

NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: LA TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

Israel Mañas Mañas [\[1\]](#)

Universidad de Almería

[Publicado en *Gaceta de psicología*, N° 40, p-p 26-34]

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes, a lo largo de su historia y aún en la actualidad, la denominada Terapia de Conducta se ha caracterizado por realizar una aproximación monista, directa, objetiva y racional al estudio del comportamiento humano. Una de las características que mejor define a esta aproximación es el hecho de estar intrínsecamente comprometida con el rigor científico y con el desarrollo de una tecnología basada en los principios o leyes del aprendizaje validados de forma empírica. La terapia de conducta se enmarca dentro de lo que se conoce como Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento (AEAP). El AEAP es el resultado del conjunto de datos obtenidos empíricamente a través de investigaciones tanto a nivel básico (análisis experimental) como aplicado (análisis aplicado) bajo la filosofía del Conductismo Radical Skinneriano.

Durante los últimos años, ha emergido un amplio número de terapias psicológicas desde la aproximación o tradición conductual (e.g., Borkovec y Roemer, 1994; McCullough, 2000; Marlatt, 2002; Martel, Addis y Jacobson, 2001; Roemer y Orsillo, 2002). Recientemente, Steven Hayes (2004a, b) ha resaltado la necesidad de reagrupar o reorganizar el gran número de terapias emergentes así como la dificultad que entraña incluirlas en alguna de las clasificaciones existentes en la actualidad. Por ello, este autor emplea la expresión “La Tercera Ola de Terapias de Conducta”, para referirse a un grupo específico de terapias, dentro de un amplio espectro de terapias surgidas recientemente desde la tradición conductual, que comparten algunos

elementos y características comunes. A este grupo de terapias surgidas durante la actual ola de terapias de conducta se las conoce como “Las Terapias de Tercera Generación” (en adelante TTG).

A continuación se presentan brevemente las clasificaciones realizadas por Hayes (2004a, b): Las tres diferentes “olas” de la terapia de conducta. Más tarde, se especifican el grupo de terapias conocido como TTG enmarcadas en la tercera ola de terapias de conducta subrayando, al mismo tiempo, que los principales fundamentos y técnicas de estas novedosas terapias están estrechamente relacionados con la filosofía y las prácticas de algunas tradiciones de origen milenario.

LA PRIMERA Y LA SEGUNDA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA

En la mayoría de los casos, una determinada aproximación o movimiento emerge, en parte, con el propósito o la intención de dar solución a problemas que no son resueltos en un momento histórico y cultural determinado. En el ámbito de la psicología, esto lo podemos observar con relativa facilidad. Tomemos como ejemplo el surgimiento de un grupo de psicólogos a principios del ya siglo pasado XX, los llamados conductistas o psicólogos conductuales, en oposición al modelo freudiano o psicoanalítico que imperó desde finales del siglo XIX hasta bien adentrado el siglo XX. En este contexto cabe mencionar a J.B. Watson, considerado como el “padre” del conductismo y a B.F. Skinner, creador del conductismo radical también denominado conductismo radical skinneriano. Los resultados aplicados provenientes de la tradición conductual, cuyo exponente principal fue el Análisis Aplicado del Comportamiento, conformó la denominada “**Primera Ola**” de las Terapias de Conducta.

El principal propósito e interés de esta primera ola o movimiento fue el de romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas imperantes en ese momento: principalmente, las del modelo psicoanalítico. Como alternativa, y en contraste con el modelo vigente, enfatizaron la necesidad de crear una aproximación clínica cuya teoría y tecnología estuvieran, ambas, basadas en los principios y las leyes del comportamiento humano establecidas científicamente. Como consecuencia de ello, en lugar de apelar a variables o constructos de tipo hipotético o intrapsíquico tales como los conflictos del inconsciente o el complejo de Edipo como causas de los problemas psicológicos, se identificaron otras variables

tales como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo de ciertos estímulos sobre la conducta. Y, en contraste con el empleo de técnicas como la interpretación de los sueños, la hipnosis o la introspección, la terapia de conducta emergente se focalizó directamente sobre el comportamiento problema o clínico de forma directa, es decir, basándose en los principios del condicionamiento y del aprendizaje. A este nuevo proceder clínico basado en el manejo directo de contingencias con objetivos clínicos claramente definidos tales como la conducta observable, se ha denominado cambios de “primer-orden”.

No obstante, y a pesar del avance que supuso esta primera ola de la terapia de conducta, ni el modelo del aprendizaje asociacionista o paradigma estímulo-respuesta (el conductismo inicial watsoniano) ni el análisis experimental de la conducta (el conductismo radical skinneriano) fueron eficaces en el tratamiento de determinados problemas psicológicos que presentaban los adultos. Estas dificultades, unidas al hecho de que ninguna de estas aproximaciones ofreció un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana supuso, como en el caso anterior, un punto de inflexión cuya expresión una vez más, se desarrolló a través de un segundo movimiento u ola: la denominada “**Segunda Ola**” de terapias de conducta o “Terapias de Segunda Generación”.

Lo que caracterizó en esta ocasión a esta segunda ola de terapias, surgida en la década de los 60, fue el hecho de considerar al pensamiento o a la cognición como causa principal de la conducta y, por ende, como causa y explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos. Aunque esta nueva ola de terapias, que pueden ser agrupadas bajo el vasto umbral de las denominadas Terapias Cognitivo-Conductuales, mantuvieron (y aún lo hacen) las técnicas centradas en el cambio por contingencias o de primer-orden (generadas por la primera ola de terapias), las variables de interés por excelencia fueron trasladadas a los eventos cognitivos considerándolos, ahora, como la causa directa del comportamiento y, por tanto, transformándose el pensamiento en el objetivo principal de intervención. Como consecuencia de ello, tanto la variable de análisis así como los objetivos perseguidos y muchas de las técnicas, se centraron primordialmente en la modificación, eliminación, reducción o, en la alteración, en cualquiera de sus formas, de los eventos privados. En este contexto, entendemos por eventos privados tanto a las cogniciones o pensamientos propiamente dichos, así como también al conjunto de emociones, recuerdos, creencias o, por ejemplo, las propias sensaciones corporales

que una persona tiene (véase por ejemplo, Hayes, Stroschal y Wilson, 1999; Luciano y Hayes, 2001).

En resumen, la asunción o premisa general que se estableció durante este periodo se puede resumir del siguiente modo: Si la causa de la conducta es el pensamiento (o emoción, esquema mental, creencia, etc.), se ha de cambiar el pensamiento (o la emoción, el esquema, la creencia o lo que fuere) para cambiar la conducta. Esta asunción o premisa fundamental es compartida por la mayoría de las personas en nuestra cultura, es decir, la lógica subyacente de las terapias de la segunda generación está ampliamente difundida y potenciada en nuestro contexto más inmediato. Este planteamiento o *filosofía* se adapta perfectamente, es más configura y determina, lo establecido socialmente como correcto o lo que ha de hacerse dadas ciertas circunstancias; y, sobre todo, con los modos de hablar y explicar que tienen las personas en nuestra sociedad, con el modelo médico o psiquiátrico y, por tanto, con la idea de “enfermedad mental” y con la actual industria farmacológica.

Otra de las conclusiones, o más bien una consecuencia que se deriva del planteamiento o la *filosofía* anterior, es considerar que todo aquello que genere malestar o nos produzca dolor ha de ser rápidamente erradicado o eliminado a través de todos los medios disponibles; especialmente, enfatizando el empleo de estrategias o técnicas de control (tales como la eliminación, supresión, evitación, sustitución, etc.) de los eventos privados. Como resultado de ello, una persona puede generar un patrón rígido de actuación centrado básicamente y exclusivamente en la continua evitación de sus eventos privados, limitando drásticamente su vida con ello. Esto último puede ocurrir, y de hecho ocurre muy frecuentemente, a pesar de estar haciendo aparentemente lo que ha de hacerse, lo que la sociedad ha potenciado, lo que el sentido común nos dice: “...he de eliminar todo aquello que me produzca malestar o dolor y sentirme bien todo el tiempo”; el problema no se soluciona y se genera mayor sufrimiento. A este patrón inflexible de actuación centrado en la evitación de los eventos privados, limitando con ello la vida de la persona, se le ha denominado Trastorno de Evitación Experiencial o TEE (véase, Luciano y Hayes, 2001; Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004; Wilson y Luciano, 2002). El TEE está conceptualizado desde una perspectiva analítica-funcional como una alternativa o un diagnóstico funcional en contraste con las conceptualizaciones topográficas y mecanicistas imperantes en la actualidad, en especial con las del DSM. En ocasiones, se ha relacionado el

TEE con la carencia de “flexibilidad cognitiva” o, dicho de otro modo, con un estado de “fusión cognitiva” con los eventos privados.

Dentro del amplio abanico de terapias de segunda generación se encuentran las más estandarizadas y utilizadas actualmente, tales como la Terapia Cognitiva de Beck para la Depresión (e.g., Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), la Terapia Racional Emotiva de Ellis (e.g., Ellis y MacLaren, 1998), la Terapia de Autoinstrucciones de Meichenbaum (e.g., Meichenbaum, 1977), así como a multitud de paquetes de tratamiento programados o estandarizados amparados, la mayoría de ellos, bajo la rúbrica de terapias cognitivo-conductuales. Aunque estas terapias han resultado efectivas en el tratamiento de múltiples problemas psicológicos, lo cierto es que aún quedan muchos problemas sin resolver. Algunos de estos problemas giran en torno a lo que realmente es efectivo dentro del conjunto de técnicas que emplean las terapias de segunda generación. Esto se advierte fácilmente si tenemos en cuenta que estas terapias continúan empleando las técnicas y procedimientos generados por las terapias de la primera generación (cambios de primer-orden), por lo que resulta difícil contrastar el valor real y efectivo que de forma independiente podrían tener aquellos elementos o componentes novedosos que utilizan. Es más, la efectividad de estas terapias se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los componentes cognitivos propiamente dichos.

Otra de las limitaciones más importantes de las terapias de segunda generación son los datos experimentales disponibles actualmente que indican precisamente que los intentos de control, reducción o eliminación de los eventos privados (justamente objetivos de intervención explícitos desde estas terapias) producen paradójicamente, y en muchos de los casos, efectos contrarios o efectos rebote. Entre estos efectos se han descrito notables incrementos tanto en la intensidad, frecuencia, así como en la duración, e incluso, en la accesibilidad a los eventos privados no deseados (e.g., Cioffi y Holloway, 1993; Gross y Levenson, 1993, 1997; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez y Fink, 2004; Sullivan, Rouse, Bishop y Johnston, 1997; Wegner y Erber, 1992). Esto datos, suponen un claro desafío a los propios principios y asunciones en las cuales están fundamentadas las terapias de segunda generación, atentan y vulneran sus propios cimientos o filosofía de base.

En resumen, Hayes (2004a, b) ha subrayado algunas de las principales razones que han

propiciado la emergencia (una vez más) de una nueva ola de terapias de conducta: La denominada “Tercera Ola de Terapias de Conducta” o las “Terapias de Tercera Generación”. Entre ellas cabe destacar las siguientes: (i) el desconocimiento sobre el por qué resultan exitosas o efectivas o, por el contrario, el por qué fracasan las terapias cognitivas actuales; (ii) la gran cantidad de resultados recientes de numerosas investigaciones básicas sobre el lenguaje y la cognición desde una perspectiva analítica-funcional y; (iii) el hecho de que actualmente existan concepciones y modelos cuya aproximación mantienen una perspectiva radicalmente funcional al comportamiento humano.

LA TERCERA “OLA” DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACIÓN

En los últimos 10-12 años un nuevo grupo de terapias ha emergido desde la tradición conductual. En palabras de Hayes (2004a, b), la tercera generación de terapias de conducta ha sido definida del siguiente modo:

«Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapia cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados».

Según esta definición, las terapias de tercera generación provienen de la tradición de la terapia del comportamiento pero estas nuevas terapias se diferencian con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en: (i) abandonan el compromiso de utilizar

exclusivamente cambios de primer-orden; (ii) adoptan asunciones de corte más contextualista; (iii) utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas y, (iv) amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004b).

Este último punto resulta especialmente interesante. Estas nuevas terapias no se centran en la eliminación, cambio o alteración de los eventos privados (especialmente la cognición o el pensamiento) con el objetivo de alterar o modificar la conducta de la persona. En lugar de esto, se focalizan en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano et al., 2004). Quizás por ello, en algunas ocasiones, podría resultar un poco contra-intuitivo o contra-cultural el trabajar con este tipo de terapias, donde se le hace ver a la persona (a través de metáforas, paradojas, ejercicios experienciales, entre otras técnicas) que los intentos de control que mantiene sobre sus eventos privados, lo que cree que ha de hacerse -lo que socialmente está considerado como correcto-, no es la solución de su problema sino que, y paradójicamente, dichos intentos de control forman parte intrínseca del problema mismo.

Otra de las diferencias con respecto a las terapias de la primera y segunda generación es la filosofía en las cuales estas nuevas terapias están basadas: son contextualistas en lugar de mecanicistas. Esta filosofía contextualista está basada en una variedad de pragmatismo conocida como el contextualismo funcional (e.g., Biglan y Hayes, 1996; Hayes, Hayes y Reese, 1988; Pepper, 1942). Las asunciones básicas de esta filosofía son: focalizarse en un evento de forma holística, es decir, como un todo; ser sensible al papel del contexto para la comprensión y análisis de la naturaleza y función de un evento; enfatizar el criterio de verdad pragmático y; especificar las metas u objetivos científicos los cuales son aplicados bajo dicho criterio de verdad pragmática (véase por ejemplo Hayes, 1993). En psicología, el contextualismo funcional ha sido desarrollado explícitamente como una filosofía de la ciencia (e.g., Gifford y Hayes, 1999; Hayes, 1993).

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: La **Terapia de Aceptación y Compromiso** (*Acceptance and Commitment Therapy* o ACT; Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes y Strosahl, 2004;

Hayes y Wilson, 1994; Luciano, 1999; Luciano, 2001; Luciano y Valdivia, 2006; Wilson y Luciano, 2002), la **Psicoterapia Analítica Funcional** (*Functional Analytic Psychotherapy* o FAP; Kohlenberg y Tsai, 1991; Kohlenberg et al., 2005; Luciano, 1999), la **Terapia de Conducta Dialéctica** (*Dialectical Behavior Therapy* o DBT; Aramburu, 1996; Linehan, 1993a y b), la **Terapia Integral de Pareja** (*Integrative Behavioral Couples Therapy* o IBCT; Jacobson y Christensen, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000) y la **Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness** para la depresión (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* o MBCT; Scherer-Dickson, 2004; Segal, Teasdale y Williams, 2004; Segal, Williams, y Teasdale, 2002).

Estas terapias contextuales han sido aplicadas a una gran variedad de problemas psicológicos. Tomemos como ejemplo a la Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, debido al hecho de ser la más completa de las TTG y por ser la única que está íntimamente relacionada con una moderna teoría que aborda el estudio del lenguaje y la cognición humana. Esta teoría es conocida como la Teoría del Marco Relacional (Relational Frame Theory o RFT: Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La ACT ha sido aplicada con eficacia en problemas tan diversos como: ansiedad, alcoholismo, trastornos alimentarios, dolor crónico, trastornos obsesivos compulsivos, fobia social, consumo de drogas, en problemas psico-oncológicos, depresión, esquizofrenia y brotes psicóticos, trastornos de la personalidad, estrés laboral, esclerosis múltiple, diabetes, problemas de hiper-sexualidad, en tricotilomanía, en epilepsia, en casos de burnout, en violencia de pareja, en estados post-operatorias o, por ejemplo, para la mejora del rendimiento ajedrecístico o de actividades deportivas, entre otros^[2].

En cuanto a la evidencia empírica sobre la efectividad de esta terapia, a través de ensayos clínicos controlados, se ha demostrado que la ACT es más efectiva, por ejemplo, comparándola con tratamientos o terapias cognitivas validadas empíricamente, con condiciones placebo y listas de espera (véase diferentes revisiones en Hayes, 2004b; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes y Strosahl, 2004).

De forma general, podría decirse que la característica esencial o definitoria de este nuevo grupo de terapias es el énfasis que le otorgan a variables, cuestiones o asuntos que tradicionalmente han sido menos investigados, en la mayoría de los casos obviados totalmente y, en otros muchos, rechazados de forma directa desde el tradicional análisis clínico y experimental del comportamiento. Dicho de otro modo, las TTG conectan directamente con

otras terapias o aproximaciones no-científicas de corte más experiencial y existencialistas (e.g., Pérez-Álvarez, 2001). De forma más específica, algunas de estas cuestiones, o nuevas variables de interés consideradas en las TTG se refieren o conectan directamente con: procesos relacionados directamente con la aceptación psicológica; los valores, tanto de la persona o cliente como los del propio terapeuta; un proceder dialéctico durante el curso de la terapia; cuestiones relacionadas con la espiritualidad y la trascendencia; asuntos que tratan o abordan directamente el “Yo” o el “Self” y el autoconocimiento; el estar en contacto con el momento presente -aquí y ahora- o, por ejemplo, la importancia concedida a la relación terapeuta-cliente. Es decir, las nuevas terapias de conducta están abarcando o centrándose en variables, asuntos y tópicos que principal y tradicionalmente han sido propias y exclusivas de aproximaciones de corte más cognitivo y humanista-existencial. Este tipo de relaciones han sido establecidas en reiteradas ocasiones (e.g., Hayes et al., 1999; Luciano, 2001; Pérez-Álvarez, 2001; Wilson y Luciano, 2002).

Los métodos de intervención y técnicas que utilizan las TTG se basan frecuentemente en la experimentación por parte de los clientes, es decir, son técnicas más experimentales -en el sentido de experimentar, sentir, vivir en uno mismo- que didácticas o directas, como en el caso de las terapias de la primera y segunda generación. Entre las diversas técnicas (ejercicios experienciales, historias, paradojas, metáforas, etc.) caben destacar las de mindfulness y las de distanciamiento cognitivo o *cognitive defusion* (véanse los trabajos, Hayes, 2004a; Hayes et al., 2004; Masuda, Sackett y Twohig, 2004; Roemer y Orsillo, 2002; Segal et al., 2002; Segal et al., 2004; Vallejo, 2006). En otras palabras, las nuevas terapias de conducta o TTG, utilizan técnicas o procedimientos de intervención más in-directos en lugar de limitarse exclusivamente al uso de técnicas basadas en cambios de primer-orden o técnicas directas, como siempre se había hecho hasta la actualidad. El uso de estas técnicas, supone quizás el salto más cualitativo, en cuanto a la tecnología se refiere, de esta nueva generación de terapias.

Recientemente, las TTG han sido estrechamente relacionadas con determinadas prácticas orientales de origen milenario tales como el Budismo, el Taoísmo o el Sufismo; especialmente en torno a la lógica del por qué funcionan y por qué esta lógica es compartida por diferentes tradiciones espirituales (e.g., Mañas, 2006; Mañas y Sánchez, 2006). Entre otras, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia de Conducta Dialéctica, han sido

relacionadas explícitamente con los principios o la filosofía del Budismo Zen (e.g., Gómez, 2006a y b; Hayes, 2002; Robins, 2002). No obstante, sería más preciso afirmar que los principios del Budismo Zen, y de la filosofía Budista en general, han sido relacionados, o más bien utilizados, por las TTG y, que además, las TTG han incorporado las técnicas o la tecnología proveniente del Budismo en la práctica clínica, especialmente lo que comúnmente se conoce como meditación (e.g., Kumar, 2002; Logsdon-Conradsen, 2002; Marlatt, 2002; Robins, 2002; Silva, 1984; Toneatto, 2002) que ha sido tratada en muchos casos, y quizás de forma errónea, como una técnica de mindfulness.

Aún queda mucho por hacer, sobre todo en el sentido de dar explicación —esto es, desde un punto de vista científico— a los procesos psicológicos o mecanismos de cambio que están a la base de estas técnicas, como la meditación o las técnicas de mindfulness. Lo que sí parece cierto es que existe una confluencia desde diferentes perspectivas o tradiciones en cuanto a lo que ha de hacerse para solucionar los problemas humanos, incluyendo a las tradiciones de origen milenario y las modernas terapias de tercera generación (Mañas y Sánchez, 2006). No deberíamos pasar por alto, que estos planteamientos no se circunscriben exclusivamente al terreno de la psicología ni al de las prácticas de origen milenario, sino también y sobre todo actualmente, podemos encontrarlos descritos de forma implícita o explícitamente, en una cantidad ingente de libros de autoayuda y crecimiento personal que están señalando hacia la misma cuestión: el lenguaje (el pensamiento) como el agente causal del sufrimiento humano y la generación de repertorios conductuales (discriminaciones específicas) para solucionar los problemas. La solución, lo que ha de hacerse, es interferir o alterar de algún modo el flujo del pensamiento, es decir, más que alterar la forma del pensamiento (su contenido) se trataría de alterar el flujo o el surgimiento del pensar mismo. La alteración del propio movimiento del pensar se produce a través de un descondicionamiento progresivo de cierta estimulación y de un condicionamiento progresivo hacia otra y, este descondicionamiento y posterior condicionamiento, puede programarse como ocurre en el caso de la meditación (Mañas, 2006). En un sentido estricto, nuestra cultura no ha propiciado o generado ciertas discriminaciones específicas de forma más explícita como podrían ser el discurrir de las emociones y pensamientos en nuestro interior, en nosotros mismos. Desde un punto de vista filogenético, quizás estas discriminaciones no hayan sido relevantes para la supervivencia de la especie, o al menos no lo han sido hasta hace relativamente poco tiempo. Por tanto, generalmente, las

personas sin un entrenamiento previo –por ejemplo, a través de la práctica de la meditación- no las discriminan, es decir, no nos percatamos del proceso puramente automatizado y mecánico que acontece en nosotros o, mejor apuntado, en *aquello* en lo que nos convertimos nosotros. Como consecuencia de ello, creemos que somos aquello que pensamos, que somos aquello que sentimos. Dicho de otro modo, me identifico con mi pensamiento creyendo que esa *voz*, que ese discurso constante que acontece en mí, soy yo mismo. ¿Es posible un estado de ausencia de pensamiento?, en tal caso, ¿dónde estás tú cuando no hay pensamiento? ¿Eres tú -la sensación que tienes de ti mismo- algo diferente del proceso de tu pensar, del proceso de tu sentir? Lo que las TTG proponen, y en ocasiones logran a través de sus técnicas, consiste básicamente en lo mismo que lo divulgado y practicado durante milenios por otras culturas y tradiciones.

El desafío está servido: ¿Qué nos deparará la ciencia actual sobre estas cuestiones? ¿Qué ‘nuevo’ paradigma estamos creando?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Borkovec, T.D. y Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. En R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum.
- Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57.
- Cioffi, D. y Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.
- De Silva, P. (1984). Buddhism and behaviour modification. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 661-678.
- Ellis, A. y MacLaren, C. (1998). *Rational-emotive behavior therapy: A therapist's guide*. California: Impact Publishers.
- Gómez, S. (2006a, septiembre). *Budismo y terapia de aceptación y compromiso. Similitudes y diferencias*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Gómez, S. (2006b, julio). *Buddhism and ACT*. Comunicación presentada en la Second World

Conference on ACT, RFT and Contextual Behavioural Science. Londres, Reino Unido.

- Guifford, E.V. y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of Behaviorism* (pp. 285-327).
- Gutiérrez, O., Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for doping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings. The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Hayes, S.C. (1993). Goals and varieties of scientific contextualism. In S.C. Hayes, L.J. Hayes, H.W. Reese y T.R. Sarbin (Eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S.C. (2002). Buddhism and acceptance and commitment therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 58-66.
- Hayes, S.C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. (2004b). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. y Linehan, M.M. (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J. y Reese, H.W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Popper's World Hypotheses. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 50, 87-111.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C. y Strosahl, K.D. (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer-Verlag.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303.

- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, J. y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance. Based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Kohlenberg, R.J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro, R., Valero, L., Fernández, A. y Virués, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: Teoría aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 1, 349-371.
- Kumar, S.M. (2002). An introduction to Buddhism for the cognitive-behavioral therapist. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 40-43.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Luciano, M.C. (1999). La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.
- Luciano, M.C. (2001). Sobre el trastorno de evitación experiencial (TEE) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En C. Luciano (Ed.), *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Libro de casos* (pp- 3-18). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M.C., y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de psicología y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, M.C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394.
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Logsdon-Conradsen, S. (2002). Using mindfulness meditation to promote holistic health in individuals with HIV/AIDS. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 67-72.
- Mañas, I. (2006). *Meditación y pensamiento: Disolución y supervivencia del "Yo"*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Mañas, I. y Sánchez, L.C. (2006). *Prácticas orientales y terapias contextuales*. Comunicación presentada en el 8th Internacional Congress on Behavior Studies. Santiago de Compostela, España.
- Marlatt, G.A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior.. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-49.

- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: W.W. Norton.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Sackett, C.F. y Twohig, M.P. (2004). Cognitive defusion and negative self-relevant thoughts: Examining the impact of a ninety-year-old technique. *Behavior Research and Therapy*, 42, 477-485.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- McCullough, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: The Guilford Press.
- Pepper, S.C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2001). Afinidades de las nuevas terapias. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 1, 15-23.
- Robbins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 50-57.
- Roemer, L. y 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, 54-68.
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments of metacognitive concepts and their clinical implications: mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.
- Segal, Z.V., Teasdale, J.D. y Williams, J. M.G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: The Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sullivan, M.J.L., Rouse, D., Bishop, S. y Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 555-568.
- Toneatto, T. (2002). A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 72-78.
- Vallejo, M.A. (2006). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Wegner, D.M. y Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

[1] Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Almería. Ctra. de Sacramento s/n. 04120, La Cañada de San Urbano, Almería (España)

Teléfono: 950 015 819 / Fax: 950 015 471 E-mail: imanas@ual.es

[2] Se omiten del texto las referencias bibliográficas específicas. El lector interesado puede solicitarlas al autor del