliness and *stepped care*. *Journal of Affective Disorders*, 372, 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.082>

- Soldevilla Flores, F. Y. (2024). *Ansiedad y depresión en adultos residentes de un condominio residencial del distrito de Cercado de Lima, 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional - Universidad Norbert Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/>
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2025). *Líneas de investigación vigentes UICT-FAPSI*. Facultad de Psicología. <https://psicologia.cayetano.edu.pe/nosotros/investigacion/#documentos>
- Vitriol, V. G., Cancino, A., de la Luz Aylwin, M., Ballesteros, S., y Sciolla, A. F. (2024). Effectiveness of collaborative, trauma-informed care on depression outcomes in primary care: A cluster randomized control trial in Chile. *Annals of Family Medicine*, 22(6), 467–475. <https://doi.org/10.1370/afm.3184>
- Žutić, M. (2023). Biopsychosocial models of peripartum depression: A narrative review [Los modelos biopsicosociales de la depresión perinatal: una revisión descriptiva]. *Clínica y Salud*, 34(2), 91–99. <https://doi.org/10.5093/clysa2023a16>

VII. ANEXOS

Anexo 01

- Matriz de sistematización integral de los estudios incluidos.

ID / Autor, Año y País	O.E. 1: Tipo de Intervención	O.E. 2: Características Operativas Principales	O.E. 3: Criterios, Indicadores e Instrumentos	O.E. 4: Resultados (Cuantitativos y Cualitativos)	O.E. 5: Factores Contextuales (Facilitadores y Barreras)
[1] Seward et al. (2025) Brasil	Programa comunitario de activación conductual (PROACTIVE): Intervención basada en un modelo de atención escalonada (stepped care) orientada a la población vulnerable.	Integración alta de psicoeducación, continuidad del cuidado, activación conductual, modelos colaborativos, enfoque en vulnerabilidad social y reducción de la soledad.	Criterio: Recuperación clínica y reducción de soledad. Indicador: Disminución en puntaje de depresión y soledad; aumento de interacción. Instrumentos: PHQ-9, UCLA Loneliness Scale, LSNS-6, registros de actividades.	Cuantitativo: Recuperación clínica superior en 21.6 % frente al grupo control; 13 % de la mejora mediada por reducción de soledad y 25 % por atención escalonada. Cualitativo: Transición de la apatía a la reactivación de autonomía; superación del aislamiento.	Facilitadores: Modelo integrado en atención primaria (Institucional). Barreras: Alta soledad y baja escolaridad (Individual); ausencia de red de cuidado (Familiar); escasez de apoyo comunitario (Comunitario); pobreza y barreras de acceso (Estructural).
[2] Henrique	Programa comunitario de activación conductual (PROACTIVE): Modelo de	Uso de agentes comunitarios para intervención domiciliaria, aplicaciones en	Criterio: Fidelidad, aceptabilidad y factibilidad.	Cuantitativo: Recuperación sintomatológica en el 62.5 % de adultos mayores; altas	Facilitadores: Materiales visuales adaptados (Individual); estrategias

et al. (2021)	<i>task-shifting</i> (delegación de tareas) con soporte digital.	tabletas con videos animados, pertinencia cultural y supervisión para fidelidad.	Indicador: Cumplimiento de metas, percepción positiva del usuario y autoeficacia del personal.	puntuaciones en fidelidad al protocolo.	flexibles y monitoreo (Institucional).
Brasil			Instrumentos: Observación no participante, listas de verificación, grupos focales, entrevistas.	Cualitativo: Disposición al uso de tabletas, reducción de estados de llanto, apertura gracias al trato empático.	Barreras: Baja alfabetización (Individual); sobreprotección (Familiar); falta de infraestructura comunitaria y desigualdad socioeconómica (Estructural).
[3] Vitriol et al. (2024)	Modelo de cuidado colaborativo informado en el trauma (CTIC): Enfoque biopsicosocial en atención primaria.	Alta integración de modelos interdisciplinarios, psicoterapia breve, regulación emocional, enfoque sensible a experiencias adversas de la infancia (trauma).	Criterio: Reducción de síntomas y mejora en regulación emocional. Indicador: Menor puntaje en depresión, mayor tasa de remisión y adherencia.	Cuantitativo: Remisión clínica total en 54 % de pacientes (vs 34 % control, OR=2.24); disminución drástica de depresión a 6 meses. Cualitativo: Entorno seguro y libre de juicios; recuperación de autoeficacia y manejo de recuerdos traumáticos.	Facilitadores: Equipos interdisciplinarios coordinados (Institucional). Barreras: 86 % con trauma grave (Individual); violencia intergeneracional (Familiar); violencia urbana (Comunitario); saturación y escasez de recursos (Estructural e Institucional).
Chile			Instrumentos: PHQ-9, DRES-SF, OQ-45.2, Escala GHAS.		

[4] Rojas et al. (2018) Chile	Modelo de cuidado colaborativo remoto: Programa diseñado para superar barreras geográficas.	Soporte digital y telefónico (telesalud), seguimiento asíncrono, enfoque en ruralidad, psicoeducación a distancia y monitoreo continuo.	Criterio: Reducción depresiva, calidad de vida y adherencia en área rural. Indicador: Aumento de cumplimiento farmacológico y alta satisfacción. Instrumentos: BDI-I (Beck), SF-36, CSQ-8, Cuestionario SMAQ.	Cuantitativo: Calidad de vida mental significativamente mayor a 3 meses; probabilidad de adherencia a los 6 meses (OR=1.81) y alta satisfacción (OR=1.94). Cualitativo: Erradicación del sentimiento de abandono institucional y exclusión territorial.	Facilitadores: Telesalud y soporte técnico remoto (Institucional). Barreras: Baja competencia digital y somatización (Individual); sobrecarga del cuidador (Familiar); dispersión geográfica (Comunitario); brecha digital y pobreza (Estructural).
[5] Lazcano-Ortiz et al. (2019) México	Terapia ocupacional estructurada: Intervención en adultos mayores con enfoque institucional.	Actividades físicas, recreativas y cognitivas (kinesioterapia, laborterapia), restablecimiento de rutinas diarias y fomento de participación social.	Criterio: Disminución del nivel depresivo e integración biopsicosocial. Indicador: Cambios post-test en Yesavage, mayor iniciativa personal. Instrumentos: Escala de Yesavage, Cuestionario ad hoc de bienestar, registros de participación.	Cuantitativo: Transición del 0 % al 67 % en rangos de total normalidad clínica; reducción de renuncia a actividades del 78 % al 22 %. Cualitativo: Ruptura del ciclo de aislamiento, reactivación conductual y reconstrucción del sentido de utilidad.	Facilitadores: Programas estructurados de ludoterapia y kinesioterapia (Institucional). Barreras: Deterioro del autoconcepto (Individual); abandono afectivo (Familiar); encierro en asilo (Comunitario); normas rígidas de internamiento (Institucional).

[6] Rojas Flores (2010) México	Rehabilitación institucional integral: Intervención en clínica psiquiátrica especializada.	Laborterapia, dinámicas grupales, entrenamiento en habilidades sociales, psicoterapia de contención y reinserción progresiva.	Criterio: Estabilización en crisis aguda y reincorporación en AVD (Actividades de la Vida Diaria).	Cuantitativo: Disminución objetiva de días de estancia; tasa preventiva altísima con solo 7 reingresos de 78 pacientes; 90 % de satisfacción familiar.	Facilitadores: Equipos interdisciplinarios y supervisión constante (Institucional).
			Indicador: Disminución de tiempo hospitalario, baja recaída.	Cualitativo: Recuperación motriz, aprendizaje para manejo de síntomas en crisis, recuperación de autonomía.	Barreras: Severidad clínica y comorbilidades (Individual); contacto familiar irregular (Familiar); socialización restringida al hospital (Comunitario).
			Instrumentos: Hojas de evolución clínica, registros ocupacionales y estadísticos de reingreso.		
[7] López Amaro (2011) México	Psicoeducación clínica estructurada: Enfoque sobre la calidad de vida y adherencia.	Intervención grupal e individual, técnicas cognitivo-conductuales, reconocimiento temprano de síntomas y empoderamiento del paciente.	Criterio: Mejora de calidad de vida y actitud hacia la medicación.	Cuantitativo: Diferencias estadísticas significativas al alza en bienestar psicológico, salud física y adaptación; reducción de síntomas frente a control.	Facilitadores: Presencia de cuidadores activos (Familiar); profesionales capacitados (Institucional).
			Indicador: Alza significativa en dominios de vida y transición a actitud positiva.	Cualitativo: Reducción drástica de culpa y desesperanza, disminución de estigma en el hogar, actitud	Barreras: Desconocimiento y cronicidad (Individual); estigma laboral (Comunitario); desigualdad en cobertura de salud pública (Estructural).

					de responsabilidad compartida.
				Instrumentos: WHOQOL-BREF, Inventario DAI, Escala de Beck y Hamilton.	
[8] Carazas-Vera (2024) Perú	Psicoeducación para la adherencia terapéutica: Intervención en el INSM Honorio Delgado.	Consejería clínica complementaria, fomento de participación activa en decisiones de salud, prevención de recaídas y estrategias de autocuidado preventivo.	Criterio: Incremento de adherencia farmacológica y disminución de deserción. Indicador: Asociación estadística entre psicoeducación y cumplimiento; menor abandono. Instrumentos: Cuestionario de Morisky-Green, fichas de historias clínicas.	Cuantitativo: Incrementó casi 9 veces la probabilidad de adherencia (OR=8.97); redujo abandono a la mitad (OR=0.53); modalidad individual logró 69 % de éxito. Cualitativo: Fomentó el empoderamiento, autogestión de medicación y capacidad de identificar señales tempranas de riesgo.	Facilitadores: Apoyo de cuidadores que actúan como red de contención (Familiar). Barreras: Síntomas persistentes y baja autoeficacia (Individual); ausencia de apoyo (Familiar); alta demanda institucional (Institucional); presupuesto limitado del SIS (Estructural).