

## **Mindfulness y Dolor Crónico:**

### **“Aplicación de Mindfulness para la Disminución del Dolor Crónico que Ocasiona Sufrimiento”**

Lic. Andrea P. Sciacca. Psicóloga Clínica Integrativa

#### **RESUMEN**

En el presente trabajo se abordarán los temas de mindfulness y dolor crónico. Se definirán ambos conceptos, desde diferentes autores y perspectivas. Se mencionarán los principales programas basados en mindfulness y se hará referencia a otras terapias de tercera ola o tercera generación. Además, se hará un breve repaso de lo que implica la palabra meditación en oriente y occidente.

En lo que refiere a dolor se hará un recorrido por las concepciones de dolor y de dolor crónico a través del tiempo. También se hará mención a sus distintas clasificaciones.

Finalmente, se describirá la aplicación de mindfulness como herramienta para la disminución del dolor crónico, basado en la reducción del estrés.

Se espera conocer las prácticas utilizadas en Mindfulness, encontrar algunos beneficios y efectos ocasionados, y profundizar sobre la temática de dolor y dolor crónico.

#### **INTRODUCCION**

Tan pronto como un dolor aparece en el cuerpo, nuestra mente se preocupa por obtener alivio. Si pudiéramos remover la causa del dolor o mitigarlo con analgésicos, mucho mejor. Sin embargo, las personas, en algún momento de sus vidas, llegan a enfrentar algún grado de dolor significativo, del cual no pueden escapar. Incluso hay personas que son víctimas de alguna enfermedad o deterioro físico, por lo cual tienen que vivir día a día en un insuperable, y a veces, agudo dolor.

Por medio de la aplicación de la meditación con atención consciente al dolor se puede centrar la atención en el dolor y observarlo con precisión. Al dejar de resistirnos al dolor, nos abrimos a él. A medida que se desarrolle esta habilidad, el dolor causará menos sufrimiento.

La técnica de meditación con atención consciente requiere tiempo, esfuerzo y determinación, sin embargo, cualquiera puede desarrollar esta habilidad con una práctica regular. A decir verdad, manejar el dolor a través de la meditación no es una solución rápida. No obstante, el hecho de saber que es un paliativo profundo y amplio, lo compensa.

Para poder entender cómo el dolor se convierte en sufrimiento es necesario aclarar una verdad profunda acerca de la naturaleza del sufrir. La mayoría de la gente considera que el sufrimiento y el dolor son lo mismo, pero no es así. El sufrir está en función del dolor y del grado con el cual el dolor se resiste, y es por eso que gira en torno a esas dos variables. Hay una fórmula conocida que dice que el dolor por la resistencia arroja como resultado el sufrimiento ( $S=D \times R$ ).

Sería entonces, la resistencia la que interfiere. Esa resistencia es la que genera la dificultad y es donde uno se suele atascar. Sobre ella habría que trabajar, y es por eso que mindfulness es una buena opción para hacerlo. La resistencia ocurre tanto en el cuerpo como en la mente y puede ser tanto consciente o inconsciente.

Esta revisión teórica, pretende mostrar la aplicación de la práctica de mindfulness como herramienta eficaz para la mejoría del dolor crónico. Para ello, en el primer capítulo, se tomarán en cuenta los aportes del Dr. Jon Kabat-Zinn (como iniciador en Occidente). Se hará un recorrido por las variadas concepciones de mindfulness, sus orígenes, sus prácticas, los programas que se aplican con diversos objetivos, los beneficios de los mismos y los objetivos y la meditación.

En el segundo capítulo, que se refiere al dolor crónico, se considerarán los aportes de Vidyamala Burch, como base inspiradora del tema, por ser ella misma quien sufrió la experiencia de padecer de dolor crónico. Posteriormente se desarrollará la historia del dolor, los tipos de dolores, cómo se los clasifica, para luego dedicar otra parte al dolor crónico, específicamente.

Finalmente, en el tercer y último capítulo, se hablará de mindfulness y dolor crónico con el fin de, en forma integrada, describir lo más relevante que figure en diferentes artículos científicos que daten de estos últimos diez años hasta esta parte.

### **Relevancia y Justificación del Tema**

La psicología de oriente, y particularmente en las técnicas basadas en las prácticas de origen budistas, están suscitando desde hace aproximadamente dos décadas un interés expansivo referido a su efectividad en el tratamiento de los trastornos psicológicos. (Didonna, 2011).

Se registran numerosos artículos científicos y publicaciones con la palabra mindfulness en sus títulos, que van en ascenso creciente desde el año 1982 hasta 2007. Al mismo tiempo, aumentan las aplicaciones clínicas basadas en mindfulness. Es más que un concepto cognitivo, es además una práctica, por esto es importante que esto se sepa para que la palabra

mindfulness no se desvirtúe ni quede limitada su aplicación, tal como lo indica Kabat-Zinn (2008). (Didonna , 2011).

Hoy por hoy se puede observar un notorio interés por parte de diferentes profesionales de la salud (como psicólogos, psiquiatras, médicos en general, trabajadores sociales) referido a nuevos tratamientos y herramientas ante la presentación de las variadas patologías existentes. Así es que el interés sobre la eficacia de los enfoques e intervenciones basados en Mindfulness en el tratamiento de problemas como la adicción, el intento de suicidio, la depresión, el trauma y el sida, y otras patologías, abundan en la actualidad. (Hick & Bien, 2008).

Como menciona Hicks (2008), la técnica de Mindfulness ha sido utilizada en una amplia variedad de entornos clínicos y terapéuticos y ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de dolor crónico. (Kabat-Zin, 1984-1990).

El objetivo de la investigación y la práctica clínica en dolor, es el alivio del sufrimiento innecesario. Es por eso que los pacientes tienen el derecho de recibir el mejor tratamiento para su dolor, el más efectivo. Si bien los tratamientos para diversos tipos de dolores fueron, por lo general, avanzando a pasos agigantados, no se puede decir lo mismo respecto de los que abordan al dolor crónico. Es importante mencionar que se observó un incremento en cuanto al reconocimiento y atención de los factores psicosociales, que han tenido un gran impacto al reducir la discapacidad de muchos pacientes con dolor crónico. También el descubrimiento del alcance de la efectividad analgésica, lograda por los psicofármacos antidepresivos, ha sido una poderosa herramienta para tratar el dolor crónico. Y además está decir que, hubo y hay, numerosos métodos para ayudar a muchos pacientes que padecen dolor crónico. (Ceraso y Wortley, 1998).

El dolor crónico no está asociado con ninguna función de aviso o de protección de tejidos (como sería el caso del dolor agudo) y por tanto el escape o la retirada no son posibles. La inmovilización no es conducente para la recuperación. Por eso es que la eliminación de este sufrimiento es, o debería ser, el principal objetivo de nuestra dedicación y de futuras investigaciones en dolor. (Fields 1994) (Ceraso y Woertley, 1998).

Un dolor es un proceso mental asociado a un proceso corporal, entonces, si el dolor parece desproporcionado respecto del daño, implicaría que no hay nada malo en el cuerpo, y que por ende, padece de una enfermedad mental. Por lo general, estos pacientes se sienten incomprendidos y siguen buscando un tratamiento específico que solucione su problema, pero como no suelen encontrarlo, toman altas dosis de medicación para palear el dolor que no dejan de sentir, tal es así que algunos se vuelven droga-dependientes.

Lo más preocupante de esta situación es que han sufrido tantos fracasos en distintos niveles

(tratamientos que no han sido eficaces, fármacos que no calman el dolor, cirugías que lejos de sanar le ocasionaban nuevos dolores, más la indignación que les genera el recibir por parte de los médicos palabras tales como: "su dolor se le va a pasar", "está todo en su cabeza") que luego de ello han aprendido que la queja no los conduce a nada, y con frecuencia, abandonan todo tipo de atención médica. (Ceraso y Wortley, 1998).

A pesar de los analgésicos, las operaciones y demás tratamientos, la medicina occidental tradicional no logra controlar el dolor. (Cousins, Brennan y Carr, 2004).

### **Alcances y Limitaciones**

Mediante la revisión bibliográfica se abordará el tema "mindfulness" tomando como base al budismo, con su difusión y empleo en Occidente. Se hará mención de destacados y relevantes autores en dicho tema y su relación con el dolor.

### **Metodología**

El trabajo consiste en una revisión teórica o bibliográfica en la que se recopilará material acerca de Mindfulness y el concepto de meditación. Por otra parte, se empleará material bibliográfico acerca del dolor y dolor crónico, así como del sufrimiento, que el mismo genera. Y por último se trabajará a partir de la revisión de papers científicos, revistas científicas y cantidad de libros, que abordan el tema que nos ocupa.

### **Antecedentes**

Existen diferencias entre la cultura oriental y la cultura occidental respecto de la conceptualización de la enfermedad. En lo que respecta a la medicina occidental, nunca se le ha dado tanta relevancia al desarrollo del entendimiento de experiencias acerca de cómo funcionan internamente los individuos; en cambio sí se le dio importancia a los aspectos externos (aparición) como los son los síntomas, centrándose en la eliminación de los mismos. Dicho de otro modo, se interesaron por erradicar las manifestaciones externas en lugar preocuparse por la raíz del problema o la causa latente en el organismo. Por esta razón es que se han desarrollado y difundido ampliamente los fármacos. Este modo de abordaje de los problemas de salud se fue expandiendo también hacia las enfermedades mentales. Según Thurman (1991), la realidad externa ha influido más que el poder que poseemos sobre nosotros mismos. Desde este punto de vista, a la enfermedad se la ve como invasiva y como tal debe ser exterminada con medios externos, que lamentablemente siguen siendo también invasivos. (Didonna, 2011). La cultura oriental, en cambio, desde la psicología Budista, aporta métodos destinados a entrenar la mente a través de las prácticas de meditación. (Didonna, 2011).

Aristóteles diferenció el dolor separándolo de los cinco sentidos y los clasificó como una de las pasiones del alma, y de ese modo lo ubicaba como emocional. Brodie, un famoso cirujano, siglos después, dijo que en mujeres de clase alta, cuatro de cinco dolores eran histéricos, por lo

cual el dolor puede aparecer por motivos emocionales. Lewis, por su parte, pensaba que definir o explicar el dolor no era algo sencillo y propuso un acercamiento que lo describía como una sensación subjetiva desagradable que se la llega a conocer cuando se la padece, y se la puede explicar a base de la erudición. Pero más allá de todo ello, entre los siglos XIX y XX, se descubre la existencia de los nervios y vías del dolor en el sistema nervioso central, y eso fue lo que llevó a definirlo como una sensación. Lo curioso del tema es que muchos profesionales de la medicina se resisten a reconocer en sus pacientes diversas alteraciones psicológicas, seguramente por el miedo que conlleva el equivocarse y acentuar lo psicológico, descuidando lo orgánico. No obstante existen enfoques donde se contemplan ambos aspectos del dolor: lo orgánico y lo psicológico (Ceraso y Wortley, 1998).

### **Estado del Arte**

Durante los últimos 30 años la práctica de Mindfulness o Consciencia Plena, está integrándose a la Medicina y a la Psicología de Occidente. Es aplicada y estudiada científicamente, y por esa razón, reconocida como una manera efectiva de reducir el estrés, aumentar la autoconsciencia, reducir los síntomas físicos y psicológicos asociados al estrés, y por ende, mejorar el bienestar general. Aunque esta práctica ha sido aplicada en la medicina de Occidente, recientemente, se trata de una práctica muy antigua que se origina hace más de 2500 años, y constituye la esencia fundamental de las prácticas Budistas en Oriente.

El Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (Centro de Mindfulness en Medicina, el Cuidado de la salud y la Sociedad), fue fundado por el Dr. Jon Kabat-Zinn en el año 1979, en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Desde ese momento dicho centro dicta el programa de MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) o Atención Plena (divulgada así en ámbitos educacionales, empresariales, institucionales y hospitalarios). El programa fue desarrollado y aplicado en un origen a pacientes de consultorio externo de la división de Medicina Preventiva y del Comportamiento en la Escuela de Medicina del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, en los que el estrés crónico era un agravante o desencadenante de enfermedades, trastornos o desórdenes (como ansiedad, depresión, adicciones, etc). El entrenamiento intensivo en Reducción del Estrés basado en la Práctica de Mindfulness se dicta en más de 260 centros médicos en todo el mundo entre EE.UU, Europa y Latinoamérica (incluyendo la Argentina), incluso se ha extendido más allá del ámbito médico hacia otros terrenos como el deportivo, universitario, empresarial, otros.

Las psicologías occidentales aspiran a la reducción del sufrimiento por medio de un conjunto de enfoques: lograr habilidades sociales necesarias para satisfacer más eficazmente las propias necesidades, ajustar los propios deseos al contexto que nos rodea, resolver conflictos pasados. (Kramer, 1999).

Por su parte, la Psicología Budista, que es la Psicología del Buda, apunta directamente al final del sufrimiento, es decir a su cesación. Por ende, aspira a alcanzar ese objetivo por medio de la renuncia completa a la causa del sufrimiento, el hambre o el deseo. Pero a diferencia de las psicologías occidentales, la budista, persigue esta disminución desde la perspectiva del análisis de las causas del sufrimiento, y apunta al cultivo de las cualidades mentales concretas como lo son la bondad y la compasión. (Fulton, 2005).

### **Marco Teórico**

El enfoque sobre el que se basa este trabajo se arraiga en la enseñanza budista, pero como dice Batchelor (1997) , no como religión y dogma, sino como conjunto de prácticas destinadas a evocar una nueva forma de percibir

La tradición budista se centra en problemas universales de la vida humana, como por ejemplo lo es el sufrimiento en general. Por eso muchos aspectos de la psicología budista pueden aplicarse, hoy por hoy, como se hacía en la antigua India. (Germer, Siegel y Fulton, 2005).

Como se mencionaba al comienzo de este apartado, Jon Kabat-Zinn es conocido como referente mundial por haber introducido esta práctica dentro del modelo médico de Occidente, hace más de 30 años. Así introdujo a los pacientes a la práctica de Mindfulness para el tratamiento de problemas físicos y psicológicos, dolor crónico y otros síntomas asociados al estrés.

Los enfoques basados en mindfulness prestan atención especial a la importancia de los recursos y del potencial individual, así como a la capacidad del sistema de una persona para curarse a sí misma, o curarse desde adentro. De ese modo, los humanos alcanzarían de manera espontánea (sobre todo si están bien orientados y guiados) un punto en el que pueden pasar de un estado de desequilibrio y angustia, a un estado de mayor armonía y serenidad, con respecto a sí mismos y con la consecuente mejora de la percepción subjetiva de bienestar. La práctica de mindfulness es una disciplina que unifica todos los componentes de sanar, mencionados antes, y que aporta un punto de convergencia entre Oriente y Occidente en el ámbito de la ciencia psicológica. (Didonna, 2011).

### **CONCLUSIÓN**

Como se mencionó en el desarrollo del trabajo, ni bien el dolor aparece en el cuerpo, la mente se ocupa buscando la forma de aliviarlo. Existen dos tipos de alivio que son igualmente válidos: el alivio temporal, que resulta de la eliminación de un dolor en particular, y el alivio permanente, que resulta de reeducar su relación con todos y cada uno de los diferentes tipos de dolor. Si el alivio temporal no fuese posible, entonces, habría que emprender una búsqueda hacia un alivio más permanente. Para eso sería importante no olvidarse de la fórmula: “sufrimiento igual a dolor multiplicado por resistencia”, como una primera manera de empezar.

Algo que es frecuente escuchar en casos de dolor crónico, es que es el dolor el que causa el sufrimiento. Por supuesto que el dolor en sí mismo es causado por componentes físicos, pero el sufrimiento no es generado por el dolor en sí, sino por la mente, que junto a todos sus mecanismos, no haría otra cosa que intentar evadir, evitar, despegarse de lo no placentero y aferrarse o apegarse a lo placentero. Ese tipo de resistencia sería la que ocasionaría el sufrimiento. Por lo tanto, es la mente quien generaría el sufrimiento. Lo que se quiere destacar con esto es que la experiencia subjetiva del dolor es fundamental, y por ende, como el sistema nervioso posee un rol central en ese dolor, se pudo observar que la meditación y sobre todo la meditación mindfulness actúa sobre el mismo.

La cognición y las emociones son las responsables del sufrimiento humano. El dolor siempre va a existir en diferentes aspectos y momentos de la vida. Lo que sí se puede prevenir es el sufrimiento que es ocasionado conforme a la resistencia que se presente en cada individuo. Si el dolor aparece, pues con compasión, ecuanimidad, tolerancia, se lo debería aceptar tal como viene, y de la misma manera en que se presentó, se retirará a su debido momento. En cambio, si uno se resiste, y lo que se pretende es evitarlo bajo cualquier circunstancia, se lo rechaza, se reniega de él y se producen quejas, no se hace más que acrecentar el malestar ocasionado por ese dolor.

Una de las cosas que nos enseña mindfulness es la aceptación no pasiva de la situación presentada. Aceptar desde un punto de vista activo, que no implica sólo sentarse a meditar sino que día a día, momento a momento, exige o pretende que uno esté “presente” en todo lo que hace. Solamente hacer de una cosa a la vez, aceptando las cosas del modo en que se vayan dando, sin esforzarse por cambiar nada, que no se pueda cambiar, y tratando de que el beneficio sea el mayor posible. Eso que parece tan complicado de lograr se puede llevar a cabo con constancia en la práctica formal primero, para luego agregarla en forma informal, en la vida diaria.

En definitiva, Mindfulness propone un modo de ser en contraposición al modo de hacer (en el que el ser humano suele posicionarse), con el que se puede llegar a la introspección deseada y desde allí, adquirir la aceptación. Se requiere empezar por uno, sin esperar de los otros. La

solución, el cambio, y por consiguiente, la aceptación, no vienen desde afuera. Sólo así, con la práctica constante, se puede lograr la aceptación y disminución de padecimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batchelor, S. (1997). *Buddhism without beliefs: A contemporary guide to awakening*. New York: Riverhead Books.

Bear, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Baer, R. A., Smith, G. T. y Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Bhikkhu, T. (2007). *Mindfulness defined*.

Bien, T. (2006). *Mindful recovery: A guide for therapists and helping professionals*. Boston: Wisdom.

Bishop, S., Lau, M., Sahpiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carody, J. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.

Brantley, J. (2010). *Calmar la ansiedad: descubre como el mindfulness puede liberarte del miedo y la angustia*. Barcelona: Oniro.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (4), 822-848.

Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 242-248.

Brown, K.W., Ryan, R.M. y Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.

Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns, J. W. y Biridepalli, S. (2003). The association between anger expression and chronic pain intensity: Evidence for partial meditation by endogenous opioid dysfunction. *Pain*, 106(3), 317-324.

- Buchi, S., Buddeberg C., Klaghofer, R., Russi, E. W., Bandli, O., Schlosser, C., Stoll, T., Villiger, P. M. y Sensky, T. (2002). Preliminary validation of PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self easeure) – A brief method to acces suffering. *Psychother Psychosom*, 71 (6), 333-341.
- Buchheld, N., Grossman, P. y Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. y Farrow, V. (2007). The assessment of present-moment awareness and acceptance: *The Piladelphia Mindfulness Scale. Assessment*, 15, 204-223.
- Carlson, L.E. y Brown, K. W., (2005). Validation of the Mindful Attention Awarness Scale. *Journal of Psychosomatic research*, 58, 29-33.
- Carrington, P. (1998). *The book of meditation*. Boston: Element book.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Goli, V., Fras, A. M., Lynch, T. R., Throp, S. R. y Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and chronic low back pain: A preliminary study examining the relationship pf forgiveness to pain, anger, and psychological distress. *Journal of Pain*, 6, 84-91.
- Ceraso, O. L. y Wortley, R. H. (1998). *Diagnóstico y tratamiento del dolor*. Buenos Aires: CEDynia.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B. y Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire*. (Manuscrito en proceso de revision).
- Cibeira, J. B. (2009). *La historia del dolor*. Buenos Aires: Akadia.
- Cousins, m. J., Brennan, F. y Carr, D. B. (2004). Pain relief: A universal human right. *Pain*, 112,1-4.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. y Liberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-5.
- D'Alvia, R. (2001). *El dolor. Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paidós.

[Davis, T. y Stede](#), W. (Eds.) (1921). *Pali-English dictionary*. Nueva Delhi: Munshiram Manoharlal Publisher.

Deikman, A. (1986). *El yo observador. Misticismo y psicoterapia*. Fondo de cultura económica.

Deurr, M. (2004). *A powerful silence: the role of meditation and other contemplative practices in American life and work*. Northampton, MA: Center of contemplative mind in society.

Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dimidjian, S. y Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical applications of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), pp. 166-171.

Farb, N. A. S., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z. y Anderson, A.K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive Affective Neuroscience Advance Acces*, 1-10.

Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. G. y Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Minfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 29, 177-190.

Follette, V.M., Palm, K. M. y Rasmussen-Hall (2004). Acceptance, mindfulness and trauma. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-Behavioural Tradition*. (pp. 192-208). Nueva York: Guilford Press.

Fordyce, W. E., (1986). *Learning processes in pain: the psychology of pain*. Nueva York: Raven Press.

Fow, R. N. y Smith-Seemiller, L. (2001). Impact of gender, compensation status and chronicity on treatment response in chronic pain patients. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 2, 32.

Fulton, P. R., (2005). Mindfulness as clinical training. En C. K. Germer; R. D., Siegel y Fulton, P. R. (eds.). *Mindfulness and psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.

- Fulton, P. R. y Seigel, R. D. (2005). Buddhist and Western psychology: Seeking common ground. En C.K. Germer, R. D. Seigel y P.R. Fulton (Eds.) *Mindfulness and Psychotherapy*. (pp. 55-72). Nueva York: Guilford Press.
- Gardner-Nix, J. (2003). Principles of opioid use in chronic non cancer pain. *CMAJ*, 169, 38-43.
- Gardner-Nix, J., Backman, S., Barbati, J. y Grummitt, J. (2008). Evaluating Distance Education of Mindfulness-based Meditation Programme for Chronic Pain Management. *Journal of Telemed and Telecare*, 14, 88-92.
- Germer, C., Seigel, R. y Fulton, P. (Eds.). (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychological approach. En P. Gilbert (Ed). *Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp.9-74). Londres: Routledge.
- Gilbert, P. y Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self attacking. En P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. (pp. 263-325). Londres: Routledge.
- Gilbert, P. y Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Goleman, D. J. y Schwartz, G. E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(3), 456- 466.
- Gross, J.J. (2007). *Handbook Emotion regulation*. Nueva York: Guilford.
- Grzesiak, R. C., (2003). Revisiting pain-prone personalities: Combining psychodynamics with the neurobiological sequelae of trauma. *American Journal of Pain Management*, 13, 6-15.
- Hardy, J.D.; Wolff, H.G. y Goodell, H. (1967). *Pain sensations and reactions*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Hick, F. y Bien, T. (2010). *Mindfulness y Psicoterapia*. Barcelona: Kairós.

- 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, 33-47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. y Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Barcelona: Kairós.
- Keefe, T. (1976). Empathy: The critical skill. *Social Work*, 21, 10-14.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37.
- Kocovski, N.L. y Rector, N.A. (2007). Predictors of post-event rumination related to social anxiety. *Cognitive Behaviour therapy*, 36, 112-122.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, S. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445-1467.
- Lazar, S. W. y Treadway, M. T. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17):1893-1897.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. y Linehan, M. M., (2006). Mechanisms of change in Dialectical Behaviour Therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.

- McCracken, L. M., (2007). Contextual analysis of attention to chronic pain: What the patient does with their pain might be more important than their awareness vigilance alone. *Journal of Pain, 8*, 230-236.
- McCracken, L.M., Vowles, K.E., y Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*, 159-166.
- McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain, 109*, 4-7.
- McCracken, L. M. y Yang, S. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioural approach to chronic pain. *Pain, 123*, 137-145.
- McCracken, L. M. y Vowles, E. K. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with chronic pain: An examination of a revised instrument. *Journal of Pain, 8*, 700-707.
- Miró, M.T., Perestelo-Pérez, J., Rivero, A., Gonzáles, M., De la Fuente, J. y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*(1), 1-14, 2011.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A. y Weiner, D. K. (2008a). I Feel Like a New Person. The Effects of Mindfulness Meditation on Older Adults with Chronic Pain: A Qualitative Narrative Analysis of Diary Entries. *Journal of Pain, 9*, 841-848.
- Morone, N. E., Greco, C. M. y Weiner, D. K. (2008b). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain, 134*, 310-319.
- Nhat Hanh, T. (1995). *Living Buddha, living Christ*. Nueva York: Riverherad Books.
- Nhat Hanh, T. (2005). *El corazón de las enseñanzas de Buda*. Barcelona: Oniro.
- Olendzki, A. (2008). The real practice of mindfulness. En Buddha dharma, The Practitioner's Quarterly.
- Olendzki, A. (2011). Mindfulness y meditación. En Didonna, F. *Manual clínico de mindfulness*. (Bilbao: Desclée de Brower.

- Robinson, M. E., Riley, J. L. III, Myers, C. D., Papas, R. K., Wise, E. A., Waxenberg, L. B. y Fillingim, R. B. (2001). Gender role expectation of pain: Relationship to sex differences in pain. *Journal of pain*, 2, 251-257.
- Rosenberg, L. y Guy, D. (2005). *Aliento tras aliento: La práctica liberadora de la meditación vipassana*. San Sebastián: Imagina.
- Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W., Ngu Black-ett, K., Sitthi-amorn, C., Sato, H. y Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 364, 953-962.
- Salmon, P.G., Santorelli, S. F. y Kabat-Zinn, J. (1998). *Intervention elements promoting adherence to mindfulness based stress reduction programs in the clinical behavioural medicine setting*. Nueva York: Springer.
- Sarno, J. E. (2006). *Curar el cuerpo eliminar el dolor: Un tratamiento definitivo para las dolencias psicósomáticas*. Málaga: Sirio
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G y Teasdale, J.D. (2006). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Seminowicz, D. A. y Davis, K. D. (2007). A re-examination of pain-cognition interactions: Implications for neuroimaging. *Pain*, 130, 8-13.
- Sephton, S. E., Salmon, P. y Weissbecker I. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*, 57, 77-85.
- Shapiro, D.H., Jr. y Walsh, R.N. (Eds.). (1984). *Meditation: Classic and contemporary perspectives*. Nueva York: Aldine.
- Sahpiro, S. L., Astin, j., Bishop, S. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction and health care professionals. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L. (2001). Poetry, mindfulness, and medicine. *Family Medicine*, 33, 505-506.

- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 373-386.
- Siddall, P. J. y Cousins, M. J. (2004). Persistent pain as a disease entity: Implications for clinical management. *Anesthesia and Analgesia, 99*, 510-520.
- Thera, N. (1992). *El corazón de la meditación budista*. Barcelona: Cedel.
- Villemure C. y Bushnell, M. C. (2002). Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain Processing? *Pain, 95*, 195-199.
- Wallace, A. (2001). Intersubjectivity in Indo\_Tibetan Buddhism. *Journal of consciousness Studies, 8*, 209-230.
- Walsh, R. y Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and Western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist, 61*, 227-239.
- Zubieta, J. K., Heitzeg, M. M., Smith, Y. R., Bueller, J. A., Xu, K., Xu, Y., Koeppel, R. A., Stohler, C. S. y Goldman, D. (2003). COMT genotype affects u-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science, 299*, 1240-1243.