

## El conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles

Izabela Zych<sup>1\*</sup>, Gualberto Buena-Casal<sup>2</sup>, Juan Carlos Sierra<sup>2</sup> y Sergio Gómez-Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Córdoba, <sup>2</sup>Universidad de Granada, <sup>3</sup>Investigador independiente

**Resumen:** Dado que las terapias conductuales de tercera generación están ganando cada vez más importancia y que éstas suponen un avance en los tratamientos psicológicos, su conocimiento y difusión entre los profesionales parecen necesarios. El presente trabajo es una respuesta a esta necesidad. El cuestionario sobre el conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación fue contestado por 274 psicólogos españoles de 15 comunidades autónomas. Utilizando el análisis multidimensional, se ha estudiado la distribución de la muestra respecto al conocimiento y aplicación de estas terapias, así como la relación que puedan tener con ellas variables tales como la edad, la comunidad autónoma y la experiencia profesional. Los resultados demuestran que son pocos los psicólogos españoles evaluados que conocen las terapias conductuales de tercera generación. Incluso cuando se considera la más conocida de éstas, la Terapia de Aceptación y Compromiso, donde un 74.82% ha oído hablar de ella, solamente un 16.42% la aplica habitualmente. No obstante, se ha demostrado que hay psicólogos que conocen estas terapias y las aplican de forma habitual. Se concluye que el conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación no son suficientes y existe la necesidad de formar a los profesionales.

**Palabras clave:** estudio de poblaciones mediante encuestas; psicología aplicada; psicología clínica; terapias conductuales de tercera generación; Terapia de Aceptación y Compromiso.

**Title:** Knowledge and propagation of the third generation behavior therapies among Spanish psychologists.

**Abstract:** The third generation behavior therapies are gaining importance and are considered advanced psychological treatments. Thus, their knowledge and propagation seem to be necessary. The current work is an answer to this necessity. The questionnaire on knowledge and propagation of the third generation behavior therapies was answered by 274 Spanish psychologists from 15 autonomous communities. Utilizing the multidimensional analysis, the distribution of the sample was studied with respect to the knowledge and application of these therapies, together with variables such as the age, autonomous community and the professional experience. The results show that only few of the evaluated psychologists know the third generation behavior therapies. Moreover, even in case of the best known, Acceptance Commitment Therapy, 74.82% have heard speaking about it but only 16.42% apply the therapy. Nevertheless, it was also shown that there are psychologists who know well and apply these therapies. It is concluded that knowledge and propagation of the third generation behavior therapies are not sufficient and there is a necessity to educate the professionals in the subject.

**Key words:** study of populations by means of a survey; applied psychology; clinical psychology; third generation of behavior therapies; Acceptance Commitment Therapy.

### Introducción

Tal como lo planteó Hayes (2004), se pueden distinguir tres generaciones de terapias conductuales. La primera de ellas aborda técnicas basadas en el conocimiento empírico del condicionamiento clásico, operante y el neo-conductismo. La segunda generación incluyó principios más flexibles, utilizando la metáfora del ordenador como mecanismo psicológico interno. Se incorporaron técnicas cognitivas, dando lugar a las conocidas terapias cognitivo-conductuales. La tercera generación se desarrolló en la base científica de las dos anteriores, incorporando el planteamiento contextual, el lenguaje natural, centrándose en el análisis funcional y la relación entre el terapeuta y su paciente (Infocop Online, 2007).

Las principales terapias conductuales de tercera generación son: la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), la Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), la Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia (Mindfulness) (MBCT) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

La terapia Dialéctico-Conductual fue desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de personalidad con tendencias suicidas (Linehan, 1987). Es una terapia orientada a cambio y aceptación, ya que los pacientes con el trastorno límite presentan importantes dificultades en aceptarse a sí

mismos tal como son (Robins y Chapman, 2004). Aparte del procedimiento estándar de las terapias conductuales, se han introducido algunos cambios (Linehan, 1993). En la DBT se pone el énfasis en la aceptación y cambio dentro de la interacción dialéctica, adquisición de habilidades, motivación y reforzamiento de éstas, y su generalización fuera del contexto terapéutico. Igualmente, se organizan reuniones del equipo terapéutico. Se trata de una terapia psicosocial individual o grupal estructurada para entrenar las habilidades, psicoterapia individual para reforzarlas, contacto telefónico con el terapeuta para la generalización y reuniones de terapeutas para la supervisión de la terapia (Bohus et al., 2000). Varios estudios científicos han demostrado que la DBT es una terapia eficaz para el tratamiento del trastorno límite de personalidad, depresión crónica o trastornos alimentarios (véase Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006).

La Psicoterapia Analítico-Funcional está basada en el conductismo radical, centrándose en la relación terapéutica y las contingencias que se pueden observar en ésta (Kohlenberg et al., 2005). Igualmente, se pone énfasis en el reforzamiento natural, moldeamiento y equivalencia funcional de los entornos (Kohlenberg y Tsai, 1991). En este tipo de terapia se tiene en cuenta tanto las conductas del paciente como las del terapeuta. En el caso de las primeras, se habla de las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR), entre las que están los problemas que puedan surgir durante la sesión, incluyendo pensamientos, percepciones, sentimientos etc., mejoras del paciente durante la sesión y las interpretaciones de su propia conducta. En cuanto al terapeuta, se establece una serie de Reglas Terapéuticas, según las que el terapeuta ob-

\* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Izabela Zych. Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología, Avda. San Alberto Magno, s/n. 14071 Córdoba (España). E-mail: [izych@uco.es](mailto:izych@uco.es)

serva las CCRs durante cada sesión, construyendo un ambiente que favorezca la aparición de las mismas, y reforzando las que tienen que ver con mejorías del paciente, observando a la vez las propiedades reforzantes del comportamiento del terapeuta. Igualmente, es importante que el cliente aprenda a identificar estas conductas junto con las variables que las controlan (Ferro García, Valero Aguayo y López Bermúdez, 2007). La conducta más relevante en la FAP es la conducta verbal y su referente no verbal, ya que alterando la primera se consigue cambiar el último (Rodríguez-Naranjo, 1998).

La Terapia de Pareja Conductual Integrativa (IBCT) ha sido desarrollada por Jacobson y Christensen (1996). El elemento innovador más importante, parecido a las otras terapias conductuales de tercera generación, es la inclusión de la aceptación, en este caso, de la pareja. Las parejas con problemas que parecen no tener ninguna solución pueden construir una relación incluso más íntima, gracias a la aceptación. En estas condiciones, los cambios pueden producirse mejor, ya que la presión puede ser un elemento que los dificulta (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova y Eldridge, 2000). Según la IBCT, en todas las parejas existen incompatibilidades muy difíciles de cambiar y que las respuestas emocionales de la pareja pueden resultar incluso más problemáticas que la incompatibilidad en sí. Por esta razón, se pone hincapié en la aceptación, pero sin olvidarse del cambio (Christensen et al., 2004).

La Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia (Mindfulness) tiene como propósito principal centrarse en el presente, es decir, el momento actual. Se trata de vivir cada momento tal como es, de manera activa y reflexiva, pero sin valorarlo, aceptando lo que sucede (Vallejo Pareja, 2006a, 2006b). En esta terapia, desarrollada sobre todo para el tratamiento de la depresión, los pacientes aprenden a aceptar los pensamientos, sentimientos, emociones etc. tal como son y a vivirlos sin intentar eliminarlos, simplemente dejando que pasen por su mente (Corcoran y Segal, 2008). Este tratamiento está especialmente indicado para los pacientes con depresión recurrente, ya que son éstos los que suelen tener pensamientos destructivos que conducen a nuevos episodios de depresión (Segal, Gemar y Williams, 1999). Por eso, es muy importante entrenar estos pacientes en atención a los pensamientos. Gracias a la MBCT, aprenden a identificarlos y aceptarlos y, de esta forma, son capaces de responder de manera más habilidosa (Ma y Teasdale, 2004).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) también pertenece a la nueva generación de terapias conductuales y se sitúa dentro de la Teoría del Marco Relacional. Parece muy complicado categorizarla, ya que es una terapia conductual que al mismo tiempo aborda el análisis empírico y comprensivo de la cognición y lenguaje humano incluyendo también temas de espiritualidad, valores y yo (Hayes, 2004). Una de las bases de la ACT es el lenguaje, ya que se establecen relaciones arbitrarias entre varios estímulos y mediante la transformación de funciones la reacción a éstos es parecida. Por esta razón, la reacción ante una palabra que denomina

un objeto es parecida que ante el objeto en sí y los individuos no ven que las palabras son sólo palabras, las emociones sólo emociones, etc. Sin duda, se puede decir que es una terapia de tercera generación y que es una nueva forma de abordar las terapias conductuales. Se trata de incluir los elementos de las generaciones anteriores, integrarlos y añadir elementos más complejos, centrándose en el contexto y redes de relaciones, aceptación, defusión cognitiva, perspectiva y valores importantes para el yo, entre otros (Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, McHugh y Hayes, 2004). En términos muy generales, se trata de aceptar los eventos privados negativos, en vez de evitarlos. Esta aceptación es importante, porque el intento de eliminarlos causa la evitación experiencial impidiendo el desarrollo de la persona según sus valores. La base filosófica de esta terapia es el contextualismo funcional, en el que se trata de un acto en su contexto, centrándose en el evento entero, el rol del contexto para entender su naturaleza y función (Hayes, 2004).

La cultura, sobre todo en los países desarrollados, promueve la evitación y eliminación de todo malestar (Luciano Soriano y Valdivia Salas, 2006), lo cual desencadena la evitación experiencial. Cuando una persona experimenta un evento privado negativo, que pueden ser emociones o pensamientos dolorosos, tiende a evitarlo e intenta eliminarlo. En varias ocasiones esta evitación puede perjudicar al desarrollo del individuo, alejándolo de sus valores (Blackledge y Hayes, 2001). Por tanto, parece realmente necesario seguir creando, investigando, estudiando y aplicando las terapias de la nueva generación.

Es muy difícil ser humano y eso implica sufrimiento y eventos negativos (Hayes, 2004). El mundo no es de "color rosa" pero eso no quiere decir que las personas no podamos ser felices y centrarnos en lo que realmente importa, nuestros valores y nuestros "yo", aún teniendo las limitaciones y barreras e inevitablemente eventos negativos, pensamientos y sentimientos. Los eventos privados negativos, como la ansiedad, tristeza u obsesiones, producen evitación y muchas de las terapias de nueva generación, sobre todo la ACT, pretende que éstas no sean unos obstáculos en el desarrollo personal según los valores de cada uno (García Montes, Luciano Soriano, Hernández López y Zaldívar Basurto, 2004). Los individuos no ven a sus propios valores también por culpa del "consumismo psicológico", sólo pensando en eliminar todo lo negativo sin ver su utilidad y sin que sea algo "normal" pensarlo o sentirlo. Es más, parece que el intento de suprimir los pensamientos y emociones dolorosas puede incrementarlos con lo cual la alternativa propuesta por la mayoría de las terapias conductuales de nueva generación es su aceptación y cambio de contexto, entendiendo que los pensamientos son sólo pensamientos y no la realidad, igual que las emociones, sentimientos etc. (véase Barnes-Holmes, Cochrane, Barnes-Holmes, Stewart y McHugh, 2004). Por eso, la nueva generación de terapias conductuales es una respuesta tanto lógica como altamente necesaria para paliar este efecto secundario creado, entre otros, por la cultura y la expansión de la Psicología. Además, se puede decir que la

ciencia psicológica ha llegado a un punto en el que ha madurado lo suficiente como para comprobar científicamente lo que ya se intuía anteriormente sin necesidad de prejuicios o su directo rechazo. Por esta razón, se han incluido temas como valores o espiritualidad, rechazados en las generaciones anteriores y, al mismo tiempo, tan cruciales para un ser humano. En las generaciones anteriores se trataba de eliminar todo lo negativo, por más pequeño que fuese. Se sabía qué era lo que había que quitar pero no lo que se necesitaba alcanzar y, por miedo a lo “no científico”, se rechazaban los valores y las últimas metas de las personas. La incorporación de éstas, teniendo en cuenta las condiciones actuales es crucial. Por lo tanto, la nueva generación es imprescindible aunque, como su propio nombre indica, todavía es nueva, con lo cual hacen falta minuciosos estudios científicos para comprobar su eficacia, eficiencia y efectividad.

A pesar del rápido desarrollo de estas terapias, son relativamente pocos los trabajos realizados sobre éstas en España. Así, García Higuera (2006) postula la necesidad de incorporar la ACT en la psicología clínica, comentando sus aspectos fundamentales y resaltando las ventajas de utilizar dicha terapia en la práctica. Por otra parte, Pérez Álvarez (2006) describe diferentes terapias de tercera generación subrayando que su mayor aportación consiste en la recuperación de las raíces contextuales del tratamiento conductual. En la misma línea, Luciano Soriano, Páez Blarrina, Valdivia Salas y Gutiérrez Martínez (2006) resaltan la eficacia de la ACT insistiendo que ésta es la más completa dentro de la tercera generación. Fernández Parra y Ferro García (2006) describen la Terapia Analítico-Funcional como un enfoque de gran utilidad en el tratamiento de ciertos trastornos. Vallejo-Pareja (2006) hace una reflexión acerca de Mindfulness. García-Palacios (2006) se centra en la Terapia Dialéctico-Conductual o Morón Gaspar (2006) en la Terapia Integral de Pareja (2006). Más recientemente, Barraca Mairal (2009) hace una excelente reflexión sobre las habilidades clínicas en estas terapias. Por otra parte, también se han llevado a cabo trabajos de revisión (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). Finalmente, cabe resaltar el libro de Barraca (2005) en el que el autor acerca la ACT incluso a un lector inexperto. Otros libros publicados en España están destinados a psicólogos que desean conocer y profundizar en dichas terapias (Luciano Soriano, 2001; Wilson y Luciano Soriano, 2002). Todos estos trabajos son ejemplos de artículos publicados por autores españoles quienes describen diferentes terapias conductuales de tercera generación, aunque ninguno de éstos consiste en investigaciones al respecto.

Tal como se ha comentado en el párrafo anterior, existe una serie de trabajos realizados en España que describen y reflexionan sobre las terapias conductuales de tercera generación. En cuanto a los trabajos de investigación, éstos son aún más escasos. Entre ellos, se han realizado algunos estudios instrumentales de adaptación de cuestionarios (ej. Barraca Mairal, 2004), algunos estudios de casos (ej. Carrasco López, 1999) y estudios experimentales (ej. Fernández Gar-

cía, Secades Villa, Terrados Cepeda, García Cueto, García Montes, 2004, López et al., 2010).

Otra cuestión importante es la difusión de los nuevos avances. Parece que son pocos los profesionales que los conocen, ya que existe falta de información y formación. Igualmente, por lo menos en España, son muy pocos o ningunos los conocimientos sobre las terapias conductuales de nueva generación que se han incorporado a los currículums de las carreras universitarias. Por eso, el presente trabajo tiene como propósito investigar el conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación entre los Psicólogos españoles. Es imprescindible saber si éstos las conocen y aplican y, si no es así, habría que plantear la necesidad de crear cursos de formación u otros medios para que los nuevos avances, tan importantes desde todos los puntos de vista, lleguen a los psicólogos que están ejerciendo su profesión. Se trata de un estudio novedoso, ya que, a conocimiento de los autores, es el único trabajo que se ha realizado al respecto.

## Método

### Participantes

El presente estudio utilizó una muestra de 274 psicólogos colegiados en España, 43% de mujeres y 57% de hombres con edades comprendidas entre 23 y 65 años ( $M = 39.38$ ,  $DT = 9.03$ ). La distribución de la muestra según los años que llevan ejerciendo como psicólogos está representada en la Tabla 1. En la Tabla 2 se puede apreciar la distribución según la comunidad autónoma y en la Tabla 3 según el perfil profesional.

**Tabla 1.** Distribución de los participantes, según los años que llevan ejerciendo como psicólogos.

Años de experiencia	Número de sujetos	Porcentaje
Entre 10 y 15	55	20.07
Entre 15 y 20	27	9.85
Entre 20 y 25	36	13.14
Entre 25 y 30	12	4.38
Entre 5 y 10	65	23.72
Más de 30	13	4.74
Menos de 5	66	24.09

### Instrumentos

Se creó un cuestionario autoinformado específico para examinar el conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación en los psicólogos españoles. Éste está compuesto por 35 ítems con un formato de respuesta dicotómico (*Sí/No*). Las preguntas del cuestionario están recogidas en la Tabla 4.

**Tabla 2.** Distribución de los participantes, por comunidades autónomas.

Comunidad autónoma	Número de sujetos	Porcentaje
Andalucía	56	20.44
Aragón	23	8.39
Castilla y León	3	1.09
Castilla-La Mancha	12	4.38
Cataluña	32	11.68
Comunidad de Madrid	57	20.80
Comunidad Foral de Navarra	10	3.65
Comunidad Valenciana	28	10.22
Extremadura	2	.73
Galicia	5	1.82
Islas Baleares	11	4.01
Islas Canarias	7	2.55
País Vasco	16	5.84
Principado de Asturias	6	2.19
Región de Murcia	3	1.09

**Tabla 3.** Distribución de los participantes, según el perfil profesional.

Perfil Profesional	Número de sujetos	Porcentaje
Intervención social	19	6.93
Psicología clínica	211	77.01
Psicología de la Actividad Física y del Deporte	2	.73
Psicología de la educación	14	5.11
Psicología de la Salud	8	2.92
Psicología de las drogodependencias	3	1.09
Psicología de las organizaciones	8	2.92
Psicología del tráfico y de la seguridad vial	2	.73
Psicología Jurídica	7	2.55

### Diseño

El presente trabajo es un estudio de poblaciones mediante encuestas siguiendo la clasificación de Montero y León (2007), redactado según las normas establecidas por Ramos-Álvarez, Moreno Fernández, Valdés-Conroy y Catena (2008).

### Procedimiento

La encuesta fue enviada a los psicólogos colegiados españoles mediante el correo electrónico. Para la búsqueda de las direcciones electrónicas se utilizó la base de datos del Colegio Oficial de Psicólogos. Las direcciones fueron encontradas, una a una, en los directorios de todas sus delegacio-

nes de España. En el cuerpo del mensaje se pedía la colaboración, se aseguraba el anonimato y se proporcionaba un enlace que conducía a una página web donde se hallaba el cuestionario. No se puede estimar la tasa de respuesta, dado que es imposible saber cuántos de los psicólogos han recibido el mensaje con la encuesta. Esto se debe a los filtros anti-spam, a que algunos de las direcciones eran erróneas, otras antiguas, etc. Tampoco se puede saber cuántos de los psicólogos leen su correo electrónico con regularidad.

En el análisis de datos se tuvo en cuenta el sexo, la edad, los años que llevan ejerciendo como psicólogos y el perfil profesional de los encuestados. De esta forma, se pudo ver la relación entre estas variables y el conocimiento y la difusión de las terapias conductuales de tercera generación. Los datos registrados en los formularios fueron incorporados de forma automática a una base de datos *Microsoft Access 2003*, para su posterior procesamiento.

Por último, se ha asignado el valor de 0 a las respuestas tipo "No", y el valor de 1 a las respuestas de tipo "Sí", en el caso de variables relativas al conocimiento y difusión de las terapias. Asimismo, se ha obtenido un índice de conocimiento y aplicación de cada una de las terapias, como la suma de los valores numéricos de las preguntas específicas a cada terapia. Con esto, dado que se tienen 7 preguntas para cada una de ellas, el índice adquiere una escala de 0 a 7.

### Análisis de datos

Se ha llevado a cabo el análisis de fiabilidad y el análisis factorial. Debido a que se trata de un instrumento nuevo, éste ha sido exploratorio. Teniendo en cuenta que el modelo teórico no indica relaciones entre las variables estudiadas, se ha realizado el análisis de componentes principales con rotación Varimax.

### Resultados

Tal como se muestra en la Tabla 4, la mayoría de los psicólogos españoles desconoce las terapias conductuales de tercera generación. La única pregunta con un mayor porcentaje de respuestas afirmativas que negativas es la que se refiere a haber escuchado alguna vez el nombre "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)", con cerca de 75% de psicólogos respondiendo que "sí".

**Tabla 4.** Porcentajes de respuestas a los ítems del cuestionario sobre el conocimiento y la difusión de las terapias de tercera generación.

Preguntas del cuestionario	% respuestas	
	No	Sí
1. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)"	25.18	74.82
2. He recibido formación en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	77.01	22.99
3. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	51.82	48.18
4. He aplicado elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en mi práctica profesional	66.79	33.21
5. Aplico habitualmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	83.58	16.42
6. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	68.98	31.02
7. Conozco los principales conceptos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	54.38	45.62
8. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia dialéctico-conductual (DBT)"	55.47	44.53
9. He recibido formación en la Terapia dialéctico-conductual (DBT)	88.69	11.31
10. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia dialéctico-conductual (DBT)	73.36	26.64
11. He aplicado elementos de la Terapia dialéctico-conductual (DBT)	82.12	17.88
12. Aplico habitualmente la Terapia dialéctico-conductual (DBT)	93.07	6.93
13. Conozco otros profesionales que apliquen Terapia dialéctico-conductual (DBT)	87.23	12.77
14. Conozco los principales conceptos de la Terapia dialéctico-conductual (DBT)	78.10	21.90
15. He escuchado algunas veces el nombre "Psicoterapia analítico-funcional (FAP)"	58.03	41.97
16. He recibido formación en la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	87.96	12.04
17. He leído publicaciones relacionadas con la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	78.10	21.90
18. He aplicado elementos de la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	83.94	16.06
19. Aplico habitualmente la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	92.70	7.30
20. Conozco otros profesionales que apliquen la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	87.96	12.04
21. Conozco los principales conceptos de la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)	80.66	19.34
22. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)"	60.95	39.05
23. He recibido formación en la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	91.61	8.39
24. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	80.29	19.71
25. He aplicado elementos de la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	86.50	13.50
26. Aplico habitualmente la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	92.34	7.66
27. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	90.15	9.85
28. Conozco los principales conceptos de la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	84.31	15.69
29. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)"	66.42	33.58
30. He recibido formación en la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	93.07	6.93
31. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	82.12	17.88
32. He aplicado elementos de la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	88.32	11.68
33. Aplico habitualmente la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	92.70	7.30
34. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	91.24	8.76
35. Conozco los principales conceptos de la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)	86.86	13.14

La Tabla 5 muestra los resultados de los índices de conocimiento y aplicación de cada una de las terapias estudiadas en el total de la muestra y en las cinco comunidades

autónomas con el mayor número de participantes. Éste es más alto para la ACT y los valores más bajos se han encontrado para la MBCT.

**Tabla 5.** Medias totales y por comunidades, de los índices de evaluación del conocimiento y aplicación de las terapias conductuales de tercera generación

	Andalucía M (DT)	Aragón M (DT)	Cataluña M (DT)	Comunidad Valenciana M (DT)	Comunidad de Madrid M (DT)	Total M (DT)	F
Terapia de Aceptación y Compromiso	3.09 (2.36)	3.04 (2.65)	1.66 (2.31)	3.64 (2.53)	2.23 (2.25)	2.72 (2.37)	3.68**
Terapia Daléctico Conductual	1.46 (1.88)	2.22 (2.45)	1.72 (2.41)	1.64 (2.21)	.93 (1.77)	1.42 (2.02)	1.89
Psicoterapia Analítico-Funcional	1.95 (2.42)	2.04 (2.29)	1.22 (2.22)	1.82 (2.45)	.44 (.98)	1.30 (2.02)	5.02**
Terapia de Pareja Conductual Integrativa	1.20 (1.99)	.70 (.88)	.84 (1.87)	2.75 (2.98)	.84 (1.47)	1.14 (1.91)	5.74**
Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia	1.18 (2.07)	1.22 (1.98)	.84 (1.51)	1.96 (2.66)	.54 (1.20)	1 (1.81)	2.95*
Total	1.76 (1.57)	1.84 (1.48)	1.26 (1.47)	1 (1.02)	2.36 (2.03)	1.56 (1.54)	4.97**

\*  $p < .05$ ,  $p < .01$

El análisis de fiabilidad ha mostrado un alfa de Cronbach de .93, lo cual indica una excelente consistencia interna. Debido a que la eliminación de cualquier ítem no aumentaba dicho valor, todos ellos se han incluido en el estudio.

El test de Kaiser-Meyer-Olkin mostró una estructura adecuada para realizar un Análisis Factorial (KMO = .88). Los resultados de éste se incluyen en la Tabla 6. Tal como se puede apreciar en la misma, se han encontrado siete facto-

res. Los cinco primeros se corresponden a cada una de las terapias incluidas en el presente estudio, confirmando de esta manera el modelo teórico. El sexto factor podría denominarse Aplicación de terapias, ya que todos los ítems de éste contienen la pregunta sobre haber aplicado algunas de éstas o conocer a otros profesionales que lo hayan hecho. Por último, el séptimo factor se podría llamar Formación, ya que todos sus ítems incluyen preguntas sobre haberla recibido.

**Tabla 6.** Análisis de componentes principales con rotación Varimax

	Componentes						
	1	2	3	4	5	6	7
25. He aplicado elementos de la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.83						
28. Conozco los principales conceptos de la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.80						
26. Aplico habitualmente la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.76					.32	
27. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.75					.32	
23. He recibido formación en la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.72						.44
24. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)	.71						
22. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia de pareja conductual integrativa (IBCT)"	.56						
35. Conozco los principales conceptos de la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.81					
32. He aplicado elementos de la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.80					
31. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.79					
33. Aplico habitualmente la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.73					
34. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.69				.38	
30. He recibido formación en la Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)		.66					.34
29. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia cognitiva basada en la conciencia (MBCT)"		.63					
21. Conozco los principales conceptos de la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.80				
17. He leído publicaciones relacionadas con la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.80				
18. He aplicado elementos de la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.77				
16. He recibido formación en la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.67				.31
19. Aplico habitualmente la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.59			.54	
15. He escuchado algunas veces el nombre "Psicoterapia analítico-funcional (FAP)"			.58				
20. Conozco otros profesionales que apliquen la Psicoterapia analítico-funcional (FAP)			.54			.52	
7. Conozco los principales conceptos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)				.80			
3. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)				.79			
4. He aplicado elementos de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en mi práctica profesional				.75			
1. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)"				.67			
2. He recibido formación en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)				.67			.43
6. Conozco otros profesionales que apliquen la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)				.67		.32	
5. Aplico habitualmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)				.54			
10. He leído publicaciones relacionadas con la Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.79		
11. He aplicado elementos de la Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.78	.31	
14. Conozco los principales conceptos de la Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.76		
8. He escuchado algunas veces el nombre "Terapia dialéctico-conductual (DBT)"					.73		
9. He recibido formación en la Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.63		.55
13. Conozco otros profesionales que apliquen Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.57	.55	
12. Aplico habitualmente la Terapia dialéctico-conductual (DBT)					.45	.64	

## Discusión

La presente investigación se ha realizado con el objetivo de estudiar el conocimiento y la difusión de las terapias de tercera generación entre psicólogos españoles. Para ello, se ha creado un cuestionario cuya estructura factorial se corresponde muy bien con dicho objetivo. Éste ha sido rellenado y devuelto por cerca de 300 psicólogos.

Tal como se puede apreciar en los resultados del estudio, son pocos los psicólogos españoles evaluados que conocen las terapias conductuales de tercera generación. Incluso cuando se considera la más conocida de éstas, la Terapia de

Aceptación y Compromiso, donde un 74.82% ha oído hablar de ella, solamente un 16.42% la aplica habitualmente. No obstante, los resultados demuestran que hay psicólogos que conocen estas terapias perfectamente y las aplican de forma habitual.

Se ha demostrado que, de las terapias conductuales de tercera generación, la más conocida y aplicada es la ACT y las menos conocidas son las IBCT y MBCT. El mayor conocimiento de la primera se ha encontrado en la Comunidad Valenciana, lo cual pudiera deberse a la cercanía de los grupos de investigación dedicados a este tema.

Aunque las terapias de nueva generación requieren de una mayor investigación, ya que han aparecido hace relativamente pocos años, existen varias evidencias que las apoyan (véase por ejemplo Barnes-Holmes et al., 2004). Por esta razón, el hecho de que los psicólogos españoles tengan tan poca información sobre éstas, puede incluso significar que, en ocasiones, no aplican los tratamientos más eficaces y, cuando las demás intervenciones no han producido los efectos deseados, no tienen la alternativa de probar estas nuevas técnicas. Puede que a veces un clínico intente eliminar las conductas problema sin tener en cuenta, por ejemplo, los valores de la persona que esté tratando, aún siendo éstos fundamentales para el proceso terapéutico (Páez-Blarrina, Gutierrez-Martínez, Valdivia-Salas y Luciano-Soriano, 2006).

Otro aspecto importante son los estudios de casos cuya evolución y resultados han sido positivos y que los clínicos no conocen, como por ejemplo, un caso de sintomatología delirante al que se aplicó la ACT (García Montes et al., 2004). Éstos podrían servir como una guía práctica y proporcionar nuevos recursos a la hora de tratar a un paciente.

## Referencias

- Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes D., McHugh, L. y Hayes, S.C. (2004). Relational Frame Theory: Some Implications for Understanding and Treating Human Psychopathology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 355-375.
- Barnes-Holmes, D., Cochrane, A., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I. y McHugh, L. (2004). Psychological Acceptance: Experimental Analyses and Theoretical Interpretations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 517-530.
- Barraca, J. (2005). *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Barraca Mairal, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Barraca Mairal, J. (2009). Habilidades clínicas en la terapia conductual de tercera generación. *Clínica y Salud*, 20, 109-117.
- Blackledge, J.T. y Hayes, S.C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Practice*, 57, 243-255.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R. y Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Carrasco López, F.J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Christensen, A., Atkins, D.C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H. y Simpson L.E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Corcoran, K.M. y Segal, Z.V. (2008). Metacognition in depressive and anxiety disorders: Current directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 33-44.
- Fernández García, R., Secades Villa, R., Terrados Cepeda, N., García Cueto, E. y García Montes, J.M. (2004). Efecto de la hipnosis y de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) en la mejora de la fuerza física en piragüistas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 481-493.
- Fernández Parra, A. y Ferro García, R. (2006). Psicoterapia analítico-funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *EduPsykbé*, 5, 203-230.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. y López Bermúdez, M.A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicothema*, 19, 452-458.
- García Higuera, J.A. (2006). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) como desarrollo de la terapia cognitivo-conductual. *EduPsykbé*, 5, 287-304.
- García Montes, J.M., Luciano Soriano, M.C., Hernández López, M. y Zaldívar Basurto, F. (2004). Aplicación de la Terapia de aceptación y compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16, 117-124.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykbé*, 5, 255-272.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Infocop Online. (2007). Los últimos desarrollos de la terapia de conducta – entrevista a Jorge Barraca Mairal. Recuperado el 12 de junio, 2008 del [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1178](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1178)
- Jacobson, N.S. y Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. 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 relationship*. New York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y Virúes-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis de comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-371.
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive-behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- López, J.C., Ruíz, F.J., Feder, J., Barbero Rubio, A., Suárez Aguirre, J.J., Rodríguez, J.A. y Luciano, C. (2010). The role of experiential avoidance in the performance on a high cognitive demand task. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 475-488.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiential. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 141-165.

- Luciano Soriano, M.C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Luciano Soriano, M.C., Páez Blarrina, M.B., Valdivia Salas, S. y Gutiérrez Martínez, O. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *EduPsykbé*, 5, 173-202.
- Luciano Soriano, M.C. y Valdivia Salas, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo J.R. y Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Ma, S.H. y Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moron Gaspar, R. (2006). Terapia integral de pareja. *EduPsykbé*, 5, 273-286.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2004). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Importancia de los Valores Personales en el Contexto de la Terapia Psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 1-20.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykbé*, 5, 159-172.
- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catená, A. (2008). Criteria of the peer-review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Robins C.J. y Chapman A.L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73-89.
- Rodríguez-Naranjo, C. (1998). Principios terapéuticos y posibilidades clínicas de la psicoterapia analítica funcional. *Psicobema*, 10, 85-96.
- Segal, Z.V., Gemar, M. y Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Sokal, R. y Michener, C.D. (1958). A statistical method for evaluating systematic relationships. *University of Kansas Scientific Bulletin*, 38, 1409-1438.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006a). Atención plena. *EduPsykbé*, 5, 231-254.
- Vallejo Pareja, M.A. (2006b). Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*, 27, 92-99.
- Wilson, K.G. y Luciano Soriano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

(Artículo recibido: 19-3-2010; revisión: 3-4-2011; aceptado: 05-4-2011)