

SUMA PSICOLOGICA

Suma Psicológica

ISSN: 0121-4381

sumapsi@konradlorenz.edu.co

Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

Aguilar, Guido; Musso, Andrea
LA MEDITACIÓN COMO PROCESO COGNITIVO-CONDUCTUAL
Suma Psicológica, vol. 15, núm. 1, marzo, 2008, pp. 241-258
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA MEDITACIÓN COMO PROCESO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Guido Aguilar*

Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación, Guatemala

Andrea Musso

Universidad Francisco Marroquín, Guatemala

ABSTRACT

It is risky to try to tackle an deeper issue as it is meditation, with a very pragmatic model, as is the cognitive-behavioral psychology. However, if the model is correct and flexible enough, and really could be explained by increasing their explanatory power and generation of hypothesis power too, would also enhance its credibility. Doing it again put our heads in the lion's mouth. But Kanfer and Karoly (1972) went alive trough their exploration, which makes it possible to take them as models reinforced by his audacity, and launching again. The work begins with the concept of meditation, the arrival of cognitive-behavioral psychology to meditation, the clinical effects of meditation and future prospects.

Key words: *Meditation, cognitive-behavioral process, clinical results, prospects.*

* Correspondencia: GUIDO AGUILAR, Clínicas de Psicología y Biorretroalimentación, 6a. Avenida 20-25, Zona 10, Edificio Plaza Marítima, Oficina 5-6, Guatemala 010010, Guatemala. Fax: (502) 2366-2228. guidoaguilar@hotmail.com

RESUMEN

Es arriesgado intentar abordar un tema tan profundo, como es la meditación, con un modelo tan pragmático, como lo es la psicología conductual-cognoscitiva. Sin embargo, si el modelo es lo suficientemente correcto y flexible, realmente podría explicarse y al aumentar su poder explicativo y generador de la hipótesis, aumentaría también su credibilidad. Hacerlo es meter de nuevo la cabeza en la boca del león. Pero Kanfer y Karoly (1972) salieron vivos de su exploración, lo que permite tomarlos como modelos reforzados por su atrevimiento, y lanzarnos de nuevo. El trabajo se inicia con el concepto de meditación, el arribo de la psicología cognitivo-conductual a la meditación, los efectos clínicos de la meditación y perspectivas futuras.

Palabras clave: *Meditación, proceso cognitivo-conductual, efectos clínicos, perspectivas.*

LA MEDITACIÓN COMO PROCESO COGNITIVO-CONDUCTUAL

En el *APA Monitor* de septiembre, Clay (1997) publicó un artículo señalando que cada vez más psicólogos y médicos están utilizando la meditación, para tratar una variedad cada vez mayor de trastornos físicos y emocionales. Y Coyne (1998) publicó, en el mes de mayo en la revista *New York*, un artículo sobre cómo tener los pensamientos adecuados puede curarse la enfermedad, y subrayó la importancia de cinco métodos para lograrlo: Biorretroalimentación, meditación, imaginación guiada, terapias cognoscitivas y terapia de grupo de apoyo. Todo esto implica un reconocimiento y utilización cada vez mayor de la meditación, tanto en el área médica, como en la psicología. Y en Acapulco, en el *Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y Conductuales*, de 1998, G. Alan Marlatt, un reconocido investigador, presentó un taller

comparando la psicología budhista con la terapia conductual. Y Guido Aguilar, en el mismo congreso, una conferencia y un taller acerca de la utilización terapéutica de la meditación.

MEDITACIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN

Para definir la meditación, es importante empezar diferenciándola de lo que no es.

¿Qué no es la meditación?

Meditación es un término que no siempre se usa en el mismo sentido, puesto que diversas escuelas filosóficas, teológicas, espirituales y psicológicas han utilizado el término para referirse a procesos distintos. Con frecuencia se encuentra en la literatura confusión en relación a los términos y conceptos de introspección, reflexión, pensamiento, análisis, discriminación y concentración. A continuación se revisa brevemente cada uno de ellos.

- a) Introspección: La meditación no es un intento de analizarse a uno mismo, puesto que no sólo omite toda forma de análisis intencional y consciente, sino que además no busca explorar nada en particular, ni llegar a ninguna conclusión.
- b) Reflexión: la reflexión implica elaborar un tema de manera consciente, analizarlo con fines de aclaración y aplicación y de obtener conclusiones, fines que son distintos de los de la meditación.
- c) Pensamiento: Meditar no es pensar, por el contrario, no pensar es un requisito para meditar. Cuando se dice “lo voy a meditar” como sinónimo de “lo voy a pensar”, no se está hablando de meditación, sino de un proceso lógico, racional y activo. Eso no es a lo que se refiere la meditación.
- d) Análisis y discriminación: analizar y discriminar son procesos cognoscitivos que requieren de observación activa. La meditación es un proceso de observación pasiva.
- e) Concentración. La concentración implica presión y tensión, lo cual es diametralmente opuesto a la meditación, que consiste en fluir y dejar ser.
- f) Visualización e imaginaria: es frecuente que se hable de meditaciones guiadas, que son en realidad inducciones pseudo-hipnóticas, descripción de ambientes encubiertos que buscan evocar estados de paz, tranquilidad, relajación física y

emocional y que conducen al individuo a una profunda sensación de paz, que también caracteriza la meditación. Sin embargo, el hecho de ser guiada, dirigida y visualizada, representa algo distinto a la meditación, que justamente se caracteriza por la falta de guía racional, lógica y secuencial.

¿Qué es la meditación?

Meditar es un estado acrítico de auto-observación. Se observa el pensamiento, pero sin pensar; el sentimiento, sin involucrarse en él; y se observa cualquier contenido cognoscitivo, sensorial, emocional, fisiológico o conductual, de manera pasiva. Puede considerarse una técnica mientras el meditador no ha logrado el estado de conciencia meditativo. Cuando se alcanza, puede inducirse a voluntad, por lo que la técnica –que no es la meditación– deja de ser necesaria.

Definición:

La meditación es un estado de observación acrítica de los contenidos cognoscitivos. Es un medio de descondicionamiento, por lo que los orientales le conocen como el camino hacia la liberación o a la iluminación (Osho, 1996).

CÓMO LLEGÓ LA PSICOLOGÍA CONDUCTUAL – COGNOSCITIVA A LA MEDITACIÓN

El estado meditativo era mayormente desconocido a la sociedad occidental, que ha sobrevalorado el pensamiento

racional, lineal, analítico y el espíritu crítico, todo lo cual es opuesto a la meditación. Por ello, sus efectos y beneficios eran también poco conocidos. Schwartz y Olson (1995) señalaron que la meditación se popularizó en el mundo occidental, particularmente por la emigración de maestros del budismo zen, iniciada en 1940 y maestros del budismo tibetano, a partir de 1950. Fue importante el trabajo de un maestro hindú, Majariji Maheh Yogui quien occidentalizó y promovió una forma de meditación que actualmente se conoce como la meditación trascendental (Forem, 1974). Poco después se desarrollaron otras formas, como la meditación clínica estandarizada de Carrington (1977), la respuesta de relajación de Benson (1975), el reflejo de quietud de Stroebe (1982), el foco abierto de Fermi y Fritz (1980) y el método Silvia de control mental (Silva, 1977).

Desde el punto de vista netamente conductual, los hallazgos de Pavlov (1927) y Skinner (1953) permitieron conocer los principios de la asociación entre eventos. Los procesos de condicionamiento y aprendizaje, moldeados y modelados por la sociedad, dan un marco de referencia social al individuo y condicionan su percepción al mundo aceptado por su sociedad como real. Los meditadores hablan de métodos de descondicionamiento, justamente para poder observar libres de condicionamientos. La compatibilidad entre conductismo y meditación, aquí, es evidente. De las extensiones del conductismo radical skinneriano a la

teoría del aprendizaje social de Bandura (1969), las innumerables extensiones de la modificación de conducta a la psicología conductual comunitaria, al aprendizaje programado, a los estudios de laboratorio con ratas, palomas y monos; de allí, hasta la medicina conductual y las aplicaciones clínicas de la psicología conductual cognoscitiva, el conductismo ha dado grandes pasos. En general, se concluyó que lo ideal es estar y vivir relajado, en un ambiente social, laboral y familiar positivo y reforzante, que le den estabilidad y permitan la reciprocidad, de manera que el individuo contribuya también al bienestar y al moldeamiento de su sociedad. Son principios ecológicos, pro-sociales y pro-vida, afines los que proponen grandes meditadores, como Gandhi. Un nuevo punto en común entre conductismo y meditación.

La terapia de la conducta y la psicología social experimental fueron las más necesitadas de incluir las variables cognoscitivas, tanto en sus modelos explicatorios, como en sus estrategias de intervención. Así, el trabajo de Ellis (1962), Beck (1976) y muchos otros, encontró gran acogida en el movimiento conductual. Curiosamente, buena parte de estos principios eran los mismos que proponía el budismo tibetano hace miles de años. Allí se abrió otra brecha del conductismo hacia la meditación.

Jacobson (1938) introdujo la relajación muscular progresiva, Wolpe (1973, 1982) la popularizó y Bernstein y Borcovec (1973) la estandarizaron para su manejo clínico y la investiga-

ción. Con la herramienta de la relajación profunda, muchos psicólogos conductuales descubrieron la meditación. Con estos antecedentes, los psicofisiólogos encontraron lo mismo que los hata yoghis: Que el balance y el equilibrio del cuerpo y su comunión con la “mente”, es la clave de la salud y el bienestar. La psicofisiología le proveyó de metodología científica y demostraciones empíricas al yoga, que adquirió por ese medio mayor credibilidad en el mundo occidental. Y a cambio, la psicofisiología descubrió, con el yoga, nuevas técnicas; y encontró pruebas de muchos de sus postulados sobre el control voluntario de respuestas, que hasta entonces eran consideradas involuntarias. Pronto entró también en juego la biorretroalimentación, y el trabajo de Erick Pepper, Elmer y Alice Green, Borysenko, Benson y otros (véase por ejemplo, Pepper, Ancoli y Quinn, 1979), estableció un puente entre la biorretroalimentación con su metodología fisiológica científica y su orientación teórica conductual y la meditación.

Los yogis y los meditadores tenían un grado de autocontrol fisiológico, emocional y cognoscitivo, del que los interesados en la biorretroalimentación y en el autocontrol querían aprender. Los meditadores producían ritmos EEG distintos de los grupos de control y equilibraban su sistema nervioso simpático, con todas sus implicaciones fisiológicas. Así, la meditación y los estados alterados de consciencia se convirtieron en objeto de estudios EEG y fisiológicos en general (Green y Green, 1977).

El estado de balance, equilibrio y homeostasis lograda por los meditadores o por quienes recibían entrenamiento en biorretroalimentación, relajación y entrenamiento autógeno era lo que muchos psicólogos y médicos estaban buscando: Algo que combatiera el estrés, la tensión y generara estabilidad en los sistemas gastrointestinal, vascular, cardíaco, muscular, respiratorio y nervioso. Así, la meditación empezó a prescribirse para el tratamiento de una gran variedad de enfermedades, y se abrió un extenso campo en el área de la medicina conductual, que actualmente trasciende las fronteras de la psicología conductual-cognoscitiva.

La visualización y la imaginería habían sido introducidos por Wolpe (1973, 1982) en su desensibilización sistemática, y luego por Schultz y Luthe (1969) en su entrenamiento autógeno, por Cautela (Upper y Cautela, 1979) en su condicionamiento encubierto, y Meichenbaum (1985) en su entrenamiento de inoculación del estrés, etc. (véase Hernández, Sánchez-Sosa, González, 1996; Jones y River, 1997). Estas técnicas de visualización, consideradas complementarias y parte fundamental de ciertos tipos de meditación, se estaban usando en la psicología conductual desde hacía varios años. De esta manera el intercambio entre la psicología cognoscitiva y movimientos de Nueva Era y medicinas alternativas, empezó a ser grande (véase por ejemplo Brigham, 1994). Aunque actualmente son muchos los psicólogos que usan

“meditaciones guiadas”, y aunque hay que reconocer técnicas de imaginación ingeniosas, interesantes y posiblemente útiles, se recomienda investigar mejor este tipo de intervención y sus efectos, que aparentan ser prometedoras y formas prácticas para inducir la generalización.

La metodología conductual desarrolló interesantes métodos de observación, basándose en definiciones operacionales, diseños intra-sujeto, prevenciones contra el prejuicio y el sesgo en los registros observacionales, graficación y análisis de datos. Esta metodología, que entrena en observación objetiva, es posiblemente el mejor equipamiento para la meditación, pues permite asumir la actitud de observación acrítica, objetiva y pasiva que caracteriza la meditación.

En la meditación se trata de observar el funcionamiento del propio aparato cognoscitivo. Esto sólo es accesible a la persona que medita, al menos durante la meditación, aunque pueden posteriormente realizarse registros, anotaciones anecdóticas y cuestionarios sistemáticos de distintos meditadores y, conocer así más del proceso subjetivo y la experiencia de la meditación en sí misma.

LOS EFECTOS CLÍNICOS DE LA MEDITACIÓN

Efectos psicológicos de la meditación:

Los efectos clínicos de la meditación están bien documentados en la literatura. Por ejemplo, se ha encontrado que disminuye la ansiedad y el estrés

de manera tan efectiva como la relajación y otras técnicas cognitivo-conductuales (Benson, 1976; Clay, 1997, Deberry, Davis y Reinhard, 1989; Delmonte, 1986a; Fling, Thomas y Gallear, 1981; Kuna, 1975; Schwartz, Davidson y Goleman, 1978; Stoyva y Carlson, 1993); que reduce la frecuencia e intensidad de los pensamientos negativos (Dua y Swinden, 1992); reduce el enojo (Dua y Swinden, 1992); contribuye al desarrollo de valores positivos (Gerderloos, Goddard, Ahlstrom y Jacoby, 1987), de la autoestima (Delmonte, 1981a a 1984a) y a la autorrealización (Delmonte, 1984a; Delmonte y Kenny, 1985), para combatir el insomnio (Delmonte y Kenny, 1985), la depresión (Delmonte, 1984a) y el uso de drogas (Benson, 1976; Clay, 1997; Delmonte y Kenny, 1985). Se ha reportado también que la meditación ayuda a una mejor adaptación al trabajo (Kuna, 1975) y a reducir la fatiga (Benson, 1976). Varna (1983) recomendó el uso de la respiración meditativa para lograr la reducción del dolor crónico; y Benson, Klemchuk y Gram (1974) usaron la meditación trascendental como una forma de aliviar la migraña. Se ha señalado también que la práctica regular de la meditación aumenta la memoria y la absorción de la información (Pagano y Warrenburg, 1983).

Adicionalmente, los efectos de la meditación sobre la calidad de vida no se restringen a los pacientes, sino también a los terapeutas mismos, que son susceptibles al desgaste profesional (burnout). Por ejemplo, Shapiro,

Astin, Bishop y Córdova (2005), encontraron que el entrenamiento en reducción del estrés basado en el sistema de meditación, produjo cambios significativos en la reducción del estrés. Adicionalmente, se sabe que los casos de desgaste en este tipo de profesiones, ligadas al contacto directo con pacientes afecta de manera negativa la calidad del servicio que se presta al cliente. Este mismo estudio indica que la práctica regular de la meditación produce cambios favorables en el nivel de compasión y calidad de vida del profesional, hecho que repercute en un mejor manejo de sus pacientes y en el nivel de satisfacción percibida por los mismos.

Efectos psicofisiológicos de la meditación:

Se ha reportado consistentemente cambios psicofisiológicos como resultado de la meditación. Así por ejemplo, se ha encontrado decrementos significativos en la activación psicofisiológica en general (Delmonte, 1984b, c, d) en la hipertensión arterial (Benson, 1976; Delmonte, 1985a, 1986a); en los ritmos cerebrales alpha (Goleman, 1971, Kasamatusi, Akira e Iría, 1969; Kasamatsu e Iría, 1969) y el estado de alerta (Benson, 1976), en la temperatura periférica (Delmonte, 1985a), en la tensión muscular y el ritmo respiratorio (Delmonte, 1984); los meditadores parecen tener una menor reacción ante el estrés y una más rápida recuperación que los grupos de control (Delmonte, 1984c). Wallace (1970) demostró que el porcentaje de

metabolismo basal se reducía significativamente durante la meditación, por lo que sugirió que incluso los niveles de azúcar en sangre podrían controlarse mediante esta técnica.

Benson (1976) llamó respuesta de relajación a estos cambios fisiológicos colectivos. Esta es una respuesta integrada de la mente y el cuerpo, que incluye la reducción en el consumo de oxígeno, el decremento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, presión sanguínea y reducción de los niveles de ácido láctico, aumento de la resistencia de la piel y alteraciones en el torrente sanguíneo. Muchos de estos cambios periféricos son compatibles con el decremento de la activación del sistema nervioso simpático, el cual puede deberse al decremento de los niveles de norepinefrina. Los cambios fisiológicos periféricos han probado ser de un valor primario para el tratamiento de una gran variedad de desórdenes médicos, tales como la hipertensión, la arritmia cardíaca, como también el alivio del dolor y estados de ansiedad.

Los efectos fisiológicos periféricos constituyen una evidencia fuerte, aunque indirecta, de las alteraciones del cerebro durante la meditación, ya que las respuestas periféricas son coordinadas por centros importantes del cerebro. Hay datos fisiológicos directos relativos al cerebro humano, limitados primariamente al EEG, que demuestran el incremento en la sincronización de la actividad de ondas cerebrales en forma de ritmos alpha y theta durante estados meditativos y

otros estados alterados de conciencia. Estos cambios son válidos en las técnicas que elicitán las respuestas de relajación, pero no se encuentran necesariamente en todas las técnicas, ni en todas las ocasiones (Benson, 1976).

Kuna (1975) encontró que la meditación disminuye la ansiedad, aumenta los niveles de atención y el proceso de discriminación para la toma de decisiones; da mayor resistencia al estrés ambiental y aumenta tanto la eficiencia al aprendizaje, como a la actividad del sistema nervioso.

Seeman, Fagan y Seeman (2003) hicieron una revisión de la literatura comprendida entre 1974 y 2001 y concluyeron que la meditación reduce la presión sanguínea, niveles de colesterol, baja los niveles de hormona de estrés, disminuye el estrés oxidante, regula patrones específicos de actividad cerebral y mejora los indicadores de salud general en los pacientes.

Resulta interesante señalar que así como la meditación, en sus diferentes modalidades, resulta beneficiosa para la reducción de determinados síntomas, tiene también un importante uso preventivo. Así, ha sido utilizada para prevenir múltiples enfermedades, como la hipertensión arterial, el endurecimiento de arterias, infartos cardíacos y como procedimiento para prevenir recaídas en el tratamiento del alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones. Por otro lado, dados los efectos de regulación psicofisiológica, la meditación permite desarrollar un estado de equilibrio y autocontrol que son, indudablemente, un buen co-

mienzo para la búsqueda del cambio productivo, del bienestar y una buena calidad de vida.

Imaginería y visualización

La utilización de métodos de visualización e imaginería guiada ha sido exitosa en las terapias cognitivo-conductuales desde hace décadas, en técnicas como la desensibilización sistemática, flooding (técnica de inmersión), entrenamiento en inoculación del estrés, entrenamiento en manejo de la ansiedad, condicionamiento encubierto, terapia racional emotiva y BASIC ID, relajación, sueños y ensoñación y EMDR, entre otros (véase Hernández, Sánchez-Sosa y González, 1996; Jones y River, 1997; Brigham, 1994).

Clínicos y teóricos que recomiendan la meditación:

Varias de las reconocidas autoridades en el área de la terapia conductual recomiendan el uso clínico de la meditación, aunque realmente no entran en mayor profundidad acerca de la técnica, la teoría, sus verdaderos efectos, ni la experiencia que representa. Por ejemplo A. Lazarus (1981), aunque la recomienda, no la considera una técnica de terapia multimodal; sin embargo Kwee (1993) la incluyó en un listado de las 40 técnicas más utilizadas en la terapia multimodal. Koerner y Lineham (1992) la propusieron como una importante técnica integrativa en el tratamiento de personalidad límite. Selye (1993) la sugirió como una

técnica que combate el estrés y la enfermedad resultante del mismo; Davis, McKay y Eshelman (1985) señalaron la meditación como una importante forma de autocontrol para el manejo de problemas emocionales. Y Turner (1993) la recomendó como una forma de preparar a los pacientes para la desensibilización sistemática. Y G. Terrence Wilson (1982) señaló que “desvestida de su mística, la meditación es ampliamente utilizada por los conductistas como otra forma de entrenamiento en relajación” (pág. 328).

En este sentido, se han hecho valiosas contribuciones, recientemente, a fin de establecer la utilidad del empleo de la meditación, en el aspecto de trabajo terapéutico. Por ejemplo, Elkins, Marcus, Rajab y Durgman (2005), investigaron acerca del empleo de terapias alternativas y complementarias por parte del paciente terapéutico. El objetivo fue comprender mejor el papel que las terapias complementarias y alternativas tienen en el contexto terapéutico. Luego de realizar una encuesta a 262 sujetos que asistían a psicoterapia, encontraron que las terapias mente-cuerpo fueron utilizadas en un 44% de los casos. Entre esta modalidad, destacaron el empleo de relajación e imaginería, autohipnosis y meditación. Las mismas fueron escogidas para afrontar el manejo de ansiedad y depresión. Y, para estas sintomatologías, la más empleada fue la meditación. También es interesante el hallazgo de un 34% de sujetos que reportaron haber conversado con su terapeuta acer-

ca del empleo de estas modalidades en el transcurso de la terapia.

METIENDO LA CABEZA DE NUEVO EN LA BOCA DEL LEÓN: PERSPECTIVAS HACIA EL AÑO 2006

Meditación y procesos cognoscitivos

La meditación es un proceso cognoscitivo de atención selectiva, es una técnica de relajación generalizada, que lleva la atención de un *input* externo hacia un *input* interno y genera consistencia (Boals, 1978). Se ha reportado que el contenido de la imaginación en la meditación contribuye al despertar de sistema nervioso autónomo. (Di Gusto, Eros y Wundt, 1979) aunque, al igual que otros procesos cognitivos, parece estar influida por diferencias individuales en el tipo de atención (Di Nardo y Raymond, 1979). La meditación es una técnica que ayuda a aprender a discriminar los pensamientos de otros eventos internos. La habilidad de discriminar permite al individuo mayor libertad de escogencia acerca de dónde permanecer en su pensamiento, o retornar al aquí y ahora (Hendricks, 1975), lo cual es relevante para el manejo de la ansiedad y la depresión y contribuye al descubrimiento de recuerdos y de emociones traumáticas (Millar, 1993).

La práctica de la meditación contribuye al incremento de la efectividad de habilidades y estilo cognitivo (Dillbeck, Assimakis, Panayotis, Raymondi, Orme-Johnson y Coledaas, 1986), y desarrolla en los meditadores valores más positivos (Gerderloos,

Goddard, Ahlstrom y Jacoby, 1987). Adicionalmente, los efectos de las expectativas sobre la meditación están bien documentados en la literatura (Delmonte, 1981a, b, 1983, 1984a, 1985).

Según Kutz, Borysenko y Benson (1985), desde la posición de observador imparcial el meditador es capaz de examinar pensamientos y sentimientos, proceso en el cual pueden experimentarse marcados cambios, como estados alterados de consciencia. Cognitivamente este cambio se manifiesta como un uso mayor del proceso de pensamiento primario. El proceso de pensamiento primario es considerado un modo indispensable de funcionamiento mental, conocido por su flexibilidad intuitiva y tratamiento multidimensional del contenido cognoscitivo.

Koerner y Linehan (1992) señalaron características comunes entre la psicoterapia y la meditación. Indican que:

“las habilidades nucleares del primer año de terapia ayudan al cliente a desarrollar control sobre su atención, puesto que aprende a observar, describir y participar.

Observar es ponerle atención al flujo de eventos, emociones y otras respuestas, sin tratar de cambiarlas. Describir es cuando uno etiqueta los eventos, emociones u otras respuestas, identificando los pensamientos como pensamientos, los sentimientos como sentimientos, y notando que las observaciones y etiquetaciones son di-

ferentes de lo que es observado y etiquetado. Participar es estar completamente envuelto en el flujo de eventos, emociones y otras respuestas sin autoconciencia, no con la mente en blanco, sino con plena atención y alerta. Los clientes aprenden a observar, describir y participar, cultivando el no-juzgar, enfocándose en hacer lo que verdaderamente funciona” (Koener y Linehan, 1992, p.448).

Walsh y Shapiro (2006) señalaron que la dirección actual de la meditación debería centrarse en investigar a fondo fenómenos que están ya bien documentados como efectos y subproductos de la meditación, como los cambios en los niveles de atención, sensación de retraimiento, lucidez, cambios en el pensamiento y la cognición, inteligencia emocional, la ecuanimidad, motivación, madurez moral y capacidades cognitivas únicas y especiales (dentro de los cuales los autores identificaron 12).

Teorías de la meditación

La meditación, como cualquier técnica, adquiere funcionalidad dentro de un contexto teórico y explicativo. Y, como lo señalaron Kutz, Borysenko y Benson (1985), cuando a la meditación se le separa de su aspecto mitológico, místico y religioso, debe incorporarse a otro contexto explicativo, a otro sistema ideológico, para proveerle de significado. En la misma línea, Delmonte (1987a) señaló que “existe la necesidad de examinar la meditación dentro de un contexto teórico, para poder

formular hipótesis acerca de lo que incluye la experiencia de meditación y cómo su práctica puede ser terapéutica. La consideración de estas hipótesis y la posibilidad de probarlas empírica, clínica y fenomenológicamente, puede conducirnos a un entendimiento más profundo de la meditación” (Delmonte, 1987a, pág. 39).

No hay un modelo único capaz de tomar en cuenta toda la complejidad de las experiencias de la meditación. Por esta razón, la meditación suele ser examinada desde perspectivas teóricas distintas e incluso divergentes, enfatizando diferentes modelos explicativos de la experiencia y conducta humana. La explicación teórica del proceso de meditación y sus efectos se ha abordado desde diferentes perspectivas teóricas, como la psicoanalítica (Delmonte, 1987; Epstein, 1995; Kutz, Borysenko y Benson, 1985), la teoría constructivista de Nelly y la teoría personal (Delmonte, 1987b; Kenny y Delmonte, 1986, Progoff, 1980), en términos de metaterapia y estados alterados de conciencia (Goleman, 1971), de la conciencia bimodal (Orstein, 1972), y teorías químico-fisiológicas (Mandell, 1980), entre otras; pero analizarlas trasciende los objetivos de este trabajo.

Teorías cognitivo-conductuales

Según Kutz, Borysenko y Benson (1985), para entender los efectos reales de la meditación, primero debe conceptualizarse eliminando sus bases culturales y religiosas. Esto se logra mejor si se define la meditación como una regulación intencional de

la atención, de un momento a otro momento, definición que puede aplicarse a todas las formas de meditación. En su forma más básica, conocida como meditación de concentración, este foco de atención se alcanza restringiendo la atención a un único estímulo repetitivo, como una palabra, un sonido, una oración, una frase, la concentración en la respiración, o un objeto visual. Al mismo tiempo, se mantiene una actitud pasiva. Cualquier otra actividad cognitiva es percibida como distractora del objeto de concentración. Cuando el pensamiento divaga, el meditador pasivamente descalifica la invasión, reenfocando su atención a través de la repetición del estímulo meditativo. Este campo de atención limitado predispone al meditador a abandonar el pensamiento lógico. Conforme la habilidad de meditar se desarrolla, emerge una jerarquía de sensaciones que va desde la relajación profunda hasta marcadas alteraciones cognoscitivas y emocionales. El conjunto de cambios psicológicos reflejados en la experiencia de emociones y el flujo de conciencia, ha sido denominado “estado místico”, o estado alterado de conciencia. Esto se refiere a los cambios cualitativos en el estado de conciencia, logrados por medio de la práctica de la meditación, u otras técnicas que inducen tales estados. Aún no se conocen bien los mecanismos fisiológicos por los cuales las emociones y cogniciones se alteran por medio de la meditación.

El conocimiento de los efectos de la meditación en la fisiología del cerebro

es todavía limitado, aún cuando existe una cantidad considerable de información relativa a los cambios fisiológicos comunes y, aunque no pueden diferenciarse por su fisiología, el foco de atención puede variar con cada técnica.

Por otra parte, Gilbert (1978) señaló que no hay mayor diferencia entre las técnicas de condicionamiento budhista y pavloviano. Goleman (1971) y Otis (1974), por ejemplo, teorizaron que la meditación puede ser una forma autoguiada de desensibilización sistemática, con exposición a recuerdos displacenteros, estando acompañada de la inducción del estado fisiológico de relajación, que se alcanza a través de la práctica de meditación. Greenwood y Benson (1977) argumentaron que las técnicas meditativas, más que formas de relajación progresiva, funcionan como formas de desensibilización sistemática por inhibición recíproca. Consideraron la meditación como una desensibilización autorregulada de temas evocadores de ansiedad, bajo condiciones de relajación.

La sugerencia de la meditación como una técnica de contracondicionamiento por inhibición recíproca, que favorece la desensibilización de pensamientos evocadores de ansiedad, ha sido considerablemente apoyada en la literatura (Ávila y Nummela 1977; Berwick y Oziel 1973; Block 1977; Mikulas 1978, 1981; Otis 1974; Shapiro y Zifferblat 1976). La meditación también se ha descrito usando para ello términos y conceptos conductuales tales como control de estímulos, autoinstrucción,

autoobservación no evaluativa, autocontrato y detención de pensamiento conductual (Shapiro y Zifferblat, 1976). De manera similar, Mikulas (1978) conceptualizó la meditación como una técnica que incluye autoobservación y análisis funcional de conducta manifiesta y encubierta, lo cual permite la relajación, la desensibilización y la desvinculación. Carpenter (1977), indicó que el ejercicio meditativo provee tres ganancias terapéuticas: (1) introspección hacia patrones repetitivos autoderrotantes, de conducta y pensamiento, (2) desensibilización de pensamientos dolorosos, y (3) condicionamiento del sistema nervioso central. Y Boals (1978) teorizó que durante la meditación, la relajación se elicit a través de un proceso de condicionamiento clásico, en el cual el mantra se convierte en un estímulo condicionado de relajación. Podría añadirse que la relajación resulta tanto física como cognoscitiva, lo que cuenta con amplia evidencia empírica (Delmonte, 1979).

Walsh y Shapiro (2006) ofrecieron también tres niveles para intentar explicar los efectos de la meditación: (1) En el primero se usan *metáforas*, a falta de recursos verbales suficientes para describir y explicar los efectos subjetivos de la meditación; (2) se recurre también a la interpretación de los *mecanismos* involucrados (como relajación, desautomatización, auto-monitoreo, autocontrol, etc.); (3) y en el tercero, se explica la meditación en función de los *procesos* implicados, como la desidentificación, el refina-

miento de la atención selectiva y el nivel de conciencia. Y, de acuerdo con Wilber (2000), concluyeron que la teorización posiblemente requiera de procesos participativos, metáforas como guía y una cuidadosa investigación de los mecanismos subyacentes, desde una perspectiva evolutiva.

En resumen, la meditación puede conceptualizarse, en términos cognitivo-conductuales, en función de la teorización de la relajación y la inhibición recíproca de los contenidos cognoscitivos y sus reacciones consecuentes, sin limitarse a los mismos; y se constituye, adicionalmente, en una técnica de autocontrol, autorregulación, autoobservación, control de estímulos y control del pensamiento. Puede argumentarse que la meditación es un proceso de observación pasiva, no-evaluativa de los condicionamientos socio-culturales, que permite liberarse de los mismos (Osho, 1996). Con la práctica regular de la meditación, por otra parte, la actitud de observación pasiva se generaliza a la vida diaria, con lo cual el individuo se vuelve menos reactivo, tanto a los estímulos del medio, como a los procesos cognoscitivos y sus concomitantes emocionales. Las implicaciones fisiológicas, psicológicas, cognoscitivas, conductuales y sociales de esto, son evidentes.

La meditación: una invitación a la autoexploración objetiva y a la investigación

Ramiro Calle (1980), un conocido maestro de yoga y de meditación, planteó la pregunta: “¿Cómo buscar la ver-

dad?” Y respondió: “Dudando. Alentando una duda razonable. Es necesario verificarlo todo en sí mismo, liberarse de los prejuicios, los dogmas, los turbios conceptos, no aceptando nada a ciegas, esforzándose por obtener un conocimiento superior e independiente. Se requiere también una purificación en todos los sentidos y, por supuesto, el deseo de aclarar las dudas” (pág. 122). Y más adelante, el mismo autor enfatizó que el buscador de la verdad debe mantener “una actitud interior de investigación, una actitud muy seria. Debe evitar los extremos y buscar el sendero del equilibrio, de la armonía. Debe perfeccionar su discernimiento, que es la llave que abre la puerta de la verdad y adiestrarse en el desapego. Es evidente que el aspirante debe desarrollar sus facultades. La búsqueda de la verdad no es un juego, sino, bien al contrario, lo más serio que el hombre puede hacer” (pág. 123). Esto podía haber sido escrito por cualquier científico conductista, señalando la importancia del entrenamiento en métodos objetivos de observación y discriminación, con el fin de evitar el prejuicio y el sesgo, y enfatizando en la necesidad de la verificación y la demostración de los hechos. Es este, pues, un punto metodológico común, entre las disciplinas del conductismo y la meditación, aún cuando la primera haya observado tradicionalmente hacia afuera la conducta- y la segunda lo haya hecho hacia adentro los procesos cognoscitivos.

Mahoney (1976) se refirió al científico como sujeto de experimentación.

Y Neuringer (1981) realizó un llamado poco escuchado hasta ahora hacia la necesidad de la autoexperimentación. Señaló que “pocos psicólogos pasan mucho tiempo analizando sus propias conductas” (pág. 79); y estableció la hipótesis de que “si los psicólogos experimentales aplicaran el método científico a sus propias vidas, aprenderían más cosas de importancia para todos; y podrían contribuir más a la solución de problemas, que si continúan relegando la ciencia exclusivamente al estudio de los otros” (pág. 79).

La filosofía de la ciencia establece que ésta es sólo uno de los posibles métodos para conocer la realidad (Harrison, 1979). La ciencia es un método que ha probado su utilidad, y que permite abordar fenómenos que pueden observarse, ya sea por medio de los órganos de los sentidos, o bien por medio de instrumentos que arrojen información que, a su vez, pueda ser accesible a los órganos de los sentidos. Si algún fenómeno no puede ser abordado por medio de los métodos de la ciencia, eso no significa que dicho fenómeno no exista o no sea real, sino que la ciencia, que es un método limitado, no lo puede abordar. La meditación se ha estudiado científicamente, analizando los efectos o los cambios fisiológicos, conductuales, cognoscitivos, emocionales y/o actitudinales de los meditadores. Pero para estudiar y entender a fondo el fenómeno de la meditación, no es suficiente estudiar sus efectos. Hay que estudiarla como proceso. ¿Qué es realmente? ¿Qué es lo que se experimenta durante la me-

ditación? ¿Cuáles son los efectos y cambios vivenciales? ¿Por qué los meditadores, en general, tienden a volverse pacíficos, ecologistas y vegetarianos, y por qué tienden a cambiar sus conceptos filosóficos de la vida, la muerte, y de la sociedad, entre otros? Para entender estos fenómenos, es necesario entrar en la meditación de manera personal, como autoexperimentación, lo cual a su vez no es incompatible, sino complementario, con el comparar, registrar y analizar las observaciones y los cambios de los meditadores en estudios intra-sujeto, o bien longitudinales y transversales. Pero es necesaria la experiencia de la meditación, para que el científico y el terapeuta no sólo se beneficien de ella, sino que además de identificar sus efectos, investiguen el proceso de cambio y transformación que ocurre con ella, pues al entender sus mecanismos, posiblemente podamos no sólo descubrir mucho más acerca del ser humano, sino también nuevas estrategias de intervención.

Este es, pues, un llamado para que los psicólogos en general, y los conductistas cognoscitivos en particular, investiguemos la meditación, no sólo en otros sino en nosotros mismos y nos atrevamos, así, a meter nuevamente la cabeza en la boca del león.

REFERENCIAS

- AVILA, D. y NUMMELA, R. (1977). Transcendental meditación: A psychological interpretation. *Journal of clinical Psychology*, 33, 842-844.
- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Nueva York: International Universities.

- BENSON, H. (1976). *The relaxation response*. Nueva York: Avon Books.
- BENSON, H.; Klemchuk, H.T.P. y Graham, J.R. (1974). The usefulness of the relaxation response in the therapy of headaches. *Headache*, 13, 49-52.
- BERNSTEIN, D.A. y BORCOVEC, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, Ill: Research Press.
- BERWICK, P. y OZIEL, L.J. (1973). The use of meditation as a behavioral technique. *Behavior Therapy*, 4, 743-745.
- BLOCK, B. (1977). Transcendental meditation as a reciprocal inhibitor in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy*, 9, 78-82.
- BOALS, G.F. (1978). Towards a cognitive reconceptualization of meditation. *Journal of Transpersonal Psychology*, 10, 143-182.
- BOUDREAU, L. (1972). Transcendental meditation and yoga as reciprocal inhibitors. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 97.
- BRIGHAM. (1994). *Imagery for getting well: Clinical applications for behavioral medicine*. New York: Norton.
- CALLE, R.A. (1980). *Ananda el yogui errante*. Buenos Aires: Kier.
- CARPENTER, J.P. (1977). Meditation, esoteric traditions: Contributions to psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 394-404.
- CARRINGTON, P. (1977). *Freedom in meditation*. Nueva York: Doubleday/Anchor.
- CLAY, R.A. (1977). Meditation is becoming more mainstream. *APA Monitor*, 28, 12.
- COYNE, K. (1998, 11 de mayo). Brain power. *New Cork*, 28-31.
- DAVIS, M.; MCKAY, M. y ESHELMAN, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- DEBERRY, S.; DAVIS, S.; REINHARD, K.E. (1989). Comparison of meditation-relaxation and cognitive/behavioral techniques for reducing anxiety and depression in a geriatric population. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 231-247.
- DELMONTE, M.M. (1979). Pilot study of conditioned relaxation during simulated meditation. *Psychological Reports*, 45, 169-170.
- DELMONTE, M.M. (1981a). Suggestibility and meditation. *Psychological Reports*, 48, 727-737.
- DELMONTE, M.M. (1981b). Expectation and meditation. *Psychological Reports*, 49, 699-709.
- DELMONTE, M.M. (1983). Some cognitive aspects of meditation practice. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 1160-1162.
- DELMONTE, M.M. (1984a). Factors influencing the regularity of meditation practice in a clinical population. *British Journal of Medical Psychology*, 57, (275-278).
- DELMONTE, M.M. (1984b). Response to meditation in terms of psychological, behavioral and self-report measures. *International Journal of Psychosomatics*, 31, 3-17.
- DELMONTE, M.M. (1984c). Psychological concomitants of meditation practice. *International Journal of Psychosomatics*, 31, 23-36.
- DELMONTE, M.M. (1984c). Meditation: Similarities with hypnoidal states and hypnosis. *International Journal of Psychosomatics*, 31, 24-34.
- DELMONTE, M.M. (1984e). Physiological responses during meditation and rest. *Biofeedback and Self Regulation*, 9, 181-200.
- DELMONTE, M.M. (1985a). Biochemical indices associated with meditation practice. A literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 9, 557-561.
- DELMONTE, M.M. (1985b). Response to meditation in terms of physiological, behavioral and self report measures: A brief summary. *Psychological Reports*, 56, 9-10.
- DELMONTE, M.M. (1985c). Effects to expectancy on Physiological responsivity in novice meditators. *Biological Psychology*, 21, 107-121.
- DELMONTE, M.M. (1986a). Meditation as a clinical intervention strategy: A brief review. *International Journal of Psychosomatics*, 33 (9-12).
- DELMONTE, M. M. (1986b). Expectancy and response to meditation. *International Journal of Psychosomatics*, 33, 28-34.
- DELMONTE, M.M. (1987a). Meditation: Contemporary theoretical approaches. En M.A. West (Dir.), *The psychology of meditation* (pág. 39-53). Oxford: Clarendon Press.
- DELMONTE, M.M. (1987b). Constructivist view of meditation. *American Journal of Psychotherapy*, 2, (286-297).
- DELMONTE, M.M. y BRAIDWOOD, M. (1980). Treatment of retarded ejaculation with psychotherapy

- and meditative relaxation: A case report. *Psychological Reports*, 47, 8-10.
- DELMONTE, M.M. y KENNY, V. (1985). An overview of the therapeutic effects of meditation. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 28, 189-202.
- DI GUSTO, E.L.; BOND, N.W. (1979). Imagery and the autonomic nervous system: Some methodological issues. *Perceptual and Motor Skills*, 48, 427-438.
- DILLBECK, M.C.M. (1982) Meditation and flexibility of visual perception and verbal problem solving. *Memory and Cognition*, 10, 207-215.
- DILLBECK, M.C.; ASSIMAKIS, P.D.; PANAYOTIS, D.; RAIMONDI, D.; ORME-JOHNSON, D. y COLS. (1986). Longitudinal effects on the Transcendental Meditation and TM-Sidhi program on cognitive ability and cognitive style. *Perceptual and Motor Skills*, 62, 731-738.
- DI NARDO, P.A.; RAYMOND, J.B. (1979). Locus of control and attention during meditation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1136-1137.
- DUA, J.K. y SWINDEN, M.L. (1992). Effectiveness of negative-thought-reduction, meditation and placebo training treatment in reducing anger. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 135-146.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart. Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker*. Nueva York: Basic Books.
- ELKINS, G.; MARCUS, J. HASAN, M. y DURGAM, S. (2005). Complementary and alternative therapy use by psychotherapy clients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 232-235.
- FEHMI, L.G. y FRITZ G. (1980). Open focus: The attentional foundation of health and well being. *Somatics*, 24-30.
- FLING, S.; THOMAS, A. y GALLAHER, M. (1981). Participant characteristics and the effects of two types of meditation vs. quiet sitting. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 784-790.
- FOREM, J. (1974). *Transcendental meditation*. Nueva York: Dutton.
- GABLES, S. y HAITT, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of General Psychology*, 9, 103-110.
- GELDERLOOS, P.; GODDARD, P.H.; ALHSTROM, H.H. y JACOBY R. (1987). Cognitive orientation toward positive values in advanced participants of TM and TM-Sidhi program *Perceptual and Motor Skills*, 64, 1003-1012.
- GILBERT, A.R. (1978). Toward a scientific technique of mind expansion in the future of mankind. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 21, 124-127.
- GOLEMAN, D. (1971). Meditation as metha-therapy: Hypothesis toward a proposed fifth state of consciousness. *Journal of Transpersonal Psychology*, 3, 1-25.
- GREEN, E. y GREEN, A. (1977) *Beyond biofeedback*. Nueva York: Delta.
- GREENWOOD, M. y BENSON, H. (1977). The efficacy of progressive relaxation in systematic desensitization and proposal for an alternative competitive response –the relaxation response. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 337-343.
- HARRISON, N.S. (1979). *Understanding behavioral research*. Belmont, California: Wadsworth.
- HENDRICKS, C.G. (1975). Meditation as discrimination training: A theoretical note. *Journal of Transpersonal Psychology*, 7, 144-146.
- HERNÁNDEZ, L.; SÁNCHEZ-SOSA, J.J. y GONZÁLEZ, S. (1996). *La imaginación guiada en la terapia conductual*. Presentado en el IX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento, Viña del Mar, Chile.
- JACOBSON, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- JONES, L. y RIVER E.M. (1997). Current uses of imagery in cognitive and behavioral therapies. *Innovations in Clinical Practice*, 15, 423-440.
- KANFER, F.H. y KAROLY, P. (1972). Self control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.
- KASAMATSU, A. y HIRAI, T. (1969). An electroencephalographic study on the Zen meditation (Zazen). *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 12, 205-225.
- KENNY, V. y DELMONTE, M.M. (1986). Meditation as viewed through personal construct theory. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 16, 4-22.
- KOERNER, K. y LINEHAN, M.M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: dialectic behavior therapy. En J.C. Norcross y M.R. Golfried (Dirs.), *Handbook of psychotherapy integration* (433-459). Nueva York Basic Books.

- KUNA, D.J. (1975). Meditation and work. *Vocational Guidance Quarterly*, 23, 342-346.
- KUTZ I., BORYSENKO J.Z. Y BENSON H. (1985). Meditation and psychotherapy: A rationale for the integration of the dynamic psychotherapy, the relaxation response and mindfulness meditation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 1-8.
- KWEE M.G.T. (1993). El estado de la cuestión en la terapia multimodal. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (712-749). Madrid: Siglo Veintiuno.
- LAZARUS A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- MAHONEY M.J. (1976). *Scientist as a subject: The psychological imperative*. Cambridge, Mass: Balinger.
- MANDELL J.A. (1980). *Toward a psychobiology of transcendence: God in the brain, in the psychobiology of consciousness*. Nueva York: Plenum.
- MEICHENBAUM D. (1985). *Stress inoculation training*. Nueva York: Pergamon.
- MIKULAS W.L. (1978). Four noble truths of Buddhism related to behavior therapy. *Psychological Records*, 28, 59-67.
- MIKULAS W.L. (1981). Buddhism and behavior modification. *Psychological Records*, 31, 331-342.
- MILLER J.J. (1993). The unveiling of traumatic memories and emotions through mindfulness and concentration meditation: Clinical implications and three case reports. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 169-180.
- NEURINGER A. (1981). Self-experimentation: A call for change. *Behaviorism*, 9, 79-94.
- ORSTEIN R.E. (1972). *The psychology of consciousness*. San Francisco: Freeman.
- OSHO, (1996). *Meditation: the first and last freedom*. Nueva York: St. Martin's Press.
- OTIS, L. (1974). The facts of transcendental meditation: If well-integrated but anxious, try TM. *Psychology Today*, 7, 45-6.
- PAGANO R.R. Y WARRENBURG S. (1983). Meditation: In search of a unique effect. En: R. J. Davidson, G.E. Schwartz y D. Shapiro (Dir.), *Consciousness and self-regulation* (pág. 153-205). Nueva York. Plenum.
- PAVLOV I.P. (1927). *Conditioned reflexes*. Nueva York: Liveright.
- PEPPER, E., ANCOLI, S. Y QUINN, M. (1979). *Mind/body integration*. Nueva York: Plenum.
- PROGROFF, I. (1980). *The practice of process meditation*. Nueva York: Dialogue House Library.
- SCHULTZ J.H. Y LUTHE W. (1969). *Autogenic training*. Nueva York: Grune and Stratton.
- SCHWARTZ G.E., DAVISON R.J. Y GOLEMAN D.J. (1978). Patterning of cognitive and somatic processes in the self-regulation of anxiety: Effects of meditation versus exercise. *Psychosomatic Medicine*, 40, 321-328.
- SCHWARTZ M.S. Y OLSON R.P. (1995). A historical perspective on the field of biofeedback and applied psychophysiology. En M.S. Schwartz (Dir.), *Biofeedback: A practitioner's guide* (pág. 3-18). Nueva York: Guilford.
- SEEMAN T., FAGAN L. Y SEEMAN M. (2003). Religiosity/Spirituality and health. *American Psychologist*, 58, 53-63.
- SELYE H. (1993). History of the stress concept. En L. Goldberger y S. Breznitz (Dir.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Nueva York: The Free Press.
- SHAPIRO D.H. (1992). A preliminary study of long-term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24, 23-39.
- SHAPIRO D.H. Y ZIFFERBLATT S.M. (1976). Zen meditation and behavioral self-control. *American Psychologist*, 31, 519-532.
- SHAPIRO S., ASTIN J., BISHOP S. Y CORDOVA M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- SHEALY C.N. (1977). *Ninety days to self-health*. Nueva York: Dial Press.
- SILVA J. (1977). *Silva mind control method*. Nueva York: Simon & Shuster.
- SKINNER B.F. (1953) *Science and human behavior*. Nueva York: Macmillan.
- STOYVA J.M. Y CARLSON J.G. (1993). A doping rest model of relaxation and stress management. En L. Goldberger y S. Breznitz. (Dir.), *Handbook of stress* (724-756). Nueva York: The Free Press.
- STROEBEL C. (1982) *The quieting reflex*. Nueva York: Putman's Sons.

- TURNER, R.M. (1993). La desensibilización sistemática. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta* (págs. 196-197). Madrid: Siglo Veintiuno.
- UPPER, D. y CAUTELA, J.R. (1979). *Covert conditioning*. Nueva York: Pergamon.
- VARNI, J.W. (1983). *Clinical behavioral pediatric*. Nueva York: Pergamon.
- WALLACE, R.K. (1970). Physiological effects of transcendental meditation. *Science*, 167, 171.
- WALSH, R. y SHAPIRO, S. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology. *American Psychologist*, 61, 227-239.
- WILBER, K. (2000). The eye of the spirit: An integral vision for a world goeslightly mad. Vol. 7. *The collected works of Ken Wilber*. Boston: Shambhala.
- WILSON, G.T. (1982). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. *Annual Review of Behavior Therapy*, 8, 305-343.
- WOLPE, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2a. Ed). Nueva York: Pergamon.
- WOLPE, J. (1982). *The practice of behavior therapy* (3a. Ed). Nueva York: Pergamon.

Fecha de envío: Noviembre 24 de 2007

Fecha de aceptación: Enero 30 de 2008