



**Universidad
Internacional
de Valencia**

**Revisión bibliográfica sobre la evaluación de la
Escala de Dificultades de Regulación
Emocional (DERS) en el uso de la terapia
cognitiva basada en Mindfulness sobre el
tratamiento de la desregulación emocional en
pacientes con diversos tipos de diagnósticos
psicopatológicos.**

Maestrías en terapias de
Tercera Generación

Trabajo de Fin de Master

Tarapoto-Perú, 2023-2024

Alumno/a:
José Antonio Gil Sánchez
D.N.I: 73014655
Director de TFM:
Jorge Marredo Rosa

Convocatoria: Primera

Orientación: Investigadora
Créditos:18.

Índice

1. Resumen	2
Abstract	2
2. Introducción	4
3. Formulación del problema y justificación	6
3.1. ¿Qué se entiende por desregulación emocional?	6
3.1.1. Definición de desregulación emocional	6
3.1.2. Etiología de la desregulación emocional	6
3.1.3. Comorbilidad clínica de la desregulación emocional	8
3.1.5. Modelos teóricos sobre la desregulación emocional.....	8
3.1.6. Modelo teórico sobre la desregulación emocional de Gratz y Roemer (2004)	10
3.2. Mindfulness	11
3.2.1. ¿Qué es el mindfulness?	11
3.2.2. Origen	12
3.2.4. Terapia cognitiva basada en mindfulness	13
3.2.5. Terapias similares de enfoque cognitivo y/o conductual en mindfulness	14
3.2.6. Beneficios de la terapia cognitivo basado en mindfulness sobre la desregulación emocional.....	15
3.3. Justificación	17
4. Método	19
4.1. Selección de los estudios	19
4.1.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	20
4.2. Codificación de estudios	22
5. Resultados	35
5.1. Descripción analítica de los resultados	35
5.2. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional	39
5.2.1. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según países.....	39
5.2.2. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según diseño metodológico	39
5.2.3. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según diagnósticos psicopatológicos	41

5.2.4. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según hallazgos	42
6. Discusión	44
6.1. Aportaciones	44
6.2. Limitaciones y propuestas de mejora.....	46
6.3. Líneas futuras	48
7. Referencias bibliográficas	49

1. Resumen

La investigación revisó publicaciones de los años 2008 al 2023 sobre la eficacia de intervenciones basadas en mindfulness para tratar la desregulación emocional. Se incluyeron investigaciones cuantitativas en inglés o español de cualquier país, con participantes considerados como pacientes de distintas edades y géneros que presenten algún trastorno mental, involucrados en intervenciones de terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT en inglés) mediante profesionales acreditados, siendo estudios de investigación experimentales, que emplean entre sus herramientas de medición la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS en inglés). Se excluyeron estudios cualitativos o de otros tipos como otras revisiones, libros, tesis, correlacionales, con otro tipo de intervención, otros instrumentos que midieron la desregulación emocional y de acceso restringido. Se analizaron 10 investigaciones, con muestras de pacientes de edades entre 18 a 70 años. La publicación más antigua fue del 17 de setiembre de 2008 y la más reciente del 8 de mayo de 2023. La mayoría mostró resultados prometedores de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional, pero con limitaciones que restringen conclusiones definitivas sobre su efectividad. Se destaca la necesidad de alta calidad metodológica en análisis estadísticos y mayor número muestral, así como el desarrollo de investigaciones de este tipo en pacientes con otros trastornos psicológicos o incrementar los ya existentes para nuevas revisiones en diferentes grupos etarios para abordar los efectos de la terapia cognitiva basada en mindfulness en la desregulación emocional.

Palabras clave: *DERS, MBCT, pacientes psicopatológicos*

Abstract

The research reviewed publications from 2008 to 2023 on the efficacy of mindfulness-based interventions to treat emotional dysregulation. Quantitative research was included in English or Spanish from any country, with participants considered as patients of different ages and genders who have a mental disorder, involved in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) interventions through accredited professionals, being experimental research studies, which use the Emotional Regulation Difficulties Scale (DERS) among their measurement tools. We excluded qualitative studies or other types such as other reviews, books, theses, correlational, with another type of intervention, other instruments that measured emotional dysregulation and restricted access. 10 studies were analyzed, with samples from patients aged between 18 and 70 years. The oldest publication was from September 17, 2008 and the most recent from May 8, 2023. Most showed promising results from mindfulness-based cognitive therapy on emotional dysregulation, but with limitations that restrict definitive conclusions about its

effectiveness. The need for high methodological quality in statistical analyses and a larger sample number is highlighted, as well as the development of research of this type in patients with other psychological disorders or to increase existing ones for new reviews in different age groups to address the effects of mindfulness-based cognitive therapy on emotional dysregulation.

Palabras clave: *DERS, MBCT, psychopathological patients*

2. Introducción

El propósito del estudio, el cual se estructurada en una revisión bibliográfica, se enfoca en evaluar la eficacia de intervenciones de terapia cognitivo conductual basadas en mindfulness (atención plena) (MBCT) de sus siglas en inglés (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) sobre la desregulación emocional que se manifiesta a través de diversos trastornos mentales. La desregulación emocional es un elemento transdiagnóstico que se encuentra prácticamente en todos los trastornos psicológicos (Paredes-Rivera et al., 2021). La prevalencia a nivel mundial sobre padecimientos de trastornos mentales es una de cada ocho personas, cifra que asciende a 970 millones de individuos en todo el mundo, y las patologías más comunes son la depresión y ansiedad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Por otro lado, la misma OMS (2021), señala que desde edades tempranas estos trastornos que son comunes afectan a los adolescentes y que por ende se requieren actividades de promoción y prevención para que fortalezcan sus capacidades de regulación emocional.

En este aspecto, el mindfulness o atención plena, ha sido incorporado como una herramienta psicoterapéutica para entrenar a los pacientes en habilidades determinadas, y entre sus beneficios se habla de una mejoría en la gestión emocional (Martín & Luján, 2021; Vásquez-Dextre, 2016). Sobre todo, la terapia cognitiva basada en mindfulness, que se ha vuelto un enfoque prometedor para mejorar la salud emocional (Ye et al., 2024).

A continuación, se desarrollarán aspectos teóricos relacionados a los temas de interés, en primer lugar, se tendrá la definición de desregulación emocional, teorías, cómo se manifiesta en los trastornos psicológicos, el instrumento de DERS, su modelo teórico; luego sobre la terapia cognitiva, el mindfulness, su origen histórico, la terapia cognitiva basada en mindfulness en conjunto, lo que las teorías mencionan sobre su efectividad en la desregulación emocional y terapias o intervenciones similares.

Luego se tendrá los detalles a nivel metodológico de la revisión, donde se incorporan los criterios de inclusión y de exclusión, teniendo como guía los criterios PRISMA 2020, señalando que la revisión de investigaciones se realizó entre octubre de 2023 a setiembre de 2024 haciendo uso de palabras claves (*keywords*), "*mindfulness-based cognitive therapy*" "MBCT", "*emotional dysregulation*", "DERS" y usando el conector entre los constructos: "and"; las bases de datos para la búsqueda fueron ScienceDirect, EBSCO y Scopus, haciendo una búsqueda complementaria en otros buscadores como Redalyc, Dialnet, Scielo, Pubmed, Web of Science (SpringerLink, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics y Taylor & Francis Online).

Entre los hallazgos se obtuvo 10 estudios, los mismos que fueron sometidos un proceso de decodificación y se presentaron en formato tabla. Los datos más destacados, se desarrollaron de manera descriptiva analítica, donde se tuvo en cuenta los criterios siguientes: base de datos, autoría y procedencia del estudio, características de la muestra, tipo de diseño y método de investigación, uso del instrumento DERS e intervención de terapia cognitiva basada en mindfulness.

Por último, en la sección de discusión se argumenta y analizan las aportaciones de las investigaciones en relación con el objetivo propuesto para la revisión, teniendo en cuenta las limitaciones de estos, y las potenciales líneas de investigación para el futuro.

El presente trabajo tiene la intención de presentar una revisión actualizada de los años 2008 al 2023, que corresponden a las investigaciones en este tema desde la creación del instrumento DERS para medir la desregulación emocional, enfatizando en la importancia de profundizar por medio de la investigación constante.

3. Formulación del problema y justificación

3.1. ¿Qué se entiende por desregulación emocional?

3.1.1. Definición de desregulación emocional

La relevancia de conceptualizar el constructo de “desregulación emocional” radica en que, se pretende tener una idea clara y precisa de lo que este significa, evitando caer en errores de comprensión o confundir la variable con otros constructos; esta acción facilitará el ejercicio de la revisión bibliográfica.

Para comenzar con la conceptualización, se señala que, la desregulación emocional corresponde a un deterioro de la capacidad para el manejo y la tolerancia de los estados emocionales, se manifiesta cuando un individuo experimenta un elevado nivel de malestar emocional que se prolonga en el tiempo y presenta conductas que le son difíciles de controlar, además de no ser capaz de reconocer lo que le está sucediendo en ese momento de malestar (Cremades et al., 2021; Dvir et al., 2014).

Este constructo también puede ser entendido como la incapacidad de regular la intensidad y la forma de expresar las emociones, donde el individuo que experimenta la desregulación autopercebe que sus emociones presentan una desproporcionalidad asociada a la magnitud y duración de su manifestación que no va acorde al contexto en donde está surgiendo (Paulus et al., 2021).

Para comprender el significado de desregulación emocional, se ha tener en cuenta su contra parte, la regulación emocional, siendo esta la capacidad de modificar una emoción a través de la selección, atención, evaluación y ajuste para que se genere una reacción emocional que propicie un comportamiento adaptativo según las necesidades de la persona sobre determina situación o circunstancia social; es así que, la desregulación emocional sucede cuando alguno de estos procesos sufre una alteración o deterioro (Shaw et al., 2014).

3.1.2. Etiología de la desregulación emocional

Se ha encontrado que la desregulación emocional se encuentra altamente asociada con experiencias de traumas infantiles, la relación entre ambas se sabe que es bastante compleja, ya que son varios los factores que entran en juego, sin embargo, se hace especial hincapié en la interrupción del desarrollo de la persona (entornos poco seguros o muy poco nutritivos a nivel social y emocional) y dificultades a nivel del desarrollo de los vínculos de apego (poca presencia o ausencia completa de figuras de apego); es así que, con todos estos factores presentes, cuando el individuo vive

experiencias emocionales intensas no cuenta con los recursos o herramientas suficientes para hacer frente a esas circunstancias, generándose así el fenómeno de la desregulación emocional (Keeshin et al., 2021).

Por otro lado, las expresiones de desregulación emocional, pueden ser promovidos por procesos internos psicológicos (Sharma & McClellan, 2021), de manera específica, por el uso de la rumiación (pensar una y otra vez en cosas que nos preocupan) y el catastrofismo (anticiparse al peor escenario), los individuos suelen recurrir a ellas como una forma de regular sus emociones valiéndose del uso de sus pensamientos, a modo de recursos cognitivos, pero lo único que consiguen es aumentar el nivel de malestar que los puede llevar al desbordamiento afectivo, lo que puede generar que una persona desarrolle conductas desadaptativas con la intención de reducir o calmar su malestar emocional (Selby et al., 2008); estos comportamientos ofrecen al individuo un estado de alivio o calma inmediata pero con el tiempo se producen otro tipo de problemáticas dando origen a un ciclo de malestar que desemboca en trastornos mentales, estas conductas pueden ser las autolesiones, comportamientos impulsivos, consumo de drogas, adicción a los videojuegos, la evitación experiencial, etc. (De Berardis et al., 2020).

Por otro lado, autores señalan que la desregulación emocional podría ser consecuencia de la suma entre un estilo de apego inseguro y desorganizado y experiencias traumáticas en la niñez, entre las más relevantes, los abusos sexuales y el maltrato infantil en sus distintas expresiones (Milozzi y Marmo, 2022); la presencia de estos factores se relacionan con la manifestación de distintos trastornos mentales que se podrían considerar expresiones de la desregulación emocional.

Finalmente, un deterioro o problemas a nivel de las funciones ejecutivas, las cuales se definen como un importante grupo de habilidades mentales que son indispensables para el buen funcionamiento psicológico, también están involucradas en la aparición de estados asociados a la desregulación emocional (Groves et al., 2022), un mal desempeño de funciones ejecutivas como el control inhibitorio positivo (capacidad de inhibir las respuestas impulsivas), la flexibilidad cognitiva (capacidad de usar la información de diferentes formas y apertura mental para otros puntos de vista), la memoria de trabajo (capacidad de almacenar y manipular información temporalmente) y la atención sostenida (capacidad de mantener el foco atención y permanecer alerta), están directamente asociadas con la desregulación emocional y la presencia de trastornos como el autismo, el déficit de atención e hiperactividad,

depresión, estrés postraumático, entre otros (Basharpoor et al., 2022; Conner et al., 2023; Ouhmad et al., 2023).

3.1.3. Comorbilidad clínica de la desregulación emocional

La desregulación emocional es un elemento fundamental para el desarrollo y mantenimiento de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos y ansiosos, y el trastorno de bipolaridad, además, es importante señalar que, el fenómeno de la desregulación puede estar presente en personas que aún no han desarrollado trastornos mentales, sin embargo, su presencia aumenta el riesgo de desarrollar psicopatología en el futuro (Carmassi et al., 2022; Sharma & McClellan, 2021); en esta misma línea, Paulus et al. (2021), afirman que la desregulación emocional está presente en la mayoría de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes afectando sus procesos cognitivos y comportamentales, se enfatiza en problemas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, psicosis y trastornos afectivos, además, esta dificultad puede manifestarse a través de comportamientos autodestructivos, conflictos interpersonales y problemas de autoestima; por otro lado, autores señalan que la desregulación emocional ejerce un papel muy importante en los casos de ideación, intento o consumación del acto suicida, especialmente presentes en el trastorno límite de la personalidad, en estos casos los individuos se auto perciben como poco o nada competentes a la hora de regular sus estados emociones generando en ellos una reacción de gran angustia que aumenta sus niveles de impulsividad e ideación suicida pudiendo llegar a la consumación del acto (Carmassi et al., 2022; Janiri et al., 2021).

Finalmente, se ha encontrado evidencia de que la desregulación emocional también está presente en experiencias de abuso infantil, donde, la gravedad de la experiencia de abuso se correlaciona con un mayor nivel de desregulación afectiva (Christ et al., 2019); una investigación realizada en adolescentes revela que, aquellos que han sufrido experiencias de abuso sexual tienen entre 3,9 y 5,2 veces mayores probabilidades de desarrollar trastornos del estado de ánimo, trastornos disruptivos o trastornos por consumo de sustancias, en comparación a quienes no vivieron esta experiencia (Riquelme Pereira et al., 2020).

3.1.4. Modelos teóricos sobre la desregulación emocional

La operacionalización de variables es un importante recurso para entender de manera específica las características y elementos de un constructo, por tal motivo, a

continuación, se tendrán los modelos teóricos más resaltantes que ofrece la literatura científica sobre la desregulación emocional.

Por su parte Garnefski et al. (2001), desarrollaron el modelo de las nueve dimensiones de la regulación cognitiva de las emociones las cuales hacen énfasis en estilos de afrontamiento cognitivos como respuesta al surgimiento de experiencias desagradables, se hace énfasis en estrategias adaptativas: 1) aceptación, comprende la presencia de pensamientos que generan una actitud de aceptación o resignación frente a una situación o circunstancia que se ha vivido; 2) reenfocarse en la planificación, se caracteriza por el surgimiento de pensamientos asociados a los pasos a tomar para resolver o gestionar la experiencia negativa surgida; 3) reenfoque positivo, es el acto de pensar en asuntos alegres o generadores de emociones agradables como una forma de sobrellevar o distraer la atención del evento negativo que se ha vivido; 4) reevaluación positiva, consiste en usar la función del pensamiento para atribuirle un significado positivo en beneficio del crecimiento personal a la experiencia generadora de malestar surgida; 5) poniendo en perspectiva, comprende el uso del pensamiento para relativizar la transcendencia o gravedad de la situación comparándolo con otras circunstancias; y las estrategias no adaptativas: 6) autculpa, hace referencia a la presencia de pensamientos generadores de sentimientos de culpa, falta u error, cada vez que la persona experimenta una situación indeseada o desagradable; 7) culpar a los demás, corresponde al acto de señalar como responsables o causantes de una experiencia negativa a otras personas; 8) rumiación o concentración en el pensamiento, implica centrar los pensamientos en las sensaciones e ideas que surgen producto de la circunstancia que se ha experimentado; 9) catastrofizando, ante una experiencia negativa los pensamientos se llenan de contenidos relacionados a escenarios fatales o muy amenazadores.

Otro modelo que operacionaliza el concepto de desregulación emocional es el propuesto por Gross y John (2003), que enmarcan esta variable en un conjunto de dos estrategias de regulación emocional y señalan que, dependiendo de la estrategia usada, la persona puede experimentar un mejor funcionamiento o una mayor sensación de malestar, las estrategias en cuestión son: 1) Estrategia de reevaluación, refiere al cambio de sentido o interpretación que se le da al surgimiento de una situación potencialmente generadora de malestar con la intención de modificar el impacto emocional que está pueda producir, el uso de esta estrategia se asocia con una mayor presencia de emociones positivas y menos emociones negativas, además de, un mejor funcionamiento interpersonal; 2) Estrategia de supresión, se trata de un

mecanismo de regulación emocional centrada en el cambio de la respuesta conductual luego de que una emoción hayan surgido, es decir, esta estrategia no modifica o cambia el sentir de la persona, sin embargo, se centra en la modificación de las acciones luego del surgimiento de una emoción sentida, esta estrategia se asociada con una menor manifestación de emociones positivas y mayor nivel de emociones negativas, sumado a esto, se añade un peor funcionamiento interpersonal.

Otros modelos teóricos sobre la desregulación emocional menos presentes en la literatura son la propuesta por Powers et al. (2015), su teoría se centra en la experiencia de desregulación para niños y adolescentes, estos autores estructuraron la desregulación emocional en tres dominios: 1) experiencia emocional negativa, que hace referencia a la presencia de estados emociones desagradables de gran intensidad que producen un desbordamiento afectivo en la persona; 2) cogniciones negativas, que se expresan por medio de un bloqueo mental donde el individuo es incapaz de pensar en cosas positivas y su mente se inunda de ideas o escenarios negativos sobre sí mismo o las circunstancias que vive; y 3) comportamientos desadaptativos, que se manifiestan por conductas impulsivas y la toma de decisiones precipitadas que traen como consecuencia un mayor malestar para la persona.

Así también, se tiene el modelo de MacDermott et al. (2010), cuyo diseño se centra especialmente para población infantil y adolescente, está compuesto por tres factores: 1) control emocional, incluye manifestaciones y reacciones emocionales consideradas como socialmente inadecuadas, entre ellas se considera la impulsividad, impaciencia, arrebatos de ira y conductas disruptivas; 2) autoconciencia emocional, abarca el reconocimiento de las propias emociones y la capacidad de flexibilidad emocional, así como, la regulación del afecto positivo y negativo; y 3) capacidad de respuesta situacional, implica la capacidad de sensibilidad social y la habilidad para expresar una respuesta emocional que sea coherente con las demandas que exigen las normas o reglas establecidas por la sociedad.

3.1.5. Modelo teórico sobre la desregulación emocional de Gratz y Roemer (2004)

El modelo teórico más presente dentro de la literatura científica es la propuesta por Gratz y Roemer (2004), quienes definieron seis factores sobre las dificultades en la regulación emocional, las cuales son: 1) falta de conciencia de respuestas emocionales, que hace referencia a la ausencia de atención y reconocimiento de las propias emociones; 2) falta de claridad de las respuestas emocionales, la cual corresponde a la poca capacidad del individuo para reconocer el sentido y la causa del surgimiento de sus emociones; 3) no aceptación de las respuestas emocionales,

caracterizada por la presencia de reacciones emocionales negativas como el rechazo o la ira ante la presencia de emociones primarias aversivas; 4) acceso limitado a estrategias de regulación de las emociones, la cual se fundamenta en la creencia de que se puede hacer poco o nada para regular las emociones de forma efectiva; 5) dificultades para controlar los impulsos cuando se experimentan emociones negativas, las cuales se manifiestan por una pérdida de control de la propia conducta; 6) dificultades para participar en conductas dirigidas a objetivos cuando se experimentan emociones negativas, las cuales se expresan como problemas de concentración o bloqueos a nivel mental o conductual ante la presencia de emociones desagradables intensas.

3.2. Mindfulness

3.2.1. ¿Qué es el mindfulness?

Desde la mirada occidental, de la mano de investigadores vinculados a la psicología, mindfulness o atención plena se concibe como una forma de conciencia que es capaz de aceptar la presencia de pensamientos y sentimientos negativos o desagradables y facilita la exploración del mundo subjetivo individual y la identificación de patrones mentales y comportamentales desadaptativos (Choi et al., 2021).

Otra forma de entender este concepto es como un tipo de atención que implica aceptar y no juzgar la experiencia que surge en el momento presente que da como resultado una transformación en el comportamiento que resulta beneficiosa para la salud física y mental (Schuman-Olivier et al., 2020)

Mindfulness también puede ser concebido como una forma de conciencia que se caracteriza por mantener una actitud curiosa, tolerante, amistosa, sin prejuicios, compasiva, amable y abierta orientada al momento presente (Baer, 2019).

No obstante, desde la perspectiva oriental, especialmente vista desde la experiencia y práctica de mojes budistas, el mindfulness es uno de los componentes más importantes de su cuerpo doctrinario, de manera específica, es el séptimo factor del noble óctuple sendero del camino hacia el despertar espiritual que implica tener una forma de pensamiento no crítica de la realidad, así mismo, involucra el buen uso de la capacidad de concentración, además, del cultivo y mantenimiento de un estado de presencia lúcida hacia todos los ámbitos de la vida humana (Anālayo, 2022).

En concordancia con lo anteriormente señalado, mindfulness tendría un sentido y significado mucho más profundo y amplio en comparación a la manera como es concebida en occidente, esta, al formar parte del noble octuple sendero, tiene como finalidad la cesación o eliminación del sufrimiento de la vida humana, es así que, la

atención plena se entendería más como una reflexión de los contenidos actuales de la vivencia del momento presente en el contexto general de la experiencia y no como la aceptación incondicional o neutra de lo que sucede en el ahora, de hecho, entendiendo la práctica del mindfulness de esta forma, posee una característica marcada por la discriminación entre lo que es y lo que no conduce a la meta principal, es decir, la cesación del sufrimiento, por tal razón, la atención plena implicaría también una investigación exhaustiva del origen, naturaleza e implicaciones de los fenómenos que el practicante experimenta y su posterior evaluación para determinar si la experiencia es o no beneficiosa para eliminar el sufrimiento de su vida (Vörös, 2021).

3.2.2. Origen

Mindfulness o atención plena, tiene su origen histórico desde hace 2700 años, de la mano de Siddhartha Gautama, el conocido buda histórico; ya por esos tiempos, el mindfulness era uno de los componentes centrales de la naciente doctrina budista, esta última, considerada como práctica filosófica, religiosa, psicológica y como un sistema de vida cuya finalidad fue y es, la búsqueda y la liberación del sufrimiento del ser humano (Dolores, 2020).

Cabe resaltar que el término “mindfulness” es un vocablo que comenzó a ser utilizado en occidente desde hace aproximadamente unos 50 años atrás, esta palabra corresponde a una traducción en inglés de lo que originalmente fue conocido en oriente y dentro del budismo en su lengua original, el pali, como “sati”, que se traduce al español como “la recta atención” o la “recta consciencia” (Santed et al., 2018).

La referencia principal del mindfulness en la parte occidental del mundo, le corresponde a Jon Kabat-Zinn, personaje que popularizó este término y su práctica a través de su programa denominado Reducción del Estrés Basado en Mindfulness, quien también hablaba de los importantes beneficios de esta práctica lo que produjo un expansivo interés de diversos investigadores y científicos de distintas disciplinas, además, el interés por esta práctica también se dio gracias a la disposición de los mojes budistas para que la ciencia pueda investigar sus ventajas, entre ellos resalta la figura de Thích Nhất Hạnh, importante monje budista originario de Vietnam, lo que condujo a que hoy por hoy, exista una gran comunidad de practicantes de mindfulness y un gran bagaje literario y científico sobre el mismo (Dolores, 2020).

3.2.3. Mecanismos de acción del mindfulness

Diversos autores han propuesto los procesos o mecanismos que explican como la atención plena funciona y produce cambios a nivel mental, emocional y

comportamental en un individuo, uno de estos mecanismos es la reevaluación de las situaciones que surge porque una actitud o posición basada en atención plena posibilita la interrupción de las reacciones automáticas a nivel mental, actitudinal y conductual, promoviendo en el individuo un proceso de reflexión consciente que mitiga el impacto emocional y propicia el cambio de los pensamientos y la conducta (Garland et al., 2017; Hölzel et al., 2011), además, una práctica continua de mindfulness permite la generación de estados de no evaluación y ecuanimidad que hace que conductas como la rumiación e impulsividad queden anuladas del repertorio conductual de una persona, quien luego llega a mostrar una actitud ante la vida y las circunstancias más serena y reflexiva (Desbordes et al., 2015; Garland et al., 2017), así mismo, fenómenos como la exposición y extinción son considerados como los mecanismos esenciales del mindfulness que promueven la regulación emocional, ya que, posibilita que el individuo en vez de evitar o suprimir una experiencia emocional negativa, pueda sentirla, dándose la experiencia de exposición con ayuda de una actitud de no juzgamiento, aceptación y ecuanimidad que ubica a la persona en una posición de no identificación o descentramiento (este término hace referencia a la capacidad de tomar distancia psicológica de una situación o un fenómeno mental o emocional) de la experiencia aversiva (Schuman-Olivier et al., 2020), es así que la persona llega a ser capaz de mantener una perspectiva objetiva y no dramatizada de lo que está sucediendo, produciéndose así la extinción de la reactividad emocional (al extinción hace referencia a la desaparición de la conducta de una persona) (Björkstrand et al., 2019; J. Gu et al., 2015); por último, al cultivar un estado de atención plena, surge en el individuo un proceso de reconocimiento constante sobre su mundo interior lo que facilita que esté pueda ser consciente de sus emociones produciéndose una mayor capacidad para la regulación emocional (Schuman-Olivier et al., 2020).

3.2.4. Terapia cognitiva basada en mindfulness

Es una fusión entre elementos de la terapia cognitiva conductual y el programa de reducción al estrés basada en mindfulness que se aplica en trastornos de la ansiedad y del estado de ánimo.

El número de sesiones va desde 8 a 12 encuentros usando una frecuencia de una sesión a la semana, cada una con una duración de entre 60 a 90 minutos, los grupos suelen ser pequeños con un mínimo de 4 hasta 12 participantes, esto con la intención de tener una práctica más personalizada y crear un clima de confianza y colaboración, está orientada para adolescentes y adultos, pero existen adaptaciones para niños (Segal et al., 2018; Solati et al., 2017).

Los temas que suelen abordarse son la introducción a la conciencia plena, la aceptación, la reestructuración cognitiva, la autorregulación emocional y el manejo del estrés. Y entre las técnicas que suelen enseñarse o aplicarse son la meditación *mindfulness* (atención plena), para cultivar la atención al momento presente, así como la exploración corporal, para promover la conexión entre la mente y el cuerpo. También se promueve la respiración consciente, para calmar la mente y el cuerpo; la comunicación consciente, para desarrollar una comunicación efectiva con una actitud de presencia la interacción con los otros y la reestructuración cognitiva, para identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales (Segal et al., 2018; Solati et al., 2017).

3.2.5. Terapias similares de enfoque cognitivo y/o conductual en mindfulness

En la actualidad, se ha proliferado la existencia de programas de intervención en mindfulness que conllevan dentro de sí el enfoque cognitivo, a continuación, se mencionarán los más conocidos.

Prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP)

La prevención de recaídas basada en atención plena (MBRP), es un tipo de intervención que integra el uso de las técnicas de meditación de atención plena con las técnicas tradicionales de prevención de recaídas para trastornos por consumo de sustancias. de sustancia (Grant et al., 2017).

El número de sesiones puede variar entre 8 a 12 con una frecuencia de una sesión a la semana, cada espacio tiene una duración de 90 a 120 minutos, con un mínimo de 6 y un máximo de 12 participantes para asegurar una intervención personalizada, y está orientada solo para población de personas adultas (Bowen et al., 2014; Korecki et al., 2020).

Los temas que suelen tratarse son la atención plena relacionadas a las señales de recaídas, estrategias para gestionar las emociones complicadas, estrategias para la prevención de las recaídas, el autoconocimiento y la promoción del bienestar.

Como técnica se emplean la meditación mindfulness, para desarrollar una conciencia plena al momento presente y fomentar la autoconciencia para el reconocimiento de pensamientos, emociones y sensaciones asociadas con la adicción. También la exploración de señales internas y externas, consiste en un ejercicio de observación de pensamientos, emociones y sensación físicas (señales internas) y circunstancias o situaciones (señales externas) que desencadenan el deseo de consumo. Además, las estrategias de regulación emocional, para gestionar las emociones negativas intensas, se incluyen la respiración consciente, relajación

muscular progresiva, prácticas de visualización guiada. Y por último, estrategias de afrontamiento, se usan específicamente para saber responder a las tentaciones asociadas al deseo por consumo, se consideran las técnicas de resolución de problemas, gestión del estrés, comunicación asertiva y la toma de decisiones consciente (Bowen et al., 2014; Korecki et al., 2020).

Cabe señalar que, aquellos programas que se pueden adaptar a población de niños necesitan contar con las adaptaciones necesarias, dentro de las adaptaciones se consideran el uso de un lenguaje sencillo, ejemplos o metáforas adecuados para la edad, para que los niños(as) sean capaces de comprender el significado que se busca transmitir (Semple et al., 2010).

La aplicación de actividades con un enfoque lúdico que propicien el uso de la creatividad como juego, dibujos, creación de cuentos u otros, que fomenten el interés en los participantes que asegure su involucramiento activo en el programa (Burke, 2010). Las sesiones deben ser breves evitando que éstas se prologuen para no generar cansancio en los niños, considerando que a su edad su capacidad de enfoque no es la misma que un adulto, de esta manera se puede asegurar su compromiso y colaboración (Burke, 2010).

Finalmente, es necesario incluir elementos que llamen la atención a nivel visual y sensorial, se puede hacer uso de imágenes, videos, colores llamativos o tarjetas, y, ejercicios que se orienten a la exploración táctil o la escucha atenta, haciendo de la práctica de atención plena una experiencia multisensorial (Sibinga et al., 2016).

3.2.6. Beneficios de la terapia cognitivo basado en mindfulness sobre la desregulación emocional

De acuerdo con Peixoto y Gondim (2020), existe una importante relación entre el mindfulness y la disminución de la desregulación emocional, por un lado, cultivar la capacidad de atención plena promueve el uso de estrategias de regulación emocional más adaptativas, especialmente, la reevaluación cognitiva, también, reduce el uso de estrategias desadaptativas como el pensamiento rumiativo y la supresión, elementos esenciales para la desregulación emocional, además, ubica a la persona en un posición de mayor flexibilidad para elegir entre las estrategias de regulación emocional disponibles gracias a un mayor nivel de receptividad y presencia al momento presente y al contexto en el que se desenvuelve el individuo, así mismo, la práctica de mindfulness promueve una mejor disposición para la diferenciación emocional,

aumenta la recuperación luego de haber experimentado estados emocionales aversivos y fortalece un mayor sentido de compromiso con estímulos emocionales.

Con una perspectiva similar, Heppner et al. (2015), afirma que la atención plena tiene varios mecanismos que actúan para reducir la desregulación emocional, en primer lugar, una conciencia sin prejuicios de los estados negativos genera una mayor disposición a experimentar emociones desagradables, en segundo lugar, una reactividad disminuida produce que se puedan experimentar con mejor disposición estímulos y estados emocionales, tercero, la experiencia de descentramiento mitiga el impacto de las emociones sentidas sobre la autoestima, cuarto, una mayor estabilidad que se mantiene incluso al experimentar emociones negativas a lo largo del tiempo, y quinto, la activación y desactivación consciente de áreas cerebrales asociadas al procesamiento afectivo.

Por su parte, Iani et al. (2019), también señalan la relación entre ambos constructos y profundizan en los mecanismos de acción del mindfulness sobre la desregulación emocional, se explica que, la aceptación y la no reactividad, elementos propios de la atención plena, intervienen sobre el proceso de desidentificación de pensamientos y emociones desadaptativas conduciendo a la persona hacia una reevaluación positiva por medio del mecanismo de descentramiento y un estado de metacognición propias de la atención plena, reduciendo así las manifestaciones de desregulación emocional; Iani et al. (2019), continúan señalando que, los componentes de descripción y no reactividad asociadas al mindfulness contribuyen sobre otros mecanismos para la reducción de la desregulación emocional, la no reactividad facilita que la persona entre en contacto con sus emociones, a pesar de que estas puedan ser aversivas o desagradables, y la descripción verbal de estos estados emocionales ayuda a que la persona sea capaz de comprender su mundo afectivo y le otorga la capacidad de expresar lo que siente, todo esto, genera un efecto terapéutico de alivio, bienestar y sensación de control sobre uno mismo, reduciendo así las emociones negativas; por último, los componentes de observación y no juzgamiento, se asocian con otros mecanismos de acción para reducir la desregulación emocional, en este caso, observar sin juzgar los estados emocionales negativos reduce la presencia del pensamiento rumiativo, el mismo que se caracteriza por la crítica o el juzgamiento de lo que uno siente o de lo que pueda estar pensando, generándose de esta forma otro efecto terapéutico positivo al reducir el neuroticismo (Iani et al., 2019).

Finalmente, existen correlatos sobre cambios en diversas estructuras cerebrales a consecuencia de la práctica habitual de atención plena que impactan sobre la disminución de la desregulación emocional, entre ellas, hay evidencia que la atención plena disposicional (ser conscientes de manera natural a lo que ocurre) e intencional (hacer un ejercicio voluntario para enfocar la atención en lo que está ocurriendo) se relacionan con una mayor actividad de la corteza prefrontal, corteza cingulada anterior y corteza insular, y una menor actividad y volumen en la amígdala, todos estos datos se asocian con una mayor capacidad para regular las emociones y una menor reactividad emocional (Wheeler et al., 2017); otros hallazgos hacen énfasis en una mayor actividad de la ínsula, esta área del cerebro se considera como la base de la conciencia interoceptiva, es decir, la conciencia del propio cuerpo y de las experiencias fisiológicas internas, que contribuyen con el reconocimiento y aceptación de las emociones, sentimientos y sensaciones tan necesarias en la capacidad de regulación emocional (Young et al., 2018); además, varios hallazgos señalan que un entrenamiento sostenido de meditación de atención plena aumentan el volumen de la materia gris en áreas como la corteza cingulada posterior, el istmo del cíngulo bilateral y la corteza retrosplenial adyacente, y aquello se asocia con un mayor bienestar psicológico, mejor estado de ánimo y salud psicológica, así mismo, el aumento de la materia gris en corteza cingulada posterior se asoció con una mayor capacidad y rendimiento cognitivo (Tang et al., 2020).

3.3. Justificación

La presente investigación se justifica en diversos aspectos, siendo el principal la necesidad de realizar un estudio que concretamente revise investigaciones sobre la efectividad que posee la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional, empleando concretamente un instrumento (DERS) que a lo largo del tiempo ha sido bastante empleado y útil para este propósito, debido a que no existen revisiones que exploren dicho efecto con tal instrumento concretamente.

Por otra parte, la exploración de este tema, demostrará cuán efectivo es este tipo de terapia de tercera generación en los últimos 20 años, específicamente desde la creación del cuestionario DERS que fue en el año 2004, para que así se refuerce la metodología empleada y se opte por utilizarlas en el beneficio de diversos trastornos mentales que afectan a la población mundial, generando consciencia de que el uso de la medicación se puede limitar aún más al emplear esta terapia y reducir posibles efectos secundarios, además de favorecer a la economía de las personas.

Por otro lado, los resultados generan aportes prácticos para otros investigadores, al detectar las limitaciones de los estudios revisados, los vacíos de conocimiento, así como limitaciones de la presente investigación, para sugerir el desarrollo de nuevos estudios sobre aspectos determinados o nuevas revisiones que ayuden a ampliar o aclarar el fenómeno de estudio o línea de investigación. También representa un antecedente de estudio para otros investigadores.

Por último, se justifica metodológicamente al desarrollar una metodología con pasos claros, la cual puede ser replicada por otros investigadores y verificar los resultados expuestos o emplearlo para estudios futuros.

4. Método

4.1. Selección de los estudios

La estrategia de búsqueda se basó en la revisión de bases de datos electrónicas de ScienceDirect, EBSCO Scopus, de manera complementaria se indagó también en otras plataformas de búsqueda como Pubmed, Web of Science (Springerlink, Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics y Taylor & Francis Online), además de Scielo, Redalyc y Dialnet, para que de esta manera no se haga una búsqueda general y solamente se ubiquen los estudios de dichas fuentes. Se emplearon palabras claves (*keywords*) consideradas en la Asociación Americana de Psicología (Psychological Index Terms), las cuales fueron tanto en inglés como en español, para poder así ampliar la búsqueda, dichos términos fueron: “Mindfulness-based”, “MBCT”, “cognitive therapy” “emotional dysregulation” y “DERS. Empleando en estos, los conectores AND para la búsqueda en dichos repositorios o bases de datos.

Como parte del proceso de búsqueda, se empleó diversos criterios que se emplearon como filtros usados para la búsqueda. Primero fueron el filtrado por años, siendo investigaciones publicadas entre los años 2008 y 2023, siendo el año mínimo y máximo de los estudios incluidos, teniendo en consideración que se delimitó la búsqueda a partir de la elaboración del instrumento DERS por Gratz y Roemer (2004). También, se determinó que fueran artículos en español y en inglés en los buscadores. Luego se estableció como filtro el tipo de estudio, en este caso solo se requería investigaciones empíricas y de artículos científicos, para que no aparezcan otras revisiones sistemáticas, metaanálisis, libros y tesis. Hasta este punto ayudaron las opciones de filtrado de las bases de datos mencionadas, para proseguir con la selección de los artículos.

Para determinar las investigaciones que serían incluidas en la revisión, se hizo una primera revisión de los títulos, estos debían contener la variable de intervención ya sea en inglés o en español que es terapia cognitiva basada en mindfulness y desregulación emocional o que sean pacientes con diagnóstico psicopatológicos. Luego de obtener la cantidad de artículos seleccionados. Se verificó que midan la variable desregulación o regulación emocional, a través del instrumento DERS, lo cual facilitó bastante descartar los artículos que no poseían dicho instrumento. Luego de ello, se verificó que la intervención en mindfulness fuera desde el enfoque cognitivo, enfoque cognitivo conductual o prevención de recaídas basado en mindfulness, debido a que se enmarcan en este paradigma. No importó si las intervenciones fueran con ensayos controlados aleatorizados, cuasi experimentales o preexperimentales, ya que todos ellos fueron útiles. Finalmente se revisó si las intervenciones estuvieron a cargo de profesionales calificados

y entrenados para la enseñanza de esta práctica. Cuando se tuvo asegurado todos estos datos, se procedió a realizar la extracción de datos haciendo uso de una plantilla en el programa Excel donde se consideraba apartados como: referencias, objetivo, variables, datos sobre participantes, metodología e instrumentos, país, resultados, conclusiones y limitaciones. Todo el procedimiento fue realizado por una persona, este fue el autor de la investigación presente.

4.1.1. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que se muestran a continuación han sido establecidos con la intención de abarcar una gran diversidad de estudios donde se realicen intervenciones de terapias cognitivas basadas en mindfulness y se evalúa su efecto de manera directa o complementaria sobre la variable desregulación emocional y que empleen la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS), siendo este instrumento el punto de partida según su año de creación que fue el 2004 por Gratz y Roemer, por tanto se podría decir que la búsqueda se hizo en un rango de 20 años, debido a que se considera esta herramienta como parte fundamental de la inclusión de los artículos, ya que es una herramienta adecuada para este propósito y realizando una búsqueda rápida, se puede observar que es frecuentemente empleado. Esto quiere decir que, a pesar de su antigüedad, el modelo teórico que lo sustenta es realmente válido y adecuado respecto a esta variable y ha sido considerado generalmente sin modificaciones, denotando adecuada validez y confiabilidad. También, se consideró que dentro de su metodología sean estudios experimentales, sin importar el tipo en sí. En relación con los criterios de exclusión, se dejaron de lado aquellos estudios que no consideraban el instrumento mencionado y que claramente no consideren la terapia cognitiva basada en mindfulness como intervención, además de que no consideren a profesionales experimentados en el tema.

Los criterios de inclusión como tal fueron: (1) Año: estudios publicados apartir de la elaboración del instrumento DERS (2004); (2) Variables: que contengan ambas variables; (3) Tipo de artículo: investigación experimental; (4) idioma: inglés y español; (5) Población: pacientes diagnósticos psicopatológicos; (6) instrumento para la variable desregulación emocional: Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS); (7) Intervención: terapia cognitiva-conductual basada en mindfulness a cargo de profesionales acreditados.

Fueron excluidos investigaciones de tipo cualitativas, correlacionales, revisiones sistemáticas y metaanálisis.

La Figura 1 muestra la información correspondiente al proceso de revisión e inclusión de investigaciones que se tomaron en cuenta para el presente estudio, cabe resaltar que la revisión bibliográfica se realizó teniendo como marco de referencia las directrices PRISMA 2020.

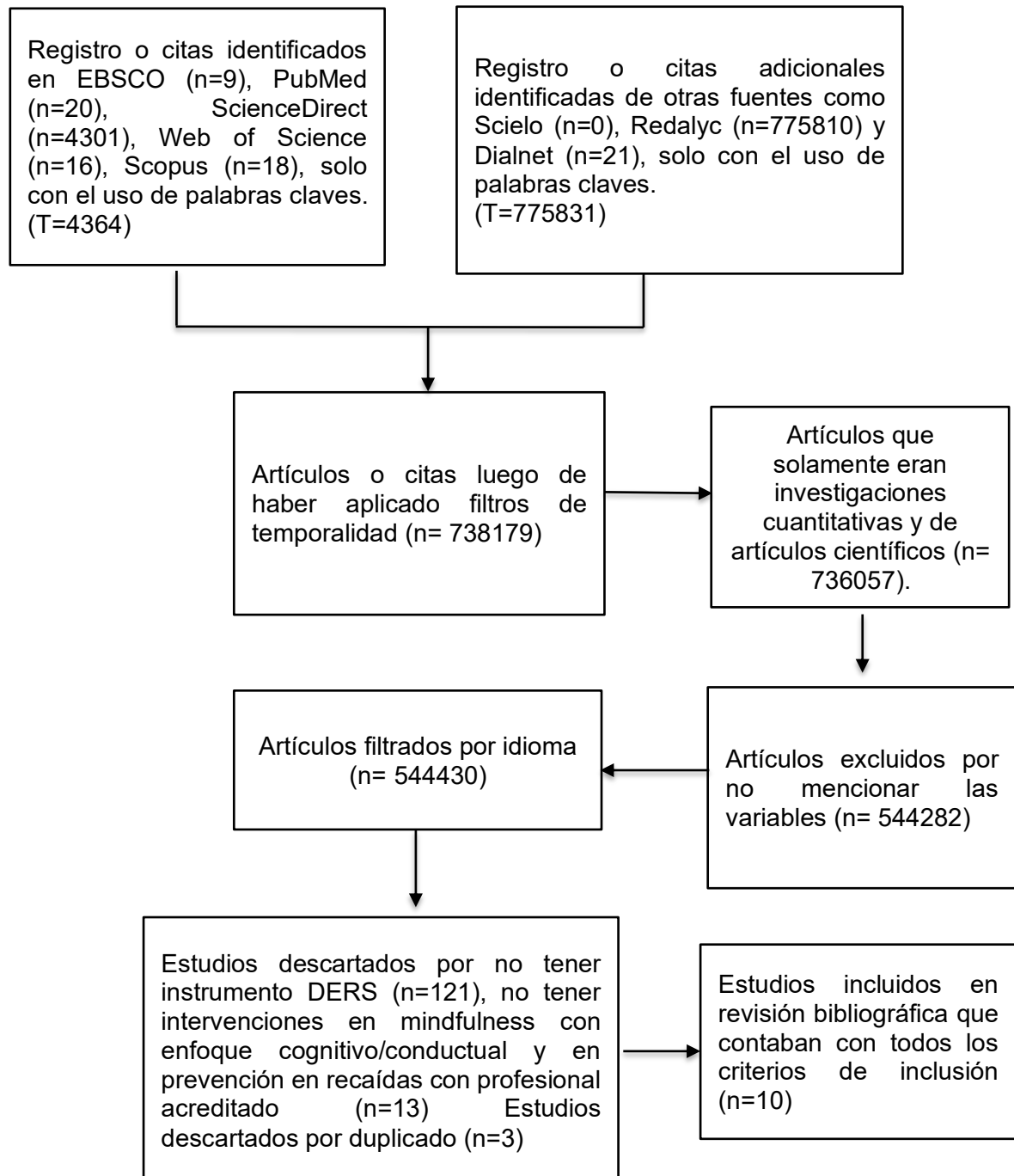


Figura 1. Diagrama PRISMA para la inclusión de los artículos de investigación

Nota: Elaboración propia, Basada en Prisma (Page et al., 2021)

4.2. Codificación de estudios

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
Gu y Zhu (2023) (China)	116	32.5	Varones y mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, con edades comprendidas entre 18 y 49 años; (n=58) asignados al grupo experimental de terapia cognitiva basada en mindfulness, (n=58) asignados al grupo de control de tratamiento habitual con fármacos y psicosociales instruidos	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	BBD-YBOCS, BABS, COPS, MAAS, DERS, IDB, IAB, BRIEF.	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT); Tratamiento habitual (TAU) con uso de fármacos e instrucciones psicosociales.	Los participantes que recibieron MBCT mostraron una disminución significativa en las puntuaciones de DERS, pasando de 101.82 (± 21.00) a 82.26 (± 22.78), lo que indica un tamaño de efecto grande (>0.8). En comparación con el grupo de control (TAU), el grupo MBCT experimentó una mejora significativa sobre DERS ($p < 0.001$). La disminución en las puntuaciones de DERS luego de MBCT indica que puede ser efectiva para ayudar a los pacientes con trastorno	El número limitado de participantes afecta la generalización de los resultados para una población más amplia con trastorno dismórfico corporal. El seguimiento solo fue de un mes, lo que limita la evaluación de la efectividad a largo plazo sobre MBCT. No se incluyó un grupo de control que recibiera una intervención activa diferente. El uso de cuestionarios de autoinforme

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
							dismórfico corporal a aceptar y manejar sus emociones, reduciendo así la intensidad de sus preocupaciones sobre la imagen corporal.	puede introducir sesgos de respuesta. La implementación de MBCT pudo variar entre facilitadores, afectando la consistencia de la intervención.
Spinhoven, Hoogerwerf, van Giezen y Greeven (2022) (Países Bajos)	136	40.8	Varones y mujeres mayores de 18 años con trastornos de ansiedad: trastorno de pánico con agorafobia (25%), trastorno de pánico sin agorafobia (27,9%), trastorno obsesivo compulsivo (17,6%) y trastorno de ansiedad generalizada (16,9%); (n=62) fueron asignados al grupo	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	BAI, FQ, IDS, WHOQoL - BREF, FFMQ, DERS, PSWQ, CEQ	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT); Terapia Cognitivo Conductual de Prevención de Recaídas (TCC-PR).	El grupo MBCT mostró una disminución significativamente mayor que en el grupo CBT-RP en dificultades en las estrategias de regulación emocional (DERS: $p < .001$); MBCT mostró una reducción notable en las puntuaciones de DERS pasando de 101.82 (± 21.00) a 82.26 (± 22.78) lo que indica un	El trastorno de ansiedad refractario al tratamiento está mal definido en la literatura y en la mayoría de los estudios solo se requiere el fracaso del tratamiento farmacológico. El asistente de investigación realizó la aleatorización después de la evaluación de elegibilidad y la

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
			experimental con la terapia cognitiva conductual basada en mindfulness y (n=74) fueron asignados al grupo de control con la terapia cognitiva conductual para la prevención de recaídas.				tamaño grande (>0.8). Se observó que la efectividad de MBCT se mantuvo a lo largo del tiempo, aunque con una ligera disminución en la magnitud del efecto durante el seguimiento.	asignación del tratamiento no se ocultó para los participantes durante el tratamiento previo y las evaluaciones posteriores. El tamaño de la muestra no permitió analizar las facetas de habilidades de atención plena y las dificultades de regulación emocional. Los terapeutas de MBCT se calificaron como principiantes avanzados, terapeutas más competentes probablemente habrían obtenido mejores resultados del tratamiento.

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
Shirk, Muquit, Deckro, Sweeney y Kraus (2021) (Estados Unidos)	3	51.6	Los participantes tenían diagnósticos como trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, bipolaridad, problemas con consumo de sustancia y trastornos de juego, (n=3) fueron sometidos al tratamiento de MBRP.	Preexperimental	CAMS-R, SUPPS-P, DERS-SF, CPFQ y SDS.	Terapia Cognitiva para Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP).	Los participantes reportaron una reducción del 40% en los niveles de DERS luego de la intervención MBRP, además, la reducción en DERS contribuyó a la reducción de antojos y la impulsividad, así como una reducción del 30% en la frecuencia del consumo.	El estudio tuvo una muestra muy reducida, lo que limita la generalización de resultados. La falta de grupo de control limita la evaluación del efecto específico de la intervención MBRP. No sé realizó un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los beneficios de MBRP. No se descarta la existencia de sesgos por un uso de instrumentos de autoinforme.
Huang, Hsu, Chao, Shang, Tsai y Wu (2021)	19	48.3	En su mayoría mujeres y solo un varón que han experimentado la	Preexperimental	TRIG, GAD-7, CDT, DERS, FFMQ.	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness	La escala de dificultades de regulación emocional (DERS),	No sé incluyó un grupo de control, dificultando la comparación de

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
(Taiwán)			muerte de al menos un familiar de primer grado dentro de 6 meses a 4 años con duelo no resuelto, solo existió un grupo (n=19) que se sometieron al tratamiento de terapia cognitiva basada en mindfulness.			(MBCT).	mostró una disminución significativa en las puntuaciones post-MBCT, pasando de 104.89 (± 4.10) a 90.16(± 4.31), con un valor t de -3.39 a un p de .003, esto indica una mejora en la capacidad de los participantes para manejar mejor sus emociones luego de la intervención; por otro lado, se encontró una correlación negativa entre ansiedad ($r=-.83$) y dificultad de regulación emocional ($r=-.78$), a partir de esto se infiere que la mejora de la regulación emocional se asocia con mayor	los efectos. No se registraron respuestas subjetivas durante la excitación emocional. La comprensión de FFMQ pudo haber sido afectada por el estado emocional de los participantes. La existencia de una alta variabilidad de respuestas por las diferencias en la práctica de atención plena. Solo hay un hombre en la muestra, lo que limita la generalización de los hallazgos. Las influencias culturales del

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
							nivel de atención plena y menor nivel de ansiedad.	duelo podrían afectar la efectividad de la intervención. La duración del programa podría haber influido en los resultados observados.
Schanche, Vollestad, Visted, Svendsen, Osnes, Binder, Franer y Sorensen (2020) (Noruega)	68	40.1	Varones y mujeres adultos con trastorno de depresión mayor en remisión total o parcial; (n=26) fueron asignados al grupo experimental MBCT, y (n=30) asignados al grupo de control de lista de espera.	Ensayo controlado aleatorizado.	RRQ-Rum, DERS, STAI, SCS, FFMQ, BDI-II, BAI.	Terapia cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y lista de espera (WLC).	Los participantes que completaron MBCT mostraron una mejora significativa en DERS, el tamaño del efecto fue de $d=0.50$, con un valor p de 0.028, indicando una mejora moderada sobre la mejora en la capacidad de regular sus emociones en comparación al grupo de espera. Por otro lado, se encontró que la mejora en DERS media sobre la	Número pequeño de muestra que limita la generalización de los resultados a poblaciones amplias. Falta de un grupo de control activo que limita la evaluación efectiva de MBCT. Los participantes se auto seleccionaron para el estudio, lo que genera sesgo en la

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
							reducción de los síntomas de depresión, con un índice de mediación significativo (bootstrap 95% CI [0.10, 0.30])	muestra. El seguimiento fue limitado, lo que impide evaluar la sostenibilidad de los efectos a largo plazo. Se permitió el uso de antidepresivos, lo que pudo haber influido sobre los resultados y complicar la interpretación de la efectividad de MBCT.
Huang, Ling Hsu, Ming Hsu, Tsai, Huang, Chao, Hwang y Wu (2019) (Taiwán)	19	48.3	Varones y mujeres entre 25 a 66 años, que perdieron a un familiar significativo en un plazo de entre 6 meses a 4 años y que informaron un duelo no resuelto, (n=19) llevaron el tratamiento en	Preexperimental	TRIG, GAD-7, CDT, DERS, FFMQ.	Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).	Antes de la intervención la puntuación media de DERS fue de 85.12 (DE=10.34), y luego de la intervención basada en MBCT, la media disminuyó a 67.45 (DE=9.56), estos datos	Muestra poco representativa que dificulta la generalización de resultados. No se realizó seguimiento a largo plazo, lo que limita conocer la durabilidad de

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
			MBCT.				evidencian una reducción significativa en DERS con un valor de $P < 0.0001$. Además, los participantes reportaron que a medida que el puntaje de DERS disminuye, su experiencia sobre el duelo mejora.	los efectos de MBCT. La falta de grupo de control dificulta la comparación de los efectos de MBCT, lo que restringe la interpretación de resultados. El uso de autoinforme puede introducir sesgos.
Kladnitski, Smith, Allen, Andrews y Newby (2018) (Australia)	22	36.5	Varones y mujeres en un rango de edad de 18 a 66 años con diagnósticos de trastorno de depresión mayor (TDM) y trastornos ansiosos (TAG, fobia social, agorafobia, trastorno de pánico, TOC), cada participante tenía en promedio	Pre experimental.	K-10, PHQ-9, GAD-7, WEMWBS, WHODAS-II, PSWQ, RRS, BEAQ, DERS, FFMQ.	Terapia Cognitiva Conductual en Línea Potenciada con Atención Plena (TCCi)	La puntuación media de DERS antes del estudio fue de 85.00 (DE: 15.5) y luego de la intervención de TCCi, la media disminuyó a 65.00 (DE=12.00), con una reducción de 20 puntos que representa una reducción del 23.5% en DERS. Se incluye una	La muestra no es representativa para la población general, limitando la capacidad de generalización de resultados. No se realizaron evaluaciones a largo plazo para determinar la sostenibilidad

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
			2.7 diagnósticos, (n=22) se sometieron al grupo experimental con la terapia cognitiva conductual mejorada con atención plena.				relación entre la disminución de DERS sobre la mejora de TAG del 33.3%, con una media inicial de 15.00 (DE=4.00) y posteriormente una media de 10.00 (DE=3.0). Así mismo, una asociación entre la disminución de DERS con un efecto de mejora para TDM del 42.9%, con una media inicial de 14.00 (DE=5.00), y luego 8.00 (DE=4.0)	del efecto de TCCi, lo que dificulta tener conocimiento de su efecto a largo plazo. La falta de grupo de control limita la comparación del efecto de TCCi. El uso de instrumentos de autoinforme puede presentar sesgos en las respuestas.
Glasner-Edwards, Mooney, Ang, Garneau, Hartwell, Brecht y Rawson (2017)	63	45.3	Varones y mujeres con trastorno de consumo de sustancias, 49% cocaína y 51% metanfetamina, y el 43% con trastornos del estado de ánimo y	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	BDI-II, BAI, ASI, DERS, WBSI, FFMQ.	Terapia cognitiva para Prevención de Recaídas Basada en Atención Plena (MBRP), Programa de Educación para	Luego de la intervención de MBRP, se observó una disminución significativa ($p < 0.05$) sobre DERS ($t = -2.02$, $df = 41$, $p = 0.002$). En el seguimiento	Sesgos en la selección de la muestra al momento de elegir a los participantes, esto afecta la generalización de resultados.

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
(Estados Unidos)			ansiedad; (n=31) asignados al grupo experimental con Terapia cognitiva para prevención de recaídas basada en mindfulness, (n=32) asignados al grupo de control con un programa de educación para la salud (HE).			la Salud (HE).	luego de un mes, también se observaron puntuaciones significativamente más bajas en DERS. Los participantes del grupo MBRP mostraron una disminución significativa en la depresión (BDI-II: $\chi^2 = 2,88$, $p = 0,04$) y en la ansiedad ($t = -2,34$, $df = 28$, $p = 0,01$). Esto indica que la mejora en la regulación emocional puede ayudar a manejar síntomas depresivos y ansiosos, reduciendo el riesgo de recaídas en adicciones.	Ausencia de un seguimiento más a largo plazo mínimo de 6 meses, esto dificulta conocer la efectividad de la intervención MBRP. Ausencia de un grupo de control más amplio que afecta la validez interna de la investigación. El uso de instrumentos de autoinforme puede generar sesgos en la respuesta de los participantes que limita la confiabilidad de los resultados.
Joshi, Sharma y Varambally	5	29.8	Pacientes varones y mujeres diagnosticados	Preexperimenta.	BDI, BAI, DERS. AAQ-II, WHOQOL-	Terapia Cognitiva Basada en	La intervención de MBCT produjo una mejora significativa	La muestra es pequeña, lo que imposibilita la

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
(2017) (India)			con trastorno afectivo bipolar (TABP), en remisión parcial o completa, (n=5) se sometieron al tratamiento de la terapia cognitiva basada en mindfulness.		BREF).	Atención Plena (MBCT)	sobre DERS luego de la intervención con una disminución del 30% post-intervención; además, la reducción de DERS se asoció con la disminución de síntomas depresivos en un 40%, y en ansiedad con un 35%.	generalización de resultados. La ausencia de un grupo de control limita una comparación eficiente de la intervención. La selección de los participantes podría inducir sesgos para la validez de la investigación. La falta de un seguimiento a largo plazo impide conocer la sostenibilidad de los resultados. El uso de autoinformes puede presentar sesgos en las respuestas de los participantes.
Leahey, Crowther e Irwin (2008)	7	54	Seis mujeres y un varón, diagnosticados	Preexperimental	EDE Q, BDI-II, DERS, ESES,	Terapia Cognitivo Conductual	Antes de la intervención el valor de DERS fue	La dependencia del uso de cuestionarios de

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
(Estados Unidos)			con trastorno por atracón y con síntomas depresivos, (n=7) fueron asignados al grupo experimental con la intervención en terapia cognitivo conductual basada en mindfulness.		SOCRATES	Basada en Atención Plena (TCC-AP).	de 99,43, y luego de la intervención TCC-AP fue de 85,14, esto indica una reducción de 14,29 puntos, lo que significa una mejora notable en la capacidad de los participantes para regular sus emociones, Por otro lado, la reducción significativa de episodios de pérdida de control de 26 a 2 puntos, y de alimentación emocional de 56 a 46, sugiere que a medida que los participantes mejoraron sus puntuaciones en DERS, pudieron controlar mejor sus conductas alimentarias. La reducción de	autoinforme puede introducir sesgo en las evaluaciones realizadas. La ausencia de un grupo de control limita la capacidad de determinar la eficacia de la intervención TCC-AP. La muestra es muy reducida, lo que limita la generalización de los resultados. No se ha podido identificar los efectos a largo plazo de la intervención sobre la regulación emocional y los atracones.

Referencia del estudio (País)	N	Edad (M)	Participantes	Diseño y metodología	Instrumento	Intervenciones	Principales resultados	Limitaciones
							síntomas depresivos de 13 a 7 puntos, también sugiere que una mejora en la regulación emocional favorece niveles más bajos de depresión.	

REFERENCIAS: **BBD-YBOCS**, Escala Obsesivo-compulsiva de Yale-Brown; **BABS**, Entrevista Semiestructurada Basada en la Escala de Evaluación de Creencias de Brown; **COPS**, Cuestionario de Detección de Procedimientos Cosméticos; **MAAS**, Escala de Atención y Conciencia Consciente; **DERS**, Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones; **IDB**, Inventario de Depresión de Beck; **IAB**, Inventario de Ansiedad de Beck; **BRIEF**, Inventario de Calificación de Comportamiento de la Función Ejecutivo – versión para adultos; **IDS**, Inventario de Sintomatología Depresiva; **FQ**, Cuestionario de Miedo; **WHOQoL-BREF**, Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud - BREF; **FFMQ**, Cuestionario de Atención Plena de las Cinco Facetas; **PSWQ**, Penn State Worry Questionnaire; **CEQ**, Cuestionario de Credibilidad y Expectativa; **TRIG**, Texas Revised Inventory of Grief; **GAD-7**, Generalized Anxiety Disorder-7; **CDT**, Cuestionario de Depresión Taiwanés; **CAMS-R**, Escala de Atención Plena Cognitiva y Afectiva - Revisada; **SUPP-S**, Escala Breve de Conducta Impulsiva; **DERS-SF**, Escala de Dificultades de Regulación Emocional - Versión Breve; **CPFQ**, Cuestionario de Funcionamiento Cognitivo y Físico; **SDS**, Escala de Discapacidad de Sheehan; **K-10**, Escala de Angustia de Kessler; **PHQ-9**, Cuestionario de salud del paciente - 9; **WEMWBS**, Escala de bienestar mental de Warwick-Edimburgo; **WHODAS-II**, Escala de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud; **RRS**, Escala de respuesta rumiativa; **BEAQ**, Cuestionario breve de evitación experiencial; **ASI**, Índice de Gravedad de la Adicción; **WSBI**, Inventario de Supresión del Oso Blanco; **AAQ-II**, Cuestionario de Aceptación y Acción - II; **EDE-Q**, Cuestionario de Examen de Trastorno Alimentarios; **ESES**, Escala de Autoeficacia Alimentaria; **SOCRATES**, Escala de Etapas de Disposición al Cambio y Entusiasmo al Tratamiento.

5. Resultados

En los párrafos siguientes se presentan los hallazgos de manera descriptiva-analítica tomando como punto de referencia los siguientes criterios: base de datos, procedencia, año de publicación de los estudios, características de la muestra, diseño y tipo de los estudios, tipos de intervención para los programas de terapia cognitiva basada en mindfulness.

5.1. Descripción analítica de los resultados

Se encontraron en total 10 artículos, de ellos, 5 se encontraron en PubMed, 4 en ScienceDirect y 1 en Scopus (Ver Figura 2).

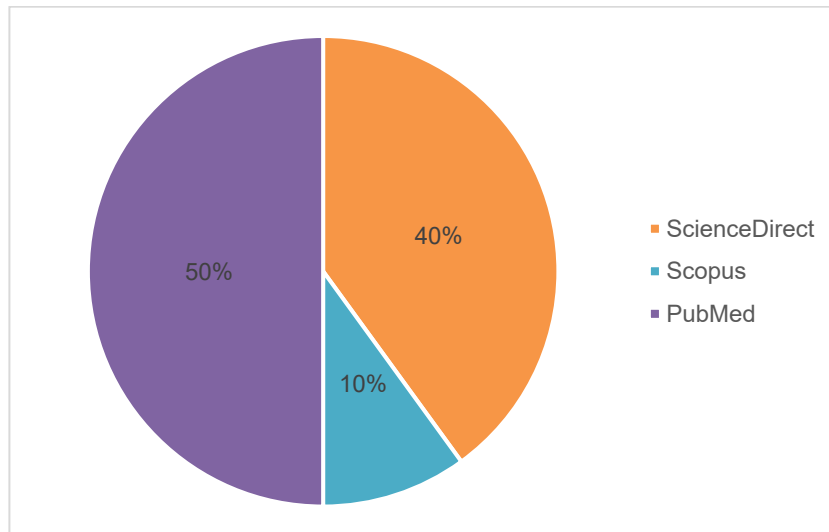


Figura 2. Base de datos

En relación con los años de publicación, dos artículos fueron publicados en el año 2017, también 2 en el 2021, y para el resto de los años uno en 2008, 2018, 2019, 2020, 2022 y 2023 (Figura 3).

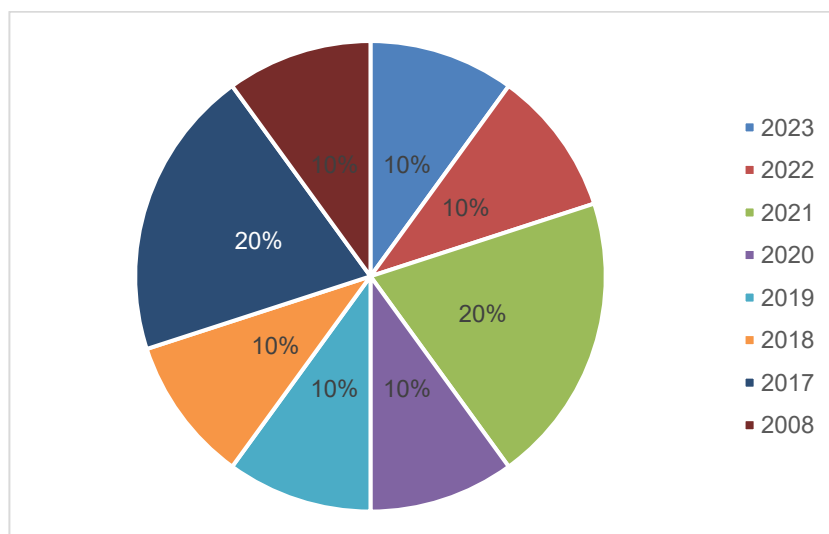


Figura 3. Porcentaje de publicaciones por año

En cuanto al país de origen por cada estudio, 3 de ellos fueron realizados en Estados Unidos, otros 2 en Taiwán, y uno cada país restante que fue, China, Países Bajos, Noruega, Australia y la India. En este aspecto, la mayoría de estudio fueron elaborados en el continente asiático (4), seguido de América del Norte (3), Europa (2) y Oceanía (1). Todos ellos fueron estudios escritos en inglés (Figura 4).

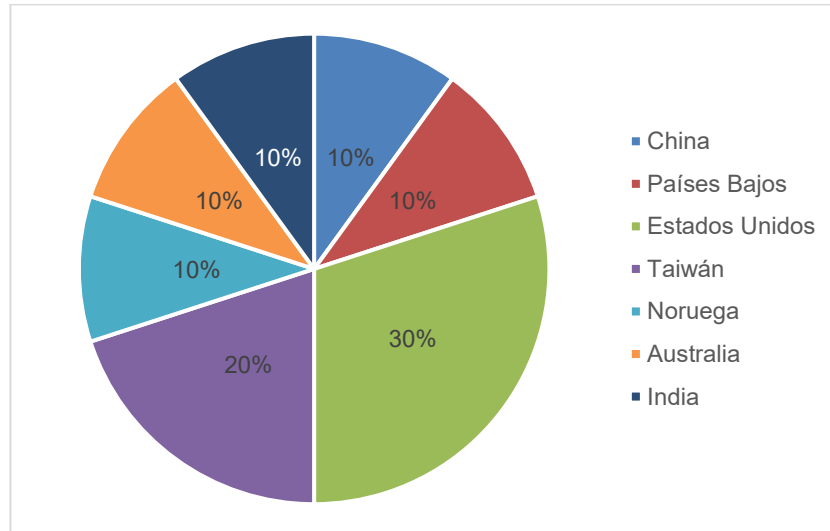


Figura 4. Porcentaje de publicaciones según País de origen

La media muestral fue de 45.8 participantes con un rango de 3 a 136; además, la media de las edades fue de 42,72 años con un rango de entre 29 a 54 años.

Esta investigación se centró en la variable de desregulación emocional, que suele estar presente en trastornos mentales. En este aspecto, cuatro artículos tuvieron como pacientes a diagnosticados con trastornos del estado del ánimo (depresión, ansiedad, afectivo bipolar), en 2 artículos el diagnóstico fue el trastorno por consumo de sustancias, en otros 2 el diagnóstico fue duelo no resuelto, en un estudio fue trastorno por atracción y otro trastorno dismórfico corporal (Figura 5).

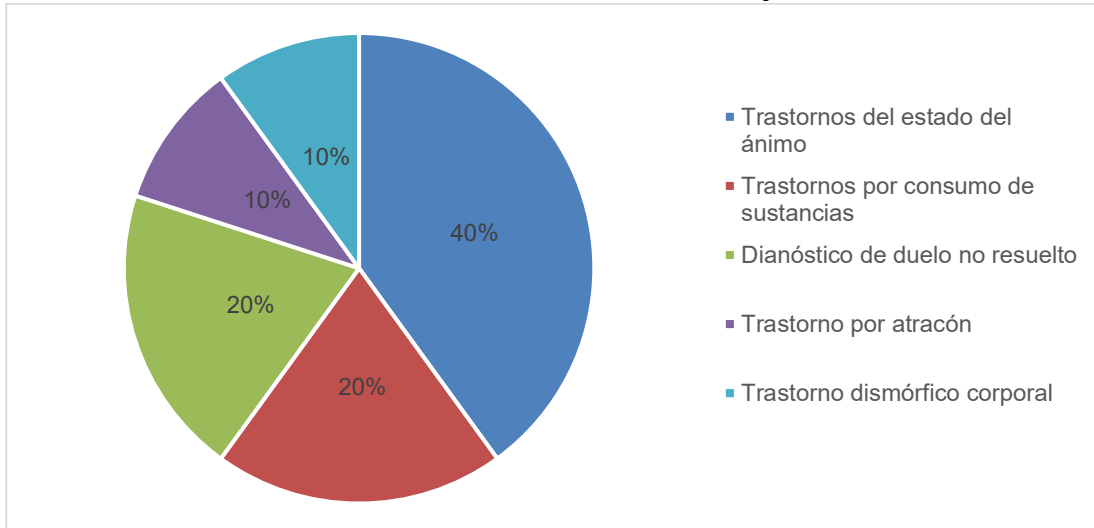


Figura 5. Porcentaje de publicaciones según diagnósticos asociados

Por otra parte, se ha observado que respecto a tipo de programa basado en mindfulness que sigue el enfoque cognitivo a tres tipos, en donde seis estudios fueron de terapia cognitiva basada en mindfulness, dos fueron de terapia cognitiva conductual basada en mindfulness y dos programas de prevención de recaídas basada en mindfulness (Figura 6).

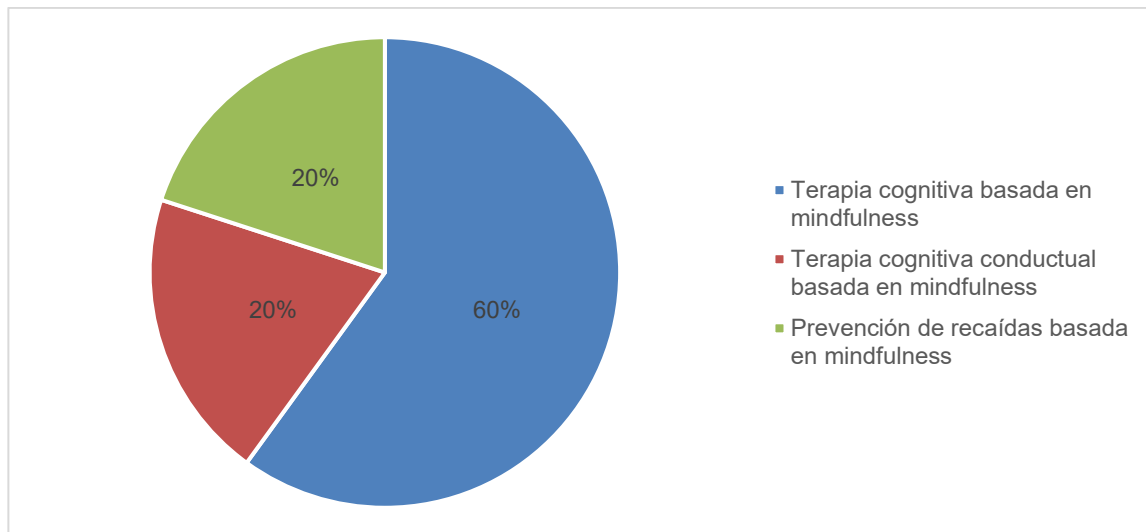


Figura 6. Porcentaje de investigaciones según el tipo de programa de terapia cognitiva basada en mindfulness.

Sobre los diseños experimentales también se encontraron ligeras diferencias en sus tipologías, encontrándose que seis estudios realizaron investigaciones preexperimentales (1 solo grupo) y cuatro de ellas ensayos clínicos controlados aleatorizados (Figura 7).

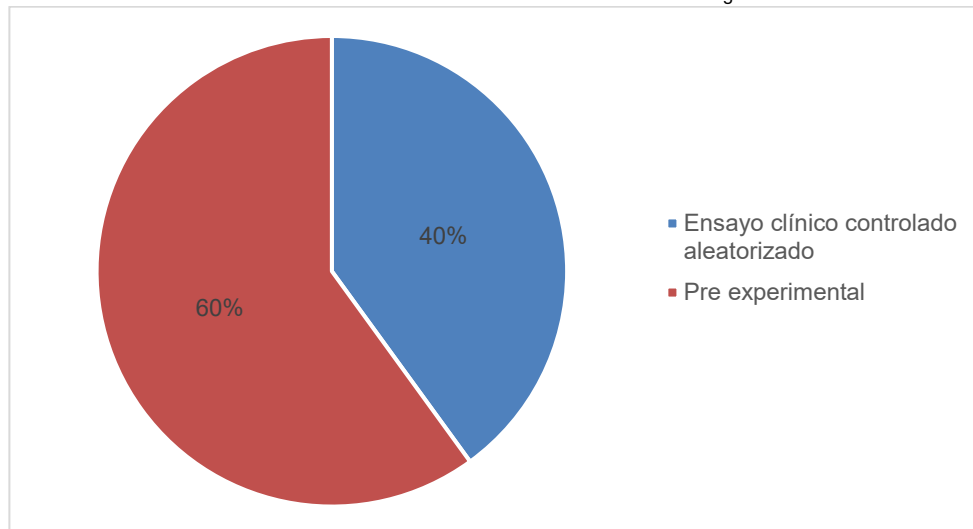


Figura 7. Porcentaje de investigaciones según tipo de diseño experimental

Por último, de los 10 estudios, siete no incluyeron un seguimiento a largo plazo, dos de estos sí lo hicieron y uno de ellos tuvo un seguimiento limitado. Esto quiere decir que la mayoría se limitó solamente al uso de pre y post test luego de la aplicación de la terapia cognitiva basada en mindfulness (Figura 8).

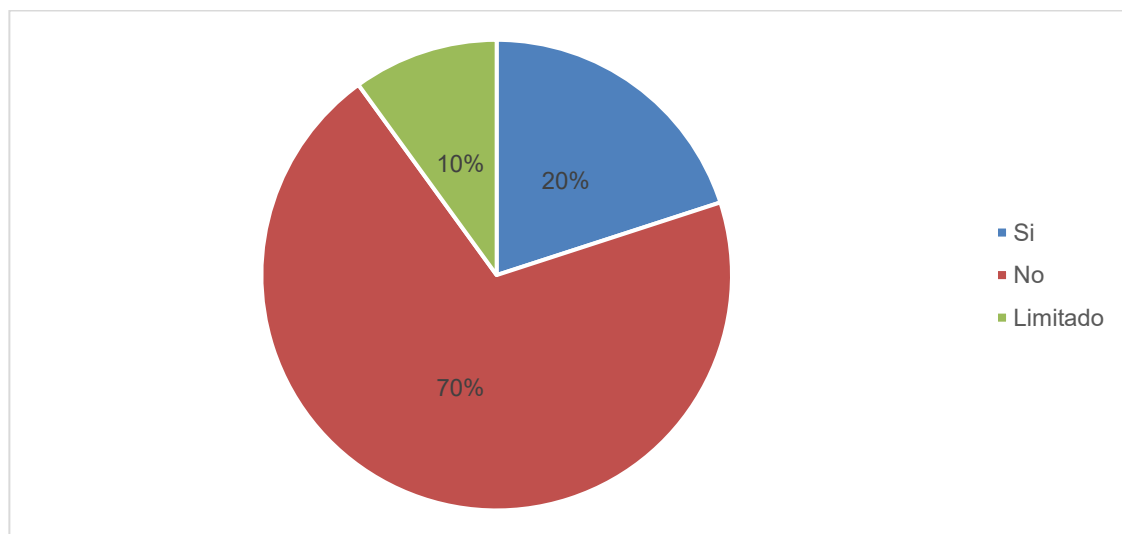


Figura 8. Cantidad de investigaciones que incluyeron o no incluyeron seguimiento.

5.2. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional

5.2.1. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según países

Respecto a los hallazgos correspondientes a los países, como ya se ha mencionado, la mayoría provienen de Asia, en este aspecto, los estudios de Gu y Zhu (2023) (China), Huang et al. (2021) (Taiwán), Huang et al. (2019) (Taiwan), Joshi et al. (2017) (India), son los que aportaron evidencias en este continente, mostrando en sus hallazgos que esta terapia favorece a la reducción de la desregulación emocional en beneficio de otras patologías diagnosticadas. Además de que resultan ser estudios en algunos casos recientes sobre este tema, lo que demuestra el interés creciente por este tipo de terapia.

En la región de Norteamérica, también se encontraron estudios, precisamente tres que abordan el tema, todos de Estados Unidos, (Leahey et al., 2008; Glasner-Edwards et al., 2017; Shirk et al., 2021), en donde la mayoría se centró en población de consumo de sustancias, lo que demuestra que también esta región ha estado realizando algunos estudios sobre este tema considerando el DERS y que los problemas de consumo son algo recurrente y que merecen atención con este tipo de terapias, demostrando a su vez la efectividad de la MBCT.

Por otra parte, en el continente europeo, solo hubo dos estudios prácticamente actuales siendo el de Spinhoven et al. (2022) (Países Bajos) y Schanche et al. (2020) (Noruega), que abordaron estas variables en pacientes con trastornos emocionales, demostrando también que la MBCT tiene un efecto positivo sobre la desregulación emocional.

Finalmente, en el continente oceánico Kladnitski et al. (2018) (Australia), también indicó que la desregulación emocional se reduce con la Terapia Cognitiva Conductual Basada en Mindfulness.

5.2.2. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según diseño metodológico

En este aspecto se puede destacar que si bien, no todos los estudios abordaron precisamente MBCT, sí lo hicieron desde este enfoque, pero los que sí lo desarrollaron fueron seis, Gu y Zhu (2023), Huang et al. (2021), Huang et al. (2019), Joshi et al. (2017), Spinhoven et al. (2022) y Schanche et al. (2020). Los cuales también demostraron que efectivamente la MBCT disminuye significativamente la desregulación emocional medida por DERS. Se observa, además, que casi todos consideraron pacientes con trastornos emocionales como la depresión, ansiedad, afectivo bipolar, duelo no resuelto y solo Gu y Zhu (2023), se centró en trastorno dismórfico corporal, pero que el efecto sigue siendo significativo.

Por otro lado, dos estudios concretamente desarrollaron la Terapia Cognitivo Conductual Basado en Mindfulness (MBCBT siglas en inglés), siendo el primer estudio realizado en este tema y que evaluó con el instrumento DERS el de Leahey et al. (2008), centrado en pacientes con trastornos alimenticios en la cual también indicó que la MBCBT ayudó a una mejora notable en la capacidad de los participantes para regular sus emociones. Y Kladnitski et al. (2018) en Australia, reportó que la DERS se redujo con la MBCBT en pacientes con depresión mayor y ansiedad.

Por último, dos estudios se centraron en la Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) el cual adopta el enfoque cognitivo para este propósito, siendo el estudio de Shirk et al. (2021) y Glasner-Edwards et al. (2017), ambos claramente desarrollados con pacientes con trastornos por consumo de sustancias y en algunos casos también adicción al juego, demostrando también, la efectividad que posee la terapia MBRP para reducir la desregulación emocional en favor de un adecuado manejo de emociones para prevenir recaídas.

Respecto al tipo de diseño, experimental, cuatro estudios fueron ensayos clínicos controlados aleatorizados (Glasner-Edwards et al., 2017; Schanche et al., 2020; Spinhoven et al., 2022; Gu y Zhu, 2023) en todos ellos, se demostró que existe un efecto significativo de la terapia sobre la desregulación emocional, teniendo en consideración que este tipo de estudios resultarían con mayor validez porque cuenta con un grupo control de comparación y es aleatorio, lo que lo vuelve mucho más objetivo frente a otros diseños.

Por su parte el resto de las investigaciones fueron preexperimentales, (Leahey et al., 2008; Joshi et al., 2017; Kladnitski et al., 2018; Huang et al., 2019; Huang et al., 2021; Shirk et al., 2021) en donde también indicaron la reducción de la desregulación emocional mediante la terapia, aunque en este caso, se tiene cuidado con los resultados, debido a que al ser investigaciones que no poseen grupo control, los resultados no se pueden comparar con otros experimentos o individuos para compararlos y determinar con mayor objetividad dicho efecto. Gran cantidad de ellos casi no realizaron seguimientos para corroborar posteriormente los cambios en la desregulación emocional.

Respecto a la muestra, casi todos los estudios tuvieron menos de 50 pacientes, solo Glasner-Edwards et al. (2017), Schanche et al. (2020) y Gu y Zhu (2023), tuvieron más de ello y Spinhoven et al. (2022) fue el único con más de 100 siendo 136 pacientes. Por lo tanto, aunque los resultados de los estudios, indiquen que gracias a esta terapia es posible la reducción de la desregulación emocional, no suelen ser factibles a generalización por las cantidades que manejaban.

5.2.3. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según diagnósticos psicopatológicos

5.2.3.1. Eficacia de la terapia cognitiva basadas en mindfulness sobre la desregulación emocional en pacientes con trastornos del estado del ánimo

En este caso, fueron cuatro estudios los que abordaron trastornos del estado de ánimo como principal diagnóstico, siendo Spinhoven et al. (2022) (trastornos de ansiedad), en donde el grupo MBCT mostró una disminución significativamente mayor que en el grupo CBT-RP de acuerdo con DERS, observando además que la efectividad de MBCT se mantuvo a lo largo del tiempo, aunque con una ligera disminución en la magnitud del efecto durante el seguimiento. Schanche et al. (2020) (trastornos depresivo recurrente), encontraron que los participantes que completaron MBCT mostraron una mejora significativa en DERS, con un tamaño del efecto moderada y que la regulación emocional, es un mediador para reducir los síntomas depresivos. Kladnitski et al. (2018) (trastornos de depresión mayor y ansiedad) encontraron mejoría gracias a la MBCBT generando mejoría para el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor gracias a la reducción de la desregulación emocional. Por último, Joshi et al. (2017) (bipolaridad y síntomas de depresión y ansiedad) aplicando la MBCT redujo la desregulación emocional y a su vez los síntomas depresivos y ansiosos hasta en un 40%.

5.2.3.2 Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional en pacientes con trastornos por consumo de sustancias

Dos estudios exploraron este problema, siendo el de Shirk et al. (2021) trastorno por consumo de sustancias y trastorno de juego a su vez, de lo que se puede comprender que conlleva a las adicciones o dependencias, obteniendo como resultados que la MBRP favorece a reducir las puntuaciones DERS, disminuyendo la impulsividad y la frecuencia de consumo. Por su parte, Glasner-Edwards et al. (2017) que se centró exclusivamente en el trastorno por consumo de sustancias en pacientes dependientes de estimulantes, la MBRP redujo las puntuaciones DERS, e incluso bajó más luego de un pequeño seguimiento, a su vez mejoró los problemas emocionales asociados a esta patología como ansiedad y depresión, para reducir el riesgo de recaídas.

5.2.3.3 Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional en pacientes con diagnóstico duelo no resuelto

En este caso, hubo dos estudios que abordaron este tema, Huang et al. (2019) y Huang et al. (2021) que fueron investigadores que realizaron estudios en años diferentes con propósitos distintos, pero que abordaban la MBCT en pacientes con duelo no resuelto, que claramente padecían otro tipo de patologías como ansiedad y depresión, pero que, en ambos

casos, concluyeron que la terapia MBCT, disminuyó una reducción significativa en DERS, mejorando la experiencia sobre el duelo.

5.2.3.4 Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional en pacientes con trastorno por atracón

En este caso, solo un estudio abordó este tema, siendo el estudio más antiguo Leahey et al. (2008) especificando el trastorno alimenticio por atracón, encontraron que la MBCBT ayudó a una mejora notable en la capacidad de los participantes para regular sus emociones, esto a su vez estuvo asociado con pacientes con problemas depresivos, lo cual también tuvo un efecto positivo en la reducción de esta patología.

5.2.3.5 Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional en pacientes con trastorno dismórfico corporal

En este caso, solo hubo un estudio que abordó este problema, siendo el más reciente. Gu y Zhu (2023) demostraron que Los participantes que recibieron MBCT mostraron una disminución significativa en las puntuaciones de DERS, con un tamaño de efecto grande, reduciendo así la intensidad de sus preocupaciones sobre la imagen corporal, por lo que ayuda enormemente según el tamaño del efecto a este propósito modificando su manera de pensar y regulando sus emociones con la atención plena.

5.2.4. Eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional según hallazgos

En todos los casos los hallazgos demuestran la efectividad de la terapia cognitivo basado en mindfulness para la desregulación emocional, en las cuales indican una reducción de las puntuaciones de DERS, o sea de las dificultades para regular sus emociones, en algunos casos con un tamaño de efecto grande a diferencia del grupo control (Gu y Zhu, 2023; Spinhoven et al., 2022), tamaño de efecto moderado contrario al grupo de espera (Schanche et al., 2020). Otro concretamente indicó, que hubo una reducción porcentual 40% (Shirk et al., 2021). También, Kladnitski et al (2018) indicaron que la reducción de efecto de mejora 20% a 40% de las puntuaciones en los pacientes con trastorno de ansiedad y depresión. Por su parte Joshi et al (2017) señalaron que hubo una disminución del 30% de la puntuación de DERS y poco más de casi del 40% en la depresión y ansiedad. En el resto de los estudios, de igual forma se afirma que el efecto es significativo y la mejoría se incrementa según la patología de los pacientes analizados.

En este aspecto como la desregulación emocional es una variable transdiagnóstica, resulta ser un mediador entre las variables psicopatológicas de los pacientes en los estudios analizados lo que indica que, mediante una adecuada regulación emocional favorecida por la MBCT y sus terapias semejantes indicadas en esta investigación, las patologías que están

asociadas a éstas que son en su mayoría, evidentemente, trastornos emocionales, logran una disminución de sus manifestaciones o indicadores, devolviendo a los pacientes con estos diagnósticos la salud mental que requieren para continuar sus vidas.

6. Discusión

6.1. Aportaciones

La mayoría de los estudios considerados en esta revisión bibliográfica sobre la aplicación de terapias cognitivas basadas en mindfulness, tuvieron resultados positivos y significativos en cuanto a la disminución de los niveles de desregulación emocional en distintas poblaciones con diagnósticos psicopatológicos. Esto quiere decir a grandes rasgos, que efectivamente la MBCT es capaz de favorecer a reducción de problemas emocionales presentes en los trastornos psicológicos más comunes como lo son el del estado del ánimo, entre ellos depresión, ansiedad y afectivo bipolar como se ha observado en los estudios revisados. Además, también resulta efectivo para personas con trastorno por consumo de sustancias, lo que quiere decir que factible para mejorar sus impulsos a las adicciones. De similar forma con pacientes con depresión y favorece a los pacientes con duelo, que tienen que pasar por todo este proceso en donde muchas emociones negativas se manifiestan y deben ser procesadas adecuadamente en el tiempo debido y que se vuelve patológico si no es resuelto, favoreciendo a regular sus emociones. Por otra parte, denota ser efectivo para personas con trastornos alimenticios, lo que quiere decir que ayudaría a regular las ansias para no recaer en conductas de este tipo como el atracón y por último denota favorecer a patologías como el trastorno dismórfico corporal.

Esta disminución de la sintomatología de las patologías mencionadas, justamente se debe al efecto mediador que posee la adecuada regulación emocional, obtenida mediante la MBCT, sobre todo en problemas emocionales (Joshi et al., 2017; Huang et al., 2021; Schanche et al., 2020) ya que, es una variable transdiagnóstica que se puede analizar en diversos problemas mentales y, gracias a su mejora, repercute positivamente en dichos pacientes.

Por otra parte, lo positivo de los hallazgos, es que, de acuerdo con otras características, estos resultados han sido los esperados, por ejemplo, de acuerdo con la diversidad de países de los estudios incluidos, demuestra que es la efectividad de MBCT en la reducción de DERS se puede manifestar en diversas poblaciones alrededor del mundo. No obstante, también se observa una falta de investigaciones arbitradas a nivel de Latinoamérica, lo que a su vez denota ser una limitante, pero según los hallazgos, se podría inferir que también es posible un efecto positivo de la MBCT en la desregulación emocional medida por DERS en los países de esta región.

Por otro lado, si bien en la mayoría de los casos las muestras eran pequeñas o reducidas, el efecto de todas maneras se pudo comprobar, o al menos eso manifestaron los investigadores en sus hallazgos, solo algunos estudios sobrepasaron los 50 individuos y uno tuvo en consideración a 136 pacientes. Esto podría también dar a entender que es posible

ampliar la muestra y que es factible trabajar MBCT en muestras amplias. En este aspecto, también se observó que las muestras fueron abordadas desde diseños experimentales de dos tipos, preexperimental y ensayos clínicos controlados aleatorizados y que aunque en todos los casos se determinó estadísticamente el efecto de la terapia, los estudios preexperimentales al no comparar con grupos control, pueden no ser tan fiables en sus hallazgos a diferencia de los ensayos clínicos controlados aleatorizados, pero aún así como se encuentra, los efectos muestran resultados significativos.

De los encontrados, también es posible observar algunos otros aportes adicionales en los hallazgos como, por ejemplo, Gu y Zhu (2023) mencionan que gracias a la efectividad del MBCT, los pacientes con trastorno dismórfico corporal aceptan y manejan mejor sus emociones, reduciendo así la intensidad de sus preocupaciones sobre la imagen corporal, aunque esto lo percibió en dos subescalas de esta variable, como la dimensión “no aceptación de las respuestas emocionales” y “dificultades para participar en conductas dirigidas a objetivos”.

También, el estudio de Spinhoven et al. (2022) demuestra que la MBCT reduce aún más las puntuaciones DERS a diferencia de la Terapia Cognitiva Conductual tradicional y se mantiene a lo largo del tiempo, aunque con una ligera disminución en la magnitud del efecto durante el seguimiento. Por su parte, Shirk et al. (2021) indicaron que la reducción en DERS contribuyó a la reducción de antojos y la impulsividad, así como una reducción del 30% en la frecuencia del consumo de sustancias. Huang et al. (2019) señalaron que los participantes reportaron que a medida que el puntaje de DERS disminuye, su experiencia sobre el duelo mejora.

Kladnitski et al. (2018) reportó mejoras en el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor. Glasner-Edwards et al. (2017) destaca que las sintomatologías depresivas y ansiosas que pueden formar parte de problemas de adicción, mejoran gracias a la MBCT para reducir el riesgo de recaídas. Joshi et al. (2017) indica que la reducción de DERS se asoció con la disminución de síntomas depresivos en un 40%, y en ansiedad con un 35%. Y por último Leahey et al. (2008) destaca que a medida que los participantes mejoraron sus puntuaciones en DERS, pudieron controlar mejor sus conductas alimentarias y también los niveles de depresión.

De este modo, existieron diversos aportes además de indicar el principal hallazgo en los estudios incluidos, que refuerzan la hipótesis de que el MBCT tiene un impacto positivo en la desregulación emocional y que esto favorece la recuperación sobre diversos trastornos mentales.

6.2. Limitaciones y propuestas de mejora

En esta revisión bibliográfica, se realizó un análisis y descripción de 10 estudios de nivel científico que evaluaron la eficacia de intervenciones en terapia cognitivo-basada en mindfulness (MBCT) sobre la desregulación emocional en pacientes con distintos diagnósticos psicopatológicos. Cabe señalar que la calidad de la información presentada en la presente revisión, se encuentra condicionada por las limitaciones que cada uno de los estudios incluidos pudieron presentar a nivel metodológico. Por ejemplo, seis estudios fueron preexperimentales, y el resto ensayos clínicos controlados aleatorizados, esto quiere decir que no todos los estudios tuvieron la rigurosidad requerida, debido a que los estudios preexperimentales solo trabajan con un grupo y no con grupos control, lo que genera carencia de comparación de datos con otras personas que pueden llevar otros tratamientos o ningunos, para corroborar mejor la eficacia del MBCT en la regulación emocional. Además, esto reduce la calidad y el poder estadístico al momento de contrastar la efectividad de la terapia cognitiva basada en mindfulness, lo que se traduce en una validez interna poco sólida, lo que obliga a tomar los datos con cierta desconfianza. Por tanto, se propone que los estudios posteriores, mantengan la rigurosidad en el desarrollo de investigaciones con dichas variables e instrumento, pero con ensayos clínicos controlados aleatorizados, para favorecer a la obtención de resultados más objetivos.

Por otro lado, se observa que los estudios tuvieron muestras relativamente pequeñas, solo tres estudios pasaron la cantidad de 50 individuos, en donde uno fue de 136 pacientes. Además, entre los estudios encontrados, se observa variedad sobre los trastornos psicológicos diagnosticados, lo cual hace difícil poder generalizar respecto a un solo trastorno, y hace poco fiable la generalización de los hallazgos porque una muestra diferentes características no representa de forma adecuada a una población en específico. Además, las muestras pequeñas también limitan el alcance estadístico de los resultados, lo que supone tomar con reserva los datos obtenidos por estas investigaciones. Ante esto se sugiere seguir realizando investigaciones de este tipo, pero con muestras más amplias.

Por otro lado, aunque el propósito de estudio fue la inclusión de investigaciones con el instrumento DERS, se debe tener en cuenta que al ser una escala de autoinforme, por su naturaleza, pueden inducir sesgos y presentar datos imprecisos, los participantes pueden emitir respuestas que se alineen con la deseabilidad social o de los investigadores, y también pueden estar condicionados por sus propios juicios de valoración, generando una distorsión de la respuesta, sumado a ello, los instrumentos de autoinforme no siempre logran capturar toda la complejidad del constructo, en este caso, la desregulación emocional, todo esto

ocasiona que los datos resultantes no reflejen un verdadero efecto producto de la intervención basada en mindfulness, por tales motivos, se deben tomar los resultados con cautela. En este aspecto se recomienda que se use dicho instrumento, pero se asocie con herramientas como la Imagen por Resonancia Magnética Funcional” (fMRI) para asegurar los cambios en base a la actividad cerebral, lo cual haría más objetivo los hallazgos.

También otra limitación fue la falta de un seguimiento a largo plazo en la mayoría de los estudios, un seguimiento de este tipo hubiese puesto en evidencia el impacto de la intervención lo que hubiese permitido tener datos la consolidación de las habilidades mindfulness y su efecto sobre la desregulación emocional, la falta de esta información deja vacía la interrogante de que si una intervención basada en mindfulness resulta efectiva a largo plazo o no. Se sugiere, por tanto, a los investigadores desarrollar futuros estudios sobre el tema, con un seguimiento más amplio de mínimo seis meses.

Por otra parte, unas cuantas investigaciones dieron cuenta de la pérdida de datos sufrida durante la realización de las intervenciones y la deserción de algunos participantes a las sesiones de mindfulness, estos hechos afectaron de manera negativa el análisis estadístico y las posteriores conclusiones del estudio, así mismo, esto genera que la información obtenida luego de la intervención tenga sesgos y sea cuestionable lo que hace poco fiable y obliga a tomar con cautela los resultados. Ante esto se recomienda que se empleen muestras de mayor frecuencia y un control riguroso de la selección de esta, para que en caso suceda, aún posean cantidades significativas o prevenir estas situaciones.

Adicionalmente, no se descarta la falta de enmascaramiento que pudo haber estado presente en algunas de las investigaciones incluidas para la presente revisión, a pesar de no estar seguros de ello, es importante tener en cuenta la existencia de esta limitación la cual pudo haber afectado negativamente la fiabilidad de los datos que se recogieron antes y después de las intervenciones, lo que sugiere que se tome con prudencia los resultados.

Finalmente, como limitaciones propias de la presente investigación, se puede indicar que, dentro del proceso de búsqueda, se limitó a estudios en inglés y español, con la posibilidad de que estudios en otros idiomas puedan tener también investigaciones similares que pudieran haber sido incluidas y aportar a la presente. No obstante, sobre esto se sugiere que se realicen estudios que sean difundidos en idioma inglés y de esta forma sean más accesibles a la mayoría de los investigadores que quieran indagar en este tema y facilitar su localización.

Finalmente, por factores asociados al tiempo disponible y falta de mayor recurso humano, es posible que haya ocurrido una omisión en la búsqueda de otras plataformas donde se hayan podido encontrar más investigaciones sobre el tema, afectando la exhaustividad y

representatividad de la revisión, así mismo, cabe señalar que la revisión fue realizada por una sola persona y se reconoce que pudo haber existido sesgos u omisiones en el proceso de la revisión que puede afectar la calidad de la investigación.

6.3. Líneas futuras

Los datos descritos en esta revisión tienen importantes implicaciones a nivel clínico; se ha evidenciado como no se ha abordado el efecto de la variable mencionada sobre la desregulación emocional con la herramienta DERS en una sola población y se ha realizado esta revisión teniendo en cuenta que la desregulación emocional se percibe desde una perspectiva transdiagnóstica, lo cual es coherente con las tendencias actuales en investigación psicopatológica y por tanto está presente en distintos y variados trastornos mentales, consolidándose una vez más como un elemento transdiagnóstico muy importante para tener en cuenta en el desarrollo de investigaciones futuras que aborden el estudio de este constructo. Aun así, estudios sobre el tema y sobre una patología determinada, es una oportunidad para otros investigadores en sus estudios futuros, comenzando con trastornos emocionales, para que en algún momento se pueda realizar una revisión más precisa y obtener resultados que se puedan generalizar y aportar enormemente a la comunidad científica, sobre todo a las terapias de tercera generación.

Al haber notado que el importante efecto que pueden tener las intervenciones de terapia cognitiva basada en mindfulness sobre la desregulación emocional y sus dimensiones, sería importante que estudios futuros sobre este tema, realicen un seguimiento a largo plazo para medir el alcance de los ensayos controlados aleatorizados sobre el tema y determinar cuan efectiva resulta la práctica de la atención plena luego de que el programa haya finalizado, además, sería interesante estudiar los factores asociados al mantenimiento de la práctica en el periodo post intervención para que se tengan presente en el diseño de futuros programas de entrenamiento en atención plena.

Se insta también, que las futuras investigaciones puedan incluir muestras más grandes y heterogéneas, donde existe un mínimo de cien participantes a más para tener un alcance estadístico que permita la generalización de los resultados, así también, se sugiere considerar combinar la medida de desregulación emocional mediante DERS, haciendo uso de marcadores biológicos como la monitorización de frecuencia cardíaca, la actividad cerebral y/o entrevistas estructuradas o semiestructuradas para ahondar en los detalles a nivel de la experiencia particular de cada participante sobre su práctica, donde se incluyan preguntas relacionadas a las dificultades que pudo haber experimentado y los beneficios que pudo haber percibido del entrenamiento.

Es importante que las investigaciones futuras que aborden la misma temática tomen en cuenta las limitaciones descritas en este apartado y tengan las precauciones necesarias para que los datos que se obtengan sean más exactos y fiables.

7. Referencias bibliográficas

- Anālayo, B. (2022). Mindfulness in Early Buddhism. En N. N. Singh (Ed.), *Encyclopedia of Mindfulness, Buddhism, and Other Contemplative Practices* (pp. 1-8). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-90465-4_79-1
- Baer, R. (2019). Assessment of mindfulness by self-report. *Current Opinion in Psychology*, 28, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.015>
- Basharpour, S., Zakibakhsh Mohammadi, N., Heidari, F., Azarkolah, A., Vicario, C. M., & Salehinejad, M. A. (2022). Emotional working memory training improves cognitive inhibitory abilities in individuals with borderline personality trait: A randomized parallel-group trial. *Journal of Affective Disorders*, 319, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.089>
- Björkstrand, J., Schiller, D., Li, J., Davidson, P., Rosén, J., Mårtensson, J., & Kirk, U. (2019). The effect of mindfulness training on extinction retention. *Scientific Reports*, 9(1), 19896. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-56167-7>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *JAMA psychiatry*, 71(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x>
- Carmassi, C., Conti, L., Gravina, D., Nardi, B., & Dell'Osso, L. (2022). Emotional dysregulation as trans-nosographic psychopathological dimension in adulthood: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.900277>
- Choi, E., Farb, N., Pogrebtsova, E., Gruman, J., & Grossmann, I. (2021). What do people mean when they talk about mindfulness? *Clinical Psychology Review*, 89, 102085. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102085>
- Christ, C., Waal, M. M. de, Dekker, J. J. M., Kuijk, I. van, Schaik, D. J. F. van, Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A. T. F., & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood

- emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLOS ONE*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Conner, C. M., Elias, R., Smith, I. C., & White, S. W. (2023). Emotion regulation and executive function: Associations with depression and anxiety in autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 101, 102103. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102103>
- Cremades, C. F., Garay, C. J., & Etchevers, M. J. (2021). Tratamiento de la desregulación emocional en hospitales del área metropolitana de Buenos Aires: Una encuesta a profesionales. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(3), 103-116. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.3.6>
- De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F., & Di Giannantonio, M. (2020). Emotional Dysregulation in Adolescents: Implications for the Development of Severe Psychiatric Disorders, Substance Abuse, and Suicidal Ideation and Behaviors. *Brain Sciences*, 10(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/brainsci10090591>
- Desbordes, G., Gard, T., Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Kerr, C., Lazar, S. W., Olendzki, A., & Vago, D. R. (2015). Moving beyond Mindfulness: Defining Equanimity as an Outcome Measure in Meditation and Contemplative Research. *Mindfulness*, 6(2), 356-372. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0269-8>
- Dolores, M. (2020). MINDFULNESS EN ORIENTE Y EN OCCIDENTE MINDFULNESS IN THE EAST AND IN THE WEST.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard review of psychiatry*, 22(3), 149-161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: Evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PloS One*, 12(12), e0187727. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187727>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Glasner-Edwards, S., Mooney, L., Ang, A., Garneau, H., Hartwell, E., Brecht, M., y Rawson, R. (2017). Mindfulness Based Relapse Prevention for Stimulant Dependent Adults: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Mindfulness*, 8(1), 126-135. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0586-9>

- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386-396. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Groves, N. B., Wells, E. L., Soto, E. F., Marsh, C. L., Jaisle, E. M., Kathy, H. T., & Kofler, M. J. (2022). Executive Functioning and Emotion Regulation in Children with and without ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(6), 721-735. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00883-0>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Gu, Y.Q., & Zhu, Y. (2023). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for body dysmorphic disorder: Impact on core symptoms, emotion dysregulation, and executive functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 81, 101869. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101869>
- Heppner, W. L., Spears, C. A., Vidrine, J. I., & Wetter, D. W. (2015). Mindfulness and Emotion Regulation. En B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* (pp. 107-120). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-2263-5_9
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 6(6), 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Huang, F., Hsu, A., Chao, Y., Shang, C., Tsai, J., y Wu, C. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy on bereavement grief: Alterations of resting-state network connectivity

- associatewith changes of anxiety and mindfulness. *Human Brain Mapping*, 42(2), 510-520. <https://doi.org/10.1002/hbm.25240>
- Huang, F., Hsu, A., Hsu, L., Tsai, J., Huang, C., Chao, Y., . . . Wu, C. (2019). Mindfulness Improves Emotion Regulation and Executive Control on Bereaved Individuals: An fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(541). <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00541>
- Iani, L., Lauriola, M., Chiesa, A., & Cafaro, V. (2019). Associations Between Mindfulness and Emotion Regulation: The Key Role of Describing and Nonreactivity. *Mindfulness*, 10(2), 366-375. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0981-5>
- Janiri, D., Moccia, L., Conte, E., Palumbo, L., Chieffo, D. P. R., Fredda, G., Menichincheri, R. M., Balbi, A., Kotzalidis, G. D., Sani, G., & Janiri, L. (2021). Emotional Dysregulation, Temperament and Lifetime Suicidal Ideation among Youths with Mood Disorders. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), Article 9. <https://doi.org/10.3390/jpm11090865>
- Jon Kabat-Zinn, Ph.D., Ann O. Massion, M.D., Jean Kristeller, Ph.D., Linda Gay Peterson, M.D., Kenneth E. Fletcher, Ph.D., Lori Pbert, Ph.D, R. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 147(7), 936-943.
- Joshi, S., Sharma, M., y Varambally, S. (2017). Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Bipolar Affective Disorder: A Case Series. *International Journal of Yoga*, 11, 77-82. https://doi.org/10.4103/ijoy.IJOY_44_16
- Keeshin, B. R., Bryant, B. J., & Gargaro, E. R. (2021). Emotional Dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 375-387. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.007>
- Kladnitski, N., Smith, J., Allen, A., Andrews, G., y Newby, J. (2018). Online mindfulness-enhanced cognitive behavioural therapy for anxiety and depression: Outcomes of a pilot trial. *Internet Interventions*, 13, 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.06.003>
- Korecki, J. R., Schwebel, F. J., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2020). Mindfulness-based programs for substance use disorders: A systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00293-3>
- Leahey, T., Crowther, J., y Irwin, S. (2008). A Cognitive-Behavioral Mindfulness Group Therapy Intervention for the Treatment of Binge Eating in Bariatric Surgery Patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 364-375. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.01.004>

- Li, J., & Qin, X. (2021). Efficacy of mindfulness-based stress reduction on fear of emotions and related cognitive behavioral processes in Chinese University students: A randomized controlled trial. *Psychology in the Schools*, 58(10), 2068-2084. <https://doi.org/10.1002/pits.22578>
- MacDermott, S. T., Gullone, E., Allen, J. S., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 301-314. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9154-0>
- Martín, R., & Luján, I. (2021). Mindfulness e inteligencia emocional en el afrontamiento de conflictos intrapersonales e interpersonales.. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 17-26. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2039>
- Milozzi, S., & Marmo, J. (2022). REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA RELACIÓN ENTRE APEGO Y REGULACIÓN EMOCIONAL. *PSICOLOGÍA UNEMI*, 6(11), Article 11. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp70-86p>
- Ouhmad, N., El Hage, W., & Combalbert, N. (2023). Emotion regulation and executive functioning in female victims of sexual assault suffering from PTSD. *Psychiatry Research*, 328, 115470. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115470>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de Noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de Junio de 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (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>
- Paredes-Rivera, A., Coria-Palomino, G. F., Marcos-Lescano, A. Y., y Sedano-Alejandro, S. (2021). La regulación emocional como categoría transdiagnóstica a través de los problemas clínicos: Un estudio narrativo. *Interacciones*, 7, e223. <https://doi.org/10.24016/2021.v7.223>
- Paulus, F. W., Ohmann, S., Möhler, E., Plener, P., & Popow, C. (2021). Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative

- Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.628252>
- Peixoto, L. S. A., & Gondim, S. M. G. (2020). Mindfulness and emotional regulation: A systematic literature review. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 16(3), 88-104. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168328>
- Powers, A., Stevens, J., Fani, N., & Bradley, B. (2015). Construct validity of a short, self report instrument assessing emotional dysregulation. *Psychiatry Research*, 225(1), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.10.020>
- Riquelme Pereira, N., Bustos Navarrete, C., Parada, B. V., Riquelme Pereira, N., Bustos Navarrete, C., & Parada, B. V. (2020). IMPACTO DEL MALTRATO INFANTIL EN LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS. *Ciencia y enfermería*, 26. <https://doi.org/10.29393/ce26-12imnc30012>
- Santed, M. A., SANTIAGO, S. V., MARTA, A. M., DAVID, A. M., ALFONSO, B. J., FRANCISCO, AUSIÀS, C. M., CLEMENTE, F. J., JAVIER, G. C., JOSÉ, ISRAEL, M. M., TERESA, M. B., MARÍA, AGUSTÍN, M. L., TERESA, N. G., MARÍA, MÓNICA, R. Z., MARCOS, P. D., MARCELO, VICENTE, S. P., & JOAQUIN, S. R. (2018). *Mindfulness: Fundamentos y aplicaciones*. Ediciones Paraninfo, S.A.
- Schanche, E., Vøllestad, J., Visted, E., Svendsen, J., Osnes, B., Binder, P., . . . Sorensen, L. (2020). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on risk and protective factors of depressive relapse – a randomized wait-list controlled trial. *BMC Psychology*(57), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00417-1>
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., Dunne, J. P., Lazar, S. W., Loucks, E. B., & Fulwiler, C. (2020). Mindfulness and Behavior Change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6), 371-394. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition*. Guilford Publications.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9301-y>

- Sharma, A., & McClellan, J. (2021). Emotional and Behavioral Dysregulation in Severe Mental Illness. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 30(2), 415-429. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.010>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shirk, S., Muquit, L., Deckro, J., Sweeney, P., y Kraus, S. (2021). Mindfulness-Based Relapse Prevention for the Treatment of Gambling Disorder among U.S. Military Veterans: Case Series and Feasibility . *Clinical Case Studies*, 1-15. <https://doi.org/10.1177/15346501211020122>
- Sibinga, E. M. S., Webb, L., Ghazarian, S. R., & Ellen, J. M. (2016). School-Based Mindfulness Instruction: An RCT. *Pediatrics*, 137(1), e20152532. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-2532>
- Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*, 32(5), 378-385. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.73>
- Spinhoven, P., Hoogerwerf, E., Giezen, A., y Greeven, A. (2022). Mindfulness-based cognitive group therapy for treatment-refractory anxiety disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 90, 102599. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102599>
- Tang, R., Friston, K. J., & Tang, Y.-Y. (2020). Brief Mindfulness Meditation Induces Gray Matter Changes in a Brain Hub. *Neural Plasticity*, 2020, e8830005. <https://doi.org/10.1155/2020/8830005>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i1.2767>
- Vörös, S. (2021). All Is Burning: Buddhist Mindfulness as Radical Reflection. *Religions*, 12(12). <https://doi.org/10.3390/rel12121092>
- Wheeler, M. S., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2017). The Neuroscience of Mindfulness: How Mindfulness Alters the Brain and Facilitates Emotion Regulation. *Mindfulness*, 8(6), 1471-1487. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0742-x>
- Ye, J., Yuanxin, P., Chenxin, W., Zhanhua, H., Shengwei, W., Wen, W., . . . Aixiang, X. (2024). Efectos de la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness sobre la Depresión

y la Ansiedad en la Vida Tardía: Un Meta-Análisis. *Alfa Psychiatry*, 25(1), 1-8.

<https://doi.org/10.5152/alfapsiciatría.2024.231379>

Young, K. S., van der Velden, A. M., Craske, M. G., Pallesen, K. J., Fjorback, L., Roepstorff, A., & Parsons, C. E. (2018). The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: A systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 424-433.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.003>