

Intervenciones Basadas en Evidencia para ansiedad, depresión y  
estrés postraumático en la Pandemia COVID 19: Una revisión  
sistemática.

María J. Ávila y Diana C. Medellín

Director: Michel Rattner, MSc.

Universidad El Bosque

Facultad de psicología

Especialización en Psicología Clínica y Autoeficacia

Bogotá D.C., 1 de julio de 2022

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
TRABAJO DE GRADO**

---

**NOTA DE SALVEDAD**

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Intervenciones Basadas en Evidencia para ansiedad, depresión y  
estrés postraumático en la Pandemia COVID 19: Una  
revisión sistemática.**

Presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Psicología Clínica y Autoeficacia Personal, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

## **Agradecimientos**

Al finalizar este trabajo de grado con mucha satisfacción y alegría se hace fundamental expresar nuestros más profundos agradecimientos. En primer lugar, a la Universidad el Bosque por darnos los conocimientos y lineamientos necesarios para desarrollar el presente trabajo. En segundo lugar, a nuestro supervisor de trabajo de grado Michel Rattner por su acompañamiento y orientación constante durante todo el proceso. Finalmente, a nuestras familias, parejas y amigos que de una u otra forma han contribuido para hacer más ameno este periodo y través de todo este tiempo, nos han acompañado y apoyado para que este trabajo sea posible y para que nuestro desarrollo como profesionales se dé la mejor manera. ¡Muchas gracias!

### **Dedicatoria**

A esas personas que siempre estuvieron acompañándonos a lo largo de la elaboración de este trabajo de grado, directa o indirectamente, a nuestras familias, amigos y parejas. Gracias por ser nuestra fuerza constante y apoyo para culminar de la mejor manera la investigación, sin ustedes este trabajo no se hubiera podido realizar. Gracias por la paciencia, las frases de no darnos por vencidas cuando ya no queríamos más. Nuestras palabras de agradecimiento por su incondicionalidad durante esta etapa, los amamos y este trabajo es producto también de ustedes ¡Muchas Gracias!

## Intervenciones Basadas en Evidencia para ansiedad, depresión y estrés postraumático en la Pandemia COVID 19: Una revisión sistemática.

Michel Rattner<sup>1</sup>, María José Ávila y Diana Medellín<sup>2</sup>

### Resumen

La crisis de la pandemia del COVID-19 ha representado un riesgo a todos los niveles de la sociedad, lo cual ha impactado severamente la salud mental a una escala global. El desafío de dar respuesta desde las intervenciones para mitigar los efectos en salud mental se presenta como una prioridad en la agenda de salud global. El presente estudio, buscó sistematizar el estado del arte de las publicaciones que han implementado intervenciones basadas en evidencia para tratar trastornos emocionales de ansiedad, depresión y estrés postraumático que hasta el momento, en el marco de la crisis del COVID-19, ha impactado nivel global. Como resultado de la revisión de las tres bases de datos seleccionadas (Science Direct, Scopus y Scielo), de 1448 publicaciones arrojadas, solo 14 cumplieron con los criterios de elegibilidad. Dentro de estas publicaciones las terapias cognitivo-conductuales (TCC) fueron las intervenciones más utilizadas hasta el momento para responder a estas dificultades de salud mental, seguidas de intervenciones en psicología positiva y terapia de procesamiento cognitivo. De manera general se encuentra una mejoría en la salud mental de las personas dadas las intervenciones. Sin embargo, la mayor parte de los estudios fallan en el rigor de control metodológico que permita atribuir los resultados a las implementaciones con certeza. Adicionalmente varios de los estudios con rigor reconocen un limitado espectro de generalización dados sus criterios de elegibilidad. Dado lo anterior, se encuentra un panorama que ofrece respuestas prometedoras en salud mental, pero con resultados aún poco concluyentes en cuanto a los efectos de las intervenciones basadas en evidencia para responder a la presente crisis.

*Palabras clave:* Crisis, COVID-19, Ansiedad, Depresión, Estrés Postraumático, Intervenciones basadas en evidencia, TCC

---

<sup>1</sup> Magister en psicología Clínica y Director de trabajo de grado

<sup>2</sup> Estudiantes que optan por el título de especialistas en Psicología clínica y Autoeficacia Personal

## Evidence-Based Interventions for anxiety, depression, and post-traumatic stress in the COVID 19 Pandemic: A systematic review

Michel Rattner, María José Ávila y Diana Medellín

### **Abstract**

The COVID-19 pandemic crisis has represented a risk at all levels of society, which has severely impacted mental health on a global scale. The challenge of responding to interventions to mitigate the effects on mental health is presented as a priority on the global health agenda. The present study sought to systematize the state of the art of the publications that have implemented evidence-based interventions to treat emotional disorders of anxiety, depression, and post-traumatic stress that, so far, in the framework of the COVID-19 crisis, have had a global impact. As a result of the review of the three selected databases (Science Direct, Scopus, and Scielo), of 1448 publications released, only 14 met the eligibility criteria. Within these publications, cognitive-behavioral therapies (CBT) were the interventions most used to date to respond to these mental health difficulties, followed by interventions in positive psychology and cognitive processing therapy. In general, an improvement is found in the mental health of people given the interventions. However, most of the studies fail in the rigor of methodological control that allows the results to be attributed to the implementations with certainty. Additionally, several of the studies rigorously recognize a limited spectrum of generalization given their eligibility criteria. Given the above, there is a panorama that offers promising responses in mental health, but with still inconclusive results regarding the effects of evidence-based interventions to respond to the current crisis.

*Keywords:* Crisis, COVID-19, Anxiety, Depression, Post Traumatic Stress, Evidence-Based Interventions, CB

**Tabla de contenido**

<b>Capítulo primero</b>	<b>1</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Justificación.</b>	<b>6</b>
<b>Objetivo General.</b>	<b>7</b>
<b>Objetivos específicos.</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo segundo</b>	<b>8</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>8</b>
<b>Resiliencia.</b>	<b>10</b>
<b>Problemáticas emocionales (vulnerabilidad- riesgo).</b>	<b>12</b>
<b>Modelos de intervención.</b>	<b>15</b>
<b>Capítulo tercero</b>	<b>22</b>
<b>Metodología</b>	<b>22</b>
<b>Protocolo.</b>	<b>22</b>
<b>Criterios de inclusión.</b>	<b>22</b>
<b>Criterios de exclusión.</b>	<b>22</b>
<b>Identificación y selección de estudios.</b>	<b>23</b>
<b>Instrumentos.</b>	<b>24</b>
<b>Plataforma en línea Rayyan.</b>	<b>24</b>
<b>Lista de verificación Prisma del 2020.</b>	<b>24</b>
<b>Matriz de sistematización.</b>	<b>25</b>
<b>Procedimiento.</b>	<b>25</b>
<b>Consideraciones éticas.</b>	<b>26</b>
<b>Capítulo cuarto</b>	<b>27</b>

<b>Resultados</b>	<b>27</b>
<b>Estudios incluidos.</b>	<b>27</b>
<b>Aspectos Sociodemográficos.</b>	<b>29</b>
<b>Crisis, resiliencia y efectos emocionales debidos al COVID-19.</b>	<b>29</b>
<b>Intervenciones para hacer frente a la pandemia COVID-19.</b>	<b>31</b>
<b>Limitaciones y recomendaciones evidenciadas en los artículos encontrados.</b>	<b>41</b>
<b>Capítulo quinto</b>	<b>42</b>
<b>Discusión</b>	<b>42</b>
<b>Implicaciones de las características de los estudios.</b>	<b>42</b>
<b>El impacto de las intervenciones como respuesta a la pandemia.</b>	<b>43</b>
<b>Los beneficios y vacíos existentes asociados.</b>	<b>46</b>
<b>Limitaciones del estudio.</b>	<b>47</b>
<b>Conclusiones.</b>	<b>47</b>
<b>Referencias</b>	<b>50</b>



**Lista de tablas**

<b>Tabla 1</b>	
Tratamientos psicológicos basados en evidencia para trastornos únicos y transdiagnósticos.	20
<b>Tabla 2</b>	
Características sociodemográficas de los estudios analizados	29
<b>Tabla 3</b>	
Características de los estudios seleccionados	31
<b>Tabla 4</b>	
Características de las intervenciones y la implementación de N = 14 estudios de intervenciones basados en evidencia para trastornos del estado del ánimo	35

## **Lista de figuras**

### **Figura 1**

Diagrama de flujo selección de artículos PRISMA

28

## Capítulo primero

### Introducción

En un mundo en el que aparecen con constancia una gran variedad de problemáticas a todo nivel (e.g., sociales, financieras, medioambientales, gubernamentales, económicas etc.) surge un concepto común a diferentes contextos, lugares y épocas de la vida humana, LA CRISIS. Estas se han acentuado en coyunturas específicas de la historia, entre las cuales se puede reconocer la primera y segunda guerra mundial, la crisis social-económica y política de 1929 o la crisis climática que se acentúa con el paso de los años, pero ¿sabemos qué es la crisis?

Según la Real academia española la crisis se define como un “cambio profundo y de consecuencias importantes que se da en un proceso o una situación, o en la manera en que estos son apreciados” (Real Academia Española, 2021, párr. 1). Bajo la mirada de algunos autores la crisis se entiende como: tiempos de turbulencias y desestabilización que generan una destrucción en las estructuras o en el mismo orden social, producen momentos negativos dentro de las experiencias de las personas que sobreviven a las circunstancias y que implican un momento decisivo entre el presente y el futuro (Graf, 2010). De acuerdo con Bustos (2005), la crisis presenta una serie de rasgos característicos como lo son: la variación de un estado o una situación predeterminada, el ser súbita e inesperada, la objetividad al poderse medir, valorar y analizar; y el ser momentánea. Mellafe (1986) la define como “nada más que una situación en que las cosas que siempre ocurrían de una manera empiezan a suceder de otro modo” (p. 18). En este sentido, la ruptura en el continuo desarrollo de una determinada situación puede

suponer el inicio de una crisis, razón por la cual se pueden identificar crisis a todo nivel (e.g., económicas, sanitarias, políticas, financieras, familiares y hasta emocionales).

Teniendo en cuenta el surgimiento a finales de 2019 del COVID SARS 19 con su escalamiento a pandemia a escala global y sus consecuencias de morbilidad y mortalidad, como una crisis a todo nivel como especie sin precedentes. Según el secretario general de la Organización de Naciones Unidas (ONU), Antonio Guterres, esta pandemia representa el “mayor desafío al que se ha enfrentado la humanidad desde la segunda guerra mundial” (Guterres, 2021, párr.2). Y es que la pandemia no solo ha impactado en el mundo por sus implicaciones en la salud, sino por su potencial de generar impacto a todos los niveles y sectores con consecuencias devastadoras (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020). En este sentido, la pandemia puede situarse no solo como una crisis de salud global, sino como una crisis global biopsicosocial, que implica un abordaje y cooperación en todos los niveles de la sociedad en todo el planeta.

Con relación a las dinámicas y rutinas de la sociedad, el COVID-19 ha generado cambios profundos, repentinos y abruptos en la vida de las personas de manera individual y/o colectiva. La demanda de ajustar hábitos de vida e interacciones, tales como el teletrabajo o el telecolegio, que antes ya eran difíciles para muchas personas han intensificado y generado un alto nivel de incertidumbre e impacto en el control percibido de las personas gracias a las múltiples amenazas a la seguridad y medidas de control (e.g., potencial evento de perder seres queridos, miedo de adquirir la enfermedad, preocupación por secuelas biológicas, dificultades económicas, cambios repentinos en las actividades diarias, entre otras) (Johnson et al., 2020).

Dadas estas contingencias actuales y los aspectos que demarcan la pandemia como crisis mencionadas anteriormente, se ha remarcado el impacto sobre la prevalencia de morbilidad en salud mental, como en la dificultad de hacerle frente desde los sistemas de salud a nivel global. Así, la depresión, que según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) afecta aproximadamente a 280 millones de personas y es considerada como la principal causa mundial de discapacidad, se ha visto incrementada como consecuencia de las dificultades de crisis. De igual manera, se han generado altos niveles de ansiedad que han incrementado la prevalencia de este trastorno a un 25% en el año 2020 (ONU, 2022). Este diagnóstico de ansiedad se ha asociado a factores como el sufrimiento, la muerte, el miedo a contraer la enfermedad, el dolor generado por pérdidas de seres queridos, preocupación económica constante y la soledad (ONU, 2022). Además, se ha empezado a identificar un fuerte incremento del trastorno de estrés postraumático. Según un estudio expuesto por Ramírez-Ortiz et al. (2020) las personas que han perdido a un familiar debido al COVID, que tienen un amigo o cercano que tiene la enfermedad, que han tenido que someterse a periodos largos de cuarentena o han tenido que trabajar tiempo completo atendiendo casos asociados a COVID 19, presentaban entre 2 a 3 veces mayor probabilidad de contraer este trastorno. En este sentido, el personal de la salud puede presentar mayores probabilidades de contraer estrés postraumático (TEPT), pues a estos se les atribuye las largas jornadas de trabajo, presión, temor de contagio por ausencia de los elementos de protección y continuas pérdidas de vida a causa de la enfermedad, que en varios escenarios genera una afectación o trauma directo (Rodríguez, 2020).

De acuerdo con Wang et al. (2020, p.1) en una encuesta en la que participaron 1,210 personas “el 53.8% de los participantes valoró el impacto psicológico de la pandemia como moderado-grave, un 16.5% refirió síntomas depresivos entre moderados y graves, un 28.8% síntomas de ansiedad entre moderados y graves y un 8.1% niveles de estrés entre moderados y graves”. Unas cifras que se asemejan al estudio realizado por Johnson et al. (2020) en el que el miedo, la incertidumbre y la angustia fueron identificadas como las emociones con mayor presencia en el curso de la pandemia, lo cual se relaciona con los aislamientos obligatorios que se llevaron a cabo durante la emergencia sanitaria.

Así, es de mencionar que la pandemia del COVID-19 ha afectado y colapsado los servicios de salud mental esenciales del 93% de los países del mundo, en los cuales se ha incrementado la demanda, dado el aumento de situaciones de duelo, aislamiento, pérdida de ingresos y temor que impactaron de manera considerable los índices psicopatológicos a nivel global (OMS, 2020). Por consiguiente, la llegada repentina de la pandemia y sus implicaciones alrededor del mundo han generado un problema general de salud pública que por un lado requiere alternativas para mitigar la propagación del virus y disminuir las afectaciones en la salud física, y por otro, alternativas dirigidas a aliviar las afectaciones en salud mental. En este sentido, resulta crucial conocer las respuestas en salud mental que se han dado para intervenir los efectos emocionales (ansiedad/depresión/ estrés postraumático) derivados de situaciones o contextos de crisis.

De acuerdo con Mukherjee y Alpert (2006) es posible reconocer algunas intervenciones utilizadas dentro de crisis mundiales como el debriefing psicológico (DP) y la terapia cognitivo conductual (TCC). El DP surge como medida de atención desde la primera guerra mundial y vuelve a ser utilizado en la segunda, como un mecanismo de catarsis en donde a través de un formato grupal se permite a personas que han enfrentado situaciones de trauma, hablar sobre sus pensamientos y sentimientos asociados. No obstante, aunque existen informes e investigaciones que sugieren el debriefing como mecanismo para reducir los efectos psicológicos de un trauma, su eficacia no ha sido del todo comprobada e incluso se ha sugerido que tiene efectos contraproducentes en la recuperación natural de un trauma (Mukherjee y Alpert, 2006). Por su parte, la TCC ha demostrado su efectividad como una intervención temprana frente a acontecimientos de crisis o desastre con individuos que presentan síntomas de estrés postraumático, al facilitar la recuperación a la exposición reciente a situaciones traumáticas (Bryant et al., 1999).

Frente a contextos de crisis de mayor similitud a la pandemia COVID-19, tal como la epidemia del Ébola, la unidad de salud mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2016 generó un documento con la intención de orientar y guiar las acciones a realizar desde el área de salud mental en situaciones de epidemia. En este documento, se establecen tres etapas distintas de la crisis (el antes, el durante y el después) y se establece los primeros auxilios psicológicos (PAP) como la intervención central para hacer frente a las dificultades asociadas con la salud mental (OPS, 2016). Esta intervención ha sido aprobada por distintos organismos entre los que se encuentran

el Comité Interinstitucional Permanente sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes y el Proyecto Esfera (OPS, 2016).

### **Justificación.**

Considerando los impactos conocidos por crisis como las epidemias y lo reportado hasta el momento de los impactos globales de la presente pandemia, se resalta la importancia a nivel de salud mental global en abordar “la huella o impacto psicológico”, de la misma forma como se han creado vacunas para disminuir el contagio. Así, se hace fundamental identificar el resultado de las intervenciones que se están empleando para hacerle frente, la efectividad que han tenido y las particularidades contextuales que han estado en juego en su aplicación. De este modo, la revisión realizada en este estudio representa una fuente importante de información en el estado actual de la calidad de la respuesta como disciplina dada la implementación de intervenciones para hacer frente a la pandemia, así como los vacíos existentes que clarifiquen los puntos en los cuales se puede avanzar para optimizarlas y los ajustes necesarios para los diversos contextos.

Lo anterior puede llevar a informar sobre necesidades en el diseño y formas de implementación de políticas públicas que promuevan los programas con la mejor evidencia sensibles para cada contexto. Del mismo modo, permitirá comprender los vacíos existentes en la respuesta sistémica de los países, que favorezca avances en ampliar el cuerpo de evidencia para garantizar servicios con soporte científico. Adicionalmente, puede informar acerca de las experiencias para superar los desafíos que presentan los diversos contextos donde son aplicadas para ser tenidas en cuenta en el momento de implementarse dentro de cada sistema.



Por último, en un momento de crisis sin precedente, se hace fundamental poder comprender el estado actual de la respuesta que se está haciendo como disciplina no solo ante la situación actual que se está desarrollando, sino como continuar el curso para las consecuencias que deja y registrar la respuesta ante potenciales situaciones similares. Lo anterior, se espera permita un avance en la importancia del campo de la salud mental en el continuo de la sociedad moderna como un aspecto prioritario en la agenda programática global.

### **Objetivo general.**

Informar sobre los principales avances y brechas de los resultados en la implementación de intervenciones basadas en evidencia para tratar problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés postraumático) en el marco de la pandemia COVID-19.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar las principales intervenciones basadas en evidencia que se han implementado alrededor del mundo, en el marco de la pandemia de COVID-19 para problemas emocionales derivados (depresión, ansiedad, estrés postraumático).
- Sintetizar los principales resultados de las intervenciones basadas en evidencia para depresión, ansiedad y estrés postraumático en el marco de la pandemia COVID-19.
- Contrastar los beneficios y vacíos existentes de los resultados de las intervenciones para las problemáticas emocionales derivadas de la pandemia.

## **Capítulo segundo**

### **Marco teórico**

En el marco de una crisis como la pandemia y en consonancia con eventos previos de crisis a los que se ha tenido que ver enfrentada la humanidad, se ha visto que ante circunstancias estresantes, amenazantes, difíciles y de cambio, una gran cantidad de comunidades e individuos logran adaptarse y aprender, lo cual puede llevar a un funcionamiento más ajustado a futuro. Sin embargo, en otro número de individuos puede verse que se agudizan las afectaciones, llevando a la aparición de condiciones psicopatológicas que requieren de atención profesional en salud mental (Garmezy y Masten, 1991; Norris et al., 2008; Reich et al., 2010).

Con esto en mente, es importante hablar sobre un modelo de crisis-resiliencia que dé cuenta del proceso adaptativo como respuesta a eventos traumáticos. Por tal motivo, se plantea el Modelo de Crisis- Resiliencia propuesto por Norris et al. (2008), el cual en primer lugar asume la existencia de experiencias traumáticas previas, que la comunidad y sus individuos han enfrentado y de las cuales han construido su repertorio para lograr hacerles frente y adaptarse de manera efectiva. De este modo, se plantea que, ante situaciones estresantes nuevas, los factores de riesgo potenciales de daño del evento y los recursos disponibles (características, objetos, rasgos, aprendizajes previos) se ponen en juego en cuanto al balance riesgo-recuperación. La movilidad y efectividad de estos recursos dependen específicamente de cuatro atributos entre los que se encuentran: la capacidad de contrarrestar la amenaza (robustez), la diversidad de herramientas para enfrentarla (redundancia), la disponibilidad de los recursos de forma eficaz y oportuna (rapidez) y la capacidad de movilizar los recursos para hacer frente a la amenaza de

manera efectiva (ingenio) (Norris et al., 2008). Una vez ocurrido el evento de crisis, como puede ser la pandemia, la resistencia ocurre cuando los recursos son lo suficientemente rápidos, robustos, ingeniosos o redundantes para hacer frente a las dificultades haciendo que se puedan enfrentar de manera efectiva los estresores. La resiliencia, entonces sucede cuando al desplegar los recursos la persona o comunidad recupera-reorganiza un funcionamiento adaptado a las nuevas condiciones del entorno, que redundan en el bienestar de las personas afectadas (Norris et al., 2008). No obstante, existen ocasiones en las que algunas personas ven sobrepasados sus recursos para lograr la resistencia o resiliencia al estresor y sus cambios, generando como consecuencia afectaciones y disfunción persistente que pueden derivar en condiciones susceptibles de atención clínica e incluso el desarrollo de condiciones psicopatológicas (Norris et al., 2008).

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se profundizarán aspectos relacionados con modelos de resiliencia que expandan la comprensión de los mecanismos que permiten que las personas afectadas logren una adaptación adecuada ante los eventos estresores.

Posteriormente, se hará lo mismo para comprender en el caso de las personas que no logran el ajuste, cuáles pueden ser aspectos de vulnerabilidad-riesgo en el desarrollo de problemáticas emocionales a raíz de la exposición a situaciones estresantes. Por último, se revisarán algunos de los principales criterios y ejemplos de lo que lleva a que un tratamiento este sustentado en evidencia científica para el tratamiento de estas problemáticas.

## **Resiliencia**

La resiliencia, como concepto enmarca gran importancia al dar un papel a las características o factores en el afrontamiento que juegan un papel importante en el manejo de factores estresores y de riesgo, ya que su comprensión contextualizada puede representar modelos de promoción, prevención y tratamiento de problemáticas en salud mental y desarrollo de bienestar (Reich et al., 2010). Entre algunos de los factores que han sido reconocidos como potencializadores de la resiliencia están: las características de la personalidad, las emociones positivas y el mantenimiento de interacciones productivas del individuo con su entorno biológico y social (Reich, et al., 2010).

En alusión a las características de personalidad, se ha encontrado la resiliencia como un rasgo de personalidad “ego- resiliencia” que es distinto a la resiliencia de proceso de desarrollo. De acuerdo con Luthar y Cicchetti (2000) estos dos conceptos difieren, por un lado, en que ego resiliencia hace alusión a un rasgo de personalidad, que no requiere de una exposición a un evento de adversidad, mientras que la resiliencia como proceso de desarrollo por definición demanda estar enfrentado a unas situaciones estresantes y desarrollar aprendizajes. En este sentido, los rasgos o estilos de personalidad resiliente se vuelven especialmente poderosos cuando se encuentran ante procesos que los activan pues “pueden influir y apoyar una adaptación significativa a corto plazo al estrés diario” (Reich et al., 2010, p. 84). De este modo, ante eventos de crisis como lo puede ser la pandemia COVID-19, tanto las características de rasgo como el proceso en sí mismo en que se ponen los recursos en juego puede tener implicaciones de alta importancia frente al manejo de la crisis y sus potenciales formas de ajuste/consecuencias.

En segundo lugar, el Modelo de Ampliación y Construcción de Emociones Positivas postula que la presencia de estas emociones en la vida de un individuo favorece la construcción de recursos cognitivos, sociales, físicos y psicológicos, que facilitan afrontar problemáticas o situaciones difíciles a lo largo de la vida (Fredrickson, 1998; Greco, 2010). Estas emociones son entendidas como aquellas que se dirigen hacia objetivos desde valoraciones de bienestar como el interés, la satisfacción, el amor o la alegría. Dichas emociones se han asociado a bienestar y predictores de éxito futuro, lo cual se postula como un factor importante para hacer frente a las crisis (Fredrickson, 1998; Greco, 2010). Estos recursos generados a partir del manejo funcional de emociones positivas facilitan un cambio en la persona, que la vuelven más creativa, consciente (de sí y su alrededor), flexible y adaptable a las adversidades. Lo anterior resulta en un proceso denominado espiral ascendente [Upward Spiral], en donde al incrementar el número de emociones positivas experimentadas, la persona favorece su bienestar y promueve la resiliencia psicológica (Fredrickson y Joiner, 2002). Así pues, las emociones positivas resultan fundamentales para la preparación de eventos futuros que son inciertos, pues facilitan tener una mirada flexible ante las situaciones, generando oportunidades de crecimiento ante eventos estresantes y desafiantes. De acuerdo con investigaciones realizadas por Reich et al. (2010), se sugiere que las diferencias individuales en la personalidad “ego resiliencia” pueden contribuir a la aparición de estas emociones positivas diarias, que generan una mayor adaptación y resistencia a situaciones de estrés y adversidades, en comparación de aquellos con personalidades caracterizadas por baja capacidad de recuperación.

En tercer lugar, se ha visto que a través de conexiones productivas que tenga el sujeto con su entorno social y sus características biológicas se logran fortalecer aspectos vinculados con la resiliencia (Reich et al., 2010). Estas conexiones surgen de acuerdo con la inteligencia personal (IP) de cada individuo, que incluyen cuatro habilidades distintas entre las que se identifican: (1) reconocer información de la personalidad (2) formar modelos de la propia personalidad y la de los demás, (3) orientar las elecciones con la información que tenemos de nosotros y el mundo que nos rodea y (4) organizar la historia de vida y las metas, para obtener buenos resultados (Mayer, 2008). Así, la desconexión que tenga un individuo con sus áreas personales o esfera biológica en momentos de crisis como lo ha supuesto la pandemia con el COVID-19, lleva a que las personas adopten unas medidas de afrontamiento como las cuatro habilidades antes descritas para favorecer la resiliencia, pues cada área puede facilitar pasar de un estado de menor conexión social y biológico a uno de mayor conexión (Reich et al., 2010).

En suma, las características que potencian la resiliencia y el modelo presentado anteriormente permiten ser una fuente para la comprensión y desarrollo de modelos de prevención y tratamiento, en la medida en que facilita reconocer los aspectos que juegan parte fundamental en la recuperación, adaptación y vulnerabilidades-riesgo a las que se ven enfrentadas comunidades e individuos en una crisis.

### **Problemáticas emocionales (vulnerabilidad-riesgo)**

Por otro lado, hay quienes ante situaciones adversas no logran adoptar unas medidas de afrontamiento adecuadas, que pueden llegar a desencadenar problemas emocionales de ansiedad, depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) que requieren de atención psicológica y en ocasiones psiquiátricas. Estos trastornos

emocionales que pueden ser derivados de crisis diversas como lo han sido el atentado de las torres gemelas en New York, desastres naturales o la actual pandemia COVID-19, suponen un riesgo importante que resulta fundamental atender.

Para comprender el marco de vulnerabilidad y el desarrollo de estas problemáticas, se expone el modelo de la triple vulnerabilidad de Barlow (2002). Según este modelo, existen tres vulnerabilidades que únicamente en conjunción explican el desarrollo y aparición de problemas emocionales (i.e., problemas de ansiedad, traumáticos y afectivos). La primera, se refiere al conjunto de vulnerabilidades biológicas, en donde aspectos genéticos (perfiles genómicos, variables temperamentales, factores hereditarios, morfología y funcionalidad neurobiológica de base) y epigenéticos aportan una comprensión de una susceptibilidad psicobiológica ante estas problemáticas.

La segunda se conoce como vulnerabilidades psicológicas generales, en donde las condiciones de vida (aspectos socioeconómicos, condiciones de crianza, condiciones sociopolíticas, valores sociales, entre otros), especialmente a etapas tempranas, aportan aspectos de susceptibilidad en el desarrollo de recursos para elaborar la percepción de control y predictibilidad en el manejo general de estresores. Por último, se conocen las vulnerabilidades psicológicas específicas que se asocian a experiencias puntuales de la vida que marcan aprendizajes en la vida frente a aspectos determinados. Es en este tercer grupo donde se da el desarrollo específico de los trastornos dada la interacción con los dos grupos de vulnerabilidades anteriores como una base latente.

En relación con la vulnerabilidad biológica es posible mencionar, según Barlow (2002), que la contribución genética contribuye a la expresión de rasgos generalizados entre el 30 y el 50% de la varianza para determinados trastornos. Así pues, el modo en el

que se relacionen estos rasgos pueden constituir a una vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos específicos. En este sentido, diversas fuentes han corroborado la conclusión de que trastornos emocionales como la depresión y la ansiedad comparten una base genética y las diferencias específicas de ambos se explican por los factores ambientales a los que se enfrenta un individuo a lo largo de su vida.

Estos factores ambientales están relacionados con las dos vulnerabilidades antes descritas: vulnerabilidad psicológica generalizada y vulnerabilidad psicológica específica. La primera, se relaciona con aspectos del entorno de la persona, su lugar de crecimiento o sus condiciones sociales y económicas, es decir son experiencias que pueden resultar adversas en el desarrollo del individuo y generar vulnerabilidades cognitivas, pero no supone que el sujeto se vea enfrentado a un evento puntual, sino hace parte de un conjunto de factores no específicos que lo acompañan en su desarrollo. La segunda, hace alusión a eventos puntuales de la vida del sujeto frente al cual ha tenido que buscar herramientas para hacer frente al evento y del cual ha adquirido un aprendizaje puntual. No obstante, resulta fundamental tener presente que estas experiencias por si solas, no son suficientes para generar un trastorno clínico, pues por ejemplo, los individuos que indirectamente relacionan las sensaciones físicas con riesgo o peligro, es posible que desarrollen tendencias hipocondriacas en su vida o en la vida de quienes tienen cerca pero, “es poco probable que ellos mismos desarrollen un trastorno clínico como el trastorno de pánico o hipocondriasis en ausencia de vulnerabilidades biológicas y psicológicas más generalizadas” (Barlow, 2002, p. 281).

### **Modelos de intervención**



A raíz de estas vulnerabilidades y el desarrollo de trastornos mentales como consecuencia, la psicología a través del tiempo se ha esforzado por estandarizar las intervenciones psicológicas buscando anteponer la evidencia científica como elemento fundamental de su práctica y proporcionar condiciones para generar avances en la investigación empírica sobre la efectividad, eficacia y eficiencia de los tratamientos e intervenciones psicológicas (McHugh y Barlow, 2012). Así, la evidencia demuestra y sugiere la existencia de una gran variedad de intervenciones para hacer frente a una amplia gama de trastornos de manera sólida y duradera que a menudo pueden resultar similares o superiores a tratamientos psicofarmacológicos (McHugh y Barlow, 2012). De acuerdo con el reconocimiento que hacen Chambless y Hollon (1998), existen tres tipos de tratamiento: eficaces y específicos que resultan ser mejores que cualquier otro tratamiento alternativo o placebo; tratamientos eficaces que resultan mejor que la ausencia de terapia; y finalmente, tratamientos probables que han obtenido resultados positivos, pero que aún no han sido replicados.

De acuerdo con un informe auspiciado por la división 12 de la American Psychological Association (APA) realizado por Echeburúa et al. (2010), existen algunos criterios específicos que determinan el grado de eficacia de un tratamiento, entre los que están: (a) que sean fundamentados por dos o más estudios realizados rigurosamente con diseños experimentales intergrupales y realizados por investigadores distintos; (b) tener un manual de tratamiento que este claramente explicado; y (c) tratamientos que hayan sido puesto a prueba antes, con pacientes identificados sin ninguna duda o equivocación. Así, se logran identificar una lista de tratamientos psicológicos apoyados no solamente por la parte clínica (subjetiva) sino por verificaciones empíricas (experimentales) que

dan cuenta de su eficacia (Echeburúa et al., 2010). En este sentido, podemos reconocer, por un lado, tratamientos para trastornos únicos y por otros tratamientos transdiagnósticos, que buscan hacer frente a varios trastornos mentales que se asume comparten factores de mantenimiento similares subyacentes a la sintomatología categorial. En miras de la presente investigación nos centraremos en reconocer algunos de los que se han validado para trastornos de depresión, de ansiedad y de estrés postraumático (TEPT).

Para empezar, es importante recalcar algunas características generales sobre los trastornos para después nombrar las intervenciones que se han propuesto frente estos. Por un lado, la depresión es un trastorno que actualmente, a raíz de las circunstancias de crisis que surgen por pandemia, afecta a “un 3,8% de la población, incluidos un 5% de los adultos y un 5,7% de los adultos de más de 60 años” (OMS, 13 de septiembre 2021, párr.1). Se caracteriza por una tristeza permanente, una falta de interés en actividades que el individuo disfrutaba y unos síntomas como: cambios en el sueño, alteraciones en la alimentación, pérdida energética, pensamientos de minusvalía, indecisión, pensamientos de suicidio, etc.

Para entender los trastornos de ansiedad, es importante primero comprender las respuestas emocionales de ansiedad y miedo. Con relación al miedo, se presenta cuando en el momento se da un estímulo percibido de manera amenazante, lo cual desencadena una respuesta emocional dirigida hacia la lucha-huida en función de defenderse del peligro (Barlow). Respecto a la ansiedad, la American Psychiatric Association la define como “una emoción que se caracteriza por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en que un individuo anticipa un peligro, catástrofe o desgracia inminente” (APA, 2010,

p. 99). Esta respuesta, deriva en diversas formas de preparación para responder a la amenaza anticipada. De este modo, cuando estos dos tipos de respuestas emocionales empiezan a presentarse de manera disfuncional tienden a derivar en el desarrollo de varios tipos de trastornos de ansiedad (e.g. Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobias), trastornos obsesivos y trastornos traumáticos, que se diferencian entre sí según su criterio diagnóstico (APA, 2013). Con respecto a estos últimos, el estrés postraumático, se caracteriza por un conjunto de “conductas de evitación y síntomas de hiperalerta en respuesta a un acontecimiento traumático que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad” (Carvajal, 2002, párr. 1). Un diagnóstico que implica dos aspectos esenciales: por un lado, el trauma y por el otro la respuesta de estrés como sueños angustiantes recurrentes asociados al evento, hipervigilancia, reacciones disociativas, evitación a estímulos asociados al evento, estado emocional negativo, sobresalto, entumecimiento emocional, temor condicionado (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con Carvajal (2002) este trastorno presenta un riesgo de salud pública por la incapacidad que produce y los altos costos que implica, debido a su complejidad.

Con esto en mente, se han desarrollado diversos tipos de tratamientos para trastornos únicos con evidencia científica, los cuales tienden a caracterizarse por emplear procedimientos cognitivos, conductuales, emocionales. En el caso de la depresión, tres tipos de intervenciones basadas en evidencia han sido ampliamente reconocidas: la terapia de activación conductual (Martell et al., 2013), la terapia cognitivo para la depresión (Beck et al., 2010) y terapias cognitivo conductuales (Lewinsohn et al., 2007), las cuales han logrado demostrar su efectividad en diversos contextos y han sido

fundamentales para el desarrollo de nuevos tipos de intervenciones para múltiples problemáticas clínicas. Adicional a estas, la división 12 de la APA reconoce otras intervenciones que también han reflejado eficacia, las cuales se exponen en la Tabla 1.

Por otro lado, en ansiedad y TEPT, es posible hacer mención de tratamientos únicos basados en evidencia, dirigidos a diversos tipos de trastornos específicos, que tienden a concentrarse en variables de prevención de la evitación, modificación cognitiva y exposición, como lo son: *Mastery of your Anxiety and Worry* (Zinbarg et al., 2006) para ansiedad generalizada; *Managing Social Anxiety: A cognitive -Behavioral Therapy Approach* (Hope et al., 2010) y las terapias cognitiva conductual (Dugas y Ladouceur, 2007) para ansiedad social. En el caso de los trastornos de estrés postraumático se reconoce la terapia de exposición prolongada de Foa et al. (2007), la terapia cognitiva conductual para TEPT (Astin y Resick, 2007) y las terapias de procesamiento cognitivo para TEPT (Resick et al., 2016). Otras de las intervenciones reconocidas por la división 12 de la APA para la ansiedad y el TEPT se exponen en la Tabla 1 del presente documento.

Como fue expuesto anteriormente, se ha demostrado que los problemas emocionales tienden a compartir mecanismos similares subyacentes, que hace que tiendan a covariar más de lo que se diferencian, dentro de un marco transdiagnóstico (Barlow, 2002). Así, según Kessler et al. (2003), los estudios en muestras de comunidad con depresión muestran que existe una comorbilidad sustancial de por vida y de episodios entre la depresión y otros trastornos mentales, tanto así que afirman que la norma entre los individuos que presentan depresión es la comorbilidad con otros diagnósticos.

Así pues, según lo exponen Gotlib y Hammen (2009), ciertas investigaciones reflejan que cuando la ansiedad y la depresión son comórbidas, los trastornos de ansiedad pueden ser precursores de los trastornos depresivos. En este sentido, se han creado los tratamientos transdiagnósticos, como modelos de intervenciones basadas en evidencia que apuntan hacer frente a varios trastornos emocionales con un mismo modelo de intervención. Entre algunos de los tratamientos que han demostrado efectividad para los trastornos de interés en la presente investigación (i.e., ansiedad, depresión, TEPT) se encuentran: el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2010), la terapia de aceptación y compromiso (ACT) de Hayes et al. (2015), la terapia cognitivo conductual de Beck (2015), las terapias cognitivas conductuales (Caballo, 2007) la terapias dialéctico conductual de Linehan (2003) y la terapia cognitiva basada en Mindfulness (Geurts et al., 2021; Segal et al., 2002). Todos estos tratamientos buscan intervenir no sobre la sintomatología específica de un trastorno en particular, sino sobre los procesos psicológicos y variables de mantenimiento subyacentes comunes. En la Tabla 1, se resumen algunos ejemplos de tratamientos basados en evidencia únicos y transdiagnósticos.

**Tabla 1**

*Tratamientos psicológicos basados en evidencia para trastornos únicos y transdiagnósticos\**

<b>Trastorno psicológico</b>	<b>Tratamiento para trastorno único</b>
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC para la depresión (Beck et al., 2010)</li> <li>• Activación conductual (Martell et al., 2013)</li> <li>• Interpersonal psychotherapy for depression (Chambless et al., 1998).</li> <li>• Problem solving therapy for depression (Chambless et al., 1998)</li> <li>• Tratamiento conductual de la depresión (Lewinsohn et al., 2007)</li> </ul>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mastery of your Anxiety and Worry (Zinbarg et al., 2006)</li> <li>• Managing Social Anxiety: A cognitive -Behavioral Therapy Approach (Hope et al., 2010).</li> <li>• Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos por ansiedad (Caballo, 2007)</li> </ul>
TEPT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experience (Foa et al., 2007)</li> <li>• Terapia de procesamiento cognitivo para TEPT (Resick et al., 2016)</li> <li>• Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático (Caballo, 2007)</li> </ul>
<b>Trastornos psicológicos</b>	<b>Tratamiento Transdiagnóstico</b>
Depresión Trastornos obsesivos TEPT T. Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales (Barlow et al., 2010)</li> <li>• Terapia dialectico conductual (DBT) (Linehan, 2003)</li> <li>• Terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes et al., 2015)</li> <li>• Terapia cognitiva basada en Mindfulness Segal et al., 2002)</li> </ul>

*Nota.* Fuente de referencia: Oxford Clinical Psychology (s.f.). *Treatments that work series.*

Teniendo en cuenta el marco de crisis ocasionado por la pandemia COVID-19, se resalta la importancia de poder recoger la evidencia disponible que han tenido las

intervenciones basadas en evidencia para hacerle frente a nivel global y establecer puntos importantes de referencia que informen diversos contextos en cómo hacer frente desde el punto de vista de salud mental. Del mismo modo, se pretende que se alcance mediante la sistematización poder identificar los avances y brechas existentes en torno a lo anterior, que permita informar a la academia sobre puntos importantes necesarios de continuar investigando.

## **Capítulo tercero**

### **Metodología**

#### **Protocolo**

Se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios que reportaron intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para hacer frente a problemas emocionales (específicamente ansiedad, depresión y estrés postraumático), que surgieron y/o se intensificaron en la pandemia COVID-19. El protocolo de revisión se desarrolló siguiendo los procedimientos descritos en el Manual Cochrane para Revisiones Sistemáticas (Higgins et al, 2019), la declaración de las directrices PRISMA (elemento empleado para la presentación de informes, tanto para revisiones sistemáticas como para meta-análisis) y el software de verificación RAYYAN (herramienta de sistematización que facilita la evaluación de artículos y documentos útiles para revisiones sistemáticas).

#### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión empleados para la selección de los estudios fueron:

- Publicaciones en inglés y en español entre los años 2020 y el 2021
- Estar enmarcados en la crisis de la pandemia COVID-19;
- Implementaciones de intervenciones basadas en evidencia; utilizadas para tratar los trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumático, o una combinación de estos.



- Estar dirigidos a población adulta.

### **Criterio de exclusión**

Los criterios de exclusión para descartar artículos fueron:

- Intervenciones psicofarmacológicas
- Estudios no-empíricos (cartas a editor, comentarios)
- Estudios cualitativos
- Revisiones sistemáticas y meta-análisis
- Estudios de acceso cerrado

Estudios enfocados en otras problemáticas diferentes (i.e., trastorno bipolar, condiciones médicas, esquizofrenia)

### **Identificación y selección de estudios**

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura utilizando tres bases de datos electrónicas (i.e., Scopus, Scielo y Science Direct), para las cuales se contemplaron los términos indicativos: problemas emocionales; ansiedad, depresión, estrés postraumático; intervenciones basadas en evidencia; COVID 19. Estos términos se combinaron del dato lógico AND y con el símbolo +. En este sentido, las inputaciones de búsqueda de artículos resultantes fueron: “depresión + intervenciones psicológicas basadas en evidencia + Covid 19 (pandemia)” y en inglés “depression + evidence-based psychological interventions + Covid 19 (pandemic)”; “ansiedad + intervenciones psicológicas basadas en evidencia + Covid 19 (pandemia)” y en inglés “anxiety + evidence-based psychological interventions + Covid 19 (pandemic); “estrés postraumático + intervenciones psicológicas basadas en evidencia y en inglés “posttraumatic stress + evidence-based psychological interventions + Covid 19

(pandemic); Pruebas aleatorizadas + depresión/ ansiedad/ estrés postraumático + Covid 19” y en inglés “ RCT + Depression/ anxiety/ posttraumatic stress + Covid 19”.

Finalmente, cada uno de los artículos revisados se evaluó según los criterios de inclusión y exclusión predefinidos anteriormente lo cual será presentado en los resultados.

## **Instrumentos**

### ***Plataforma en línea Rayyan***

Es un software gratuito diseñado para la realización de revisiones sistemáticas que tiene varias opciones como importación de selecciones en bases de datos, construcción de bibliotecas, detección de duplicados, selección de acuerdo con criterios, control de sesgos mediante trabajo colaborativo entre investigadores, entre otras (Johnson y Phillips, 2018).

### ***Lista de verificación PRISMA del 2020***

Es un listado de chequeo que permite tener en cuenta un protocolo de pasos críticos a tener en cuenta para la elaboración de las revisiones sistemáticas (Yepes-Nuñez et al., 2021). Los pasos mencionados son:

- Título, en el que se especifique si será una revisión sistemática, meta-análisis o ambos.
- Introducción, en la que se incluya la justificación y objetivos de la revisión.
- El método, en el que se especifiquen los criterios de inclusión y exclusión, la estrategia de búsqueda, las fuentes de información, el proceso de selección de estudios, el proceso extracción de los datos, la lista de datos, las medidas del efecto de cada estudio, los métodos de síntesis, la evaluación del riesgo de sesgo y la evaluación de la certeza de la evidencia.

- Los resultados, en donde se encuentra la selección de datos, las características de los estudios, el riesgo de sesgo de los estudios, los sesgos en la publicación y la certeza de la evidencia.
- La discusión.
- Otros datos que resulten de interés

### ***Matriz de sistematización***

Es una plantilla de Excel que permite organizar, sintetizar y categorizar de manera sistemática la información encontrada en los artículos seleccionados. La matriz a emplear se compuso de las siguientes categorías: número de estudio (No); año de publicación del estudio; base de datos en la que se encontró; las referencias; el objetivo del estudio; variables sociodemográficas; tipo de estudio; variables e instrumentos empleados en el estudio; el efecto emocional intervenido (ansiedad, depresión, estrés postraumático) en miras de la pandemia COVID-19; categorías emergentes; resultados; conclusiones; discusión; limitaciones; similitudes con otros artículos; diferencias con otros artículos.

### **Procedimiento**

A continuación, se presentan las fases que se llevaron a cabo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Fase 1: Revisión en bases de datos y recolección de artículos con registro de la fecha final de recolección para cada base de datos y soporte

Fase 2: Selección de los estudios por criterios de inclusión y exclusión mediante inspección por cada una las dos autoras de la investigación, utilizando la función “blinded” de la plataforma RAYYAN con el fin de reducir sesgos. Posteriormente,

activación de la visibilidad de criterios para realizar la selección mediante consenso los artículos finales de acuerdo con los que puntuaron “acuerdo”, “en duda” o por discrepancia.

Fase 3: Realizar la matriz de sistematización de los artículos finales seleccionados.

Fase 4: Procesar los principales resultados asociados a las comunalidades y particularidades más interesantes acerca del impacto de las intervenciones encontradas.

Fase 5: Elaboración del reporte de investigación (resultados, discusión y recomendaciones futuras de investigación).

### **Consideraciones éticas**

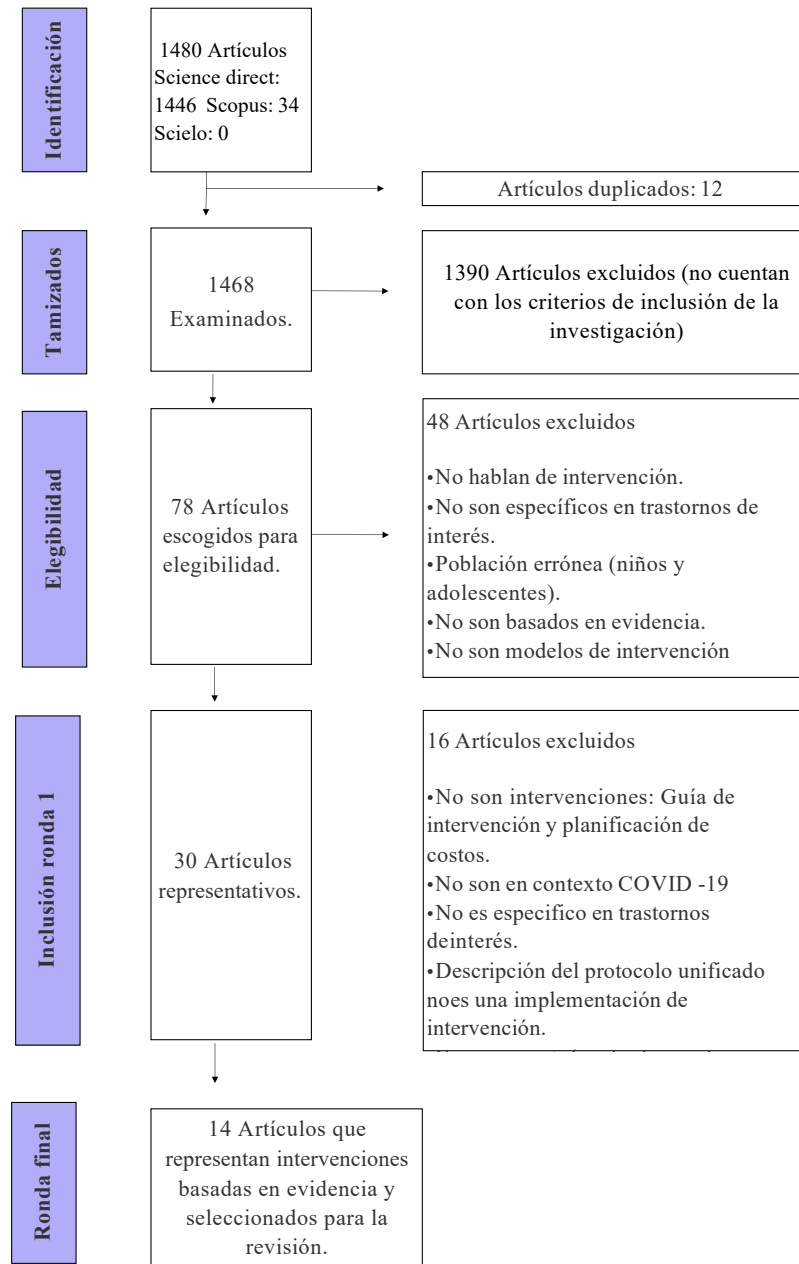
El presente estudio, ha pasado por la evaluación y aprobación del comité de posgrados de la Universidad del Bosque previo a su aplicación. Adicionalmente, se reportaron y generaron las inferencias acordes a la fecha de extracción de los datos. Se empleó el software RYAAN para reducir sesgos de interpretación. Por último, todo el proceso del estudio fue guiado por los criterios PRISMA y Cochrane para revisiones sistemáticas con el fin de cumplir estándares científicos.

## **Capítulo cuarto**

### **Resultados**

#### **Estudios incluidos**

Se identificaron un total de 1480 artículos a través de las bases de datos seleccionadas (Science direct con 98%, Scopus 2% y Scielo 0%), que se sometieron a un filtro de títulos y resúmenes. De este primer tamizaje resultaron 78 artículos seleccionados para revisión de texto completo. Seguidamente, se realizó una revisión por elegibilidad, resultando en la exclusión de 48 artículos. Finalmente, de los 30 artículos restantes posterior a su revisión de texto completo, se excluyeron 16 artículos debido a incumplimiento de criterios inclusión (i.e., intervenciones basadas en evidencia, contexto COVID-19, tratamiento de problemáticas emocionales de interés o no son de acceso abierto). Los 14 artículos seleccionados fueron publicados entre el 2020 y el 2022, las características principales de estos se presentan en la Tabla 2. El diagrama de flujo desde los criterios PRISMA que da cuenta del proceso se sintetiza en la Figura 1. Los 14 artículos seleccionados fueron publicados entre el 2020 y el 2022, las características principales de estos se presentan en la Tabla 2.

**Figura 1***Diagrama de flujo selección de artículos PRISMA*

### Aspectos sociodemográficos

Los estudios se realizaron en 7 países, (i.e., Estados Unidos, Reino Unido, Australia, India, Israel, Francia y China). De los cuales se encuentra que Estados Unidos cuenta con el mayor número de estudios (35.7%) de intervención basados en evidencia (IBE) que se han implementado y adaptado para los trastornos de interés en el contexto de COVID-19. Además, el género con mayor participación dentro de los artículos fue el género femenino con 78.6% y la edad media se encuentra de 30 a 40 años con un valor de 71.4%. Para mayor detalle ver Tabla 2.

**Tabla 2.**

*Características sociodemográficas de los estudios analizados*

<i>Variables</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Países de estudio</b>		
Estados Unidos	5	35.7%
Reino Unido	3	21.4%
Australia	3	21.4%
India	1	7.14%
Israel	1	7.14%
Francia	1	7.14%
China	1	7.14%
<b>Genero</b>		
Femenino	11	78.6%
Masculino	3	21.4%
<b>Etnia</b>		
Blanco	6	42.9%
No especificado	8	57%
<b>Edad Media</b>		
20-30 años	2	14.28%
30-40%	10	71.4%
40-50 años	1	7.14%
+50 años	1	7.14%

*Nota.* Los valores representan los porcentajes medios de palabras de acuerdo a sus variables expuestas en la tabla

### Crisis, resiliencia y efectos emocionales debidos al COVID-19

De acuerdo con los estudios, se pudieron identificar varios factores que se dan a partir de la crisis con relación al desarrollo de problemas emocionales que afectan la

salud mental (Véase en Tabla 3). Por un lado, se puede mencionar que el aislamiento obligatorio generó posibles síntomas de ansiedad y depresión, debido a que no se contó con un proceso de adaptación de manera gradual en el distanciamiento de la población, lo cual pudo generar incrementos en los niveles de miedo asociado a la interacción social y el contagio por COVID. Variables que fueron identificadas por 64.3% de los artículos encontrados (ver Tabla 3).

Adicionalmente, se reportó un riesgo asociado a los cambios, demandas ocupacionales y cambios de rutinas dados por la pandemia en ocupaciones laborales como: ser cuidadores de niños y adolescentes, ser estudiantes, realizar teletrabajo, ser profesionales/estudiantes de medicina y trabajar por tiempo completo. De los cuales el 35.7% de los artículos tuvo en consideración alguna de estas variables dentro de sus investigaciones. Del mismo modo, un 28.6 % de los artículos percibieron incrementos en los niveles de estrés de las poblaciones estudiadas a partir de la crisis, un factor que contribuyó a los incrementos de síntomas de ansiedad, estrés postraumático y depresión. Finalmente, dentro de las investigaciones se percibieron como efectos de la crisis dificultades asociadas con el sueño, como insomnio y pesadillas, que fueron reportadas en 3 de los artículos encontrados, es decir en un 21.4% de las investigaciones.

Por otra parte, frente a los procesos adaptativos incorporados por las poblaciones para hacerle frente al evento traumático que supone la crisis, no son muchos los resultados encontrados. De los artículos solo el 14.28%, estudiaron la resiliencia como parte de la investigación. Uno de ellos, reportó incrementos en esta medida de resiliencia como resultado de ajuste de la intervención realizada para hacerle frente a la ansiedad y



la depresión. El otro, evaluó cómo la resiliencia era un factor protector de los niveles de ansiedad y depresión en la población estudiada, pero no encontró una diferencia significativa en los niveles de resiliencia cuando se llevaba a cabo la intervención y mejoraban los niveles de

**Tabla 3**

*Características de los estudios seleccionados*

	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Crisis</b>		
Incremento del miedo a la interacción social y contagio	8	57.14%
Incremento de Estrés	4	28.6%
Dificultades de sueño	3	21.4%
Desgaste académico	1	7.14%
<b>Condiciones mentales de estudio</b>		
Ansiedad (A)	3	21.4%
Depresión (D)	1	7.14%
Estrés Postraumático (E)	1	7.14%
D+A	7	50 %
D+E	1	7.14%
D+A+E	1	7.14%
<b>Intervención basada en evidencia (IBE)</b>		
Terapias cognitivo-conductuales (TCC)	8	57.14%
Intervenciones basadas en psicología positiva	2	14.28%
Terapia de Aceptación y compromiso	1	7.14%
Procesamiento cognitivo	2	14.28%
Atención consciente	1	7.14%
Protocolo unificado para los trastornos emocionales	1	7.14%

*Nota.* Los valores representan los porcentajes medios de palabras de acuerdo con las variables expuestas en la tabla

### **Intervenciones para hacer frente a la Pandemia COVID-19**

Los artículos del presente estudio mostraron intervenciones que han buscado darle respuesta y apoyo a las dificultades mentales que se acrecientan en pandemia. Algunos de los estudios se desarrollaron en el contexto de la crisis (71.4%), mientras que otros eran estudios ya iniciados que tuvieron que generar ajustes en el marco de la

pandemia (28.6%). La prevalencia del tipo de problemática a la que estaban dirigidas las intervenciones de los estudios fueron de 64.3 % para tratamientos transdiagnósticos (ansiedad+depresión; depresión+TEPT; ansiedad+TEPT +depresión), seguidos por tratamientos únicos (i.e., 21.4 % exclusivamente en ansiedad y 7.14 % tanto para TEPT, como para depresión) (Ver Tabla 3)

Las intervenciones más utilizadas, sumando los estudios transdiagnósticos y los de tratamientos únicos, para cada uno de los trastornos de interés fueron: para TEPT, que fue abordado en 21.4% de los artículos revisados, la terapia de procesamiento cognitivo (66.7%). Para depresión, abordada en 71.4% de los artículos, las intervenciones de TCC (50%) y por último, para un 78.5% de los estudios revisados que trataron problemas de ansiedad, las intervenciones más empleadas fueron de TCC (87%). Adicionalmente, se encontró de manera general que las diversas intervenciones basadas en evidencia fueron implementadas en distintas modalidades (i.e., presencial; remota, que corresponde al uso de consulta virtual o telefónica; digitalizada, referente al uso de aplicaciones para instaurar la consulta; e híbrida, combinación entre virtual y presencial), en dos tipos de formatos (individual y grupal) y tuvieron una duración que fue altamente variable, encontrándose intervenciones desde 4 semanas a 18 semanas (ver Tabla 4).

Se puede afirmar que el 100 % de los estudios encontrados reportaron una disminución de síntomas, independientemente del tipo de intervención. Sin embargo, no todos lograron demostrar que los efectos y disminución de los síntomas se podían asociar a la intervención, pues no tenían un grupo control que permitiera comprobar la factibilidad de las investigaciones (42.85% de los artículos). Además, aunque podía

observarse disminución en los síntomas, solo el 57.14%, de los estudios reportó cambios clínicamente significativos.

En detalle frente al tipo de intervenciones más utilizadas, las TCC fueron las de mayor representatividad (57%), ofrecidas en diversas modalidades, donde 50% se ubicaron en la modalidad digitalizada (véase Tabla 4). Además, estas fueron implementadas en el formato tanto individual (75%) como grupal (25%) y su duración varió en distintos números de semanas/sesiones de acuerdo con las propuestas de los programas (i.e., tratamientos desde 1 hasta 8 semanas/sesiones de duración). En cuanto a los resultados de las TCC, se encontró una disminución de los síntomas asociados a ansiedad, depresión y TEPT de manera general (Tabla 4). De los cuales es importante afirmar, que el 62% de los artículos tuvo una disminución clínicamente significativa y un 75% de estudios que realizaron la investigación utilizaron grupo control. Además, es posible mencionar que este tipo de intervención parece responder adecuadamente para el tratamiento de los 3 trastornos de interés (Ansiedad, depresión y estrés postraumático) en el marco de la pandemia. Aunque, tal y como se evidencia en la Tabla 3 y se mencionó anteriormente, han sido la ansiedad y la depresión los trastornos en los que se están desarrollando con más frecuencia este tipo de tratamientos.

Por otro lado, las intervenciones basadas en psicología positiva y procesamiento cognitivo fueron las intervenciones que, después de las TCC, tuvieron mayor prevalencia representando cada una el 14.28% de los estudios consultados (véase Tabla 3). El 100% de las intervenciones de psicología positiva se dieron en el formato individual y en la modalidad digitalizada. En las terapias de procesamiento cognitivo, el 50 % se dio en formato individual con modalidad remota y el otro 50% en modalidad híbrida y formato

individual. Estas intervenciones al igual que las TCC reportaron ser efectivas para disminuir los síntomas presentados por las poblaciones afectadas debido a los efectos de la pandemia y sus consecuencias. De las cuales es posible mencionar que el 75% de las intervenciones no usaron grupo control (1 de los estudios de Psicología positiva utilizó el grupo control) y solo el 25 % de los estudios arrojó una disminución significativa de los síntomas (1 de los estudios correspondientes a la terapia de procesamiento cognitivo).

Finalmente, la terapia de aceptación y compromiso, el protocolo unificado para los trastornos emocionales y la atención consciente, fueron otras de las intervenciones identificadas en los estudios, aunque no fueron muy utilizadas, pues cada intervención representó respectivamente el 7.14 % de los artículos. La terapia de aceptación y compromiso se realizó en formato individual con modalidad remota, el protocolo unificado, en formato grupal con modalidad remota y la atención consciente, en modalidad digital con formato individual. Estas terapias, al igual que las anteriores, reflejaron resultados asociados a la disminución de síntomas, aunque vale aclarar que el 100% de estas intervenciones no utilizaron grupo control y el 66,6 % reflejo una disminución clínicamente significativa de los síntomas (Terapia de aceptación y compromiso y Protocolo Unificado de los trastornos emocionales).

**Tabla 4.**

*Características de las intervenciones y la implementación de N = 14 estudios de intervenciones basados en evidencia para trastornos del estado del ánimo.*

<b>Referencias de los estudios</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Problemática tratada</b>	<b>Modalidad, formato y duración</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
Kanter, Nash, Kuczynski y Rosen (2021)	Psicología Positiva	Depresión	Digital, individual, 28 días	Disminución del estado de ánimo depresivo, reduciendo los puntajes del PHQ-9 –en comparación al grupo control  Menor sensación de soledad que se percibe por medio de la escala de soledad (UCLA)	1.No se logra determinar sistemáticamente el compromiso de los participantes con la intervención 2. Población no representativa 3. La deserción se dio mucho en jóvenes, no blancos, solteros y con menos ingresos, lo cual resulta preocupante pues eran los que más problemáticas psiquiátricas reflejaban 4. Desconocimiento contexto pandémico. 5. No se mantuvieron los cambios después de la intervención
Samantaray, Kar y Mishra (2022)	Terapia cognitivo conductual	Ansiedad	Presencial, individual, 12 semanas	1.Las personas con ansiedad social que recibieron PST tenían más miedo al COVID-19 que las que	1.Se utilizaron solo medidas de autoevaluación 2. Los resultados no son generalizables

Referencias de los estudios	Tipo de intervención	Problemática tratada	Modalidad, formato y duración	Resultados	Limitaciones
				<p>recibieron TCC. 2.Las personas con TAS con comorbilidad tenían significativamente más miedo al COVID-19 que las personas sin comorbilidad.</p> <p>3.Efectos del tratamiento TCC se mantuvieron durante un período de seguimiento de 14 meses</p>	3. Aparte de evaluar las actividades de exposición, no se evaluaron las otras posibles actividades terapéuticas.
Nauphal, Swetlitz, Smith y Rosellini (2021)	Terapia cognitiva conductual	Ansiedad	Remota, grupal, 8 semanas	<p>1. Reducción en la gravedad de los síntomas de ansiedad social (disminución puntaje de OASIS y SPIN)</p> <p>2.Reducción de síntomas de depresión clínicamente significativos en algunos consultantes (ODSIS)</p>	<p>1.No hubo un tratamiento de comparación</p> <p>2.No hubo grupo control</p> <p>3. Falta de generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias y diversas.</p> <p>4.Los resultados posteriores al tratamiento se evaluaron exclusivamente mediante medidas de autoinforme</p>
Shepherd, Golijani-Moghaddam y Dawson, (2022)	Aceptación y Compromiso	Depresión y Ansiedad	Remota, individual, 6 sesiones	1.Mejoras significativas en los niveles bienestar	1. No se observaron cambios significativos entre la

Referencias de los estudios	Tipo de intervención	Problemática tratada	Modalidad, formato y duración	Resultados	Limitaciones
				(medido por medio del cuestionario SWEMWBS). 2.Reducción significativa en síntomas de ansiedad y depresión (medido por medio de DASS-21) 3. Mejoramiento en la flexibilidad psicológica (medido por medio del CompACT- 8) 4. No hubo cambios en cuanto angustia asociada a Covid	postintervención y el seguimiento de dos meses 2. Se necesita más investigación para considerar la aceptabilidad y la accesibilidad para promover el compromiso y evaluar rigurosamente la eficacia y la efectividad
-May, Halliday, Karlovich, Gruen, Pino y Tonarely (2021).	Protocolo Unificado para los trastornos emocionales	Depresión, ansiedad, estrés postraumático	Remota, grupal, 12 semanas	1.Cambios clínicamente significativos en los niveles de ansiedad, estrés postraumático y depresión (OASIS, ODSIS, PTSD) 2. Mejoras en autoeficacia y tolerancia frente a angustia y manejo de emociones negativas	1. No inclusivo con población sin acceso a internet 2. Requiere de futuras investigaciones examinen la eficacia de la intervención
Sitz, Cogan y Davis (2021)	Terapia de procesamiento cognitivo	Depresión y estrés postraumático	Remota, individual, 18 sesiones	Disminuciones significativas en su TEPT y síntomas	Poca generalización a otros tratamientos conductuales cognitivos

Referencias de los estudios	Tipo de intervención	Problemática tratada	Modalidad, formato y duración	Resultados	Limitaciones
				depresivos aun con la pandemia y cambios de modalidades (disminución en PCL-5 y CAPS-5)	o tratamientos centrados en el trauma (como la exposición prolongada) y la demografía del cliente. Dos co-terapeutas administraron la intervención, lo cual no es el arreglo estándar para CPT
Held, Klassen, Coleman, Thompson, Rydberg y Van Horn (2021)	Procesamiento cognitivo	Depresión, estrés postraumático	Mixto (remoto y presencial). Individuales y grupales. 5 semanas	Reducción en los síntomas de estrés postraumático y depresión (PHQ-9 y PCL-5)	Poca sistematización de los datos se requiere de mayores investigaciones
Stott, Pimm, Emsley, Miller y Espie (2021)	Terapia cognitivo conductual	Depresión y Ansiedad	Digital, individual, 6 semanas	Se lograron resultados significativamente mejores en las métricas clínicas centrales (PHQ- 9, GAD-7, WSAS) que los controles.	Fue un estudio observacional, sin aleatorización. Dependencia del único elemento PHQ- 9 para detectar problemas de sueño. Algunos pacientes podrían haberse desanimado por un enfoque digital
Bryant, Dawson, Keyan, Azevedo, Yadav, Tran, Rawson y Harvey (2022)	Intervención conductual breve	Depresión y ansiedad	Remota, grupal, 6 sesiones	Diminución en los síntomas de ansiedad y depresión (HADS y GAD-7)	Falta de generalización del estudio. Ver la intervención con países con mayor infección por COVID



<b>Referencias de los estudios</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Problemática tratada</b>	<b>Modalidad, formato y duración</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
Gidron, Levy, Farchi y Rapaport (2021)	Terapia cognitiva conductual	Ansiedad	Remota, individual	Aumento en resiliencia y disminución significativa de los síntomas de ansiedad (Medidos respectivamente mediante escala de síntomas de ansiedad y depresión del Hospital y CD- RISC2.)	1. No se realiza un seguimiento posterior a la población 2. Falta de generalización del estudio 3. Falta de acompañamiento psicológico/terapéutico
Charbonnier, Trémolière, Baussard, Goncalves, Lespiau, Philippe y Le Vigouroux (2022)	Terapia cognitiva conductual	Depresión y ansiedad	Remota, individual, 8 semanas	Los resultados mostraron una disminución de la ansiedad para los estudiantes universitarios que completaron el programa (HADS) y aumentó el uso del humor para afrontar el estrés (Brief-COPE)	1). No se evidenciaron cambios significativos en síntomas de depresión. 2).Aumento en el abuso de sustancias para hacer frente a situaciones estresantes durante el semestre entre los estudiantes que no participaron en el programa. 3)Alta deserción del programa.
Song, Jiang, Chen,Qu, Liu, Zhang, Fan, Zhao y Tan (2021)	Terapia cognitiva conductual	Depresión y ansiedad	Digital e individual	Las pruebas post-hoc dentro del grupo mostraron que los síntomas de depresión e insomnio mejoraron significativamente. Solo se encontró un	1.Se requiere un gran estudio con suficiente evidencia para determinar su efecto continuo 2. La muestra no fue aleatoria

<b>Referencias de los estudios</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Problemática tratada</b>	<b>Modalidad, formato y duración</b>	<b>Resultados</b>	<b>Limitaciones</b>
				efecto temporal significativo para los síntomas de ansiedad (PHQ9 y GAD-7)	
Marshall, Dunstan, Bartik y Smartphone (2021)	Terapia cognitiva conductual, psicología positiva y atención plena	Depresión y ansiedad	Digital e individual	Control en los síntomas de ansiedad y/o depresión (medido por medio de DASS-21 y SUDS)	La mayoría de las aplicaciones no cuentan con la evidencia de investigación necesaria para informar a las personas o a los médicos
Egan, McEvoy, Wade, Ure, Johnson, Gill, Greene, Wilker, Anderson, Mazzucchelli, Brown y Shafran (2021)	Terapia cognitiva conductual	Depresión y ansiedad	Digital e individual	Reducción significativa de los niveles de ansiedad y depresión (Gad-7 y phq-9)	No hubo un período de seguimiento, por lo que no es posible determinar si las reducciones en la ansiedad y la depresión fueron duraderas

**Limitaciones y recomendaciones evidenciadas en los artículos encontrados**

Las limitaciones y futuras recomendaciones sobre la implementación de los estudios marcan puntos importantes a tener en cuenta. Dentro de estas las más comunes están asociadas a la falta de diversidad y posibilidad de generalización debido a la especificidad en sus características sociodemográficas (e.g., únicamente personas con acceso a internet, caucásicos, estudiantes de la facultad de medicina, personal de salud, etc.). Por otra parte, la falta de selección de muestras aleatorizadas fue altamente reportada (57.14%). Esto, impide las condiciones de control experimental necesario para atribuir los efectos de manera confiable gracias a las intervenciones. Por último, se percibe como limitación la falta de seguimiento por parte de algunos de los estudios sobre los resultados y efectos de las intervenciones implementadas (42.85%).

## **Capítulo quinto**

### **Discusión**

Mediante el presente estudio, se logró informar sobre los principales avances y brechas de los resultados en la implementación de intervenciones basadas en evidencia para tratar problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés postraumático) en el marco de la pandemia COVID-19. Para dimensionar la extensión de estos hallazgos se discutirán las implicaciones de las características de los estudios, el impacto de las intervenciones como respuesta a la pandemia y los beneficios y vacíos existentes asociados.

#### **Implicaciones de las características de los estudios**

En primera instancia, no se encontraron estudios publicados en español y la base de datos Scielo que tiene alta prevalencia de publicaciones iberoamericanas no arrojó ningún estudio. Lo anterior, denota el gran vacío en la producción de investigaciones dirigidas a implementar IBE en y para población hispanohablante.

En segunda instancia, se encontró que todos los estudios consultados fueron realizados en países categorizados como países de alto-ingreso, los cuales tradicionalmente tienden a ser más favorecidos. Teniendo en cuenta que los países de bajo y mediano ingreso son los que tienen la mayor carga en necesidades y problemáticas en salud mental que se han visto acrecentadas con la pandemia, queda una gran vacío e interrogantes frente al impacto de las respuestas que se están dando en estos contextos a nivel de salud mental (Blacke y Wadhwa, 2020).

Así mismo, la mayor parte de la etnia reportada en los estudios fue población predominantemente caucásica (42.9%). Sin embargo, etnias como la afroamericana en

Estados Unidos (uno de los países con mayores intervenciones encontradas en el presente estudio) e indígenas alrededor del mundo, han mostrado ser más vulnerables ante este tipo de contingencias y otras condiciones que los tienden a situar como poblaciones marginadas y vulnerables (Department of Economic and Social Affairs, 2020; Nania, 2020). Una situación que no se ve abordada por los estudios encontrados.

Finalmente, se percibió que en la mayoría de los estudios la participación de las mujeres es mayor que la de los hombres. Este resultado puede estar relacionado con lo mencionado por Ruiz-Frutos et al. sobre que “las mujeres presentan un mayor nivel de malestar psicológico durante la pandemia en comparación con los hombres” (2021, párr.8). O, estar relacionados con factores sociales y normativos en donde “las mujeres tienen más probabilidades de informar los síntomas físicos y psicológicos y de buscar asistencia médica” (Gaviria Arbeláez, 2009). Ambos pueden estar siendo factores explicativos sobre la participación mayoritaria de las mujeres en los estudios. Sin embargo, resultaría importante evaluar este resultado a detalle en futuras investigaciones.

### **El impacto de las intervenciones como respuesta a la pandemia**

La presente revisión reporta a hasta su momento de consulta (22 de febrero del 2022) 6 tipos de intervenciones basadas en evidencia, en distintas partes del mundo, para dar respuesta a las necesidades de salud mental (TCC, ACT, Psicología positiva, Atención consciente, Protocolo Unificado Para los Trastornos Emocionales, Terapia de Procesamiento cognitivo). Estas intervenciones se dieron en su mayoría por medio de modalidad remota (50%) o digital (35.7%). Un aspecto que responde a las necesidades y características actuales generadas por el contexto de crisis, en donde el contexto de aislamiento y el incremento fundamental de los trastornos, demandan una nueva

adopción de modalidades que faciliten la intervención psicológica y aumente el acercamiento de pacientes a plataformas de atención psicológica que permitan un acceso rápido de intervención, al ser recursos más cómodos y asequibles (Villanueva, como se citó en Fernández, 2020). En este sentido, la incorporación de esta modalidad de intervenciones, junto con las características de ser programas de intervención que pueden variar en cuanto a números de sesiones y semanas (Véase, Tabla 4), presentan una mayor flexibilidad en cuanto al acceso y el tiempo de los tratamientos que es muy útil para el contexto (De la Rosa et al., cómo se citó en Fernández, 2020).

De estas intervenciones se pudo observar que las TCC fueron las terapias más implementadas en los estudios analizados. En comparación con otros eventos de crisis vividos por la humanidad, solo fue reconocida esta intervención que ya antes había demostrado su efectividad como una intervención temprana frente a acontecimientos de crisis o desastre con individuos que presentaban síntomas de estrés postraumático por la guerra (Bryant et al., 1999). No se observaron otras de las intervenciones implementadas en situaciones de crisis como: el debriefing psicológico que fue utilizado en la primera y segunda guerra mundial (Mukherjee y Alpert, 2006); ni los primeros auxilios psicológicos, empleados para contrarrestar los efectos psicológicos producidos por la epidemia del Ébola (OPS, 2016). Fueron además de TCC, otras las intervenciones identificadas dentro de la investigación para hacer frente a los trastornos emocionales (ACT, Psicología positiva, Atención consciente, protocolo unificado para los trastornos emocionales, terapia de procesamiento cognitivo).

Estas intervenciones buscaron dar respuesta a las situaciones de riesgo implicadas por la pandemia, abordando así el cambio de estilo de vida, miedos asociados a contraer

la enfermedad, restricción y cambios en la interacción social/aislamiento efectos emocionales y dificultades en salud mental. Lo anterior, responde a los altos índices de prevalencia en ansiedad y depresión que aumentó un 25% en el primer año de pandemia, (ONU, 2022). Sin embargo, llama la atención que en un contexto de crisis como el vivido, ninguno de los artículos encontrados se ocupara de dos aspectos característicos de la crisis actual como lo son: 1. el número de muertes y pérdidas y 2. las dificultades económicas (Johnson et al., 2020). Además, con base en estas características, también se esperaría que hubiera muchos más estudios para responder al TEPT asociado a la pandemia (todos los estudios de estrés postraumático que encontraron estaban asociados a la continuidad de tratamientos que se habían iniciado previo a la pandemia, dado el potencial de trauma asociado los desafíos de la contingencia (Ramírez-Ortiz et al., 2020). Del mismo modo, en una coyuntura global como la vivida, llama la atención que solo fueron dos los artículos que incorporaron la revisión de la resiliencia como factor de afrontamiento, este juega un papel importante en el manejo de factores estresores y de riesgo (Reich et al., 2010) que sería interesante evaluar en el contexto actual. Por otra parte, teniendo en cuenta la crisis en salud mental ocasionada por la pandemia (OMS, 2021), resulta preocupante el bajo número de estudios encontrados que reportaron hallazgos acerca de implementaciones con evidencia científica y aún más limitado en cuanto a los que tienen un sólido respaldo metodológico para sustentar sus inferencias. Lo anterior representa una limitante y brecha importante en el establecimiento de directrices con respaldo científico contundente y su respectiva respuesta a las condiciones contextuales, lo cual impide el establecimiento de práctica basada en evidencia científica para momentos de crisis como la pandemia (APA, 2006)

Consecuentemente, se refleja una baja priorización a nivel de salud global en el campo de la salud mental y atención psicosocial. Bien es cierto, que adicional a las intervenciones reportadas, entre los 30 artículos escogidos para el segundo tamizaje se encontraron investigaciones importantes asociadas como guías de intervención, descripción de programas y planificación de costos de algunas intervenciones para mejorar tratamientos teniendo en cuenta las características de pandemia. Sin embargo, al no someterse a prueba se limita a primeras fases necesarias de ajuste. Por este motivo, se puede afirmar que actualmente es muy escaso el cuerpo de evidencia de las intervenciones para los problemas emocionales en el marco del COVID-19 y completamente inexistente en contextos vulnerables.

### **Los beneficios y vacíos existentes asociados**

Con todo lo anterior, es posible mencionar que las intervenciones basadas en evidencia que se implementaron en los estudios responden a algunas de las necesidades y características psicológicas fundamentales que están asociadas a los trastornos de ansiedad, estrés postraumático y depresión. Generando con ello un beneficio a las poblaciones estudiadas, pues facilitaron la disminución en la sintomatología propia de estos trastornos emocionales derivadas de la pandemia. No obstante, existen varios vacíos que resultan importantes considerar en estos resultados. Principalmente, aquellos estudios que no cuentan con un grupo control no son aleatorizados o presentan un grupo de muestra muy específico que impide poder generalizar las intervenciones dentro del contexto COVID-19 (Echeburúa et al., 2010). Además, las intervenciones que no lograron generar cambios clínicamente significativos dejan un vacío en efectividad de las intervenciones con las características de la población (Cortada de Kohan y Macbeth,



2007). Por último, algunos de los estudios generan un vacío al no revisar el efecto en el tiempo de las intervenciones una vez se realizan, lo cual dificulta el seguimiento y por ende la misma efectividad de las intervenciones.

### **Limitaciones del estudio**

Teniendo en cuenta que solo se revisaron tres bases de datos, el presente estudio puede estar dejando por fuera publicaciones relevantes publicadas frente a la implementación de IBE para el tratamiento de problemas emocionales en el contexto de la pandemia COVID-19. Lo anterior, fue especialmente importante con la base de datos Scielo que no arrojó ningún resultado. Adicionalmente, el no tener un análisis estadístico propio al meta-análisis limita el alcance de la extensión de los resultados encontrados. Por último, existen otras problemáticas importantes en salud mental y poblaciones (niños y adultos) que han sido afectadas de manera importante dada la pandemia que no hacen parte de la presente revisión.

### **Conclusiones**

Esta revisión cuenta con hallazgos donde se logran centrar las intervenciones basadas en evidencia para los problemas emocionales que fueron adaptadas e implementadas en tiempos de crisis del COVID-19 en diversos formatos, modalidades y duración de las intervenciones, con una tendencia en mejoría para hacer frente a la pandemia del COVID-19. Sin embargo, se encuentra que las limitaciones metodológicas, la escasez de estudios y la poca variabilidad de contextos y poblaciones, sugiere la necesidad de ampliar el cuerpo de evidencia asociado a la implementación de las intervenciones

De este modo, la presente revisión proporciona un panorama útil para el contexto académico, desarrolladores de políticas públicas e implementadores de programas. En cuanto a los primeros, sugiere la relevancia de continuar ampliando el cuerpo de evidencia como disciplina para poder respaldar y responder a la crisis global más predominante desde la segunda guerra mundial. Seguidamente en el desarrollo de políticas públicas, aporta claras brechas y tendencias de oportunidad para ajustar a los sistemas de salud existentes y nuevas formas de ajuste globales y aspectos de adaptación con sensibilidad en salud mental. Por último, en cuanto a los programadores, se requiere ampliación del reporte de las experiencias exitosas para los contextos específicos que puedan tener el potencial de transportabilidad y ampliación de opciones novedosas de ajuste. Todo lo anterior, sugiere la importancia de aumentar la conexión de estos tres sectores que permita continuar ampliando el cuerpo de evidencia e integrarlo en un marco de salud mental global.

Se requiere continuar expandiendo este tipo de revisiones de manera constante con el fin de poder informar y mantener una actualización del estado del arte relevante a los diversos contextos impactados por las consecuencias de la pandemia que se espera sigan teniendo impactos durante mucho más tiempo. Se espera que para futuras revisiones pueda darse una respuesta más amplia frente a los vacíos mencionados que permita dar cuenta con mayor solidez del impacto y pertinencia disciplinar para contribuir en la recuperación emocional asociada a la crisis de la pandemia.

Adicionalmente, es un campo prometedor que obedece a los factores individuales que potencian o dificultan las respuestas más resilientes que permitirá una la implementación

más precisa de los tipos de intervenciones dependiendo de la afectación, recursos de las comunidades y las personas.

### Referencias

- American Psychological Association (2010). *APA: Diccionario conciso de psicología* (2nd ed.). Manual Moderno.  
<https://books.google.com.pe/books?id=GIX7CAAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial panamericana
- American Psychological Association, APA (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 61(4), 271-285. <https://www.apa.org/pubs/journals/features/evidence-based-statement.pdf>
- Astin, M.C. y Resick, P.A. (2007). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. Caballo (Eds.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2nd ed., Vol.1, pp.493-531). Siglo XXI de España Editores, S. A. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford press. <https://n9.cl/awtqj>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (1 ed.). Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19 ed.). Desclée de Brouwer.  
[https://www.academia.edu/33358084/Beck\\_Rush\\_Shaw\\_y\\_Emeri\\_Terapia\\_cognitiva\\_de\\_la\\_depresion\\_19a\\_ed\\_](https://www.academia.edu/33358084/Beck_Rush_Shaw_y_Emeri_Terapia_cognitiva_de_la_depresion_19a_ed_)
- Beck, J. (2015). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa. <https://n9.cl/lvg12>
- Blacke, P. y Wadhwa, D. (2020, 14 de diciembre). Resumen anual 2020: El impacto de la COVID-19 (coronavirus) en 12 gráficos. *Bancomundial.org*.  
<https://blogs.worldbank.org/es/voices/resumen-anual-2020-el-impacto-de-la-covid-19-coronavirus-en-12-graficos>
- Bryant, R. A., Dawson, K. S., Keyan, D., Azevedo, S., Yadav, S., Tran, J., Rawson, N. y Harvey, S. (2022). Effectiveness of a Videoconferencing-Delivered Psychological Intervention for Mental Health Problems during COVID-19: A Proof-of-Concept Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(1), 63-72. <https://doi.org/10.1159/000520283>
- Bryant, R.A., Sackville, T., Dang, S.T., Moulds, M. y Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1780–1786.  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.11.1780>
- Bustos, R. (2005). Desarrollo local y representación: el concepto de crisis. *Diálogo Andino-Revista de Historia, Geografía y Cultura Andina*, 25, 53-76.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371336235004>

- Caballo, V. E. (2007). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI de España Editores, S.A. <https://www.amazon.es/t%C3%A9cnicas-terapia-modificaci%C3%B3n-conducta-Manuales/dp/8432307173>
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Chambless, D.L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.1.7>
- Charbonnier, E., Trémolière, B., Baussard, L., Goncalves, A., Lespiau, F., Philippe, A. G. y Le Vigouroux, S. (2022). Effects of an online self-help intervention on university students' mental health during COVID-19: A non-randomized controlled pilot study. *Computers in Human Behavior Reports*, 5, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2022.100175>
- Cortada de Kohan, N. y Macbeth, G. (2007). El tamaño del efecto en la investigación psicológica. *Revista de Psicología UCA*, 3(5), 26-31. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/5986>
- Department of Economic and Social Affairs. (2020, abril ). *Pueblos indígenas y la pandemia del COVID-19: Consideraciones*. [https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID\\_IP\\_considerations\\_Spanish.pdf](https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2020/04/COVID_IP_considerations_Spanish.pdf)
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (2007). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. Caballo (Eds.), *Manual para el tratamiento cognitivo-*

*conductual de los trastornos psicológicos* (2nd ed., pp.493-531). Siglo XXI de España Editores, S.A. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>

Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.  
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>

Egan, S. J., McEvoy, P., Wade, T. D., Ure, S., Johnson, A. R., Gill, C., Greene, D., Wilker, L., Anderson, R., Mazzucchelli, T. G., Brown, S. y Shafran, R. (2021). Unguided low intensity cognitive behaviour therapy for anxiety and depression during the COVID-19 pandemic: A randomised trial. *Behaviour research and therapy*, 144, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103902>

Ehrenreich-May, J., Halliday, E. R., Karlovich, A. R., Gruen, R. L., Pino, A. C. y Tonarely, N. A. (2021). Brief transdiagnostic intervention for parents with emotional disorder symptoms during the COVID-19 pandemic: A case example. *Cognitive and behavioral practice*, 28(4), 690-700.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.01.002>

Fernández, G (2020, 13 de Mayo). *El confinamiento dispara la demanda de psicólogos online..* <https://www.expansion.com/economia-digital/innovacion/2020/05/13/5eb3f24d468aeb246b8b4625.html>

Foa, E. B., Hembree, E. A. y Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences, therapist guide* (1 ed.).

Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>

Fredrickson, B. L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological science*, 13(2), 172-175.

<https://doi.org/10.1111/1467-9280.00431>

Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.300>

Garnezy, N. y Masten, A. S. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. En E. M. Cummings, A. L. Greene, & K. H. Karraker (Eds.), *Life-span developmental psychology: Perspectives on stress and coping* (pp. 151–174). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

<https://psycnet.apa.org/record/1991-97721-008>

Gaviria Arbeláez, S.L.(2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?.

*Revista Scielo*, 38(2), 316-324.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74502009000200008&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502009000200008&lng=es)

Geurts, D. E., Haegens, N. M., Van Beek, M. H., Schroevers, M. J., Compen, F. R. y Speckens, A.E. (2021). Putting mindfulness-based cognitive therapy to the test in routine clinical practice: A transdiagnostic panacea or a disorder specific intervention. *Journal of psychiatric research*, 142, 144-152.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.043>



Gidron, Y., Levy, E., Farchi, M. y Rapaport, C. (2021). Effects of an automatized psychological inoculation (PI) intervention on anxiety, resilience and adherence to COVID-19 recommendations. *Psychology & Health*, 2-16.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1984485>

Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression* (2nd ed.). Guilford Press.

[https://books.google.com.ec/books?id=e82\\_MG5EsHIC&printsec=frontcover&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=e82_MG5EsHIC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)

Graf, R. (2010). Either-or: The narrative of “Crisis” in Weimar Germany and in historiography. *Central European History*, 43(4), 592-615.

<https://doi.org/10.1017/s0008938910000725>

Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272010000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000100009)

Guterres, A. (2021). *En el 75º aniversario de las Naciones Unidas, pedimos a las personas de todo el mundo que expresaran su opinión sobre*

*#ElMundoQueQueremos*. <https://www.un.org/es/exhibits/page/theworldwewant>

Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*.

Desclée De Brouwer. <https://n9.cl/ihlby>

Held, P., Klassen, B. J., Coleman, J. A., Thompson, K., Rydberg, T. S. y Van Horn, R.

(2021). Delivering intensive PTSD treatment virtually: the development of a 2-week intensive cognitive processing therapy-based program in response to

COVID-19. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 543-554.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.002>

Higgins, J. P., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J. y Welch, V.

A. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (2nd ed.).

Wiley-Blackwell. <https://n9.cl/5ekup>

Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Turk, C. L. (2010). *Managing social anxiety: a*

*cognitive-behavioral therapy approach: workbook* (2 ed.). Oxford University

Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195336696.001.0001>

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L. y Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y

reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & saúde*

*coletiva*, 25(1), 2447-2456. <https://doi.org/10.1590/1413->

[81232020256.1.10472020](https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020)

Johnson, N. y Phillips, M. (2018). Rayyan for systematic reviews. *Journal of Electronic*

*Resources Librarianship*, 30(1), 46-48.

<https://doi.org/10.1080/1941126X.2018.1444339>

Kanter, J. W., Nash, M. G., Kuczynski, A. y Rosen, D. C. (2021). A Brief, Mobile

Intervention to Decrease Depression and Loneliness and Improve Relationship

Quality During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Social and Clinical*

*Psychology*, 40(5), 422-447 <https://doi.org/10.1521/jscp.2021.40.5.447>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A.

J., Walters, E.E. y Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive

disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R).  
*Jama*, 289(23), 3095-3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>

Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. y Hautzinger, M. (2007). Tratamiento Conductual de la depresión Unipolar. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (2nd ed., pp.493-531). Siglo XXI de España Editores, S. A. <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>

Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós. <https://www.casadellibro.com/libro-manual-de-tratamiento-de-los-trastornos-de-personalidad-limite/9788449314186/898896>

Luthar, S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Developmental Psychopathology*, 12(4), 857–885. <https://doi.org/10.1017/s0954579400004156>

Marshall, J. M., Dunstan, D. A. y Bartik, W. (2021). Smartphone Psychological Therapy During COVID-19: A Study on the Effectiveness of Five Popular Mental Health Apps for Anxiety and Depression. *Frontiers in psychology*, 12, 1-20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.775775>

Martell, C.R., Dimidjian, S. y Herman-Dunn R, H.(2013). Activación Conductual para la depresión. Una guía clínica. *Desclée De Brouwer*, 35(3), 3-13 <https://www.redalyc.org/pdf/778/77832241009.pdf>

Mayer, J. D. (2008). Personal intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 27(3), 209-232. <https://doi.org/10.2190/IC.27.3.b>

- McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments: a review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>
- Mellafe, R. (1986). *Historia Social de Chile y América* (4nd ed.). Editorial Universitaria. <https://books.google.cl/books?id=WljeZAGGRW4C&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
- Mukherjee, P. P. y Alpert, J. L. (2006). Overview of Psychological Interventions in the Acute Aftermath of Disaster. En L. Barbanel y R. J. Sternberg (Eds.), *Psychological interventions in times of crisis* (pp. 3–35). Springer Publishing Company. <https://psycnet.apa.org/record/2006-05770-001>
- Nania, R. (2020, 3 de junio). *Estudios demuestran que la COVID-19 afecta gravemente a los afroamericanos*. <https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2020/afroamericanos-mas-afectados-por-coronavirus.html>
- Nauphal, M., Swetlitz, C., Smith, L. y Rosellini, A. J. (2021). A Preliminary Examination of the Acceptability, Feasibility, and Effectiveness of a Telehealth Cognitive-Behavioral Therapy Group for Social Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 730-742. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.011>
- Norris, F. H., Stevens, S., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F. y Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Journal of community psychology*, 41(1-2), 127-150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2022, 2 de marzo). *La pandemia del COVID- 19 dispara la depresión y la ansiedad.*

<https://news.un.org/es/story/2022/03/1504932>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2020, 5 de octubre). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS.* <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2021, 13 de septiembre). *Depresión.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2016). *Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias.*

<https://www.paho.org/disasters/dmdocuments/SM%20en%20epidemias.pdf>

Oxford Clinical Psychology (s.f.). *Treatments that work series.*

<https://www.oxfordclinicalpsych.com/page/ttwseries/ttwseries>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). *Covid-19: la pandemia.*

<https://www.undp.org/es/coronavirus>

Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-7. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

Real Academia Española (2021). *Cultura. En diccionario de la lengua española.*

Recuperado el 08 de septiembre de 2021. <https://dle.rae.es/crisis>

- Reich, J. W., Zautra, A. J. y Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience* (1er ed.). Guilford Press. [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=I4nB8DkSq-wC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Handbook+of+adult+resilience&ots=IpuVgCh6dp&sig=\\_ISqdQxaV2JoHuTTEkESjUpWzs4#v=onepage&q=Handbook%20of%20adult%20resilience&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=I4nB8DkSq-wC&oi=fnd&pg=PR1&dq=Handbook+of+adult+resilience&ots=IpuVgCh6dp&sig=_ISqdQxaV2JoHuTTEkESjUpWzs4#v=onepage&q=Handbook%20of%20adult%20resilience&f=false)
- Resick, P. A., Monson, C. M. y Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. The Guilford Press  
<https://traumapsychnews.com/2019/12/book-review-cognitive-processing-therapy/>
- Rodríguez, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR*, 5 (6), 569-588. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3662>
- Ruiz-Frutos, C., Rodríguez-Dominguez, C., Gómez, J., Garcia, J.J., Ortega-Moreno, M. y Allande, R. (2021, 28 de junio). *La salud mental de las mujeres se ha visto más afectada por la pandemia*. <https://theconversation.com/la-salud-mental-de-las-mujeres-se-ha-visto-mas-afectada-por-la-pandemia-161631>
- Samantaray, N. N., Kar, N. y Mishra, S. R. (2022). A follow-up study on treatment effects of cognitive-behavioral therapy on social anxiety disorder: Impact of COVID-19 fear during post-lockdown period. *Psychiatry Research*, 310, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114439>
- Segal, Z. V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D.(2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>

- Shepherd, K., Golijani-Moghaddam, N. y Dawson, D. L. (2022). ACTing towards better living during COVID-19: The effects of Acceptance and Commitment therapy for individuals affected by COVID-19. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 98-108. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.12.003>
- Sitz, A. L., Cogan, C. M. y Davis, J. L. (2021). Cognitive Processing Therapy With an Older Woman Veteran During COVID-19: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 608-617. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.02.001>
- Song, J., Jiang, R., Chen, N., Qu, W., Liu, D., Zhang, M., Fan, H., Zhao, Y. y Tan, S. (2021). Self-help cognitive behavioral therapy application for COVID-19-related mental health problems: A longitudinal trial. *Asian journal of psychiatry*, 60, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102656>
- Stott, R., Pimm, J., Emsley, R., Miller, C. B. y Espie, C. A. (2021). Does adjunctive digital CBT for insomnia improve clinical outcomes in an improving access to psychological therapies service?. *Behaviour Research and Therapy*, 144, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103922>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. y Ho, R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Environmental research and Public health*, 17(5), 1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M. y Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de

revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Zinbarg, R.E., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry*

(MAW): *Therapist guide*. (2nd ed.). Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195300024.001.0001>