

**INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES O CON COMPONENTES
COGNITIVO-CONDUCTUALES EXPLÍCITOS PARA REDUCIR LA ANSIEDAD EN
PERSONAL SANITARIO DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**
**COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTIONS OR INTERVENTIONS WITH EXPLICIT
COGNITIVE-BEHAVIORAL COMPONENTS TO REDUCE ANXIETY IN HEALTHCARE
WORKERS DURING AND AFTER THE COVID-19 PANDEMIC: A SYSTEMATIC
REVIEW**

Autores: ¹Yadira Maritza Pereira Galarza y ²Yadira Liliana Sánchez Padilla.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-1184-9789>

²ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8380-6434>

¹E-mail de contacto: ypereira2@utmachala.edu.ec

²E-mail de contacto: ysanchez@utmachala.edu.ec

Afiliación: ¹*²Universidad Técnica de Machala, El Oro, (Ecuador).

Artículo recibido: 25 de Julio del 2026.

Artículo revisado: 27 de Julio del 2026.

Artículo aprobado: 27 de Julio del 2026.

¹Licenciada en Psicología, egresada de la Universidad Técnica Particular de Loja, (Ecuador).

²Psicóloga Clínica, egresada de la Universidad Técnica de Machala, (Ecuador); Magíster en Psicoterapia Integrativa, egresada de la Universidad del Azuay, (Ecuador). Máster Universitario en Investigación en Psicología, egresada de la Universidad Internacional de La Rioja.

Resumen

La ansiedad en trabajadores sanitarios mantuvo relevancia clínica durante y después de la pandemia de COVID-19 por la sobrecarga asistencial, la exposición al riesgo y la necesidad de apoyo psicológico accesible. Este trabajo se planteó como objetivo evaluar la efectividad de intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos para reducir síntomas de ansiedad en trabajadores sanitarios adultos durante 2020-2024. Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa conforme a PRISMA 2020. Se consultaron PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, SciELO y LILACS. Se incluyeron ensayos aleatorizados, estudios cuasiexperimentales, estudios pre-post y pilotos de intervención con medición de ansiedad mediante escalas validadas. La búsqueda se restringió a español, inglés y portugués. Se incluyeron 18 estudios; 13 mostraron una dirección favorable para ansiedad, cuatro resultados mixtos y uno ausencia de diferencia frente al comparador. Las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos podrían contribuir a reducir ansiedad en

trabajadores sanitarios, sobre todo cuando son estructuradas, guiadas y adaptadas al contexto laboral.

Palabras clave: Ansiedad, Terapia cognitivo-conductual, Personal sanitario, Salud ocupacional, COVID-19.

Abstract

Anxiety among healthcare workers remained clinically relevant during and after the COVID-19 pandemic due to care-related workload, exposure to risk, and the need for accessible psychological support. This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral interventions, or interventions with explicit cognitive-behavioral components, in reducing anxiety symptoms among adult healthcare workers during 2020–2024. A systematic review with narrative synthesis was conducted in accordance with PRISMA 2020. PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, SciELO, and LILACS were searched. Randomized trials, quasi-experimental studies, pre-post studies, and intervention pilot studies that measured anxiety using validated scales were included. The search was restricted to Spanish, English, and Portuguese. Eighteen

studies were included; 13 showed a favorable direction of effect for anxiety, four reported mixed results, and one found no difference compared with the comparator. Cognitive-behavioral interventions, or interventions with explicit cognitive-behavioral components, may contribute to reducing anxiety among healthcare workers, particularly when they are structured, guided, and adapted to the occupational context.

Keywords: Anxiety, Cognitive behavioral therapy, Health personnel, Occupational health, COVID-19.

Sumário

A ansiedade em trabalhadores da saúde manteve relevância clínica durante e após a pandemia de COVID-19 devido à sobrecarga assistencial, à exposição ao risco e à necessidade de apoio psicológico acessível. Este estudo teve como objetivo avaliar a efetividade de intervenções cognitivo-comportamentais, ou com componentes cognitivo-comportamentais explícitos, para reduzir sintomas de ansiedade em trabalhadores da saúde adultos durante o período de 2020 a 2024. Foi realizada uma revisão sistemática com síntese narrativa, conforme o PRISMA 2020. Foram consultadas as bases PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, SciELO e LILACS. Foram incluídos ensaios randomizados, estudos quase-experimentais, estudos pré-pós e estudos-piloto de intervenção que mensuraram a ansiedade por meio de escalas validadas. A busca foi restrita aos idiomas espanhol, inglês e português. Foram incluídos 18 estudos; 13 mostraram direção favorável do efeito para ansiedade, quatro apresentaram resultados mistos e um não encontrou diferença em relação ao comparador. As intervenções cognitivo-comportamentais, ou com componentes cognitivo-comportamentais explícitos, podem contribuir para reduzir a ansiedade em trabalhadores da saúde, sobretudo quando são estruturadas, guiadas e adaptadas ao contexto ocupacional.

Palavras-chave: Ansiedade, Terapia cognitivo-comportamental, Pessoal de saúde, Saúde ocupacional, COVID-19.

Introducción

La ansiedad en trabajadores sanitarios constituye un problema clínico y ocupacional diferenciado. No se trata de una ansiedad laboral inespecífica, sino de una respuesta que se desarrolla en contextos de responsabilidad asistencial, exposición al sufrimiento, turnos prolongados, riesgo biológico y presión institucional. Durante la pandemia de COVID-19, estas condiciones se intensificaron y colocaron al personal sanitario en una situación de vulnerabilidad sostenida. La evidencia revisada por pares documentó una carga relevante de ansiedad, depresión e insomnio en trabajadores sanitarios, especialmente en quienes se encontraban expuestos de forma directa a la atención de pacientes durante la crisis sanitaria (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020).

Los primeros estudios sobre salud mental en personal sanitario permitieron dimensionar la magnitud del problema. Se documentaron síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y distrés psicológico en trabajadores expuestos a pacientes con COVID-19, con variaciones según profesión, sexo, rol asistencial y grado de exposición. Esa evidencia fue necesaria para reconocer el impacto de la crisis sanitaria, pero no basta para orientar decisiones terapéuticas (Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020). El periodo 2020-2024 amerita interés particular porque abarca tanto la etapa aguda de la pandemia como los años posteriores de reorganización de los servicios. Aunque el riesgo epidemiológico cambió, persistieron la fatiga acumulada, la sobrecarga, el duelo profesional, la rotación laboral y la necesidad de apoyo psicológico accesible. En este contexto, la literatura muestra una transición gradual desde estudios de prevalencia hacia intervenciones psicológicas, aunque la evidencia continúa dispersa y metodológicamente diversa (Muller et al., 2020;

Varela et al., 2023). Las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos resultan pertinentes para esta población porque se orientan a procesos implicados en la ansiedad, como la interpretación de amenaza, la rumiación, la evitación, la catastrofización, la desregulación emocional y el afrontamiento insuficiente. En la práctica, las intervenciones evaluadas durante la pandemia no siempre correspondieron a TCC clásica; también incluyeron TCC digital o informada, Protocolo Unificado, terapia de aceptación y compromiso, regulación emocional y telepsicoterapia manualizada. Esta diversidad exige diferenciar el modelo terapéutico declarado de los componentes activos descritos y analizar cada intervención según modalidad, intensidad, comparador y medición del desenlace (Beck & Haigh, 2014; Gross, 1998).

La brecha principal no consiste en volver a estimar cuántos trabajadores sanitarios presentaron ansiedad, sino en determinar qué intervenciones han mostrado efectos clínicamente útiles para reducirla. Por ello, esta revisión sistemática se centró en estudios de intervención publicados entre 2020 y 2024, con ansiedad medida mediante escalas validadas. El objetivo fue evaluar la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos para reducir síntomas de ansiedad en trabajadores sanitarios adultos.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión sistemática de intervenciones con síntesis narrativa conforme a PRISMA 2020. La pregunta se estructuró mediante PICO: población, trabajadores sanitarios adultos; intervención, intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos; comparador,

atención habitual, lista de espera, ausencia de intervención, intervención alternativa o medición basal; y desenlace, reducción de ansiedad medida con una escala validada (Page et al., 2021). El protocolo no fue registrado prospectivamente en PROSPERO. Cuando se valoró el registro, la selección a texto completo y la extracción de datos ya se encontraban en curso; por tanto, la revisión no conservaba el carácter prospectivo requerido y no se efectuó un registro retrospectivo que pudiera sugerir una planificación previa inexistente (University of York, Centre for Reviews and Dissemination, s. f.). Para compensar parcialmente esta limitación, se reportaron de forma explícita la pregunta PICO, los criterios de elegibilidad, las bases consultadas, las estrategias de búsqueda, los conteos del flujograma PRISMA, las razones de exclusión a texto completo, las herramientas de riesgo de sesgo y las decisiones de síntesis. Esta limitación metodológica reduce la posibilidad de contrastar a posteriori las decisiones finales con un protocolo público previo.

Se incluyeron estudios publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024, realizados en trabajadores sanitarios adultos y redactados en español, inglés o portugués. La restricción idiomática respondió a las competencias lingüísticas disponibles y a la ausencia de recursos de traducción validados para realizar cribado y extracción con fiabilidad. Su impacto potencial se estimó como moderado, no nulo: una parte considerable de la producción sobre COVID-19 y personal sanitario fue publicada en inglés, incluso en países asiáticos; sin embargo, pudieron omitirse estudios locales difundidos solo en chino, persa, francés, alemán u otros idiomas. Se consideró elegible una intervención cuando el informe la identificó como terapia cognitivo-conductual o cuando describió componentes cognitivo-

conductuales explícitos, como reestructuración cognitiva, solución de problemas, exposición, activación conductual, regulación emocional, defusión cognitiva, clarificación de valores, acción comprometida o afrontamiento guiado. La ansiedad debía medirse mediante una escala validada o un instrumento psicométrico específico, como GAD-7, DASS-21, HADS, SHAI u otros equivalentes; el GAD-7 se consideró una referencia por su uso extendido para evaluar síntomas de ansiedad generalizada (Spitzer et al., 2006).

Se consultaron PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Library, SciELO y LILACS. La búsqueda combinó términos de población, intervención, desenlace y contexto temporal, adaptados a la sintaxis de cada base de datos; la última búsqueda se efectuó el 31 de diciembre de 2024. También se revisaron las listas de referencias de artículos pertinentes para identificar estudios primarios potencialmente elegibles. La selección se realizó en dos etapas: cribado por título y resumen, seguido de evaluación a texto completo. La autora efectuó el cribado y las decisiones dudosas fueron revisadas con la tutora hasta alcanzar consenso; no se realizó selección duplicada e independiente y, por tanto, no se calculó concordancia Inter evaluador mediante kappa. Esta decisión limita la reproducibilidad del proceso de selección, porque no permite cuantificar el grado de acuerdo que se habría obtenido entre revisores independientes. Se identificaron 402 registros, se eliminaron 108 duplicados y se cribaron 294 registros. Se buscaron 62 informes para recuperación; tres no pudieron recuperarse porque el texto completo no estuvo disponible en las fuentes consultadas durante el proceso de revisión. No se atribuyó una causa individual no verificable a cada uno de esos informes, como pago, ausencia de

respuesta del autor o inexistencia del texto completo, para evitar registrar motivos no documentados. La extracción de datos incluyó autor, año, país, diseño, tamaño muestral, tipo de trabajador sanitario, intervención, modalidad, duración, comparador, escala de ansiedad, seguimiento, hallazgo principal, datos numéricos disponibles y limitaciones metodológicas.

El riesgo de sesgo se evaluó mediante una revisión estructurada de dominios según el diseño: RoB 2 para ensayos aleatorizados, ROBINS-I para estudios no aleatorizados con comparador y las herramientas críticas del Joanna Briggs Institute para estudios pre-post o pilotos sin control. La autora realizó la evaluación y los juicios dudosos se discutieron durante la tutoría. No se utilizaron puntuaciones numéricas agregadas. La certeza de la evidencia se valoró cualitativamente con el enfoque GRADE, considerando riesgo de sesgo, inconsistencia, evidencia indirecta, imprecisión y posible sesgo de publicación.

La síntesis fue narrativa y se organizó por tipo de intervención, modalidad, población sanitaria, escala de ansiedad, comparador, seguimiento y dirección del efecto. Se clasificó como favorable cuando el estudio informó una reducción estadísticamente significativa de ansiedad frente al comparador o respecto del valor basal; como mixta cuando el beneficio se limitó a subgrupos, momentos específicos o desenlaces secundarios; y como sin diferencia cuando no se observó ventaja para ansiedad. No se realizó metaanálisis por heterogeneidad clínica y metodológica y por ausencia de estimaciones comparables en un conjunto suficiente de estudios. El sesgo de publicación se valoró cualitativamente; no se elaboró gráfico de embudo por falta de homogeneidad y de medidas de efecto comparables.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterio	Incluir	Excluir
Población	Trabajadores sanitarios adultos: médicos, enfermería, personal hospitalario, atención primaria, salud mental y otros trabajadores vinculados a servicios de salud.	Población general, pacientes, estudiantes no sanitarios, trabajadores no sanitarios como grupo principal.
Intervención	Intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos, incluidas TCC clásica o digital, TCC informada, Protocolo Unificado, terapia de aceptación y compromiso y programas con técnicas cognitivas o conductuales verificables.	Intervenciones farmacológicas, educativas o administrativas sin componente psicológico definido; EMDR, musicoterapia, respiración aislada, mindfulness aislado o técnicas de liberación emocional cuando no describieran un componente cognitivo-conductual explícito.
Comparador	Atención habitual, lista de espera, ausencia de intervención, control activo, intervención alternativa o medición basal preintervención.	Estudios sin intervención evaluable o sin posibilidad de comparar el cambio en ansiedad.
Resultado	Ansiedad medida con escala validada o instrumento psicométrico específico.	Estudios sin medición específica de ansiedad.
Diseños	Ensayos clínicos, cuasiexperimentales, estudios pre-post con intervención y pilotos de intervención.	Estudios descriptivos, cartas al editor, protocolos, revisiones narrativas, revisiones sistemáticas y casos clínicos.
Periodo	Publicaciones entre 2020 y 2024.	Estudios fuera del periodo definido.
Idiomas	Español, inglés y portugués, de acuerdo con las competencias lingüísticas disponibles para cribado y extracción fiable.	Otros idiomas; su exclusión se reconoce como posible fuente de sesgo de idioma.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Estrategias de búsqueda por base de datos.

Base de datos	Estrategia adaptada
PubMed/MEDLINE	((("Health Personnel"[Mesh] OR "health personnel" OR "healthcare worker*" [tiab] OR nurse* [tiab] OR physician* [tiab] OR "medical staff" [tiab]) AND ("Anxiety"[Mesh] OR anxi* [tiab] OR GAD-7 [tiab] OR DASS-21 [tiab] OR HADS [tiab]) AND ("Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR "cognitive behavioral therap*" [tiab] OR CBT [tiab] OR "CBT-informed" [tiab] OR "acceptance and commitment therapy" [tiab] OR "unified protocol" [tiab] OR "emotion regulation" [tiab]) AND (COVID-19 [tiab] OR SARS-CoV-2 [tiab] OR pandemic* [tiab])) AND 2020:2024 [dp]
Scopus	TITLE-ABS-KEY (("healthcare workers" OR "health personnel" OR nurses OR physicians OR "medical staff") AND (anxiety OR "anxiety symptoms" OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS) AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "CBT-informed" OR "acceptance and commitment therapy" OR "unified protocol" OR "emotion regulation") AND (COVID-19 OR SARS-CoV-2 OR pandemic)) AND PUBYEAR > 2019 AND PUBYEAR < 2025
Web of Science	TS= (("healthcare workers" OR "health personnel" OR nurses OR physicians OR "medical staff") AND (anxiety OR "anxiety symptoms" OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS) AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "CBT-informed" OR "acceptance and commitment therapy" OR "unified protocol" OR "emotion regulation") AND (COVID-19 OR SARS-CoV-2 OR pandemic))
PsycINFO	(DE "Health Personnel" OR TI, AB ("healthcare worker*" OR nurse* OR physician* OR "medical staff")) AND (DE "Anxiety" OR TI, AB (anxi* OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS)) AND (DE "Cognitive Behavior Therapy" OR TI, AB ("cognitive behavioral therap*" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR "unified protocol" OR "emotion regulation")) AND TI, AB (COVID-19 OR SARS-CoV-2 OR pandemic)
CINAHL	((MH "Health Personnel+") OR TX ("healthcare workers" OR nurses OR physicians OR "medical staff")) AND ((MH "Anxiety+") OR TX (anxiety OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS)) AND ((MH "Cognitive Behavior Therapy") OR TX ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR "unified protocol")) AND TX (COVID-19 OR SARS-CoV-2 OR pandemic)
Cochrane Library	("healthcare workers" OR "health personnel" OR nurses OR physicians OR "medical staff") AND (anxiety OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS) AND ("cognitive behavioral therapy" OR CBT OR "acceptance and commitment therapy" OR "unified protocol") AND (COVID-19 OR SARS-CoV-2 OR pandemic)
SciELO	("trabajadores sanitarios" OR "personal de salud" OR enfermer* OR médic*) AND (ansiedad OR "síntomas ansiosos" OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS) AND ("terapia cognitivo-conductual" OR TCC OR "terapia de aceptación y compromiso" OR "regulación emocional") AND (COVID-19 OR pandemia)
LILACS	("personal de salud" OR "trabajadores de la salud" OR enfermer* OR médic*) AND (ansiedad OR "síntomas ansiosos" OR GAD-7 OR DASS-21 OR HADS) AND ("terapia cognitivo-conductual" OR TCC OR "terapia de aceptación y compromiso" OR "regulación emocional") AND (COVID-19 OR pandemia)

Fuente: Elaboración propia.

Resultados y Discusión

La búsqueda identificó 402 registros. Tras eliminar 108 duplicados, se cribaron 294 títulos y resúmenes y se excluyeron 232 registros. Se buscaron 62 informes para recuperación; tres no se recuperaron porque el texto completo no estuvo disponible en las fuentes consultadas y 59 se evaluaron a texto completo. Se excluyeron 41 informes por diseño no elegible, ausencia de componente cognitivo-conductual explícito, población no pertinente o no separable, falta de medición específica de ansiedad, o por tratarse de protocolo, revisión o carta. Se incluyeron finalmente 18 estudios.

Los 18 estudios presentaron variabilidad en diseño, modalidad y población. Predominaron los ensayos aleatorizados, junto con estudios clínicos controlados, pilotos, diseños pre-post y estudios cuasiexperimentales. Las muestras incluyeron profesionales de enfermería, médicos, personal sanitario mixto, trabajadores hospitalarios y personal de centros residenciales. Las intervenciones digitales o remotas fueron las más frecuentes. De acuerdo con la dirección del efecto sobre ansiedad, 13 estudios se clasificaron como favorables, cuatro como mixtos y uno como sin diferencia frente al comparador. Los resultados favorables se observaron con mayor frecuencia en programas estructurados, guiados o integrados en atención clínica; los hallazgos fueron menos consistentes en intervenciones autoguiadas de baja intensidad o con cumplimiento limitado.

Las intervenciones basadas en aceptación, compromiso y regulación emocional se mantuvieron en la síntesis únicamente cuando el informe describió componentes cognitivo-conductuales explícitos, como defusión cognitiva, clarificación de valores, acción comprometida, entrenamiento en regulación emocional o exposición a experiencias evitadas.

Se analizaron como terapias contextuales de la familia cognitivo-conductual y no como equivalentes a la TCC clásica.

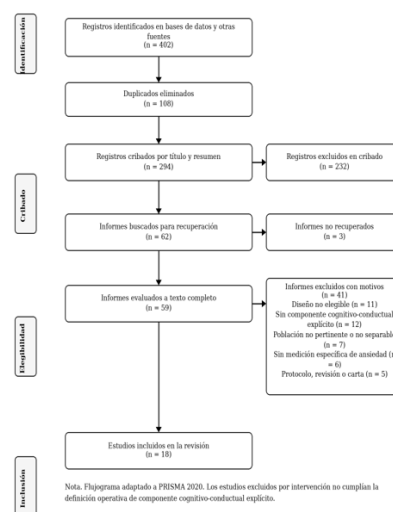


Figura 1. Flujograma PRISMA 2020 del proceso de selección de estudios.

Fuente: Elaboración propia, adaptado a PRISMA 2020.

Los tres informes no recuperados se registraron como textos completos no disponibles en las fuentes consultadas. No se asignó una causa individual no comprobada a cada informe, porque no existió evidencia documental suficiente para distinguir entre acceso restringido, ausencia de respuesta de autores u otra causa. La tele psicoterapia y los modelos de atención psicológica escalonada mostraron una dirección generalmente favorable cuando incorporaron evaluación clínica, guía profesional y seguimiento. No obstante, algunos estudios evaluaron ansiedad como desenlace secundario o dentro de medidas combinadas de distrés, lo que redujo la comparabilidad y obligó a interpretar los efectos específicamente atribuibles a ansiedad con prudencia. intervenciones que no demostraron un componente cognitivo-conductual explícito, como EMDR computarizado, musicoterapia, respiración aislada y técnicas de liberación

emocional. Aunque algunas reportaron mejoría psicológica, no respondían de forma directa a la pregunta PICO de esta revisión. La evaluación del sesgo de publicación se realizó de forma cualitativa. No se elaboró gráfico de embudo porque los estudios no aportaron estimaciones comparables ni homogeneidad suficiente en

intervención, comparador y desenlace. Además, varios informes procedieron de estudios pequeños, pilotos o intervenciones digitales con resultados parcialmente favorables, lo que obliga a considerar la posibilidad de publicación selectiva de resultados positivos.

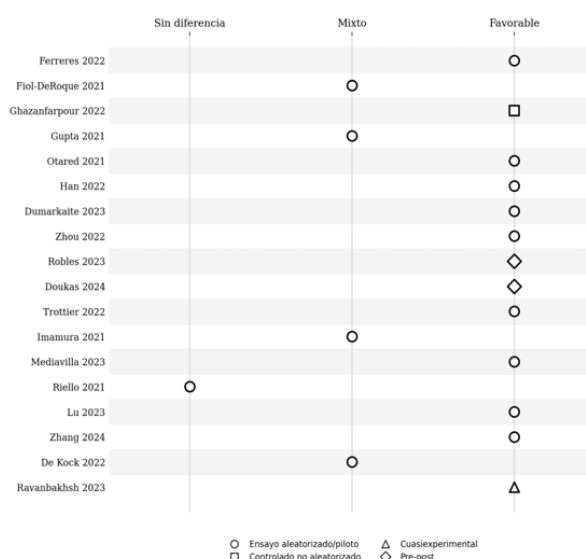


Figura 2. Dirección del efecto sobre ansiedad en los estudios incluidos.

Fuente: Elaboración propia.

La figura resume la dirección del efecto reportado; no pondera tamaño muestral, precisión estadística ni riesgo de sesgo. Por ello, todos los estudios aparecen con el mismo peso visual y la figura no debe interpretarse como metaanálisis ni como estimación de magnitud del efecto. Los principales problemas metodológicos fueron el cegamiento inviable o no informado, los tamaños muestrales pequeños, la ausencia de comparador en estudios pre-post, las pérdidas de seguimiento, los desenlaces auto informados y la dificultad para aislar el componente activo en programas multicomponente. Los ensayos con asignación aleatoria, comparador definido y seguimiento planificado aportaron evidencia más sólida que los pilotos no controlados. En esta sección se

presentan los resultados obtenidos a partir de los 18 estudios incluidos en la revisión. En primer lugar, se describen sus principales características metodológicas, la población participante, el tipo de intervención aplicada, los instrumentos de evaluación y los hallazgos relacionados con la reducción de la ansiedad en el personal sanitario. Posteriormente, se exponen los datos cuantitativos disponibles, considerando que únicamente siete estudios aportaron información numérica suficiente para su extracción y comparación. Finalmente, se analiza la calidad metodológica mediante la evaluación del riesgo de sesgo y se valora la certeza global de la evidencia, tomando en cuenta la heterogeneidad de las intervenciones, las escalas empleadas, los diseños de

investigación y las limitaciones identificadas en los estudios seleccionados.

Tabla 3. Características principales y hallazgos de los estudios incluidos.

Estudio	Diseño y población	Intervención/comparador	Escala y hallazgo principal
Ferreres y colaboradores, 2022.	España; piloto aleatorizado; 27 enfermeras.	Protocolo Unificado grupal de regulación emocional frente a lista de espera.	DASS-21; reducción preliminar de impacto emocional y síntomas ansiosos.
Fiol-DeRoque y colaboradores, 2021.	España; ensayo aleatorizado; 482 sanitarios.	PsyCovidApp, aplicación con módulos cognitivo-conductuales y mindfulness frente a aplicación control.	DASS-21; sin efecto global claro; beneficios en subgrupos con apoyo previo.
Ghazanfarpour y colaboradores, 2022.	Irán; ensayo clínico aleatorizado; personal de hospitales y clínicas COVID-19.	Teleconsejería por WhatsApp basada en técnicas cognitivo-conductuales y mindfulness frente a control.	HADS/SHAI; menor ansiedad relacionada con COVID-19 y menor ansiedad de probabilidad de enfermedad.
Gupta y colaboradores, 2021.	India; ensayo aleatorizado; trabajadores de primera línea.	Teleconsejería con psicoeducación, solución de problemas, relajación y prácticas conductuales frente a educación general.	DASS-21; mejoría temporal de ansiedad, sin interacción grupo-tiempo clara.
Otared y colaboradores, 2021.	Irán; ensayo aleatorizado; 40 trabajadores sanitarios.	Terapia de aceptación y compromiso grupal en línea frente a control.	Inventarios de ansiedad/depresión; reducción de ansiedad y mejora de calidad de vida.
Han y colaboradores, 2022.	China; cuasiexperimental; 226 enfermeras clínicas.	Terapia de aceptación y compromiso grupal frente a atención habitual.	SCL-90; alivio de síntomas psicológicos, incluida ansiedad.
Dumarkaite y colaboradores, 2023.	Lituania; ensayo aleatorizado; 168 enfermeras.	FOREST, intervención digital guiada de recuperación del estrés con base TCC frente a lista de espera.	Escalas de ansiedad/estrés; reducción de ansiedad y síntomas depresivos.
Zhou y colaboradores, 2022.	China; ensayo aleatorizado; 118 enfermeras.	TCC digital para insomnio frente a control.	GAD-7; menor ansiedad posintervención en el grupo tratado.
Robles y colaboradores, 2023.	México; pre-post; 26 trabajadores sanitarios.	Telepsicoterapia breve manualizada basada en TCC.	Escalas clínicas; mejoría en ansiedad, depresión y somatización.
Doukas y colaboradores, 2024.	Estados Unidos; pre-post retrospectivo; 69 sanitarios.	Intervenciones conductuales informadas por TCC, con o sin farmacoterapia.	GAD-7; reducción de mediana de ansiedad durante seguimiento clínico.
Trottier y colaboradores, 2022.	Canadá; piloto no controlado; 21 sanitarios.	RESTORE, intervención transdiagnóstica online guiada.	Escalas de ansiedad/depresión; mejoría significativa de ansiedad y estrés postraumático.
Imamura y colaboradores, 2021.	Vietnam; ensayo aleatorizado de tres brazos; 951 enfermeras.	Programas móviles de manejo del estrés, uno basado en TCC, frente a tratamiento habitual.	DASS-21; beneficio más claro en depresión; ansiedad con efecto menos definido.
Mediavilla y colaboradores, 2023.	España; ensayo multicéntrico; 232 sanitarios.	Atención escalonada con intervenciones psicológicas breves frente a atención habitual mejorada.	PHQ-ADS; mayor reducción de ansiedad/depresión frente a control.
Riello y colaboradores, 2021.	Italia; ensayo aleatorizado; trabajadores de residencias.	Self-Help Plus supervisado en línea, basado en ACT, frente a actividad estructurada alternativa.	Escalas de ansiedad/trauma; sin diferencia posintervención clara frente al comparador.
Lu y colaboradores, 2023.	China; ensayo aleatorizado; 145 enfermeras.	Terapia de aceptación y compromiso web/móvil frente a control.	Escala de ansiedad; mejoría significativa y sostenida a tres meses.
Zhang y colaboradores, 2024.	China; ensayo aleatorizado; 108 profesionales sanitarios.	Terapia de aceptación y compromiso por internet frente a control.	DASS-21; menor distrés psicológico y burnout, con medición de ansiedad dentro del constructo.
De Kock y colaboradores, 2022.	Reino Unido; ensayo piloto aleatorizado; 169 trabajadores NHS.	Aplicaciones digitales psicológicas con componentes de TCC frente a lista de espera.	GAD-7; descenso pequeño de ansiedad, con incertidumbre por tamaño piloto.
Ravanbakhsh y colaboradores, 2023.	Irán; semiexperimental controlado; 40 trabajadores médicos.	Terapia de aceptación y compromiso frente a control.	Escala de ansiedad por coronavirus; reducción significativa mantenida en seguimiento.

Fuente: Elaboración propia.

Solo 7 de los 18 estudios incluidos (38,9 %) reportaron datos cuantitativos suficientes para extraer estimaciones numéricas de ansiedad o desenlaces compuestos que incluyeran ansiedad. En los demás estudios, los resultados

se describieron de forma narrativa por ausencia de medidas comparables o de valores completos de cambio, dispersión o significación.

Tabla 4. Datos numéricos de ansiedad extraídos en los estudios con información suficiente.

Estudio	Escala/desenlace	Dato cuantitativo extraído
Fiol-DeRoque y colaboradores, 2021.	DASS-21 ansiedad	Diferencia media global no significativa: MD = -0,04; IC 95 %: -0,11 a 0,04; p = 0,15.
Ghazanfarpour y colaboradores, 2022.	HADS-A / SHAI	Ansiedad COVID: intervención 10,17±2,29 a 8,58±1,99; control 9,27±2,33 a 9,20±2,22; diferencia de cambio p = 0,001. Ansiedad de probabilidad de enfermedad: intervención 15,27±5,32 a 10,66±5,39; control 14,29±6,21 a 13,29±6,55; p = 0,001.
Gupta y colaboradores, 2021.	DASS-21 ansiedad	Basal: tele consejería 7,40±4,32; educación general 7,11±4,80. Hubo efecto de tiempo en ansiedad (p = 0,044 a 0,001), sin efecto de grupo ni interacción grupo-tiempo concluyente.
Zhou y colaboradores, 2022.	GAD-7	Grupo eCBT-I: 6,7±4,9 antes y 3,7±3,4 después; control posintervención: 7,1±5,6; p < 0,05.
Doukas y colaboradores, 2024.	GAD-7	Mediana GAD-7: 11,0 al inicio y 6,5 en la sesión 14; tamaño de efecto reportado aproximado = 0,70.
Mediavilla y colaboradores, 2023.	PHQ-ADS / ansiedad-depresión	Diferencia ajustada: 4,4 puntos; IC 95 %: 2,1 a 6,7; tamaño de efecto estandarizado = 0,8; IC 95 %: 0,4 a 1,2.
De Kock y colaboradores, 2022.	GAD-7	Diferencias posintervención pequeñas frente a lista de espera: d = 0,07 para My Possible Self y d = 0,06 para NHSWBP.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Evaluación del riesgo de sesgo por dominios.

Estudio	Diseño	Herramienta	Dominios con mayor preocupación	Juicio global
Ferreres et al. (2022).	Piloto aleatorizado	RoB 2	Asignación aleatoria reportada; tamaño pequeño; Seguimiento corto; medición no cegada	Algunas preocupaciones
Fiol et al. (2021).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Aleatorización adecuada; bajo riesgo inicial; Resultado autoinformado; efectos por subgrupos	Algunas preocupaciones
Ghazanfarpour et al. (2022).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Asignación aleatoria reportada; incertidumbre en ocultamiento; seguimiento corto; desenlaces autoinformados	Algunas preocupaciones
Gupta et al. (2021).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Muestra reducida; ocultamiento limitado; Alta no participación; resultado mixto	Algunas preocupaciones
Otared et al. (2021)	Ensayo aleatorizado pequeño	RoB 2	Muestra pequeña; ocultamiento poco claro; Seguimiento limitado	Alto
Han et al. (2022).	Cuasiexperimental	ROBINS-I	Posible confusión por ausencia de aleatorización; Reporte de ansiedad no siempre aislado	Serio
Dumarkaite et al. (2023)	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Asignación adecuada; guía digital; Pérdidas y adherencia variables	Algunas preocupaciones
Zhou et al. (2022).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Asignación aleatoria reportada; Seguimiento corto; ansiedad como desenlace secundario	Algunas preocupaciones
Robles et al. (2023).	Pre-post	JB1	Sin grupo control; Mejoría no atribuible con certeza causal	Calidad limitada
Doukas et al. (2024).	Pre-post retrospectivo	JB1	Sin asignación ni grupo control; Muestra clínica; seguimiento por sesiones	Calidad limitada
Trottier et al. (2022)	Piloto no controlado	JB1	Sin comparador; Muestra pequeña y seguimiento corto	Calidad limitada
Imamura et al. (2022)	Ensayo de tres brazos	RoB 2	Asignación aleatoria; ansiedad secundaria; Efecto sobre ansiedad menos claro	Algunas preocupaciones
Mediavilla et al. (2023)	Ensayo multicéntrico	RoB 2	Asignación y comparador activos; Cegamiento limitado; pérdidas manejadas	Algunas preocupaciones
Riello et al. (2021).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Comparador activo; asignación reportada; Efecto no concluyente	Algunas preocupaciones
Lu et al. (2023).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Asignación reportada; Seguimiento a tres meses; autoinforme	Algunas preocupaciones
Zhang et al. (2024).	Ensayo aleatorizado	RoB 2	Asignación reportada; Ansiedad integrada en distrés; autoinforme	Algunas preocupaciones
De Kock et al. (2022).	Piloto aleatorizado	RoB 2	Piloto con poder limitado; Pérdidas y efectos pequeños	Algunas preocupaciones
Ravanbakhsh et al. (2023)	Semiexperimental controlado	ROBINS-I	Riesgo de confusión; Muestra pequeña; seguimiento limitado	Serio

Nota: Los juicios corresponden a la escala propia de cada herramienta y no son directamente intercambiables: RoB 2 (bajo, algunas preocupaciones, alto), ROBINS-I (bajo, moderado, serio, crítico) y JB1 (calidad metodológica adecuada o limitada según ítems críticos).

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Certeza de la evidencia para el desenlace reducción de ansiedad.

Dominio de evidencia	Estudios considerados	Certeza	Fundamento
Intervenciones TCC estructuradas o guiadas	Ensayos y estudios con intervención definida, guía profesional o programa manual	Baja	Dirección generalmente favorable, pero con heterogeneidad clínica, riesgo de sesgo, seguimiento corto e imprecisión. La ausencia de una estimación conjunta impide elevar la certeza.
Terapias contextuales de la familia cognitivo-conductual	Estudios con terapia de aceptación y compromiso, Protocolo Unificado o regulación emocional	Baja	Resultados favorables en varios estudios, aunque con variabilidad de muestras, modalidad, escalas, comparadores y riesgo de sesgo.
Intervenciones digitales autoguiadas	Aplicaciones móviles, programas web y recursos breves con componente TCC	Baja	Efectos pequeños o mixtos; el cumplimiento, la intensidad y el uso real de la intervención fueron variables.
Evidencia global sobre reducción de ansiedad	Conjunto de estudios incluidos en la síntesis narrativa	Baja	La evidencia global sugiere beneficio, pero no se realizó metaanálisis por heterogeneidad; además, persistieron imprecisión, reporte incompleto y posible sesgo de publicación positiva.
Nota: Valoración cualitativa basada en los dominios GRADE. No constituye una tabla formal de resumen de hallazgos ni una estimación agrupada del efecto.			

Fuente: Elaboración propia.

Esta revisión respondió la pregunta PICO al reunir estudios de intervención en trabajadores sanitarios adultos con medición validada de ansiedad. En conjunto, la evidencia sugiere que las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos podrían reducir los síntomas ansiosos, especialmente cuando presentan una estructura terapéutica definida, guía profesional y adaptación al contexto laboral. Desde una perspectiva clínica, estos resultados respaldan la posibilidad de ofrecer apoyo psicológico en formatos presenciales, digitales, híbridos o remotos, pero no todos parecen tener el mismo grado de aplicabilidad. Las intervenciones presenciales o guiadas permiten mayor supervisión clínica y ajuste individual, por lo que pueden ser preferibles en trabajadores con ansiedad moderada, comorbilidad o deterioro funcional.

Las intervenciones digitales y autoguiadas tienen valor por su alcance, bajo costo y flexibilidad horaria, aunque sus efectos parecen más sensibles a la adherencia, la intensidad y el seguimiento. Los modelos híbridos o escalonados podrían ser una opción razonable para servicios de salud ocupacional, porque combinan accesibilidad con apoyo profesional progresivo. La plausibilidad de los hallazgos se

apoya en mecanismos coherentes con los modelos cognitivo-conductuales: modificación de interpretaciones amenazantes, reducción de la rumiación y la evitación, entrenamiento en regulación emocional y recuperación de conductas funcionales. Estos mecanismos también explican por qué no deben agruparse de manera indiscriminada intervenciones que solo comparten un formato digital o una finalidad general de bienestar (Beck y Haigh, 2014; Gross, 1998).

Los hallazgos coinciden con revisiones previas que describieron una carga importante de malestar psicológico en personal sanitario y una base de evidencia intervencionista todavía heterogénea (Muller et al., 2020; Varela et al., 2023). La aportación específica de esta revisión fue restringir la síntesis a intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos y exigir una medición identificable de ansiedad. La heterogeneidad constituyó el principal obstáculo para una síntesis cuantitativa. Los estudios variaron en profesión sanitaria, país, gravedad basal, modalidad de entrega, intensidad, comparador, escala y seguimiento. Algunos evaluaron ansiedad como desenlace secundario o dentro de puntuaciones compuestas, y varios no informaron datos

suficientes para calcular una medida de efecto comparable. En consecuencia, la figura de dirección del efecto cumple una función descriptiva: ayuda a visualizar la tendencia de los estudios, pero no pondera tamaño muestral, precisión ni calidad metodológica. El riesgo de sesgo y la certeza de la evidencia obligan a mantener prudencia. La certeza global se consideró baja por limitaciones metodológicas, inconsistencia, imprecisión, reporte incompleto y posible sesgo de publicación. Por ello, la preponderancia de resultados favorables en la síntesis descriptiva no equivale a una estimación robusta y generalizable de la magnitud del efecto.

Entre los aspectos positivos a destacar se encuentran la delimitación de la población, la definición operativa del componente cognitivo-conductual, la exclusión de estudios descriptivos de prevalencia como evidencia de efectividad y la valoración del riesgo de sesgo según el diseño. Las principales limitaciones fueron la ausencia de registro prospectivo en PROSPERO, la falta de cribado y evaluación duplicados e independientes, la restricción a español, inglés y portugués, la no recuperación de tres textos completos sin motivo individual documentado, el posible sesgo de publicación positiva, el predominio de desenlaces auto informados y la imposibilidad de realizar metaanálisis.

La falta de un segundo revisor independiente también tuvo su impacto: al no calcularse kappa, la reproducibilidad de la selección y de la extracción no puede estimarse, y el riesgo de omisión o clasificación subjetiva no puede descartarse. La restricción idiomática pudo tener un impacto menor que en revisiones limitadas solo a inglés, porque se incluyeron español y portugués y muchos estudios internacionales se publicaron en inglés, pero no

elimina la posibilidad de pérdida de evidencia local en otros idiomas. Las futuras investigaciones deberían utilizar ensayos aleatorizados con comparadores activos, seguimiento suficiente, medición específica de ansiedad y reporte completo de medidas de efecto. En salud ocupacional, las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos pueden considerarse una alternativa razonable cuando se implementan con una estructura definida, supervisión profesional y evaluación de resultados.

Conclusiones

La evidencia revisada sugiere que las intervenciones cognitivo-conductuales o con componentes cognitivo-conductuales explícitos podrían reducir síntomas de ansiedad en trabajadores sanitarios adultos. La dirección favorable fue más frecuente en programas estructurados, guiados o integrados en modelos de atención psicológica con seguimiento. La interpretación debe ser prudente, porque la certeza global fue baja y existió heterogeneidad en intervenciones, escalas, comparadores y periodos de seguimiento. El riesgo de sesgo, el reporte incompleto y la ausencia de estimaciones comparables impiden afirmar una efectividad fuerte o uniforme para todas las modalidades. Los servicios de salud ocupacional pueden considerar estas intervenciones cuando estén claramente definidas, sean aplicadas por personal capacitado y cuenten con seguimiento. Se requieren estudios con mejor control metodológico y reporte cuantitativo completo para precisar qué componentes, formatos y niveles de intensidad producen beneficios clínicamente relevantes.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- De Kock, J. H., Latham, H. A., Cowden, R. G., Cullen, B., Narzisi, K., Jerdan, S., Munoz, S. A., Leslie, S. J., Stamatis, A., & Eze, J. (2022). Brief digital interventions to support the psychological well-being of NHS staff during the COVID-19 pandemic: 3-arm pilot randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 9(4), e34002. <https://doi.org/10.2196/34002>
- Doukas, A. M., Sharma, V., DePierro, J. M., Ho, S., Starkweather, S., & Marin, D. B. (2024). Effectiveness of CBT-informed behavioral health interventions for health care workers in a specialized clinical service during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Public Health*, 114(S2), S167-S170. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307435>
- Dumarkaite, A., Truskauskaitė, I., Andersson, G., Jovarauskaitė, L., Jovaisienė, I., Nomeikaite, A., & Kazlauskas, E. (2023). The efficacy of the internet-based stress recovery intervention FOREST for nurses amid the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104408. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104408>
- Ferreres-Galán, V., Navarro-Haro, M. V., Peris-Baquero, Ó., Guillén-Marín, S., de Luna-Hermoso, J., & Osma, J. (2022). Assessment of acceptability and initial effectiveness of a Unified Protocol prevention program to train emotional regulation skills in female nursing professionals during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5715. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095715>
- Fiol-DeRoque, M. A., Serrano-Ripoll, M. J., Jiménez, R., Zamanillo-Campos, R., Yáñez-Juan, A. M., Bennisar-Veny, M., y colaboradores. (2021). A mobile phone-based intervention to reduce mental health problems in health care workers during the COVID-19 pandemic (PsyCovidApp): Randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(5), e27039. <https://doi.org/10.2196/27039>
- Ghazanfarpour, M., Ashrafinia, F., Zolala, S., Ahmadi, A., Jahani, Y., & Hosseinasab, A. (2022). Investigating the effectiveness of tele-counseling for the mental health of staff in hospitals and COVID-19 clinics: A clinical control trial. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 44, e20200176. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0176>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>
- Gupta, S., Prasad, A. S., Dixit, P. K., Padmakumari, P., Gupta, S., & Abhisheka, K. (2021). Feasibility and effectiveness of telecounseling on the psychological problems of frontline healthcare workers amidst COVID-19: A randomized controlled trial from central India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(4), 343-350. <https://doi.org/10.1177/02537176211024537>
- Han, J., Zhang, L., Liu, Y., Zhang, C., Zhang, Y., Tang, R., y colaboradores. (2022). Effect of a group-based acceptance and commitment therapy programme on the mental health of clinical nurses during the COVID-19 sporadic outbreak period. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3005-3012. <https://doi.org/10.1111/jonm.13696>
- Imamura, K., Tran, T. T. T., Nguyen, H. T., Sasaki, N., Kuribayashi, K., Sakuraya, A., y colaboradores. (2021). Effect of smartphone-based stress management programs on depression and anxiety of hospital nurses in Vietnam: A three-arm randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 11, 11353. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-90320-5>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., y colaboradores. (2020). Factors associated with mental health outcomes

- among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lu, Y., Li, Y., Huang, Y., Zhang, X., Wang, J., Wu, L., & Cao, F. (2023). Effects and mechanisms of a web- and mobile-based acceptance and commitment therapy intervention for anxiety and depression symptoms in nurses: Fully decentralized randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e51549. <https://doi.org/10.2196/51549>
- Mediavilla, R., Felez-Nobrega, M., McGreevy, K. R., Monistrol-Mula, A., Bravo-Ortiz, M. F., Bayón, C., y colaboradores. (2023). Effectiveness of a mental health stepped-care programme for healthcare workers with psychological distress in crisis settings: A multicentre randomised controlled trial. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300697. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300697>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., y colaboradores. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Otared, N., Moharrampour, N. G., Vojoudi, B., & Jahanian Najafabadi, A. (2021). A group-based online acceptance and commitment therapy treatment for depression, anxiety symptoms and quality of life in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 21(3), 399-411. <https://www.ijpsy.com/volumen21/num3/604.html>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., y colaboradores. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Ravanbakhsh, L., Ismail Ebrahimi, M., Haddadi, A., & Yazdi-Ravandi, S. (2023). Effects of the acceptance and commitment therapy on resiliency, self-compassion, and corona disease anxiety on medical staff involved in COVID-19 pandemic. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 17(4), e136845. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-136845>
- Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D., Rusconi, E., Tedeschi, F., y colaboradores. (2021). Effectiveness of self-help plus in reducing anxiety and post-traumatic symptomatology among care home workers during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial. *Royal Society Open Science*, 8(11), 210219. <https://doi.org/10.1098/rsos.210219>
- Robles, R., Ascencio, L., Díaz, D., Ruiz, S., Gálvez, L., Sánchez, M., y colaboradores. (2023). Implementation science of telepsychotherapy for anxiety, depression, and somatization in health care workers dealing with COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, 29(5), 751-760. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0155>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Trottier, K., Monson, C. M., Stoyanovski, S., y colaboradores. (2022). Internet-based trauma-focused intervention for COVID-19-related mental health symptoms in healthcare workers: An initial randomized trial.

Translational Psychiatry, 12, 268.
<https://doi.org/10.1038/s41398-022-01965-3>

University of York, Centre for Reviews and Dissemination. (s. f.). PROSPERO: International prospective register of systematic reviews.
<https://www.crd.york.ac.uk/prospero/>

Varela, C., Montero, M., Serrano-Ibáñez, E. R., de la Vega, A., & Gómez-Pulido, M. A. (2023). Psychological interventions for healthcare professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Stress and Health*, 39(5), 944-955.
<https://doi.org/10.1002/smi.3246>

Zhang, L., Huang, S., Liu, S., Huang, Y., Chen, S., Hu, J., & Xu, M. (2024). Effectiveness of an-internet-based acceptance and commitment therapy intervention for

reducing psychological distress in healthcare professionals: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e59093. <https://doi.org/10.2196/59093>

Zhou, K., Li, X., Wang, W., & An, Y. (2022). Positive impacts of e-aid cognitive behavioural therapy on the insomnia and mental health of nurses during COVID-19 prevention and control. *Sleep and Breathing*, 26, 1157-1165.
<https://doi.org/10.1007/s11325-021-02547-1>



Esta obra está bajo una licencia de **Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional**. Copyright © Yadira Maritza Pereira Galarza y Yadira Liliana Sánchez Padilla.

Declaraciones éticas y editoriales del artículo

Contribución de los autores (Taxonomía CRediT).

Yadira Maritza Pereira Galarza: conceptualización de la investigación, desarrollo del proceso investigativo, recolección de información, análisis formal de los datos, redacción del borrador original del manuscrito.

Yadira Liliana Sánchez Padilla: diseño metodológico, validación de los resultados obtenidos, revisión crítica del contenido científico, supervisión general del estudio y revisión editorial del manuscrito antes de su publicación.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con la investigación presentada, la autoría del manuscrito ni la publicación del presente artículo.

Declaración de financiamiento

La presente investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o de organizaciones sin fines de lucro. En caso de existir financiamiento institucional o externo, este deberá ser declarado explícitamente por los autores en esta sección.

Declaración del editor

El editor responsable certifica que el proceso editorial del presente artículo se desarrolló conforme a los principios de integridad científica, transparencia y buenas prácticas editoriales. El manuscrito fue sometido a un proceso de evaluación mediante revisión por pares doble ciego, garantizando la confidencialidad de la identidad de los autores y revisores durante todo el proceso de dictamen académico. Asimismo, el editor declara que el artículo cumple con los criterios científicos, metodológicos y éticos establecidos por la revista.

Declaración de los revisores

Los revisores externos que participaron en la evaluación del presente manuscrito declaran haber realizado el proceso de revisión de manera objetiva, independiente y confidencial. Asimismo, manifiestan que no mantienen conflictos de interés con los autores ni con la investigación evaluada, y que sus observaciones y recomendaciones se fundamentan exclusivamente en criterios científicos, metodológicos y académicos.

Declaración ética de la investigación

Los autores declaran que la investigación se desarrolló respetando los principios éticos de la investigación científica, garantizando la confidencialidad de los datos y el respeto a los participantes del estudio. En los casos en que la investigación involucre seres humanos, los procedimientos deben ajustarse a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las normativas institucionales correspondientes.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que el uso de herramientas de inteligencia artificial, en caso de haberse utilizado durante el proceso de investigación o redacción del manuscrito, se realizó únicamente como apoyo técnico para mejorar la claridad del lenguaje o el análisis de información, manteniendo siempre la responsabilidad intelectual sobre el contenido del artículo. Las herramientas de inteligencia artificial no fueron utilizadas como autoras del manuscrito ni sustituyen la responsabilidad académica de los investigadores.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los resultados de esta investigación estarán disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, respetando las normas éticas y de confidencialidad establecidas por la investigación.

