

# **Efectos del *mindfulness* y EMDR en la regulación emocional en trastornos de ansiedad, depresión y TEPT**

Trabajo de final de Grado



FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD DE NAVARRA

**Autor:** David Martínez Navarro

**Tutora:** Lizeth Katherine Vilcherrez Pizarro

Pamplona, 15 de mayo de 2023

## **Resumen:**

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los efectos y la efectividad del *Mindfulness* en la regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Así como los efectos de EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) en el Trastorno de Estrés Post-traumático (TEPT). Para ello se ha revisado literatura científica en estas áreas, describiendo los conceptos clave e investigando los efectos en pacientes con estos trastornos. Los resultados sugieren una mejoría significativa en los síntomas emocionales en los pacientes que han sido tratados con ambas terapias en sus respectivos trastornos, lo que sugiere que el *mindfulness* debe estar integrado en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión, y que el EMDR es una terapia muy efectiva para el TEPT.

**Palabras clave:** *mindfulness*, regulación emocional, EMDR, ansiedad, depresión.

## **Abstract:**

The aim of this study is to analyze the effects and effectiveness of mindfulness on emotional regulation in patients with anxiety and depression disorders, as well as the effects of EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) in Post-Traumatic Stress Disorder. To this end, scientific literature in these areas has been reviewed, describing the key concepts and investigating the effects on patients with these disorders. The results suggest a significant improvement in emotional symptoms in patients who have been treated with both therapies in their respective disorders, suggesting that mindfulness should be integrated into the treatment of anxiety and depression disorders, and that EMDR is a highly effective therapy for PTSD.

**Key words:** *mindfulness*, *emotional regulation*, *EMDR*, *anxiety*, *depression*.

## **ÍNDICE:**

<b>Resumen:</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract:</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>4</b>
<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>7</b>
1.1. <i>Mindfulness</i> .....	7
1.2. Regulación Emocional: .....	15
1.3. Trastornos de ansiedad y depresión .....	19
1.3.1. Trastorno de ansiedad .....	19
1.3.2. Depresión .....	20
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>23</b>
2.1. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).....	23
2.2. Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) .....	27
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>30</b>
3.1. Efectividad del <i>mindfulness</i> en la regulación emocional y los trastornos de ansiedad y depresión.....	30
3.2. Efectividad de <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i> en Trastorno de Estrés Post Traumático .....	33
<b>CAPÍTULO IV:</b> .....	<b>36</b>
4.1. Conclusiones .....	36
4.2. Recomendaciones .....	37
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>40</b>

## **INTRODUCCIÓN:**

La investigación ha demostrado que existe una relación directa entre las dificultades en la regulación emocional y el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos psicológicos, incluyendo la ansiedad y la depresión. Se ha encontrado que la mayoría de las psicopatologías surgen de la falta de una regulación emocional adecuada para un comportamiento adaptativo (Granda Guachamín, 2022). Cuando se produce un fallo en la regulación emocional, pueden surgir factores negativos que conduzcan al consumo de sustancias, problemas en el área emocional y social, trastornos de estrés, ansiedad y conductas autolíticas, definidas por Arrieta (2020) como cualquier comportamiento que cause una destrucción leve o moderada inmediata de la superficie corporal, ocasionando sangrado, hematoma o dolor. Las emociones sin una regulación adecuada pueden generar conductas inapropiadas y problemas en las relaciones interpersonales. Todo ello destaca la importancia de la regulación emocional para el bienestar psicológico y social. (Granda Guachamín, 2022).

En primer lugar, haremos referencia a que el *mindfulness* es considerado una práctica que ha cobrado cada vez más importancia en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional. Consiste en prestar atención al momento presente, sin juzgar ni analizar nuestros pensamientos o emociones. Esta técnica ha demostrado ser útil para mejorar la regulación emocional, lo que puede ser especialmente importante en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión. Por tal motivo, se abordará la efectividad del *mindfulness* en el tratamiento de estos trastornos, cuyos resultados se abordarán a lo largo del presente documento.

Como segundo punto, podemos hacer referencia que la regulación emocional es un proceso fundamental para mantener la estabilidad emocional y prevenir trastornos de ansiedad y depresión. Consiste en controlar las emociones, aprendiendo a distanciarse de ella y regularlas, reduciendo el efecto de las negativas y potenciando las positivas, procurando no reprimir ni exagerar la información emocional que se transmite (Salovey y Mayer, 1990). Cuando falla la regulación emocional, las emociones pueden convertirse en un obstáculo para nuestro bienestar, causando problemas en el trabajo, en las relaciones interpersonales y en la salud mental y física. Por esta razón, aprender a regular nuestras emociones es esencial para tener una vida saludable y equilibrada. Más adelante desarrollaremos más a fondo esos modelos de regulación y educación emocional y los diferentes procesos que pueden influir en la forma de ser y de vivir de una persona en

relación con su inteligencia emocional.

Como tercer punto, abordaremos una de las nuevas terapias que está apareciendo en el mundo de la psicología en estos últimos años, el *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* o llamada también EMDR por sus siglas en inglés. Esta terapia, fue desarrollada por Francine Shapiro a finales de la década de los 80, en Estados Unidos como terapia para el Trastorno de Estrés Postraumático (en adelante, TEPT). La iluminación visionaria y creativa de la Dra. Shapiro dio origen a una revolución pacífica en el campo de la psicoterapia. La EMDR es un poderoso enfoque terapéutico. Sin embargo, sin la formación y el asesoramiento apropiados, la puesta en práctica por parte del terapeuta no entrenado (y esto incluye a profesionales con mucha experiencia) podría ser arriesgada para sus clientes. (Hensley, 2010).

Por lo tanto, el EMDR va dirigido a niños, veteranos de guerra y parejas, así como a quienes presentan problemas más complejos, como disociación, fobias, Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y abuso de sustancias. Independientemente de las poblaciones o de los tipos de problema con que nos llegue el cliente, los elementos claves de este texto son esenciales en lo que respecta a los resultados y éxitos de la EMDR. En el presente trabajo nos centraremos en el tratamiento del TEPT, que se centra en la existencia de un trauma pasado que afecta significativamente a la conducta y a la personalidad del paciente.

En consecuencia, el presente trabajo de investigación, busca analizar tanto la eficacia como la validez que han logrado tanto el *mindfulness* como el EMDR en los últimos años. Como he descrito en líneas precedentes, una de las razones más consistentes que han hecho que me interese por el estudio del *mindfulness* es mi creencia de que muchos de los trastornos emocionales y relacionados con los problemas de la vida, se pueden prevenir y tratar con terapias combinadas con *mindfulness*. Además de abarcar y poder ayudar a un amplio número de personas, ya que incluso en ausencia de trastornos mentales, este tipo de terapias pueden ser muy provechosas, con carácter de prevención hacia posibles traumas y trastornos.

Por ello, el objetivo es entender la relación que hay entre el *mindfulness* como terapia en problemas de regulación emocional y trastornos de ansiedad y depresión. Además de investigar acerca de la *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), técnica de Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimientos oculares o estimulación bilateral, y su relación en el tratamiento del Trastorno de Estrés Post Traumático.

Para lograr el objetivo anteriormente señalado, se realizará una revisión bibliográfica

de las variables objeto de estudio, para luego analizar la validez y los efectos que tiene tanto el *mindfulness* en la regulación emocional y en el tratamiento de la ansiedad y la depresión como el EMDR en el tratamiento del TEPT. En ese sentido, el presente trabajo se dividirá en 3 capítulos. En el primer capítulo, se pondrá en contexto cada una de las variables, como son el *mindfulness*, la regulación emocional, los trastornos de depresión y ansiedad y la relación existente entre ellas. El segundo capítulo, abordará el *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) y su relación entre sí. El tercer capítulo, aborda la efectividad del *mindfulness* en trastornos de ansiedad y depresión así como del EMDR en el TEPT. Mientras que el cuarto capítulo desarrolla las conclusiones y recomendaciones.

# CAPÍTULO I

## 1.1. Mindfulness

Quisiera empezar este capítulo con la siguiente frase: “*We can make our minds so like still water that beings gather about us, that they may see, it may be, their own images, and so live for a moment with a clearer, perhaps even with a fiercer life because of our quiet*”, del poeta y dramaturgo irlandés William Butler Yeats. Esta frase nos invita a la reflexión sobre qué podemos hacer para que nuestras mentes sean como agua tranquila, que los seres se reúnan a nuestro alrededor, que puedan ver y que puedan ser tal y como quieren, y así vivir por un momento con una vida más clara. En otras palabras, dice que somos felices cuando nuestro interior está correspondido por nuestro exterior. Esto da una pequeña introducción a lo que es el *mindfulness*.

Uno de los pioneros del *mindfulness* es Jon Kabat-Zinn quien, en la década de 1970, define esta terapia como la llave maestra infalible para el conocimiento de la mente, y la herramienta perfecta para la formación de la mente. Mediante él, se logra la libertad de la mente. Este autor considera la meditación como el cultivo intencional de la atención, a través del cual se cultiva la sabiduría, la compasión y otras cualidades de la mente. No está mal para algo que básicamente se reduce a prestar atención. (Jon Kabat-Zinn, 1990). Este autor creó la terapia de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR, en adelante).

Kabat-Zinn J. (1982), ofrece unas instrucciones básicas para la meditación en *MBSR*, que ayudan a entender la esencia del *mindfulness* y de la meditación. En primer lugar, hay que enfocar la atención en un objeto principal de observación, manteniéndose consciente de él en el momento presente. En el caso de que la mente se haya dispersado en pensamientos y divagaciones, habrá que traerla de vuelta a la conciencia del momento presente y observar lo que predomina en ese instante. Por otro lado, si surge una emoción o sentimiento intenso (por ejemplo, miedo, dolor, ira, ansiedad), hay que dirigir la atención hacia esa experiencia y simplemente obsérvala, estando presente con ella. Una vez que disminuya, se regresa al objeto principal de observación. Afirma que es muy importante distinguir entre la observación de la experiencia misma y los pensamientos e interpretaciones asociados a ella. Por último, hay que observar el proceso del pensamiento en sí mismo, evitando involucrarse en el contenido de los pensamientos individuales, simplemente observarlos como eventos mentales transitorios y no necesariamente exactos, considerando todos los pensamientos como igualmente valiosos y evitando rumiarlos o rechazarlos. De esta manera se puede

entender mejor cuál es la base del *mindfulness*, y la forma con la que se ven las experiencias personales desde la perspectiva de esta terapia.

Otro de los autores más reconocidos en esta corriente es Thich Nhat Hanh, escritor de muchos libros relacionados con el budismo, la meditación y el *mindfulness*, quien lo define como la capacidad de estar consciente y despierto en el presente. Consiste en practicar de manera continua la conexión profunda con la vida en cada momento sin necesidad de ir a ningún lugar diferente para practicarlo, se puede hacer en nuestra habitación o mientras nos desplazamos de un lugar a otro. Incluso se puede realizar las mismas actividades que siempre hacemos, como caminar, sentarse, trabajar, comer o hablar, pero con plena conciencia de lo que estamos haciendo (Hanh, 2005).

Este autor considera que en muchos momentos de nuestra vida no estamos conscientes y no disfrutamos de la experiencia presente totalmente, debido a que la mente está ocupada con proyectos, preocupaciones, ajenas al presente. Afirma que si se practica la respiración profundamente, se puede volver al presente. El cuerpo y la mente se fusionan permitiendo estar completamente disponible para observar, contemplar y disfrutar del momento presente. Cree además que las personas olvidan respirar y mirar conscientemente, también olvidan apreciar a las personas que aman hasta que ya no están, e incluso en el tiempo libre, les resulta difícil conectar con el presente.

Por otro lado, Kornfield (1979), define que la meditación de *mindfulness* va más allá de ser un simple proceso de relajación. Cuando se enfoca conscientemente la atención en la respiración y otras experiencias naturales, pueden surgir una amplia variedad de estados alterados y experiencias poco comunes. Aunque en ocasiones, durante la meditación se experimenta una relajación profunda, generalmente, esta puede considerarse simplemente uno de los múltiples cambios espontáneos. No obstante, suele haber períodos en los que los practicantes describen una mayor sensibilidad perceptiva.

Stefan & David (2020) afirman que existen diferentes formas de alcanzar un estado de atención consciente. Una de ellas es la meditación. Intervenciones psicológicas, como la terapia de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR, sus siglas en inglés) y la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT, sus siglas en inglés), fomentan este tipo de práctica. Consiste en mantenerse concentrado en la respiración mientras se observan los pensamientos, sensaciones y emociones que surgen, redirigiendo suavemente la atención sin involucrarse en ellos, es decir dejándolos pasar por la mente. Por ejemplo, se puede decir "*observa tu cuerpo desde el interior; observa dónde sientes tu respiración*" (p.168).



Además, se puede alcanzar la atención plena mediante otros ejercicios que no se centran en la meditación, como mencionaremos más adelante en intervenciones de tercera generación como la *Acceptance and Commitment Therapy* o la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante ACT, sus siglas en inglés)

Por otro lado, Siegel y colaboradores (2009) señalan que el *mindfulness* es una forma simple de relacionarse con la experiencia para que pueda reducir el sufrimiento y sentar las bases para una transformación personal positiva. Es un proceso psicológico central que puede alterar la forma en que respondemos a las dificultades inevitables de la vida, no solo a los desafíos ambientales cotidianos, sino también a problemas psicológicos graves como la ideación suicida la depresión crónica y los delirios psicóticos<sup>1</sup>.

Según McGehee et al. (2017), la terapia de *mindfulness* puede facilitar que las personas aprendan a enfrentar cada experiencia de manera más abierta. Utilizando una serie de ejercicios diseñados para entrenar la mente para mantenerse enfocada y abierta a las condiciones cotidianas, incluidas las condiciones estresantes.

La atención plena (llamado también *mindfulness*), consiste en mantener la conciencia de momento a momento, sin prejuicios, de la forma menos reactiva<sup>2</sup> y con el corazón tan abierto como sea posible. Esto se consigue prestando atención de una manera específica, es decir, en el momento presente. (Kabat-Zinn, 2015). Mientras que Siegel et al. (2009) precisan que las cualidades mentales van más allá de los conceptos de conciencia, atención y recuerdo. Cualidades como la de no juzgar, la aceptación y la compasión, se están incluyendo a medida que la adaptamos para aliviar las condiciones clínicas<sup>3</sup>.

La capacidad de conseguir la atención plena no es nueva. Es parte de lo que nos hace humanos, es la capacidad de ser plenamente conscientes. Desafortunadamente, solo estamos en este estado durante breves períodos de tiempo y pronto nos distraemos con facilidad. La capacidad de mantener la conciencia a cada instante, especialmente en un momento de agitación emocional, es una habilidad especial. Por lo tanto, se puede aprender. (Siegel et al., 2009).

La atención plena es una cualidad innata de la mente, y por ello como otras, se puede moldear mediante la práctica sistemática. Y para la mayoría de los seres humanos, es posible

---

<sup>1</sup> Los autores señalan además que el *mindfulness* es un aspecto esquivo, pero central, de la tradición de la psicología budista de 2.500 años de antigüedad. (Siegel et al., 2009, p.17)

<sup>2</sup> De forma razonable no impulsiva.

<sup>3</sup> Refiere además que si bien la atención plena, traducción literal del *mindfulness*, es adoptada por la psicoterapia occidental y migra lejos de sus antiguas raíces, su significado se está expandiendo.

perfeccionar esta técnica mediante entrenamiento. Ya que solemos estar fuera de forma a la hora de ejercitar nuestra capacidad innata de prestar atención (Kabat-Zinn, 2015).

Por otro lado, Vásquez-Dextre (2016), define el *mindfulness* como una práctica que no es actual o novedosa, sino que proviene de la tradición budista. No obstante, no es sinónimo de meditación sino una forma de ella. Lo define como la atención plena de la realidad, estando en el momento presente, sin juzgar y con aceptación. Además, el autor explica los diferentes enfoques terapéuticos donde se utilizan algunos elementos del *Mindfulness*, estos son: Psicoterapia Gestáltica, Terapia Conductual Dialéctica (TCD), la ACT, la cual se mencionará más adelante, y la Terapia Breve Relacional (TBR). No obstante, el *Mindfulness* se integra directamente en los siguientes programas: en la terapia de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (MBSR, sus siglas en inglés) desarrollado por Jon Kabat-Zinn en 1970 y en la Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness* (MBCT, sus siglas en inglés) desarrollado por Segal, Williamns y Teasdale en el año 2002- pioneros de este término-, escribieron un libro en el que especifican en qué consiste esta terapia, y de la cual se revisará más adelante su eficacia en trastornos de ansiedad y depresión.

Stefan & David (2020), afirman que el *mindfulness* ha ganado una amplia aceptación en campos como la psicoterapia y el coaching. Esta práctica y sus técnicas asociadas, se han popularizado en los campos de la psicoterapia y la salud mental, así como en los libros de autoayuda. Se ha empleado individualmente, en forma de meditación, y también como parte de tratamientos más amplios y variados, mencionadas anteriormente. En estas intervenciones se ha obtenido evidencia empírica sólida para tratar diversas condiciones. No obstante, estos tratamientos deben usarse con cautela, dado que no todas las aplicaciones de *mindfulness* han sido investigadas y validadas, y que pueden aparecer posibles efectos adversos en la utilización de esta terapia con ciertos pacientes, no obstante, estos efectos se mencionarán más adelante.

Anteriormente, se mencionaba la ACT, como una de las terapias de tercera generación que promueve la práctica del *mindfulness*, sin necesidad de utilizar la meditación. Esta terapia considera que la plenitud mental es alcanzable a través de diferentes formas como la aceptación, la difusión cognitiva, el “yo” como contexto y el contacto con el “ahora”. Los ejercicios de esta terapia entienden la atención plena como un estado de conciencia del momento presente que se puede lograr mientras se realizan otras actividades cotidianas. Es decir, destacan que en esta terapia existen ejercicios que también pueden ayudar a alcanzar

este estado mental, sin necesidad de meditar<sup>4</sup> (Stefan & David, 2020).

Tras hablar sobre qué es el *mindfulness* y de donde proviene se tratará de explicar de mejor manera la esencia, los métodos y formas en las que se usa esta terapia dentro del contexto global, introduciendo estas técnicas para problemas específicos y en terapias ya desarrolladas. Empezaremos con lo señalado por Mace (2007) en su libro "*Mindfulness and Mental Health*" quien explica que existen terapias que utilizan en mayor o en menor medida el *mindfulness*; a continuación, haremos mención a aquellas que están directamente vinculadas con el *mindfulness*.

- En Primer lugar, el *Mindfulness-Based Stress Reduction*<sup>5</sup> (conocido por sus siglas MBSR), fue iniciado por Kabat-Zinn en 1990 como una adición opcional a la atención primaria a las personas que visitan hospitales públicos, que sufren de parálisis crónica o que tienen enfermedades potencialmente mortales. El MBSR implica un programa intensivo de entrenamiento de conciencia que consiste en ocho sesiones semanales de tres horas, donde los pacientes aprenden una variedad de técnicas de meditación.
- Le sigue el *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT, sus siglas en inglés) o también llamada Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness*. Surge en 1995 cuándo Jhon Teasdale, integró el MBSR y técnicas de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) para ayudar a prevenir la recaída en personas con antecedentes de depresión<sup>6</sup>. Según Cárdenas-Hernández (2019), el MBCT es un programa de intervención que sirve para ayudar a las personas a alcanzar los beneficios que se obtienen en la práctica *mindfulness*, a cuestionar y entender las sensaciones corporales, a meditar y aprender a relacionarse con todo aquello que le rodea de una manera sana.

Por otro lado, hay que destacar que uno de los conceptos más importantes en el *mindfulness* es la autocompasión, y por ello Neff (2003) presentó operativamente este concepto en la comunidad científica. La autocompasión consiste la relación dentro de uno mismo que se compone de tres conceptos interconectados que juntos generan un estado mental de autocompasión, relacionado con el bienestar psicológico; son los siguientes:

---

<sup>4</sup> Por ejemplo, el ejercicio de las uvas pasas, que consiste en observar cuidadosamente las propiedades de las pasas, mediante el tacto, el olfato y luego comerlas lentamente, estando en contacto total con la experiencia. (Stefan & David, 2020)

<sup>5</sup> Llamado también Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness*

<sup>6</sup> Por lo general, este tipo de terapia se administra a pequeños grupos de 30 o más que han sido comunes en varios lugares. En MBCT pone poco énfasis en el movimiento del cuerpo e incorpora espacio para la respiración en esta terapia.

1. *Bondad propia en contraposición a la autocrítica:* La bondad hacia uno mismo significa ser amable, comprensivo y solidario con uno mismo, en lugar de juzgarse duramente por los errores personales.
2. *Humanidad común en lugar de aislamiento:* La humanidad común implica reconocer que todas las personas cometen errores y fallan, adoptando una perspectiva más amplia y conectada con respecto a las deficiencias y dificultades personales.
3. *Atención plena en lugar de identificación excesiva:* La atención plena implica estar consciente del sufrimiento del momento presente con claridad y equilibrio, sin dejarse llevar por una historia negativa de la propia vida, un proceso conocido como "sobre identificación".

Con la práctica de estos tres componentes, se logra tener una mejor conciencia y un estado de respeto hacia uno mismo y autocompasión, que harán que la persona se encuentre mejor psicológicamente.

Por otro lado, es necesario plasmar cuál es la estructura de la terapia en sí, para más adelante poder entender los diversos beneficios que tiene sobre muchas áreas de nuestra vida. La tabla que se presenta a continuación, describe las diferentes sesiones que componen una terapia de *mindfulness* según Neff y Germer (2013), quienes explican brevemente las características y objetivos de cada fase de la terapia. Cada una de estas ocho fases, tiene un propósito específico y juntas, conforman una práctica integral que busca obtener la atención plena y una buena regulación emocional.

*Tabla 1:*

*Fases de la terapia de mindfulness, según Neff y Germer (2013)*

SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
<b>Primera sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sesión de bienvenida, que presenta a los participantes entre sí.</li> <li>● Esta sesión también proporciona una introducción conceptual a la autocompasión con pequeñas prácticas informales que se pueden realizar durante la semana.</li> </ul>
<b>Segunda sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Centra el programa en mantener la atención plena. Se enseñan prácticas formales e informales de <i>mindfulness</i>, así como la justificación de la atención plena en MSC (<i>Mindful Self-Compassion</i>).</li> <li>● Los participantes aprenden a identificar las dificultades de la vida cuando la</li> </ul>

SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
	autocompasión activa emociones difíciles y a cómo manejar estas dificultades con la práctica del <i>Mindfulness</i> .
En las sesiones 1 y 2 incluyen más material didáctico que las sesiones posteriores para establecer una base conceptual para la práctica.	
<b>Tercera sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se presenta la bondad amorosa que se desarrolla antes que la autocompasión porque es menos desafiante. Consiste en hablarse a sí mismo con bondad, respeto y de forma positiva.</li> <li>● Los participantes tienen la oportunidad de descubrir sus propias frases de bondad amorosa y de autocompasión para usar en la meditación.</li> <li>● Un ejercicio interpersonal ayuda a desarrollar seguridad y confianza en el grupo.</li> </ul>
<b>Cuarta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se amplía de la meditación de bondad amorosa hacia una conversación compasiva con nosotros mismos, para motivarnos con bondad en lugar de autocrítica.</li> <li>● Muchos participantes descubren que la autocompasión es más desafiante de lo esperado, por lo que exploramos lo que significa el progreso y alentamos a los participantes a practicar la autocompasión cuando tropiezan o se sienten fracasados.</li> </ul>
<b>Quinta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se centra en los valores fundamentales y en las habilidades de escucha con compasión.</li> <li>● Estos temas y prácticas son menos desafiantes emocionalmente que otros, y se presentan a la mitad del programa para brindarles a los participantes un descanso emocional mientras profundizan la práctica de la autocompasión.</li> <li>● El retiro viene después de esta sesión. Es una oportunidad para que los participantes se sumerjan en las prácticas ya aprendidas y las apliquen a lo que surja en la mente durante 4 horas de silencio.</li> <li>● Algunas prácticas nuevas que requieren más actividad también se introducen durante el retiro: caminar, estirarse en el suelo y salir al aire libre.</li> </ul>
<b>Sexta sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se da la oportunidad de probar y refinar sus habilidades aplicándolas a emociones más difíciles.</li> <li>● También aprenden una nueva práctica informal que permite suavizar las emociones difíciles.</li> <li>● La emoción de la vergüenza se describe y se desmitifica en esta sesión porque</li> </ul>

SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
	la vergüenza a menudo se asocia con la autocrítica y se enreda con emociones como la culpa y la ira.
<b>Séptima sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborda las relaciones desafiantes, ya que son la fuente de la mayor parte de nuestro dolor emocional. Esta es la sesión más emocionalmente activa del curso, pero la mayoría de los integrantes están listos para ella después de practicar la atención plena y la autocompasión durante unas 6 o 7 semanas.</li> <li>• Los temas son la ira en las relaciones, la fatiga del cuidador y el perdón. En lugar de tratar de reparar viejas relaciones, se aprende a satisfacer y sostener sus necesidades emocionales.</li> </ul>
<b>Octava sesión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cierra el curso con la psicología positiva y las prácticas de saborear, agradecer y apreciarse a uno mismo.</li> <li>• Para mantener la práctica de la autocompasión, también debemos reconocer y disfrutar las experiencias positivas.</li> <li>• Al final del curso, se invita a los participantes a revisar lo que han aprendido, lo que les gustaría recordar y lo que les gustaría practicar después de que termine el curso.</li> </ul>

**Fuente:** Neff, K. D., & Germer, C. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.

**Elaboración:** propia

En la práctica de este programa de terapia de *mindfulness*, Neff y Germer (2013) observaron resultados significativos. Los participantes del programa mostraron un aumento en la autocompasión, atención plena, compasión por los demás y satisfacción con la vida, mientras que experimentaron una disminución en la depresión, la ansiedad, el estrés y la evitación emocional en comparación con otros grupos. Es importante destacar que estas mejoras en la autocompasión se mantuvieron durante 6 meses y 1 año después del estudio.

En esa misma línea, Stefan & David (2020), afirman que existen diferentes recomendaciones sobre la duración ideal de una terapia *mindfulness*. No obstante, se ha observado que las intervenciones que abarcan un mayor número de sesiones (alrededor de 8) tienen un efecto terapéutico más significativo.

En resumen, se ha definido el concepto de *mindfulness*, tratando de entender los conceptos que lo rodean, y la perspectiva desde donde se ven las experiencias con el

*mindfulness*. Se ha visto cómo se ha integrado en varias terapias, especialmente en las de tercera generación<sup>7</sup>. Además de cómo el *mindfulness* es una terapia que se practica en varias sesiones separadas, entendiendo cuales son los objetivos y características específicas para cada sesión. También, se han presentado las terapias con las que se pretende contrastar, más adelante, la validez del *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión. En conjunto, esta información proporciona una comprensión más completa del *mindfulness* y su aplicación en la práctica clínica.

## **1.2. Regulación Emocional:**

Muchas investigaciones han resuelto que la mayoría de las psicopatologías se dan por la falta de regulación emocional necesaria para un comportamiento adaptativo. En este capítulo, se explicará la importancia de la regulación emocional en la salud mental y el bienestar psicológico. Además, examinaremos los mecanismos involucrados en la regulación emocional y cómo puede influir en diversas áreas de la vida.

Salovey y Mayer (1990), además de mencionar por primera vez el término inteligencia emocional<sup>8</sup>, introducen el término de Regulación emocional, el cual consiste en el control de las emociones, aprendiendo a distanciarse de ella y regularlas, reduciendo el efecto de las negativas y potenciando las positivas, procurando no reprimir ni exagerar la información emocional que se transmite.

La regulación emocional se refiere al proceso mediante el cual las personas influyen en la experiencia, expresión y manejo de sus emociones. Según Gross (1998), implica "los esfuerzos que hacemos para influir en qué emociones tenemos, cuándo las tenemos, cómo las experimentamos y cómo las expresamos" (p. 275). Es un proceso dinámico que involucra estrategias cognitivas, conductuales y fisiológicas para modificar la intensidad, la duración y la expresión emocional (Gross, 2015).

La regulación emocional es esencial para el bienestar psicológico y la adaptación

---

<sup>7</sup> En la actualidad las principales terapias de tercera generación son, la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, McCurry, Afari, & Wilson, 1991; Wilson & Luciano, 2002), la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Conductual Integrada de Pareja (Jacobson & Christensen, 1996), la Terapia de Activación Conductual (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001), la Terapia de Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1990), la Terapia Cognitiva con base en el *Mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) y la Terapia basada en el *Mindfulness* para el trastorno de ansiedad generalizada (Evans et al., 2008).

<sup>8</sup> Cabe precisar que los autores introdujeron por primera vez el término "Inteligencia Emocional", definiéndose como la habilidad para manejar los sentimientos y las emociones, poder discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones.

adecuada. Según Thompson (1994), la regulación emocional permite a las personas "modular su respuesta emocional para enfrentar las demandas situacionales" (p. 27). A través de la regulación emocional, las personas pueden gestionar los desafíos emocionales y promover un estado de equilibrio emocional y bienestar.

La regulación emocional implica estrategias específicas que las personas utilizan para manejar sus emociones. Según Gross & John (2003), existen dos tipos principales de estrategias utilizadas en la regulación emocional: estrategias de modificación de la situación y estrategias de modificación de la respuesta. Las estrategias de modificación de la situación implican hacer cambios en el entorno o las circunstancias para influir en nuestras emociones. En cambio, las estrategias de modificación de la respuesta, implican cambiar nuestra percepción y experiencia interna o la forma en que expresamos nuestras emociones.

La regulación emocional es esencial para el mantenimiento de la salud mental y el bienestar psicológico. Muchas investigaciones respaldan la idea de que la capacidad de regular las emociones está asociada con una adaptación psicológica más positiva al entorno y una reducción del estrés (Aldao et al., 2010). Este estudio indica que aquellos individuos que son capaces de gestionar y regular sus emociones logran tener mayor probabilidad de mantener una estabilidad emocional y tener una mejor calidad de vida en términos de salud mental.

Además de estos efectos comentados sobre la salud mental, la regulación emocional también se ha relacionado con una serie de beneficios en otras áreas de la vida. Como por ejemplo, se ha encontrado que está asociada con una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales (Aldao, 2013). Esto se debe a que las personas que pueden regular sus emociones de manera efectiva, suelen tener una mayor capacidad para entender y expresar adecuadamente las emociones con los demás, lo que favorece el desarrollo de unas relaciones saludables y satisfactorias.

Asimismo, la regulación emocional también ha sido vinculada con un mejor rendimiento académico y laboral. Côté (2014) destaca que las habilidades de regulación emocional permiten que las personas sepan gestionar mejor el estrés y las demandas emocionales que aparecen en estas áreas de la vida. Como resultado, aquellos individuos que logran regular sus emociones de manera efectiva tienden a tener un rendimiento académico y laboral más óptimo, así como una mayor capacidad para enfrentarse a los desafíos y adversidades que puedan surgir en estos contextos.



En resumen, la regulación emocional tiene un impacto significativo en la salud mental y el bienestar psicológico, demostrando ser crucial para una adaptación positiva y para la reducción del estrés. Además, se ha encontrado que la regulación emocional se relaciona con una mayor satisfacción en las relaciones interpersonales y un mejor rendimiento académico y laboral.

En cambio, si esta regulación falla, se puede generar un factor negativo que lleva al consumo de sustancias, problemas dentro del área emocional y social, trastornos de estrés, ansiedad y conductas autolesivas o autolíticas. Por lo tanto, las emociones sin regulación emocional pueden generar conductas inapropiadas y problemas dentro de las relaciones personales. (Granda Guachamín, 2022). En la actualidad, se extiende el interés por comprender cómo el uso de diferentes estrategias de regulación emocional se relaciona con estos trastornos, y con su intervención (Sebastián Tirado, 2020).

En ese sentido, Hervás (2011), señala que la regulación emocional y la depresión están estrechamente relacionadas. De hecho, sugiere que la depresión debería ser considerada como un trastorno de la regulación del estado de ánimo en lugar de un trastorno del estado de ánimo. Las personas con depresión a menudo tienen dificultades para controlar sus emociones, lo que puede afectar su equilibrio emocional. Además, aquellos con una mayor vulnerabilidad a este trastorno también pueden experimentar problemas en la regulación emocional, lo que puede llevar a una mayor persistencia de emociones negativas. En resumen, la regulación emocional es esencial para mantener una buena salud mental y prevenir trastornos como la depresión.

Por otro lado, hay que destacar que la regulación emocional se puede obtener desde niños mediante la educación emocional durante la etapa escolar. El estudio de Costa Rodríguez et. al (2021), menciona que en la escuela, los niños aprenden a relacionarse con otros niños y adultos, lo que les permite desarrollar habilidades sociales y emocionales. Además, debido a la carencia y el moldeamiento sobre los niños puede llevar a que aprendan a manejar mal sus emociones. Por lo tanto, es importante prestar atención al manejo emocional en la infancia, ya que reprimirlas puede tener consecuencias negativas para la salud en el futuro. La Educación Emocional se debe considerar como una forma de prevención primaria, ya que permite adquirir competencias para afrontar situaciones de la vida y reducir la vulnerabilidad ante circunstancias como el consumo de drogas, el estrés, la

impulsividad, la frustración, así como trastornos como la ansiedad y la depresión<sup>9</sup>.

En ese sentido, para conseguir una “buena” Regulación Emocional, el *mindfulness* es una de las corrientes que más puede ayudar, la cual ha ido introduciéndose en los últimos años en las llamadas terapias de tercera generación que aparecen en los años 90. Sin embargo, se dieron a conocer a partir del año 2004, teniendo como eje principal los cambios experimentales de las personas. En palabras de Moreno (2012), estas terapias han ido evolucionando con el paso de los años y son representadas por olas o generaciones<sup>10</sup>, por lo que son consideradas terapias de evolución científica basadas en evidencia de enfoque cognitivo-conductual que sirven de aprendizaje y cambio conductual. Según Coutiño (2012), estas terapias se enfocan en el aprendizaje y se basan en la experiencia de las personas para generar un cambio de conducta. Así pues, ayudan y enseñan a las personas a regular sus emociones, a través del entrenamiento del *mindfulness*, consiguiendo un estado de relajación frente a diversas situaciones que se presentan en la vida diaria. Estas técnicas difieren de las técnicas utilizadas en la primera y segunda generación, las cuales no se enfocan tanto en los síntomas, sino en modificar su experiencia subjetiva y la conciencia de ella, de tal modo que los síntomas resulten excesivos u obsoletos.

En conclusión, la regulación emocional es un proceso fundamental para el bienestar psicológico y la adaptación. Permite a las personas influir en sus propias emociones y adaptarlas de manera efectiva a aquello que demanda el entorno. A través de estrategias cognitivas, conductuales y fisiológicas, la regulación emocional puede mejorar la salud mental, las relaciones interpersonales y el rendimiento en diferentes áreas de la vida. Por ello, el presente trabajo pretende analizar e investigar cómo afecta la regulación emocional en trastornos como la ansiedad y la depresión, con el fin de ver la eficacia de técnicas *mindfulness* en el tratamiento de estos problemas.

---

<sup>9</sup> Ha quedado claro que es muy necesaria una implantación más seria y estructurada sobre los docentes y en los colegios de Educación Emocional. Ya que como dice Costa Rodríguez et. al (2021), en el ámbito educativo, las emociones son fundamentales en el proceso de enseñanza-aprendizaje por dos motivos: En primer lugar porque el proceso educativo implica la interacción entre personas y, en segundo lugar, porque la identidad personal y profesional de los docentes en muchas ocasiones son inseparables y en el aula se convierten en factores de influencia en la autoestima y en el bienestar personal y social. Dejando totalmente claro que no es posible el aprendizaje sin contenido emocional.

<sup>10</sup> Teniendo la primera generación de terapias, las cuales fueron conductuales y comenzó en el año 1950, como confrontación a la psicología clínica de esa época que estaba basada en el psicoanálisis, fue una renovación ,renovación, ya que basaba la terapia en los principios científicos del aprendizaje, en conjunto con el condicionamiento de dos grandes autores como Pávlov con el condicionamiento clásico y Skinner con el condicionamiento operante. Mientras que en la década de los años 70 surge la segunda corriente, fueron las terapias de segunda generación en la década de los años 70, donde se implementó la terapia cognitivo-conductual que se centraba en que las cogniciones son también el origen de los problemas emocionales y conductuales. Es decir, se mantuvo el planteamiento del tratamiento conductual, pero se incluyó los hechos cognitivos, planteando cambiar el pensamiento en conjunto con la conducta.

### **1.3. Trastornos de ansiedad y depresión**

En la sociedad de hoy en día, los problemas de salud mental están aumentando por numerosas razones. En este apartado se pretende definir ambos trastornos y contextualizarlos con las estadísticas en España en los últimos años. Según García y colaboradores (2020), señalan que la prevalencia global de los problemas de salud mental es del 27,4% siendo el 30,2 % en mujeres y 24,4 % hombres.

#### **1.3.1. Trastorno de ansiedad**

La ansiedad, es una emoción que aparece en el individuo como una señal de alarma que advierte al sujeto de algún peligro. Se considera trastorno de ansiedad, cuando ese estado de alarma aparece en un momento en el que no ocurre ningún peligro real. Se caracteriza principalmente por la preocupación excesiva y persistente sobre diferentes acontecimientos y actividades, siendo difícil de controlar. Normalmente, este estado de preocupación excesiva es de cara al futuro y se asocian a dos o más síntomas de sobreactividad fisiológica. El criterio de duración de 6 meses se extiende a todas las edades, y no solo a los menores de 18 años. (Cárdenas-Hernández, 2019). En este capítulo, se explicarán los trastornos de ansiedad más prevalentes, sus características clínicas y los factores de riesgo asociados, basados en la investigación científica.

##### **1.3.1.1. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)**

Según Roemer & Orsillo (2002), el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la preocupación y la ansiedad excesiva sobre una variedad de situaciones y eventos, sin necesidad de que sean situaciones de peligro real, es decir la ansiedad permanece independientemente de los estímulos. El TAG se caracteriza por una mayor activación del sistema de respuesta al estrés, así como con la presencia de pensamientos negativos persistentes. La prevalencia del TAG en la población general se estima en aproximadamente el 3-5% (APA, 2013).

##### **1.3.1.2. Trastorno de Pánico**

El trastorno de pánico se caracteriza por la aparición repentina de ataques de pánico inesperados y recurrentes. Según el estudio de Craske et al. (2016), los ataques de pánico aparecen con una gran activación del sistema de alarma de lucha o huida propio de la ansiedad, lo que provoca síntomas físicos y cognitivos muy intensos. Se estima que el trastorno de pánico afecta aproximadamente al 2-3% de la población mundial (APA, 2013).

### **1.3.1.3. Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)**

El Trastorno de Ansiedad Social, se caracteriza por el miedo intenso y persistente a situaciones sociales, debido al temor a ser juzgado o humillado. Según Stein & Stein (2008), las personas con TAS experimentan una preocupación excesiva por su desempeño social y una baja autoestima. La prevalencia del TAS se estima entre el 7% y el 13% de la población (APA, 2013).

En consecuencia, la ansiedad es el problema de salud mental más frecuente, ya que afecta al 6,7% de la población (8,8% en mujeres, 4,5% en hombres). Su frecuencia es relativamente estable a lo largo de la edad adulta: entre el 10 y el 12% de las mujeres entre 35 y 84 años tienen registrado este trastorno, y alcanza el 16-18% cuando se incluyen los síntomas. La ansiedad se presenta con más intensidad y es más frecuente en las mujeres. El trastorno de ansiedad también presenta gradiente social, ya que es más frecuente cuanto menor es la renta. (García et. al, 2020)

La identificación temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por estos trastornos. Además, se requiere una mayor investigación para desarrollar enfoques terapéuticos más eficaces y estrategias de prevención más sólidas.

### **1.3.2. Depresión**

La depresión es un trastorno mental que afecta a millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por una tristeza persistente, la pérdida de interés y placer en actividades cotidianas y una variedad de síntomas cognitivos, físicos y emocionales. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013), la depresión mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de al menos cinco síntomas durante un período de dos semanas, incluyendo la tristeza constante, la pérdida de interés o placer en actividades, los cambios en el apetito o peso, los problemas de sueño, la agitación o retraso psicomotor, la fatiga, la dificultad para pensar o concentrarse, los sentimientos de inutilidad o culpa, y los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Además, todos estos síntomas representan un cambio en el funcionamiento habitual y hay que descartar la posibilidad de que los síntomas estén relacionados claramente con otra condición médica.

Es fundamental que estos síntomas causen un malestar significativo o un deterioro en

áreas importantes de la vida, como las relaciones sociales, el trabajo o el desempeño académico. Además, es necesario descartar que los síntomas sean atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra condición médica. (APA, 2013)

Investigaciones como Sullivan et al. (2000) afirman que la depresión mayor es un trastorno heredable, y su aparición se debe principalmente o en su totalidad a influencias genéticas. No obstante, demostraron que la depresión es una enfermedad compleja y que tanto los factores genéticos, como los ambientales contribuyen al desarrollo de esta enfermedad. En ese sentido, otro estudio realizado por Kessler et al. (2005) reveló que los eventos estresantes de la vida, como la pérdida de un ser querido o la pérdida del empleo, pueden desencadenar o empeorar los síntomas depresivos.

En esta línea, hay otros factores de riesgo, según Nemeroff (2004) las personas que han experimentado abuso físico, sexual o emocional, o que han sufrido traumas en la infancia y adolescencia, tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión. Existen pruebas sustanciales que indican que las experiencias negativas durante los primeros años de vida tienen un impacto significativo en el desarrollo cerebral. Los cambios neurobiológicos que ocurren como respuesta al estrés adverso en la infancia temprana pueden dar lugar a consecuencias psiquiátricas a lo largo de toda la vida<sup>11</sup>. Por ello según Kessler et al. (2005) entiende que al aparecer con un primer inicio generalmente en la infancia o la adolescencia, cree que las intervenciones preventivas y el tratamiento temprano debe ir dirigido a los jóvenes.

También, según Lorant et al. (2003), afirma que factores socioculturales, como la pobreza, la discriminación o la desigualdad social, pueden aumentar el riesgo de depresión. La OMS (2022) estima que en países no desarrollados, más del 75% de las personas con trastornos de salud mental no reciben tratamiento, ya que los servicios en salud mental suelen ser deficientes o inexistentes.

Por otro lado, según Wulsin et al. (1999) la depresión se asocia con un mayor riesgo de muerte y un aumento de la probabilidad de desarrollar otros problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares<sup>12</sup>. Además, aumenta el riesgo de muerte por causas no naturales, aunque no parece aumentar el riesgo de muerte por cáncer.

No obstante, es importante destacar que existen tratamientos para la depresión. Una

---

<sup>11</sup> Los niños expuestos al abuso sexual o físico, así como a la pérdida de un progenitor, presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad en etapas posteriores de su vida.

<sup>12</sup> Especialmente en los hombres.

revisión de Cuijpers et al. (2013) encontró que la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en combinación con antidepresivos es una intervención eficaz para reducir los síntomas depresivos. Sin embargo, el tratamiento adecuado puede variar según las características individuales de cada paciente, por lo que es necesario pedir ayuda profesional con el fin de recibir un diagnóstico adecuado y un plan de tratamiento personalizado.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), se estima que un 5% de los adultos en todo el mundo tiene depresión. Es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, y sus efectos pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden afectar mucho en la capacidad de una persona para hacer frente a su vida cotidiana. Hoy en día, hay tratamientos farmacológicos y psicológicos para paliar los síntomas de esta enfermedad y tratar de superarla.

Es un trastorno casi tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre y se observa que esta diferencia entre sexos es más acusada en los tramos de edad adulta. Se aprecia además que la prevalencia crece con la edad, disminuyendo ligeramente en los últimos años de la vida. El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población (5,9% en mujeres y 2,3% en hombres), creciendo la frecuencia progresivamente con la edad hasta alcanzar el 12% de las mujeres y el 5% de los hombres de 75 a 84 años (García et. al, 2020).

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

La *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (en adelante, EMDR) fue desarrollada por Francine Shapiro y ha sido tan efectiva que ha llegado a ser vista como una de las técnicas más eficaces para tratar entre otros casos el Trastorno de Estrés Post Traumático (en adelante TEPT). Shapiro (1989), utilizó esta terapia con pacientes que habían sufrido síntomas de este trastorno debido a traumas relacionados en su mayoría con personas que participaron en la guerra de Vietnam y en niños y jóvenes que habían recibido agresiones o abuso sexual o emocional.

Shapiro, descubrió que sus ojos se movían de manera involuntaria de izquierda a derecha mientras reflexionaba sobre algunos eventos perturbadores de su vida. Al darse cuenta de que este movimiento ocular parecía aliviar su angustia, decidió investigar más a fondo, lo que la llevó a desarrollar la técnica de EMDR. Si no hubiera prestado atención a esta reacción de su cuerpo, el proceso de EMDR podría haber terminado ese mismo día.

Los recuerdos del incidente traumático provocan síntomas de TEPT, lo que incluía pensamientos intrusivos, escenas retrospectivas, trastornos del sueño, baja autoestima y problemas en las relaciones. Los resultados del estudio indicaron que una sola sesión del procedimiento EMDR sensibilizó con éxito los recuerdos traumáticos de los sujetos y alteró exitosamente sus evaluaciones cognitivas de la situación, efectos que se mantuvieron durante la verificación de seguimiento a los 3 meses. Este beneficio terapéutico fue acompañado por cambios de comportamiento que aliviaron las principales quejas de los sujetos. (Shapiro, 1989)

Más adelante, Shapiro (2001) sugirió que la EMDR es capaz de eliminar las experiencias que el paciente ha vivido y la interpretación que se le está dando, ya que están causando malestar en la persona, así mismo resaltó la importancia de mantenerse en el aquí y en el ahora, para contribuir al buen estado del paciente en el futuro.

Llamada también Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR) en español, es considerada por Ehlers et al. (2010) como un procedimiento firme en el tratamiento del TEPT y en algunos otros trastornos de ansiedad. En la actualidad, este tratamiento es considerado un abordaje psicoterapéutico complejo y más completo, del cual los movimientos oculares son únicamente un elemento. Es una de las denominadas terapias orientadas al trauma. El tratamiento con EMDR incluye

movimientos oculares u otras formas de estimulación bilateral, que han sido estudiados tanto en laboratorio como en la práctica clínica, y han demostrado efectos beneficiosos. (Valiente-Gómez, 2017)

Para entender mejor esta técnica, Cazabat (2004) y Vanesa Gómez (2015) coinciden que está compuesta por ocho fases que siguen el desarrollo de la terapia EMDR. La terapia se dispone en ocho fases, y también consta con tres etapas compuestas por las mismas fases, las dos primeras fases de EMDR componen la Etapa 1, con la cual busca educar al paciente en cuanto a la terapia, se plantea el objetivo y se motiva la implementación de habilidades. De las fases 3 a la 6 se conforma la etapa 2, la cual busca cambiar el inadecuado procesamiento del evento traumático. Y por último, las fases 7 y 8 corresponden a la etapa 3, en la cual se busca aliviar y resolver la situación traumática. La Tabla 2, resume lo planteado por ambos autores:

*Tabla 2:*

*Fases de la terapia EMDR, según Cazabat (2004) y Vanesa Gómez et al. (2015)*

SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
<b>Historia del paciente y plan de tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se evalúa todo tipo de aspectos que pueden influir en el tratamiento que se va a efectuar, como son las enfermedades físicas, el consumo de sustancias, el desarrollo de un embarazo, etc.</li> <li>● Se concreta el objetivo del tratamiento con la intención de que el paciente esté dispuesto a colaborar, facilitando la discusión y el trato de algún hecho perturbador guardado en su memoria.</li> </ul>
<b>Preparación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluación de las destrezas y habilidades del paciente para hacer frente a situaciones adversas.</li> <li>● En ocasiones se motiva al paciente al uso de estrategias que le permitan enfrentarse a esas situaciones perturbadoras.</li> </ul>
<b>Evaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Elección de una imagen que caracterice a la situación perturbadora seleccionada, así mismo se destacaran los aspectos negativos que esta genera, pensamientos, emociones etc.</li> <li>● De igual manera, el paciente debe sugerir un pensamiento positivo para asociarlo a la interpretación negativa dada a la situación adversa.</li> </ul>



SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
<b>Desensibilización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente debe estar centrado en la situación perturbadora y las emociones y pensamientos que tiene frente a ello.</li> <li>● El terapeuta empieza el proceso, puede sugerir que el paciente siga la ruta de los dedos del terapeuta mientras dialoga. De igual manera el terapeuta se puede apoyar para el desarrollo de la terapia dando suaves golpes en la palma de las manos o en las articulaciones de su cliente; con ayuda de la audición también es posible desarrollar la terapia, permitiéndole al cliente escuchar grabaciones especiales.</li> <li>● Con todo esto se busca reprocesar los sucesos traumáticos con el objetivo de modificar la interpretación dada a estos. A medida que se desarrolla la terapia el terapeuta debe consultar al paciente por la obtención que ha tenido del proceso, así debe esmerarse en disminuir la carga de negatividad que el paciente tenga de la información procesada, al final la carga negativa ha debido disminuir.</li> </ul>
<b>Instalación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● El paciente debe traer a su mente el pensamiento positivo seleccionado al inicio de la terapia, así se hace más fuerte.</li> <li>● El terapeuta retoma la estimulación mientras el paciente debe recordar el suceso perturbador y evaluar el pensamiento positivo introducido dándole un valor de 6 o 7 en un nivel de 1 a 7.</li> </ul>
<b>Chequeo de las sensaciones corporales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se mantiene en la mente el hecho perturbador y la cognición positiva mientras el paciente recorre mentalmente por su cuerpo identificando cualquier tensión.</li> <li>● En caso de haberla, se continúa con la desensibilización.</li> </ul>
<b>Cierre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se permite un equilibrio emocional, en caso de necesitar alguna técnica para el manejo de la ansiedad por el estado del paciente se procede a ella.</li> <li>● Se le advierte al paciente la posibilidad de que en el proceso continúe mediante recuerdos o cualquier suceso que lo permita en caso de que suceda se deben registrar para usarlos como herramienta para lograr la salud del mismo.</li> <li>● En cada sesión de la terapia se debe evaluar la situación que se trabajó en la sesión anterior. Con esto se definirá si es necesario volver a trabajar esa situación en algún momento.</li> </ul>
<b>Reevaluación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● En cada sesión de la terapia se debe evaluar la situación que se trabajó en la sesión anterior. Con esto se definirá si es necesario volver a trabajar esa</li> </ul>

SESIÓN	ESTRUCTURA DE LA SESIÓN
	situación en algún momento.

**Fuente:** Vanesa Gómez I., Rosalba Gonzales I., Oviedo L. M., & Ramírez Giraldo A. (2015). La terapia EMDR como tratamiento para el trastorno de estrés posttraumático: una revisión literaria. *Búsqueda*, 2(15), 51-63. <https://doi.org/10.21892/01239813.96>

**Elaboración:** propia

Esta es la estructura orientativa de esta terapia, no obstante, existen muchas variaciones, Scelles & Bulnes (2021) en su investigación sobre EMDR, mostraron que existen al menos 22 variaciones del protocolo estándar, lo que sugiere una gran heterogeneidad del procedimiento de estas técnicas en todos los usos clínicos. Esto suscita que no existe un tipo de protocolo específico por categoría de trastorno y que algunos protocolos diseñados para trastornos específicos pueden usarse en otras condiciones. De este modo, los resultados destacan que puede que exista un mecanismo común, que puede estar en juego en los efectos del EMDR.

En muchos casos, el TEPT se presenta conjuntamente con otros trastornos. Por esto mismo varios autores han querido comprobar y comparar si la eficacia probada del EMDR en el tratamiento del TEPT es la misma que la obtenida ante otros trastornos psicológicos.

Según Valiente-Gómez (2017) en cuanto a los trastornos psicóticos, el EMDR y la terapia de exposición prolongada disminuyen, de igual medida, tanto los pensamientos paranoides, como los síntomas relacionados con el TEPT, siendo ambos más efectivos que la condición de “no tratamiento” y sin que el EMDR destaque especialmente sobre otras terapias. Scelles & Bulnes (2021), por su parte, utilizaron el protocolo estándar de esta terapia, excepto para los trastornos somatomorfos, trastornos sexuales, adicciones y trastornos alimentarios. No obstante, concluyeron que es difícil evaluar si las variaciones específicas del protocolo estándar son más comunes o más efectivas para un trastorno en particular, por ello aún se necesita investigar más en este ámbito.

En el caso de los trastornos de ansiedad, se ha encontrado que el EMDR puede reducir los niveles de ansiedad en la agorafobia y el trastorno de pánico, pero no parece disminuir la frecuencia de los ataques de pánico o los pensamientos ansiosos. Por otro lado, se ha demostrado que el EMDR es efectivo para tratar el miedo a volar y la fobia dental (p. 6), mientras que también se ha utilizado con éxito en el tratamiento del dolor crónico, especialmente en el miembro fantasma (Valiente-Gómez et al., 2017). Aunque se ha

observado que el EMDR puede ser una herramienta útil en el tratamiento de algunos trastornos de ansiedad y dolor crónico, se necesita seguir investigando para determinar su eficacia en otros trastornos y cómo puede ser adaptado para ser más efectivo en el tratamiento de cada uno de ellos.

Scelles & Bulnes (2021) encontraron evidencias de esta terapia en todos los trastornos, aunque los resultados fueron menos evidentes en los casos de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Adicciones. Es importante destacar que se han informado resultados exitosos sin que hubiera mucha evidencia, como por ejemplo en trastornos del sueño, o la sexualidad. Esto hizo que no se pudiera generalizar la efectividad de EMDR en estas categorías. No obstante, casi la mitad (58 %) de los estudios incluidos, y que informaron resultados positivos, estaban relacionados con el dolor, la ansiedad, el estado de ánimo y el estrés, lo que sugiere que aunque el uso de EMDR para diferentes afecciones es amplio, la evidencia sigue siendo mayor solo en estas categorías.

## **2.2. Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT)**

El Trastorno por estrés postraumático (TEPT), fue definido como trastorno mental a partir de 1980, es una enfermedad que surge como resultado de haber experimentado una situación estresante que amenaza la vida o la integridad personal. Históricamente, el TEPT se asociaba principalmente a los eventos traumáticos vividos por soldados en tiempos de guerra. Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, el concepto se amplió para incluir otros tipos de situaciones estresantes en la vida de una persona, como agresiones sexuales, incendios, maltrato infantil, desastres naturales, accidentes de tráfico, atentados terroristas y tortura sufridos por el individuo afectado. (González-González, 2018)

Según este Manual Diagnóstico de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), el TEPT se entiende y aparece debido a la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: como experiencia directa del suceso(s) traumático(s); como presencia directa del suceso ocurrido a otros; como conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental; o como exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil). Este último criterio no se

aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

Existe la presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático. Como por ejemplo, recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible. Otros síntomas son las reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático (APA, 2013).

Hay un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático, y está acompañado de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, como se pone de manifiesto por las características siguientes: Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático, creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,”). Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza). Además de disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. Existe un sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás, y una incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos). Existe una alteración en el estado de alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que se representa como: Comportamiento irritable y arrebatos de furia sin necesidad de que exista mucha provocación. Además de comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración y alteraciones en el sueño (APA, 2013).

Todas estas alteraciones causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. (APA, 2013)

En cuanto a los factores de riesgo asociados a este trastorno hay que tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos tanto personales como familiares, y el tipo de trauma al que se enfrenta la persona que desarrolla el trastorno, destacando la violación. (Jiménez et. al, 2022)

González-González (2018) asegura la existencia de una vulnerabilidad biológica heredada que interactúa con el entorno en el que se experimenta el factor estresante. Esta vulnerabilidad biológica se manifiesta a través de cambios neuroanatómicos en estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y áreas frontales, principalmente. En resumen, afirma que las investigaciones actuales sugieren que existen alteraciones biológicas de origen hereditario que predisponen a los individuos a desarrollar TEPT a partir de una experiencia traumática.

Por último, la prevalencia del TEPT varía según la población y el tipo de trauma, estimándose en aproximadamente el 7-8% de la población general (APA, 2013). Las estadísticas en estos trastornos tienen bastante similitudes en edad y sexo con la depresión, aunque su prevalencia global es menor (30,9% mujeres, 14,3% hombres). En la edad adulta, la diferencia entre sexos es más acusada desde los 20 años en adelante. La disminución de la prevalencia se aprecia ya a partir de los 65 años. (García et. al, 2020)

## **CAPÍTULO III**

### **3.1. Efectividad del *mindfulness* en la regulación emocional y los trastornos de ansiedad y depresión**

En este último capítulo, se pretende abordar la síntesis de todos los temas explicados anteriormente, buscando resolver la hipótesis de la efectividad de las terapias de *mindfulness* en la regulación emocional y en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión.

Ma & Teasdale (2004) concluyeron que en su estudio se proporcionó evidencia adicional de que la MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) resulta una intervención eficaz para reducir las recaídas de pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente que, luego de una niñez supuestamente adversa, han experimentado tres o más episodios previos de depresión, el primero de los cuales fue relativamente temprano en sus vidas. MBCT es más efectivo para prevenir la recaída que no está relacionada con la provocación por estímulos ambientales. Este hallazgo es consistente con el hecho de que MBCT tiene sus efectos, a través de la interrupción de los procesos de rumiación cognitivo-afectivos autónomos relacionados con la recaída reactivados por la disforia en momentos de riesgo de recaída.

Roemer & Orsillo (2007) en un estudio controlado con 31 sujetos, tras un programa de *Mindfulness* encontraron mejorías en los niveles de ansiedad y calidad de vida, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento a los 3 y 9 meses. Por otro lado, Kim et al. (2009) publicaron un estudio utilizando un programa de *mindfulness* con 46 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, comparándolo con un grupo control sometido a un programa de psicoeducación sobre la ansiedad. En los resultados de este estudio se encontró una reducción significativa de los síntomas de ansiedad y depresión en el grupo donde se utilizó *Mindfulness* como programa de intervención.

En estudios como el de Vásquez-Dextre (2016), se han analizado diversas terapias basadas en el *mindfulness* para abordar distintos problemas, como el estrés, los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad, los trastornos de somatización, los trastornos alimentarios, los trastornos de personalidad, entre otros. En general, se ha encontrado que estas terapias tienen resultados positivos en la mayoría de estos tratamientos clínicos. Sin embargo, se ha observado que la terapia basada en *mindfulness* es más efectiva cuando incluye componentes de una terapia cognitiva, en lugar de basarse solamente en la meditación y prácticas zen. Es decir, se ha concluido que la terapia llamada "Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness*"

(MBSR, por sus siglas en inglés) es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad, pero la "Terapia Cognitiva basada en *Mindfulness*" (MBCT, por sus siglas en inglés) tiene una mayor eficacia para reducir la sintomatología depresiva y mantenerla a largo plazo. Se llegó a la conclusión de que si el objetivo es reducir los niveles de ansiedad y sintomatología depresiva, se considera que lo más efectivo para lograr estos efectos es aplicar un programa de *mindfulness* que incorpore elementos de la terapia cognitiva.

Por otro lado, en la revisión realizada por Hodann-Caudevilla y Serrano-Pintado (2016), sugieren que las intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* constituyen un tratamiento eficaz para el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Ansiedad Social, y el TEPT, cuando son usadas con el tratamiento farmacológico. Señala que las terapias basadas en el *mindfulness* mejoran varios síntomas, por lo que también puede propiciar una capacidad de afrontamiento saludable hacia situaciones de estrés y malestar. En lo que respecta a la comparación entre los tratamientos basados en *mindfulness* y otros tratamientos para la ansiedad ya establecidos (Terapia Cognitivo Conductual, relajación aplicada y ejercicio aeróbico), estos autores sugieren que la elección de los tratamientos basados en *mindfulness* podría depender de factores como su efectividad en términos de coste y de tiempo. En este sentido, el MBSR y el MBCT parecen ser intervenciones altamente eficientes debido a que su aplicación es grupal.

Dzido Marinovich (2020), concluyó que el 92.3% de su revisión sistemática coincidió en los efectos positivos del entrenamiento de *mindfulness* ante la ansiedad y depresión en adultos mayores, reduciendo significativamente estos problemas; mientras que sólo un 7.7% señaló que el programa de intervención no atendió al objetivo de reducir la sintomatología depresiva y ansiosa. Las principales características identificadas en esta investigación respecto a la aplicación del *mindfulness* es indistinta respecto al género, por lo que puede ser aplicada tanto en hombres como en mujeres.

Al igual que en Collado-Navarro et. al (2021) en el que se elaboró un programa de intervención basado en los dos protocolos más relevantes en materia de *mindfulness*, la MBCT y la MBSR, aplicándolas con pacientes con trastornos ansioso-depresivos en una unidad de salud mental especializada. Este estudio sugiere mejoras más discretas y no significativas respecto a la reducción de los síntomas de ansiedad.

Miranda Palacios (2022) vio que la intervención en adolescentes para los casos de ansiedad y depresión mediante el *mindfulness*, tiene como objetivo principal la prevención de los síntomas. En cambio, en jóvenes y adultos su principal objetivo es la reducción de

síntomas. Stefan & David (2020), destacan que las intervenciones basadas en *mindfulness* pueden ser particularmente efectivas para tratar condiciones crónicas y graves, como la depresión, el dolor y las adicciones.

Hay que destacar, que al aplicar el *mindfulness* en la práctica clínica, los terapeutas deben ser cuidadosos con los posibles efectos adversos, ya que aunque se ha demostrado que las intervenciones basadas en *mindfulness* son efectivas para varias condiciones, algunos autores argumentan que no se deben usar para trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el TEPT y factores de riesgo para la psicosis, a no ser que se cree un protocolo específico para abordar los contenidos mentales extremadamente perturbados, como delirios y flashbacks, que podrían interferir en la efectividad de la intervención. Como se mencionaba anteriormente, existen posibles efectos secundarios como la despersonalización, la depresión, las emociones negativas y los flashbacks en pacientes con historias de trauma o experiencias mentales traumáticas desencadenadas por la meditación de atención plena intensiva y prolongada. Sin embargo, es menos probable que estos efectos extremos ocurran con ejercicios de meditación estandarizados y de intensidad moderada. Existen pautas de exclusión para MBCT, en ciertos trastornos psiquiátricos y en pacientes con riesgo de suicidio. (Stefan & David, 2020)

En esta línea, Vásquez-Dextre, (2016), afirma que el *mindfulness* ha demostrado ser una herramienta valiosa en el campo de la terapia, ya que fortalece de manera significativa la relación terapéutica. Además de sus aplicaciones en el tratamiento de trastornos de salud mental ya mencionados, se destaca esta capacidad para fomentar una conexión más sólida y efectiva entre el terapeuta y el cliente. Esto se debe a que promueve una mayor empatía y comprensión, mejorando así la calidad y los resultados de la relación terapéutica.

Por otro lado, en cuanto al efecto específico que tiene en la regulación emocional, el *mindfulness* se ha asociado con una mejora significativa. Estudios como Goldberg et al. (2020), respaldan la efectividad del *mindfulness* para cultivar la conciencia plena y la gestión de las emociones. Encontraron que la intervención basada en *mindfulness* produjo mejoras significativas en la regulación emocional en comparación con otros grupos de control. Además, otro estudio de Chambers et al. (2021) reveló que la práctica regular de *mindfulness* se asoció con una disminución de la reactividad emocional y una mayor capacidad para tolerar y regular las emociones negativas. Este autor entiende que el propósito de las intervenciones terapéuticas basadas en *mindfulness* es aliviar el sufrimiento generado por procesos y esquemas psicológicos que operan fuera del control, afectando a las emociones



y haciendo que la persona no pueda regularlas. Estas investigaciones respaldan la idea de que el *mindfulness* puede ser una herramienta efectiva para promover la regulación emocional.

Por su parte, Granda Guachamín, (2022) en su revisión sistemática afirma que los efectos del *mindfulness* son eficaces para mejorar la regulación emocional. Sin embargo, esto no se puede generalizar ya que cada intervención debe ser individualizada para cada persona humana, adaptándose a sus necesidades y recibiendo un análisis específico para el problema.

En conclusión, tras la revisión de la literatura, se ha observado que el uso del *mindfulness* ha demostrado ser efectivo en la regulación emocional y el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión. Las terapias basadas en *mindfulness* han mostrado resultados positivos en la reducción de recaídas en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente, así como en la mejora de los síntomas de ansiedad y depresión. Además, ha demostrado ser capaz de fortalecer de manera significativa la relación terapéutica. Es importante destacar que estas terapias suelen ser más efectivas cuando se combinan con componentes de la terapia cognitiva. Sin embargo, aún se requiere una mayor investigación sobre las intervenciones de *mindfulness* realizadas a través de medios telemáticos. En general, el *mindfulness* se presenta como una herramienta valiosa en la regulación emocional y en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, pero es necesario adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada persona.

### **3.2. Efectividad de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* en Trastorno de Estrés Post Traumático**

Como se mencionó anteriormente, se ha visto que la terapia EMDR es la más efectiva para el Trastorno de Estrés Post-Traumático. Según Vanesa Gómez y colaboradores (2015), los estudios realizados en relación con la terapia EMDR, resuelven que es efectiva en cuanto al tratamiento de TEPT, permitiéndole al paciente superar el evento traumático. Esto lo hace modificando la interpretación que ha tenido del mismo. No obstante, afirma que otros autores están aplicando nuevos tipos de terapia EMDR, lo cual fundamenta en mayor medida sus efectos. Según Schrader & Ross (2021) hay que destacar el evidente despunte reciente del uso de terapias centradas en el trauma, como la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT, sus siglas en inglés), la Terapia de Exposición Prolongada (PE, sus siglas en inglés), el EMDR y otras. No obstante, la terapia EMDR tiene evidencia científica con muchos

estudios de calidad detrás que la respaldan y empieza a tenerla en otras patologías como depresión, psicosis, dolor crónico, adicciones o fobias. (Valiente-Gómez et. al 2017)

Es cierto que la terapia EMDR ha evolucionado a lo largo de los años, y es probable que continúe evolucionando en el futuro a medida que se realicen más investigaciones y se desarrollen nuevas modalidades de enseñanza y ejecución. La integración de EMDR con otras técnicas terapéuticas también parece ser una tendencia creciente, ya que se ha demostrado que puede mejorar aún más la eficacia de la terapia. Por ejemplo, algunas terapias combinan EMDR con terapia cognitiva, terapia de exposición o técnicas de relajación. Por lo tanto, es importante que los terapeutas EMDR sigan actualizándose y aprendiendo sobre las últimas tendencias en esta terapia, para poder ofrecer el mejor tratamiento posible a sus pacientes. (Vanesa Gómez et al., 2015)

Lewis y colaboradores (2020), realizaron un estudio con 8.171 participantes, en el que hubo pruebas sólidas de que las terapias ampliamente definidas como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con un enfoque de trauma, así como la EMDR, tuvieron un efecto clínicamente importante.

Lo que sí que se puede afirmar es que existe una mejoría en el aprendizaje de la extinción del miedo en pacientes con TEPT después de la terapia EMDR y que ha demostrado (Rousseau et al., 2019) que esta mejora parece resultado de la modificación funcional de las principales estructuras cerebrales que se ven involucradas en el aprendizaje de la extinción del miedo. Las nuevas conexiones entre las estructuras involucradas en el procesamiento de las emociones y la memoria, contribuyen aún más a la mejora del rendimiento conductual de los participantes después de la terapia EMDR.

Estos resultados sugieren que la mejora de los síntomas en los pacientes con TEPT y el aumento del aprendizaje en la extinción del miedo se deben a modificaciones complejas de las estructuras cerebrales en el circuito del miedo y su conexiones con las redes encargadas de las emociones y la memoria. (Rousseau et. al, 2019)

Otro ejemplo, es una investigación realizada por Bisson et al. (2020), en la que se concluyó que el EMDR es efectiva en la reducción de los síntomas del TEPT. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron EMDR experimentaron una disminución significativa en los síntomas de intrusión, evitación e hiperactivación en comparación con el grupo de control.

Además, un estudio de Hudays et al. (2022) comparó los efectos del EMDR y la

Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) en individuos con TEPT. Los resultados revelaron que tanto el EMDR como la TCC demostraron mejoras significativas en los síntomas de TEPT. Sin embargo, el grupo de EMDR mostró una reducción más rápida y sostenida en los síntomas de intrusión y evitación, lo que sugiere que el EMDR puede ser una opción terapéutica valiosa para aquellos que sufren de TEPT.

Por otro lado, McLean et al. (2022) destacaron que hay varias terapias basadas en la exposición que son efectivas para reducir la gravedad de los síntomas del TEPT. Dentro de estas terapias, la EMDR ha mostrado efectos más elevados que otras terapias de exposición, lo que sugiere que puede ser relativamente más eficaz. No obstante, es importante tener en cuenta que el efecto entre los tratamientos individuales no son directamente comparables debido a la gran cantidad de factores que influyen en cada estudio, como por ejemplo las características de los pacientes, el tipo de evaluación, etc. Es por ello que en el estudio se afirma que, hasta la fecha, no se han encontrado comparaciones directas que indiquen que EMDR sea superior a otras terapias de exposición. Por esta razón, es fundamental seguir investigando para obtener una comprensión más completa de la efectividad de las terapias basadas en la exposición en el tratamiento del TEPT.

En conclusión, la terapia EMDR ha demostrado ser altamente efectiva en el tratamiento TEPT, al permitir que los pacientes superen los eventos traumáticos y modifiquen su interpretación de los mismos. Numerosos estudios respaldan esta eficacia en el tratamiento del TEPT, así como en otras condiciones como depresión, psicosis, dolor crónico, adicciones y fobias. Conforme se realicen más investigaciones y se desarrollen nuevas modalidades de enseñanza y ejecución, se espera que la terapia EMDR continúe evolucionando en el futuro, y así se pueda integrar con otras técnicas terapéuticas, ya que también se ha demostrado que mejora aún más su eficacia. También, esta terapia ha demostrado tener un impacto en la modificación funcional de las estructuras cerebrales involucradas en el aprendizaje de la extinción del miedo, lo que ayuda a que los síntomas en los pacientes con TEPT mejoren. Aunque se ha observado que la terapia EMDR tiene efectos más elevados que otras terapias de exposición, aún se requieren más comparaciones directas e investigación para comprender completamente su efectividad en relación con otras terapias basadas en la exposición en el tratamiento del TEPT. Por consecuencia, la terapia EMDR se posiciona como una intervención psicológica respaldada por evidencia científica, pero continúa siendo objeto de estudio y desarrollo en el campo de la salud mental y la psicoterapia.

## **CAPÍTULO IV:**

### **4.1. Conclusiones**

Tras analizar varias investigaciones, se ha mantenido la hipótesis acerca de la efectividad del *mindfulness* en los trastornos de ansiedad y depresión. Se ha visto que las terapias basadas en *mindfulness*, como la MBCT y la MBSR, ha demostrado ser eficaz en la reducción de recaídas en pacientes con trastorno depresivo mayor recurrente y en la mejora de los niveles de ansiedad y calidad de vida en personas con trastorno de ansiedad generalizada. Estas intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* son eficaces para trastornos como el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Ansiedad Social y el TEPT, especialmente cuando se combinan con el tratamiento farmacológico, y pueden mejorar la capacidad de afrontamiento saludable hacia situaciones de estrés y malestar. Además, se ha visto que el *mindfulness* mejora la relación entre el terapeuta y paciente, lo que resultará beneficioso durante el tratamiento.

La Terapia Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCT) ha demostrado ser más efectiva en la reducción de la sintomatología depresiva a largo plazo, mientras que la Reducción del Estrés Basada en *Mindfulness* (MBSR) es efectiva en la disminución de los niveles de ansiedad. Así pues, estas terapias son más eficaces cuando incluyen componentes de terapia cognitiva en lugar de basarse únicamente en la meditación.

Aunque las intervenciones basadas en *mindfulness* son efectivas en diversas condiciones, es importante tener precaución al aplicarlas en trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el TEPT y en factores de riesgo para la psicosis, a menos que se establezca un protocolo específico. No obstante, son eficaces en el tratamiento de trastornos mentales en adolescentes, jóvenes y adultos, tanto en la prevención de síntomas como en la reducción de los mismos.

Además, el *mindfulness* ha mostrado efectos positivos en la mejora de la regulación emocional, aunque se debe tener en cuenta que cada intervención debe ser adaptada a las necesidades individuales de cada persona.

En general, estas conclusiones respaldan la importancia de seguir investigando y aplicando el *mindfulness* en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión, así como en la implementación de programas de educación emocional desde temprana edad como medida de prevención en salud mental.

Por otro lado, mientras que la terapia EMDR es altamente efectiva en el tratamiento TEPT. Numerosos estudios respaldan su eficacia al permitir que los pacientes superen los eventos traumáticos y modifiquen su interpretación de los mismos. Aunque en la actualidad existen muchas versiones del protocolo de esta terapia, estas han demostrado resultados prometedores en el tratamiento de condiciones como depresión, psicosis, dolor crónico, adicciones y fobias. A medida que se lleven a cabo más investigaciones y se desarrollen nuevas modalidades de enseñanza y ejecución, se espera que la terapia EMDR siga evolucionando en el futuro. La flexibilidad<sup>13</sup> de la terapia EMDR permite que sea muy efectiva en combinación con otras técnicas terapéuticas demostrando mejorar aún más su eficacia.

Aunque se ha encontrado que la terapia EMDR tiene efectos más elevados que otras terapias de exposición, se requieren más comparaciones directas para comprender completamente su efectividad en comparación con otras terapias basadas en la exposición para el tratamiento del TEPT. Aunque se demostró que la terapia EMDR es más efectiva que la TCC para el TEPT.

También, se ha observado que la terapia EMDR tiene un impacto en la modificación funcional de las estructuras cerebrales relacionadas con el aprendizaje de la extinción del miedo. Estas modificaciones contribuyen a la mejora de los síntomas en los pacientes con TEPT.

En resumen, la terapia EMDR se presenta como una herramienta terapéutica valiosa y efectiva en el tratamiento de diferentes patologías, y su uso combinado con otras terapias puede ser muy beneficioso. Sin embargo, se recomienda seguir investigando y realizando comparaciones directas para obtener una comprensión más completa de su efectividad en otros trastornos y en relación con la integración y combinación con otras terapias.

## **4.2. Recomendaciones**

Se recomienda la realización de futuras investigaciones que exploren en mayor profundidad la eficacia del *mindfulness* en el tratamiento de todos los trastornos de ansiedad y depresión. Si bien existen pruebas prometedoras que respaldan su efectividad en algunos trastornos específicos, aún hay mucho por descubrir en términos de su aplicabilidad en otros

---

<sup>13</sup> Capacidad de la terapia para poder actuar en diversos trastornos y con diferentes personas, pudiendo adaptar la terapia tanto al paciente como al terapeuta.

trastornos en los que no se ha encontrado evidencia suficiente para utilizar este tratamiento, como por ejemplo en la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el TEPT y factores de riesgo para la psicosis.

Además, considero de vital importancia la implementación de la educación emocional desde temprana edad como una estrategia para fomentar una buena regulación emocional. Enseñar a los niños y adolescentes habilidades para identificar, comprender y gestionar sus emociones les brinda herramientas fundamentales para afrontar los desafíos emocionales a lo largo de sus vidas. Esta educación emocional no solo puede mejorar el bienestar psicológico de los individuos, sino que también puede actuar como una medida preventiva para futuros problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad y depresión. Estas acciones pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas y en la prevención de futuros problemas de salud mental.

En cuanto a la terapia EMDR, en futuras investigaciones, se podría tratar de comprender qué es lo que funciona realmente en EMDR, es decir saber cuál es el mecanismo de acción concreto y qué sucede en el cerebro a nivel inter e intra neuronal, para explicar por qué se reprocessan y se desensibilizan los recuerdos mediante la lateralización de estímulos mientras se evoca el recuerdo traumático e introduciendo el recuerdo agradable. Creo que es algo que puede tener un amplio y largo camino en el mundo de la psicología. Además, con la ayuda de técnicas de imagen estructural y funcional, estas futuras investigaciones pueden dar resultados favorables.

Por otro lado, esta investigación futura podría probar mejores formas de comparar esta terapia con otras alternativas y tratamientos activos. Ya que en la actualidad existen un gran número de protocolos, y existen muchas diferencias entre los estudios, tanto en la heterogeneidad en la duración y número de las sesiones, como en la conceptualización de los objetivos.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Arrieta, S. (2020). *Revisión bibliográfica narrativa sobre la autolesión no suicida* (Doctoral dissertation, Tesis de pregrado). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de [https://eprints.ucm.es/61149/1/ARRIETA\\_CASTELLANOS\\_SE\\_TFG.pdf](https://eprints.ucm.es/61149/1/ARRIETA_CASTELLANOS_SE_TFG.pdf)

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>

Aldao A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 8(2), 155–172. <https://doi.org/10.1177/1745691612459518>

American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>

Bisquerra, R. (2012). De la inteligencia emocional a la educación emocional. *Cómo educar las emociones*, 1, 24-35.

Cárdenas-Hernández, A. (2019). *Efectos de un programa de Mindfulness sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida en personas con trastorno mental grave*. Trabajo de Fin de Máster. Universidad Internacional de la Rioja [https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/9651/C%C3%A1rdenas%20Hern%C3%A1ndez%20Alicia.pdf?sequence=4&isAllowed=y#:~:text=\(2011\)%20comprueban%20que%20tras%20la,Astin%20et%20al%202003](https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/9651/C%C3%A1rdenas%20Hern%C3%A1ndez%20Alicia.pdf?sequence=4&isAllowed=y#:~:text=(2011)%20comprueban%20que%20tras%20la,Astin%20et%20al%202003) .

Cardoso, A.B.P., & Bellemo, A.I.S. (2023). Prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (tept) durante a pandemia. *unilus Ensino e Pesquisa*, 18(53), 17-28.

Cazabat, E. (2004) EMDR: *alivio rápido y duradero para una variedad de problemáticas. Casos clínicos*. V Congreso Virtual de Psiquiatría. <http://www.emdr-es.org/prensacont1.htm>

Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An



integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560–572.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Collado-Navarro, C; Colomina-Llobell, C; Barceló-Soler, A. «Nuevos abordajes en ansiedad y depresión: Mindfulness al servicio de las necesidades asistenciales de Salud Mental Especializada». *Psicosomàtica y Psiquiatria*, 2021, n.º 16, <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1607>

Costa Rodríguez, Claudia, Palma Leal, Ximena, & Salgado Farías, Carla. (2021). Emotionally intelligent teachers: importance of Emotional Intelligence for application of Emotional Education in pedagogical work. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 47(1), 219-233. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052021000100219>

Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459–488. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091233>

Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena / mindfulness. *Revista Internacional De Psicología*, 12(01), 1–18. <https://doi.org/10.33670/18181023.v12i01.66>

Cuijpers, P., van Straten, A., Warmerdam, L., & Andersson, G. (2009). Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depression and anxiety*, 26(3), 279–288. <https://doi.org/10.1002/da.20519>

Dzido Marinovich, V. (2020). *Mindfulness ante la ansiedad y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática*. Tesis para optar el grado académico de Maestría en Intervención Psicológica. Universidad César Vallejo, Perú.

Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., Schnurr, P. P., Turner, S., & Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical psychology review*, 30(2), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>

Espada, J. P., Orgilés, M., Méndez, X., & Morales, A. (2021). Problemas relacionados

con la regulación emocional: Depresión y problemas de ansiedad. *Libro Blanco de la salud mental infanto-juvenil*, 1, 18.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 22(4), 716–721. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>

García, F. M., Calvo-Reyes, M. C., & Rodríguez-Cobo, I. (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. *Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. Available online: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf) (accessed on 28 april 2023).*

Granda Guachamín, A. S. (2022). *Efectos de Mindfulness en la regulación emocional: Revisión sistemática* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

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>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 48(6), 445–462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>

González-González, C. (2018). Actualidades en la fisiopatología del trastorno por estrés postraumático (TEPT). *Salud Jalisco*, 1(2), 128-134.

Hanh, T. N. (2005). *Happiness: Essential mindfulness practices*. Parallax Press. [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ori1KuypfYoC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Hanh,+T.+N.,+\(2005\).+Happiness:+Essential+mindfulness+practices.+Parallax+Press.&ots=vBLr\\_84gnm&sig=Mskz\\_ORlnRkBZuUpUBZUB8LTiyA#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ori1KuypfYoC&oi=fnd&pg=PR9&dq=Hanh,+T.+N.,+(2005).+Happiness:+Essential+mindfulness+practices.+Parallax+Press.&ots=vBLr_84gnm&sig=Mskz_ORlnRkBZuUpUBZUB8LTiyA#v=onepage&q&f=false)

Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N. & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT). A therapy manual for the treatment of emotional avoidance*.

Reno, Nevada: Context Press.

Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR. Desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Bilbao: desclée de Brouwer.

Hervás, Gonzalo. (2011). *Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos*. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. 19. 347-372.

Hodann-Caudevilla, Ricardo & Serrano, Isabel. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*. 22(1), 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.04.001>.

Hudays, A., Gallagher, R., Hazazi, A., Arishi, A., & Bahari, G. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus Cognitive Behavior Therapy for Treating Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(24), 16836. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416836>

Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. Nueva York: Norton.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>

James J. Gross (2015) Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects, *Psychological Inquiry*, 26:1, 1-26, DOI:[10.1080/1047840X.2014.940781](https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781)

Jiménez, V. M., Labari, E. P., Company, P. L., & Juan, J. L. (2022). Trastorno por estrés postraumático. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(8), 416-421. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.05.007>

Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: *theoretical considerations and preliminary results*. *General hospital psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Reino Unido: Delta.

Kabat-Zinn, J. (2015). Mindfulness. *Mindfulness*, 6(6), 1481–1483. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0456-x>

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601–606. <https://doi.org/10.1002/da.20552>

Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

Kornfield, J. (1979). Intensive insight meditation: A phenomenological study. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 11(1), 41. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/intensive-insight-meditation-phenomenological/docview/1312136753/se-2>

Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(1), 31–40. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>

Mace, C. (2007). *Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203945919>

McGehee, P., Germer, C., Neff, K. (2017). Core Values in Mindful Self-Compassion. In: Monteiro, L., Compson, J., Musten, F. (eds) Practitioner's Guide to Ethics and Mindfulness-Based Interventions. Mindfulness in Behavioral Health. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-64924-5\\_11](https://doi.org/10.1007/978-3-319-64924-5_11)

McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L., & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 91*, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>

Miranda Palacios, V. E. (2022). La práctica de las técnicas del mindfulness en episodios de ansiedad y depresión. Trabajo de suficiencia profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/15856>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology, 69*(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

Nemeroff C. B. (2004). Neurobiological consequences of childhood trauma. *The Journal of clinical psychiatry, 65 Suppl 1*, 18–28.

Organización Mundial de la Salud-OMS (24 de marzo de 2023). *Depresión*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [https://www.who.int/es/health-topics/la-dépression#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/la-dépression#tab=tab_1)

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 54–68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior therapy, 38*(1), 72–85. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.04.004>

Rousseau, P. F., El Khoury-Malhame, M., Reynaud, E., Boukezzi, S., Cancel, A., Zendjidjian, X., Guyon, V., Samuelian, J. C., Guedj, E., Chaminade, T., & Khalfa, S. (2019). Fear extinction learning improvement in PTSD after EMDR therapy: an fMRI study.

European journal of psychotraumatology, 10(1), 1568132.  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1568132>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1989-1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Scelles, C., & Bulnes, L. C. (2021). EMDR as Treatment Option for Conditions Other Than PTSD: A Systematic Review. *Frontiers in psychology*, 12, 644369. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>

Schrader, C., & Ross, A. (2021). A review of PTSD and current treatment strategies. *Missouri medicine*, 118(6), 546-551

Sebastián Tirado, A. (2020). *Estrategias de regulación emocional y psicopatología de la depresión y la ansiedad*. Trabajo Final de Máster. Universitat Jaume I. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/187185>

Segal, Z.V., Williams, J.M.G. and Teasdale, J.D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press, New York.

Shapiro, F., 1989. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223. [https://doi.org/10.1002/\(ISSN\)1573-6598](https://doi.org/10.1002/(ISSN)1573-6598).

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.

Siegel, R.D., Germer, C.K., Olendzki, A. (2009). *Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From?* In: Didonna, F. (eds) *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York, NY. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2)

Stefan, S., & David, D. (2020). Mindfulness in Therapy: A Critical Analysis. *The International journal of clinical and experimental hypnosis*, 68(2), 167–182. <https://doi.org/10.1080/00207144.2020.1720514>

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet (London, England)*, 371(9618), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major

depression: review and meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 157(10), 1552–1562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>

Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in psychology*, 8, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>

Vanesa Gómez I., Rosalba Gonzales I., Oviedo L. M., & Ramírez Giraldo A. (2015). La terapia EMDR como tratamiento para el trastorno de estrés postraumático: una revisión literaria. *Búsqueda*, 2(15), 51-63. <https://doi.org/10.21892/01239813.96>

Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51. Recuperado en 11 de mayo de 2023, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es).

Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic medicine*, 61(1), 6–17. <https://doi.org/10.1097/00006842-199901000-00003>